

Res 2/2023. SSS. Salud. Medicina prepaga. Entidades. Subas. Tope. Solicitud. Copagos o coseguros. Alcance. Prestaciones. Listado

Por

Redacción Central

-

Se **dispone** el procedimiento a los fines del tope a determinadas subas y pago a las entidades inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP). Prestaciones **incluidas** en copagos o coseguros (*Dec 743/2022 y Res 1/2023*)

Sujetos: Medicina prepaga (RNEMP)

Usuarios. **Pago adicional:** copagos o coseguros

Prestaciones: alcance

Primer nivel: consultas médicas, psicología, kinesiología, odontología y

otros

Segundo nivel: tomografía, resonancia y otros

Incrementos. Tope 90% RIPTE. Procedimiento

Beneficiario: ingresos netos inferiores a SEIS (6) Salarios Mínimos, Vitales y Móviles (Ene 2023 \$ 392.562)

DDJJ: formulario on line

Plazo. Periodicidad. Plazo: 1 al 20 de cada mes (mensual)

Solicitud: <https://www.argentina.gob.ar/servicio/certificar-ingresos-para-usuarios-de-entidades-de-medicina-prepaga> (actualizado 04/01/2023)

Vigencia: 04/01/2023

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Resolución 2/2023**

RESOL-2023-2-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 02/01/2023 (BO. 03/01/2023)

VISTO el Expediente EX-2022-139504773- -APN-GGE#SSS, 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° 201 del 9 de abril de 2002, N° 1991 del 28 de diciembre de 2005, Resolución N° 58 del 12 de enero de 2017, N° 867 del 29 de abril de 2022, N° 2577 del 9 de noviembre de 2022 y N° 1 del 2 de enero de 2023, todas del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

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 por la Resolución N° 201/02 del MINISTERIO DE SALUD y sus normas modificatorias y complementarias se estableció el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO), que determina las prestaciones básicas esenciales

que deben garantizar los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga a sus afiliados y afiliadas.

Que en el citado Programa Médico Obligatorio (PMO) se establecieron los coseguros que pueden percibir los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga para determinadas prácticas médicas con sus correspondientes valores.

Que, ante la falta de actualización de los valores de coseguros establecidos, por la Resolución N° 58/17 del MINISTERIO DE SALUD, se modificó el monto de los aranceles previstos en el ANEXO I de la Resolución N° 201/02 por los autorizados en el ANEXO de aquella norma y se dispuso su actualización automática, en los mismos plazos y porcentajes dispuestos para el Salario Mínimo, Vital y Móvil previsto en la Ley N° 24.013.

Que los valores resultantes de la readecuación arancelaria precedentemente referida se fijaron como tope máximo, disponiéndose, en el artículo 3° de la Resolución N° 58/17, que los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga determinarán el lugar y la modalidad operativa en que serán abonados.

Que, posteriormente, por el artículo 2° del Decreto N° 743/22, 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 dicha norma fue complementada por el artículo 5° de la Resolución N° 2577/22 del MINISTERIO DE SALUD, que estableció que 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 2° del Decreto N° 743/22, se encontrarán sometidos al contralor de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que, en términos de financiamiento, el Sistema de obras sociales establecido por las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 constituye un sistema solidario de aporte obligatorio, que se nutre de un porcentaje de los ingresos de empleados en relación de dependencia, pequeños contribuyentes adheridos al régimen simplificado de la Ley N° 24.977 y personal de casas particulares alcanzado por la Ley N° 26.844.

Que, por su parte, el sistema de medicina prepaga constituye un régimen de afiliación voluntaria que se financia, fundamentalmente, por el aporte de bolsillo realizado por los usuarios y usuarias.

Que, en función de las diferentes modalidades de financiamiento de los sistemas señalados, y atento lo establecido por el artículo 2° del Decreto N° 743/22 y el artículo 5° de la Resolución N° 2577/22 del MINISTERIO DE SALUD, resulta claro que los copagos a percibir por las Entidades de Medicina Prepaga por prestaciones incluidas en el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) se encuentran sometidos a un régimen especial y con reglas diferenciadas de las aplicables a los Agentes del Seguro de Salud.

Que, en función de ello, por la Resolución N° 1/23 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 del 6 de noviembre de 2022 y a dictar las medidas pertinentes a tal fin.

Que, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 5° de la Resolución N° 2577/22 y en el artículo 1° de la Resolución N° 1/23, ambas del MINISTERIO DE SALUD, corresponde regular las prestaciones de primer y segundo nivel que podrán dar lugar al cobro de copagos en los planes de cobertura que las Entidades de Medicina Prepaga deben ofrecer, de conformidad con el artículo 2° del Decreto N° 743/22.

Que, a su vez, por el artículo 1° del Decreto N° 743/22, se fijó un tope máximo, a partir del 1° de febrero de 2023 y por el plazo de DIECIOCHO (18) meses, a los incrementos autorizados del valor de las cuotas de los contratos de medicina prepaga que deban pagar los y las titulares contratantes que posean ingresos netos inferiores a SEIS (6) Salarios Mínimos, Vitales y Móviles, del NOVENTA POR CIENTO (90%) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) del mes inmediato anterior publicado.

Que el ingreso neto de los contratantes, tanto de quienes se desempeñan en relación de dependencia como por cuenta propia, constituye un monto que varía mes a mes para la mayoría de ellos.

Que corresponde reglamentar la forma en que habrá de verificarse y aplicarse el tope antedicho.

Que las Gerencias de Gestión Estratégica, Control Prestacional, Control Económico Financiero, Sistemas de Información, Asuntos Jurídicos y la Gerencia General han tomado la intervención de sus respectivas competencias.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615 del 23 de diciembre de 1996, N° 2710 del 28 de diciembre de 2012 y N° 307 del 7 de mayo de 2021.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTICULO 1°.- De conformidad con lo previsto en el artículo 1° de la Resolución N° 1/23 del MINISTERIO DE SALUD, 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 aprueba y forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- Las entidades inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) deberán presentar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para su verificación y registro, los planes con copagos ofrecidos en los términos del artículo 2° del Decreto N° 743/22. Junto con los planes, deberán presentarse sus cuadros tarifarios con el detalle de los valores de copago para cada prestación incluida.

A tal efecto, las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) deberán completar y generar, para cada uno de los planes de cobertura integral que comercialicen al público en general, el FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL CON COPAGO, que se encontrará disponible en la página web institucional de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuyo modelo obra en el ANEXO II (IF-2022-139613439-APN-GGE#SSS), que se aprueba y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO 3°.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD publicará los listados de copagos informados en su página web institucional.

En caso de que no se hayan presentado los cuadros tarifarios con el detalle de los valores de copago para un plan de cobertura integral con copagos, le aplicarán supletoriamente los valores vigentes para la Resolución N° 58/17 del MINISTERIO DE SALUD.

ARTICULO 4°.- Los planes con copagos que se encontrasen vigentes y se hubieren contratado en forma previa a la entrada en vigencia del Decreto N° 743/22, mantendrán su vigencia bajo los mismos términos en que fueron contratados.

ARTICULO 5°.- Los valores de copagos deberán ser debida y fehacientemente informados a los usuarios y usuarias al momento de la afiliación, dándoles copia de ellos y guardando debida constancia de su conformidad.

Sólo podrán ser incrementados en las mismas oportunidades y hasta la misma proporción que el Índice de Costos de Salud aprobado por el artículo 1° de la Resolución N° 1293/22 del MINISTERIO DE SALUD.

ARTICULO 6°.- Los y las titulares de afiliación que pretendan que se les aplique el tope previsto en el artículo 1° del Decreto N° 743/22 deberán completar, del día 1° al VEINTE (20) de cada mes, una declaración jurada de ingresos correspondientes al mes calendario inmediato anterior, ingresando a través del aplicativo que estará disponible en el sitio web institucional de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, mediante autenticación a través de su CUIT/L y clave fiscal.

Desde el día VEINTIUNO (21) y hasta completar el mes, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD pondrá a disposición de cada Entidad de Medicina Prepaga, en su página web, la información correspondiente de las declaraciones juradas presentadas por sus usuarios y usuarias, a los efectos de que apliquen los topes correspondientes en los casos que corresponda.

No se admitirá la presentación de declaraciones juradas de ingreso para meses anteriores al previsto según la fecha de carga ni procederá la aplicación del tope en forma retroactiva.

ARTÍCULO 7°.- Los aumentos mensuales que se apliquen de conformidad con lo previsto en el artículo 1° de la Resolución N° 2577/22 del MINISTERIO DE SALUD se deberán calcular sobre el monto de cuota facturado en el mes inmediato anterior.

ARTÍCULO 8°.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 9°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Daniel Alejandro Lopez

[Descargue Anexo 1](#)

[Descargue Anexo 2](#)