

## Legislación Nacional

DECRETO NACIONAL 1305/2000 DECRETOS NACIONALES 1305/2000 DECRETOS REGLAMENTARIOS SOBRE SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD. BUENOS AIRES, 29 DE DICIEMBRE DE 2000 BOLETIN OFICIAL, 3 DE ENERO DE 2001 VISTO los Decretos Nos. 576/93, 446/00, 1140/00, y Referencias Normativas: DECRETO NACIONAL 446/2000, Decreto Nacional 576/93, DECRETO NACIONAL 1140/00 CONSIDERANDO Que a través del Decreto N. 446/00 y su modificatorio N. 1140/00 se instituyó la posibilidad de que los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD puedan ejercer el derecho de opción entre distintos Agentes, en forma amplia. Que resulta imprescindible sistematizar los mecanismos para la incorporación de nuevas entidades como agentes adheridos al SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, dentro de un marco de solidaridad y equidad manteniendo inalterables los principios del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Que, asimismo, es necesario garantizar, dentro de un marco de claridad, transparencia y veracidad, que la decisión de los beneficiarios se realice mediante un acto de voluntad libremente expresada. Que, atento a la supresión de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, dispuesta por el artículo 14 del Decreto N. 446/00, resulta oportuno que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD haga cargo de la ejecución, supervisión y conclusión de los procesos administrativos en curso en el ámbito de esa dependencia. Que el presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 99, incisos 1) y 2), de la CONSTITUCION NACIONAL. Por ello EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA DECRETA: Referencias Normativas: DECRETO NACIONAL 446/2000 Art. 14, DECRETO NACIONAL 446/2000, DECRETO NACIONAL 1140/00 Artículo 1 Artículo 1 - Apruébase la reglamentación de los artículos 1 inciso c), 2 inciso a), 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, y 15 del Decreto N. 446/00 y su modificatorio N. 1140/00: "ARTICULO 1, inciso c).- Las entidades con capacidad para brindar cobertura a los beneficiarios que ejerzan el derecho de opción, deberán regirse por la normativa de las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y normas complementarias. ""ARTICULO 2, inciso a).- Durante el lapso que medie entre la presentación de la solicitud de opción de cambio hasta el último día del segundo mes posterior al mes de su presentación, la prestación estará a cargo del Agente que se encuentre prestando el servicio. La opción deberá ejercerse en forma personal e individual ante el Agente elegido o ante cualquiera de las delegaciones de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS). En ambos casos la Entidad receptora deberá enviar semanalmente los formularios y la nómina de las opciones recibidas, en soporte magnético, a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que, de corresponder, lo comunicará: a) a la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) para su procesamiento y actualización del padrón de beneficiarios. b) a la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP). c) al Agente de origen. d) al Agente elegido. La solicitud de opción de cambio se efectuará mediante formularios numerados cuyo texto será aprobado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y en el caso de efectuarse ante un Agente la opción será registrada en un libro especial rubricado por la Autoridad de Aplicación. ""ARTICULO 3.- Los planes y programas de cobertura comprenden el PLAN MEDICO ASISTENCIAL UNICO que contenga la totalidad de las prácticas y servicios comprendidos en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO y la cobertura de prestaciones médicas adicionales no esenciales y/o mejores condiciones de confort. ""ARTICULO 4.- La unificación de aportes y contribuciones se efectuará a favor de la Entidad por la que opten ambos cónyuges de común acuerdo. En caso de que no se ejerza dicha opción, la Autoridad de Aplicación decidirá la unificación en la Entidad que se determine en las normas complementarias que se dicten al efecto. ""ARTICULO 6.- Las Entidades estarán obligadas a admitir la afiliación de los beneficiarios mencionados en los incisos a) y b) del artículo 9 de la Ley N. 23.660 sus modificatorias y beneficiarios familiares, junto con la del beneficiario titular. Entiéndese por beneficiario familiar a los citados en el último párrafo del artículo 9 de la Ley N. 23.660 y sus modificatorias. ""ARTICULO 7.- La cobertura del beneficiario que hubiera hecho uso de la opción de cambio, en caso de estar en tratamiento o padecer afecciones crónicas preexistentes estará, durante DOCE (12) meses corridos, a cargo del Agente de origen, al cual la Entidad receptora le facturará las prestaciones efectuadas. Esta obligación será exigible sólo si el beneficiario hubiere permanecido al menos UN (1) año en el Agente de origen. En caso contrario, el nuevo Agente se hará cargo de dichas prestaciones. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD establecerá las patologías por las que deberá responder la Entidad de origen, así como los aranceles que habrán de establecerse y tomará las medidas necesarias para que se provea el pago de las mismas. ""ARTICULO 9.- Entiéndese por "prestaciones médicas adicionales no esenciales" las no contenidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO aprobado por la Resolución M.S. N. 939/00, las que no podrán en ningún caso invocar mejora en la calidad médica. Las Entidades deberán presentar sus propuestas de cobertura adicional como así también las modificaciones de aquéllas a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Dicha presentación deberá contener un detalle preciso de los servicios ofrecidos. ""ARTICULO 10.- Desde el primer día de la relación laboral los trabajadores podrán hacer uso del derecho de opción. Los empleadores, en oportunidad de registrar el alta de sus nuevos trabajadores dependientes, en los términos del Decreto N. 1122/00 y normas complementarias, deberán consignar

la obra social de la actividad que corresponda. ""ARTICULO 11.- La limitación anual impuesta para el ejercicio del derecho de opción no serán de aplicación en los siguientes supuestos: a) Inicio de una nueva relación laboral. b) Cambio de domicilio en un radio superior a los CIEN (100) kilómetros o que implique un cambio de jurisdicción, para el supuesto de acreditarse que la Entidad por la que se hubiere optado no contare con cobertura en dicho ámbito. ""ARTICULO 14.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD asumirá la ejecución, supervisión y conclusión de la gestión remanente de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES. ""ARTICULO 15.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas complementarias que regirán a los Agentes comprendidos, las que deberán prever como mínimo, las siguientes pautas: 1) La nómina de las prestaciones e insumos médico asistenciales expresamente incluidos en el Programa de Coberturas Especiales, financiadas a través del Fondo Solidario de Redistribución. 2) Los requisitos de acreditación que deberán cumplir las Entidades prestadoras o proveedoras de tales servicios e insumos, los que integrarán el respectivo Registro, que funcionará en el ámbito de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. 3) Los precios máximos referenciales para las prestaciones e insumos financiados por el Fondo Solidario de Redistribución. 4) El importe a ser afrontado por cada Agente del Seguro de Salud en oportunidad de solicitar la cobertura del Fondo Solidario de Redistribución. 5) Los procedimientos administrativos y de auditoría para determinar la admisibilidad de la solicitud de cobertura, así como los criterios para la auditoría de procesos y resultados de las prácticas y utilización de los insumos provistos con arreglo a esta operatoria. 6) Los instrumentos legales y técnicos necesarios para asegurar el destino específico de los fondos. Referencias Normativas: Ley 23.660 Art. 9, Ley 23.660, Ley 23.661 Artículo 2 Art. 2 - Apruébase la reglamentación de los incisos b) y c) del artículo 24 de la Ley N. 23.661, sustituido por el Decreto N. 446/00 y su modificatorio N. 1140/00: b) Los Agentes del Seguro de Salud tendrán garantizada una cotización mínima mensual de PESOS VEINTE (\$ 20) por cada beneficiario titular así como también por cada uno de los integrantes de su grupo familiar primario y los beneficiarios familiares. Tratándose de trabajadores a tiempo parcial que perciban una remuneración inferior a TRES (3) MOPRES, sólo procederá el subsidio automático en caso de que éstos ejerzan la opción prevista en el artículo 8 del Decreto N. 492 del 22 de septiembre de 1995. La liquidación del subsidio automático será definitiva a partir de los NOVENTA (90) días corridos posteriores al vencimiento del período devengado. c) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determinará los requisitos técnicos y financieros que deberán cumplir los Agentes del Seguro de Salud que soliciten el monto mínimo mensual por beneficiario, informando a la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (A.F.I.P.) cuales fueron autorizados, a fin de que ésta distribuya el subsidio en forma automática. Los requisitos a dictar deberán respetar los siguientes parámetros: 1) Solvencia patrimonial, que será acreditada conforme lo establecido en la normativa vigente. 2) Indicadores de desempeño prestacional. 3) Volumen y características demográficas y epidemiológicas de la población del Agente del Seguro de Salud solicitante. La distribución automática del monto destinado a la financiación de las prestaciones especiales no exime al Agente del Seguro de Salud de someterse a las condiciones, recaudos y controles que establezca la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en los términos de la reglamentación del artículo 15 del Decreto N. 446/00 y su modificatorio. Referencias Normativas: DECRETO NACIONAL 446/2000, Decreto Nacional 492/95 Art. 8, DECRETO NACIONAL 1140/00, DECRETO NACIONAL 1140/00 Artículo 3 Art. 3 - Apruébase la reglamentación del artículo 8 del Decreto N. 1140/00: Las conductas a que se refiere el artículo 8 del Decreto N. 1140/00 serán denunciadas a la Autoridad de Aplicación, que sustanciará el sumario pertinente sin perjuicio de la comunicación a las restantes autoridades involucradas en la implementación y fiscalización del funcionamiento del sistema, para su intervención. A las entidades que adhieran al Sistema Nacional del Seguro de Salud les será aplicable lo previsto en el Capítulo VII de la Ley N. 23.661 y sus modificatorias, referente a las jurisdicciones, infracciones y penalidades. La Autoridad de Aplicación comunicará a los servicios locales de inspección del trabajo toda denuncia recibida con relación a las conductas señaladas en el artículo que se reglamenta que involucra a empleadores. Los servicios de inspección, en el ámbito territorial de sus respectivas competencias, verificarán, en ejercicio de su poder de policía, la existencia de las imputaciones, aplicando las normas de procedimiento y de fondo que correspondan, a efectos de juzgar dichas conductas, oficiando a la Autoridad de Aplicación con copias certificadas de las resoluciones que tuvieren lugar. Referencias Normativas: Ley 23.661 Artículo 4 Art. 4 - (Nota de Redacción) Sustituye el art. 8 de la reglamentación de la Ley N. 23.660 aprobada por el Dec. N. 576/93-Anexo I- Artículo 5 Art. 5 - Transfiérense a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD los recursos materiales, humanos y financieros de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, incluyendo los créditos presupuestarios previstos para el citado Organismo para el ejercicio 2001. El personal involucrado mantendrá sus actuales niveles y grados de revista. Artículo 6 Art. 6 - La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará al MINISTERIO DE SALUD en el término de NOVENTA (90) días, contados a partir de la fecha del presente decreto, la propuesta de estructura organizativa correspondiente al primer nivel operativo, de acuerdo a la normativa vigente en la materia. Artículo 7 Art. 7 - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. FIRMANTES DE LA RUA-Colombo-Lombardo-Bullrich-Machina