



MINISTERIO DE SALUD

Resolución 2577/2022

RESOL-2022-2577-APN-MS

Ciudad de Buenos Aires, 09/11/2022

VISTO el Expediente EX-2022-119602368- -APN-SSS#MS, las Leyes N° 23.660, N° 23.661 y N° 26.682, los Decretos N° 1993 del 30 de noviembre de 2011, N° 66 del 22 de enero de 2019 y N° 743 del 6 de noviembre de 2022, las Resoluciones N° 867 del 29 de abril de 2022 y N° 1293 del 30 de junio 2022 del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, sus modificatorias, reglamentarias y complementarias regulan el régimen de las Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud, así como su financiamiento.

Que la Ley N° 23.661 creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud como un sistema solidario de seguridad social, cuyo objetivo fundamental es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación sobre la base de un criterio de justicia distributiva.

Que, entre otras cuestiones, la Ley N° 23.661 facultó a su autoridad de aplicación (en ese entonces, la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD) a dictar las normas que regulasen las distintas modalidades de las relaciones contractuales entre los Agentes del Seguro y los prestadores.

Que por el Decreto N° 1615/96 se ordenó la fusión de la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL), el INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (INOS) y la DIRECCIÓN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (DINOS), constituyendo la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD como organismo descentralizado de la ADMINISTRACIÓN PÚBLICA NACIONAL y en jurisdicción del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL.

Que la Ley N° 26.682 estableció el marco regulatorio de la medicina prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adoptasen, cuyo objeto consistiera en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, fuera por contratación individual o corporativa.

Que el Decreto N° 1993/11, reglamentario de la Ley N° 26.682, en su artículo 4°, establece que el MINISTERIO DE SALUD es su autoridad de aplicación, a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo



descentralizado de su jurisdicción.

Que la referida Ley, en su artículo 17, prevé que la autoridad de aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales de las Entidades de Medicina Prepaga y autorizará su aumento, cuando dicho aumento esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgo.

Que, de acuerdo al artículo 5° de la Ley de mención, entre otros objetivos y funciones, la autoridad de aplicación debe autorizar y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones.

Que, paralelamente, las entidades deberán, una vez autorizados los aumentos, informar a los usuarios los incrementos que se registrarán en el monto de las cuotas con una antelación no inferior a los TREINTA (30) días corridos, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir, entendiéndose cumplimentado el referido deber de información con la notificación incorporada en la factura del mes precedente y/o carta informativa.

Que del análisis efectuado sobre la evolución de los incrementos de costos del sector desde la fecha del último aumento de cuotas autorizado y considerando especialmente los acuerdos salariales paritarios alcanzados por el sector, se desprende que resulta necesario promover la autorización de aumentos que permitan garantizar un adecuado financiamiento para afrontar tales costos y mantener la calidad de servicios prestados, sin que ello afecte la capacidad de pago de los usuarios y usuarias.

Que en el artículo 4° la Resolución N° 867/22 del MINISTERIO DE SALUD se instruyó a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que, conjuntamente con la DIRECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, elaborase un Índice de Costos de Salud que contemple la evolución de los rubros de recursos humanos, medicamentos, insumos médicos, otros insumos y gastos generales que resulten significativos para el sector, dentro del plazo de TREINTA (30) días de su entrada en vigencia.

Que a su vez, en el artículo 5° de dicha norma, se autorizaron incrementos bimestrales en el valor de las cuotas de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), los que “tendrán como límite máximo la variación del Índice de Costos de Salud definido en el artículo precedente”.

Que por la Resolución N° 1293/22 del MINISTERIO DE SALUD se aprobó el citado Índice de Costos de Salud y se dispuso que fuera calculado al último día de los meses de junio, agosto y octubre de 2022 y publicado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (artículo 2°).

Que, junto con la publicación de dicho índice, la norma dispuso que se publicara el porcentaje en que las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud deberán incrementar los valores retributivos de las prestaciones médico-asistenciales brindadas a sus beneficiarios, beneficiarias, usuarios y usuarias por los prestadores inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, de conformidad con lo previsto en el artículo 6° de la Resolución N° 867/22 del MINISTERIO DE SALUD.

Que al 30 de junio de 2022 el índice de mención ascendió a 11.34%, al 31 de agosto de 2022 ascendió a 11.53% y al 31 de octubre de 2022 ascendió a 13.80%.



Que, respecto de la aplicación del referido índice a las autorizaciones de aumento de cuotas de la medicina prepaga, el PODER EJECUTIVO NACIONAL ha decidido implementar un mecanismo donde, para aquellos contratos que no cuentan con capacidad de negociación equilibrada de partes, se establezca una referencia tope menos un porcentaje que incentive el desacople de los precios de este subsector del alza general de precios.

Que, en este sentido, por el Decreto N° 743/22 se estableció que, a partir del 1° de febrero de 2023 y por el plazo de DIECIOCHO (18) meses, el incremento del valor de las cuotas -autorizado conforme las pautas establecidas en el artículo 17 de la Ley N° 26.682- de los contratos individuales de adhesión voluntaria que deberán abonar las personas afiliadas a los sujetos alcanzados por la Ley N° 26.682 e inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), incluidas aquellas que acceden al servicio por derivación de sus aportes obligatorios del sistema de Obras Sociales, tendrá como tope máximo el NOVENTA POR CIENTO (90 %) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) del mes inmediato anterior publicado. Esta medida se aplicará respecto de los y las titulares contratantes que posean ingresos netos inferiores a SEIS (6) Salarios Mínimos, Vitales y Móviles.

Que, a su vez, en el artículo 2° del citado Decreto, se dispuso que las Entidades de Medicina Prepaga deberán ofrecer en forma obligatoria a sus usuarios y usuarias, a partir del 1° de enero de 2023, idénticos planes de cobertura al que posean en la actualidad sin copagos, con la inclusión de copagos sobre las prestaciones de primer y segundo nivel, a un precio de, como mínimo, un VEINTICINCO POR CIENTO (25 %) menor al plan sin copagos.

Que deviene necesario complementar las previsiones establecidas en el Decreto N° 743/22.

Que, paralelamente, en el delicado contexto actual de emergencia sanitaria sin precedentes, cuyos efectos sobre el sistema sanitario aún no han cesado, no cabe soslayar el rol y la función asistencial fundamental que desempeñan los prestadores de salud, a través de la atención directa de beneficiarios, beneficiarias, usuarios y usuarias, tanto de los Agentes del Seguro de Salud como de las Entidades de Medicina Prepaga.

Que las entidades representativas del sector han expresado en forma reiterada su preocupación por el estado crítico en que se encuentran la mayoría de los prestadores y enfatizado la necesidad de garantizar valores retributivos adecuados por las prestaciones que brindan, a fin de paliar dicha situación y procurar su continuidad.

Que, con el fin de considerar la procedencia de disponer la autorización de un aumento y su adecuada extensión, las áreas técnicas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD han evaluado el incremento de costos sufrido por el sector desde la fecha de los últimos aumentos autorizados.

Que, sin perjuicio de la fecha de autorización de los aumentos, éstos podrán percibirse una vez cumplida la notificación prevista en el Decreto N° 1993/11, artículo 5°, inciso g (modificado por el Decreto N° 66/19).

Que la GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ha prestado conformidad a lo actuado.





Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 23 de la Ley de Ministerios N° 22.520, la Ley N° 26.682 y sus normas modificatorias y reglamentarias.

Por ello,

LA MINISTRA DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. - A partir del 1 de febrero de 2023 se autorizan incrementos mensuales en el valor de las cuotas de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) conforme la última variación publicada del Índice de Costos de Salud aprobado por el artículo 1° de la Resolución N° 1293/22 del MINISTERIO DE SALUD, por el plazo y con los topes establecidos en el artículo 1° del Decreto N° 743/22.

ARTÍCULO 2°. - Los aumentos autorizados en el artículo precedente podrán percibirse una vez cumplida la notificación prevista en el artículo 5°, inciso g del Decreto N° 1993/11 (modificado por el Decreto N° 66/19), respecto de cada aumento mensual que se determine.

ARTÍCULO 3°. - En el caso de los trabajadores en relación de dependencia, el tope del incremento previsto en el artículo 1° del Decreto N° 743/22 será aplicable a la cuota que efectivamente abonen por el plan superador que hayan contratado.

ARTÍCULO 4°. - Instrúyese a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a publicar, de manera simultánea con el Índice de Costos de Salud, el Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE), el valor resultante de la aplicación del artículo 1° del Decreto N° 743/22 y el valor correspondiente a SEIS (6) salarios mínimos, vitales y móviles.

ARTÍCULO 5°. - Los valores de copagos para prestaciones de primer y segundo nivel en los planes de cobertura que las Entidades de Medicina Prepaga deben ofrecer de conformidad con el artículo N° 2 del Decreto N° 743/22, se encontrarán sometidos al contralor de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 6°. - Las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud deberán incrementar los valores retributivos de las prestaciones médico-asistenciales brindadas a sus beneficiarios, beneficiarias, usuarios y usuarias por los prestadores inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en al menos un NOVENTA POR CIENTO (90%) del aumento porcentual de sus ingresos por vía de cuotas de medicina prepaga o negociaciones paritarias, para cada mes incluido en el plazo previsto en el artículo 1°.

ARTÍCULO 7°. - Deróganse los artículos 5° y 6° de la Resolución N° 867/22 del MINISTERIO DE SALUD.





ARTÍCULO 8°. - Comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Carla Vizzotti

e. 10/11/2022 N° 91812/22 v. 10/11/2022

Fecha de publicación 10/11/2022

