

RESOLUCIÓN (MS) 1926/2024

Agentes del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga: desregulación de los valores de los coseguros.

SUMARIO

- Se procede a la eliminación de toda injerencia de la autoridad de aplicación en los valores de los coseguros tanto para los Agentes del Seguro de Salud como para las Entidades de Medicina Prepaga, permitiendo que aquellos sean fijados libremente, con el objetivo de garantizar una mayor competitividad y transparencia en el Subsistema de Salud, asegurando al mismo tiempo que los usuarios conozcan claramente qué servicios pueden requerir un costo adicional.
- Asimismo, se puntualiza que aquellas prestaciones que se encuentren determinadas como esenciales por el marco normativo correspondiente y el informe técnico del caso, permanecerán exentas de coseguros.

ANÁLISIS

Estado de la Norma: Vigente

Fecha: 19/6/2024

B.O. 24/6/2024

Vigencia y Aplicación: entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

Organismo Emisor: Ministerio de Salud de la Nación

Cantidad de Artículos: 7

Cantidad de Anexos: 1

Fuente: Boletín Oficial de la República Argentina

VISTO el EX-2024-39126523- -APN-SSS#MS, las leyes Nº 23.660, 23.661 y 26.682; el Decreto Nº 492 de fecha 22 de septiembre de 1995, el Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 70 de fecha 20 de diciembre de 2023; las Resoluciones del MINISTERIO DE SALUD Nº 201 de fecha 09 de abril de 2002, 1991 de fecha 28 de diciembre de 2005, E 58 de fecha 12 de enero de 2017 y 1 de fecha 02 de enero de 2023; y la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Nº 2 de fecha 02 enero de 2023; y

CONSIDERANDO:

Que la Ley Nº 23.660 estableció el marco normativo de las Obras Sociales y otras entidades de salud, con relación a su inscripción, funcionamiento, financiamiento y fiscalización; en tanto que la Ley Nº 23.661 creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.

Que la Ley Nº 26.682 creó el marco normativo para las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios, disponiendo que los sujetos comprendidos en su artículo 1º deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el PMO vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, previsto en la Ley Nº 24.901 y sus modificatorias.

Que mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 70/2023 se incorporó el inciso i) del artículo 1º de la Ley Nº 23.660, agregando como sujetos comprendidos en las disposiciones de esa ley a todas las entidades comprendidas en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682.

Que mediante el Decreto Nº 492/1995 se creó el Programa Médico Obligatorio (PMO), por el que se garantizan las prestaciones médico-asistenciales para los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660.

Que el mencionado PMO fue aprobado por la Resolución Nº 247/1996 del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, y posteriormente ampliado mediante la Resolución Nº 939/2000 del MINISTERIO DE SALUD que introdujo niveles fijos de coseguros en la atención médica, implicando para el afiliado o usuario una contribución parcial al costo de una prestación médica; ambas actualmente derogadas.

Que el Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 486/2002 -hoy sin vigor- declaró la Emergencia Sanitaria Nacional y facultó al MINISTERIO DE SALUD para instrumentar las políticas referidas a aquella, y asimismo dictar las normas aclaratorias y complementarias para su ejecución.

Que, por otra parte, la Resolución Nº 201/2002 del MINISTERIO DE SALUD aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) enunciando las prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660.

Que en la citada norma también se establecieron determinados aranceles de coseguros en algunas prácticas y prestaciones, mientras que se declararon exentas a otras.

Que en virtud de la Resolución Nº 1991/2005 del MINISTERIO DE SALUD, las previsiones de la Resolución Nº 201/2002 del MINISTERIO DE SALUD, sus ampliatorias y modificatorias; y los ANEXOS que forman parte de esta, son parte integrante del PMO.

Que, mediante el dictado de distintas normas, se fueron incorporando al PMO diversas prestaciones y prácticas.

Que los valores de los coseguros fueron modificados y actualizados por la Resolución Nº E 58/2017 del MINISTERIO DE SALUD indicando que los mismos se ajustarán automáticamente, en los mismos plazos y porcentajes dispuestos para el Salario Mínimo, Vital y Móvil previsto en la Ley Nº 24.013.

Que la Resolución Nº 2577/2022 del MINISTERIO DE SALUD estableció que los valores de copagos para prestaciones de primer y segundo nivel en los planes de cobertura de las Entidades de Medicina Prepaga se encontrarían sometidos al contralor de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que, en función de ello, por la Resolución N° 1/2023 del MINISTERIO DE SALUD se instruyó a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a establecer un sistema de copagos y topes para las Entidades de Medicina Prepaga en virtud de lo dispuesto en el artículo 2° del Decreto N° 743/2022, y a dictar las medidas pertinentes a tal fin.

Que la Resolución N° 2/2023 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determinó que las entidades inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) sólo podrán cobrar copagos o coseguros por las prestaciones de primer y segundo nivel incluidas en el ANEXO I (IF-2022-140106763- -APN-GCP#SSS) que se aprobó y formó parte de la referida Resolución.

Que, atendiendo a un principio de paralelismo normativo, corresponde destacar que, por imperio del dictado del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, ha quedado abrogado el Decreto N° 743/2022 referido al instituto de los copagos que involucraban a las Entidades de Medicina Prepaga.

Que, por ende, la normativa referida ha perdido virtualidad práctica y jurídica, lo que hace que la cuestión sometida a estudio resulte abstracta y carezca de pertinencia y aplicabilidad concreta en la realidad legal actual, por lo que correspondería su derogación.

Que por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 se fijaron las "BASES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ECONOMIA ARGENTINA" y se establecieron numerosas medidas tendientes a desregular la actividad económica, con el fin de reconstruir la economía nacional, a través de la inmediata eliminación de barreras y restricciones estatales que impedían su normal desarrollo, promoviendo al mismo tiempo una mayor inserción en el comercio mundial.

Que por el aludido Decreto también se propició liberar las restricciones a los valores de las cuotas de los planes de salud del subsistema de medicina prepaga para aumentar la competitividad del Subsistema de Salud.

Que para la consecución de tales fines y dar cabal cumplimiento con lo prescripto por el Programa Médico Obligatorio (PMO), se procedió al análisis y revisión integral en torno a la relación de los valores de coseguros vigentes por tipo de práctica y la evolución de sus costos reales en los últimos años.

Que, en mérito a ello y para promover la eficiencia, eficacia y calidad en las prestaciones de salud que se brindan a los beneficiarios y usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga, corresponde efectuar una debida adecuación normativa.

Que, a fin de evitar confusiones y garantizar que los usuarios conozcan qué servicios pueden requerir un costo adicional resulta necesario establecer aquellas prestaciones que quedarán exentas de coseguros.

Que la libre competencia requiere un mercado transparente en el que los consumidores puedan comparar directamente las ofertas disponibles, permitiéndoles tomar decisiones informadas al evaluar los planes ofrecidos y elegir la mejor opción.

Que, en virtud de lo expuesto, deviene imperioso proceder a la eliminación de toda injerencia de la autoridad de aplicación en los valores de los coseguros tanto para los Agentes del Seguro de Salud como para las Entidades de Medicina Prepaga, permitiendo que aquellos sean fijados libremente, con el objetivo de garantizar una mayor competitividad y transparencia en el Subsistema de Salud, asegurando al mismo tiempo que los usuarios conozcan claramente qué servicios pueden requerir un costo adicional.

Que, por lo demás, resulta conveniente puntualizar que aquellas prestaciones que se encuentren determinadas como esenciales por el marco normativo correspondiente y el informe técnico del caso, permanecerán exentas de coseguros.

Que han tomado la intervención de su competencia los servicios jurídicos permanentes de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y del MINISTERIO DE SALUD.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades previstas en el artículo 103 de la Constitución Nacional y en la Ley de Ministerios N° 22.520 y sus modificatorias y complementarias.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Déjense sin efecto los aranceles vigentes en concepto de coseguros establecidos para las prestaciones médico-asistenciales contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y sus normas complementarias, que no se encontraren exentas conforme el marco normativo vigente; los que podrán ser fijados libremente por parte de las entidades comprendidas en el artículo 1º de la Ley N° 23.660 en concordancia con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 2º.- Lo dispuesto en el artículo que antecede no resultará de aplicación para aquellas prestaciones comprendidas en el ANEXO (GDE IF-2024-62030629-APN-GCP#SSS) que se aprueba y forma parte integrante de la presente, ni afectará las mencionadas en la Resolución N° 201 de fecha 9 de abril de 2002 del Registro del MINISTERIO DE SALUD o aquellas que, en virtud de la normativa vigente se encontraren exentas por tratarse de prestaciones con cobertura integral por PMO.

ARTÍCULO 3º.- Los valores de los coseguros asociados a cada prestación médica, deberán ser debida y fehacientemente informados a los beneficiarios y/o usuarios al momento de la afiliación. La variación de los valores de los coseguros en el transcurso de la afiliación deberá ser informada de manera fehaciente con una antelación de TREINTA (30) días a los beneficiarios y/o usuarios.

ARTÍCULO 4º.- Modifícase el Anexo I de la Resolución N° 201/2002 del MINISTERIO DE SALUD, en los términos establecidos en la presente resolución.

ARTÍCULO 5º.- Derógase la Resolución N° E 58/2017 y N° 1/2023 del MINISTERIO DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD y la Resolución N° 2/2023 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 6º.- La presente medida entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 7º.- De forma.-

Mario Antonio Russo

ANEXO

Consultas Exentas de Coseguros

Programa Preventivos EXENTOS	1.1.3. Cánceres de cuello uterino y mama 1.1.4. Odontología preventiva 1.1.5 Salud sexual y reproductiva Ley Nº 25.673
Oncología	EXENTO
Discapacidad	EXENTO
Plan materno infantil EXENTO	1.1.1. Plan Materno Infantil: Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. 1.1.2. Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas. Esta cobertura comprende: a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO, Psicoprofilaxis Obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el parto, Cobertura 100% b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales) a fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.
Emergencias/Código Rojo	EXENTO
Prácticas de enfermería	EXENTO
Ley 27.611 de "Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. – Ley 1000 días	EXENTO
Ley 27.675 "Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, HEPATITIS VIRALES, otras Afecciones de Transmisión Sexual – ITS- y Tuberculosis – TBC-	EXENTO
Ley 26.928 "Creación Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas"	EXENTO
Ley 27.447 "Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células"	EXENTO

El presente listado no es de carácter taxativo, pudiendo también quedar exentas aquellas prestaciones o prácticas que así lo indique el marco normativo.