Agentes del seguro de salud: nuevo marco normativo orientado a regular la presentación de planes de salud

Boletín N°:

Out 29, 2024 ARGENTINA

La Superintendencia de Servicios de Salud emitió la resolución No 3934, con enfoque nacional, con el fin de regular la presentaciones de los diferentes planes de salud.

A continuación, la nueva resolución:

VISTO el Expediente N° EX-2024-113168396- -APN-SSS#MS, las Leyes N° 23.660, 23.661, N° 24.901 y N° 26.682, el Decreto N° 70 del 20 de diciembre de 2023, las Resoluciones de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2165 del 23 de diciembre de 2021 y N° 731 del 28 de marzo de 2023, y

CONSIDERANDO:

Que las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 establecen el régimen de las Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que la Ley N° 26.682 crea el marco normativo para las Entidades de Medicina Prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios, determinando la obligatoriedad de cubrir el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, conforme la Ley N° 24.901.

Que el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/23 incorpora como sujetos comprendidos en las disposiciones de la Ley N° 23.660 a las entidades mencionadas en el artículo 1º de la Ley N° 26.682.

Que mediante la Resolución N° 2165/21 de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se establecieron las pautas básicas que deben contener las cartillas prestacionales y los planes de salud comercializados que ofrecen los Agentes del Seguro de Salud a sus beneficiarios.

Que la Resolución de esta SUPERINTENDECIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 731/23 establece los requisitos y procedimientos para el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE), determinando las condiciones de cobertura y valores a reintegrar por los Agentes del Seguro de Salud.

Que, estas medidas específicas garantizan la sostenibilidad del sistema y el acceso

equitativo a tratamientos y medicamentos por parte de los beneficiarios.

Que las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 23.660 ofrecen a los beneficiarios distintos tipos de planes de salud, los cuales se clasifican en planes abiertos y planes cerrados.

Que en los planes abiertos los beneficiarios pueden optar por recibir la cobertura médico-asistencial a través de los prestadores de cartilla o de prestadores externos; mientras que, en los planes cerrados los beneficiarios deben atenderse exclusivamente con los prestadores incluidos en la cartilla, quienes resultan ser los habilitados para prescribir una práctica médica o un medicamento.

Que cada tipo de plan, tanto abierto como cerrado, cuenta con su propia cartilla de prestadores, la cual define los profesionales y centros médicos disponibles para los beneficiarios, así como las condiciones específicas de cobertura que ofrece cada agente de salud.

Que las cartillas de prestadores deben ser presentadas ante esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, indicando con precisión el tipo de plan de salud para el que rigen, a fin de garantizar su transparencia y validez operativa.

Que se requiere una actualización continua de los procesos y criterios de gestión para asegurar que los recursos del sistema se asignen de manera eficiente y equitativa, evitando desvíos o inconsistencias en las prestaciones.

Que, en los planes cerrados, resulta imprescindible que este organismo cuente con información precisa sobre los médicos que prescriben las prácticas y medicamentos cubiertos por dichos planes, para verificar que dichos profesionales pertenezcan efectivamente a la cartilla del Agente del Seguro de Salud involucrado. Esta verificación es esencial para autorizar el apoyo financiero o reintegro que eventualmente pueda ser requerido, ya sea por vía administrativa o judicial.

Que, por su parte, los beneficiarios tienen el derecho de recurrir a la justicia para solicitar la cobertura -por parte del Agente del Seguro de Salud- de una práctica médica y/o medicamento prescripto en función de su diagnóstico.

Que las resoluciones judiciales pueden obligar al Agente del Seguro de Salud a otorgar la cobertura solicitada o, en su defecto, imponer al Estado Nacional, al MINISTERIO DE SALUD o a esta SUPERINTENDENCIA el pago total o parcial de la prestación médica o medicamento en cuestión.

Que esta situación refleja un riesgo de desfinanciamiento para los Agentes del Seguro de Salud, dado que la cobertura de prácticas o medicamentos no previstos adecuadamente en sus planes de salud puede comprometer la sostenibilidad financiera del sistema.

Que por Resolución N° 4912/24 del MINISTERIO DE SALUD se establece una Guía de Buenas Prácticas para el Cumplimiento Eficiente de Mandas Judiciales donde establece que los médicos tratantes deben presentar una declaración jurada sobre la inexistencia de conflictos de intereses con el proveedor de la tecnología sanitaria prescripta y/o el medicamento indicado.

Que es fundamental controlar que, en los planes cerrados, las prácticas y medicamentos indicados a los beneficiarios sean prescriptos exclusivamente por los médicos incluidos en las cartillas del Agente del Seguro de Salud correspondiente, para evitar inconsistencias en la prestación y mitigar riesgos financieros.

Que resulta imprescindible implementar medidas que equilibren el derecho de los beneficiarios al acceso a tratamientos y medicamentos, con la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera de las Obras Sociales y las Entidades de Medicina Prepaga, para evitar poner en riesgo la continuidad de la atención sanitaria.

Que es responsabilidad de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD garantizar un uso eficiente y equitativo de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud, asegurando que las prestaciones se otorguen de acuerdo con la normativa vigente y se respete la lógica de los planes de salud contratados por los beneficiarios.

Que la transparencia en la administración de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud es indispensable para mantener la confianza de los usuarios y asegurar que todas las prestaciones se otorguen en igualdad de condiciones, conforme a los términos de los planes de cobertura contratados.

Que, en consecuencia, es necesario implementar medidas que permitan la sostenibilidad financiera de los Agentes del Seguro, a la vez que se asegure el derecho de los beneficiarios de acceder a tratamientos, prácticas o medicamentos de alto costo, y evitar situaciones de desfinanciamiento que puedan poner en riesgo la atención sanitaria.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos toma la intervención de su competencia.

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° 83 del 24 enero 2024.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660, al presentar ante esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD los planes de salud ofrecidos, deberán:

1. a) Acompañar por cada plan su cartilla de prestadores, en la que se detallen los profesionales, centros médicos y prestadores autorizados para brindar servicios en el marco del plan.
2. b) Especificar con claridad si el plan es abierto o cerrado, indicando las condiciones de acceso, cobertura y las características particulares que regulan la atención de los beneficiarios.

ARTÍCULO 2º.- Establézcase que, en el marco de los planes de salud cerrados, la cobertura médico-asistencial de prácticas y medicamentos, será otorgada exclusivamente sobre la base de prescripciones realizadas por los médicos que integren la cartilla del Agente del Seguro de Salud correspondiente.

ARTÍCULO 3º.- Adóptese el control y la fiscalización para verificar el cumplimiento del Anexo de la Guía de Buenas Prácticas para el Cumplimiento Eficiente de Mandas Judiciales del Ministerio de Salud, según lo establecido en la Resolución N° 4912/24.

ARTÍCULO 4°.- Determínase que solo en los casos en que se cumpla con lo dispuesto en los artículos 2° y 3°, los Agentes del Seguro de Salud podrán presentar para su

análisis la erogación de una práctica médica y/o un medicamento ante esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 5º.- Hágase saber que los requisitos mencionados en los artículos 2º y 3º son de cumplimiento obligatorio para toda solicitud de cobertura, subsidio o reintegro de prácticas médicas y medicamentos, incluyendo aquellas que se presenten por vía administrativa o judicial.

ARTÍCULO 6º.- Instrúyese a la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN a que adopte las medidas necesarias para adaptar los aplicativos pertinentes, a fin de dar cumplimiento con la presente.

ARTÍCULO 7º.- La presente entrará en vigor el día hábil siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 8º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

Fuente

Fuente: Al día Argentina

Enlace:
https://aldiaargentina.microjuris.com/2024/10/28/legislacion-agentes-del-seguro-de-salud-nuevo-marco-normativo-orientado-a-regular-la-presentacion-de-planes-de-salud/