



OISS

ORGANIZACIÓN
IBEROAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL

Del Diagnóstico al tratamiento
24 y 25 de septiembre de 2019

*FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE
SALUD Y SUS DISTORSIONES*

Ley 18.610
Año 1971

Ley 23.660 y
23.661
Año 1989

Dto. 492/1995
PMO
Dto. 9/93
Opción de cambio

❖ *SINDICALES*
❖ *DE DIRECCIÓN*
❖ *MONOTRIBUTISTAS*

14 MILLONES

Ley 19.032 -1971

Sistema
de
Obras Sociales

INSSJP

4,3 MILLONES

Obras Sociales
creadas por leyes
provinciales como
"entes autárquicos"
fuera del control de
la SSSalud
No aportan ni
participan del FSR

❖ *PROVINCIALES*
❖ *UNIVERSIDADES*
❖ *PODER JUDICIAL*
❖ *DAS / FFAA*

6,5 MILLONES

MINISTERIO DE
TRABAJO

SEGURIDAD
SOCIAL
ANSES
Dto. 2741/91

SISTEMA DE RIESGO
TRABAJO
LEY 24.557

SISTEMA DE
ASIGNACIONES
FAMILIARES
LEY 24.714
Dto.1602/09

SISTEMA NACIONAL
DE EMPLEO
LEY 24.013

SISTEMA
DE PREVISION
LEY 26.425

MINISTERIO DE
SALUD - *SSSalud*

OBRAS SOCIALES
NACIONALES

OBRAS SOCIALES
PROVINCIALES

MINISTERIOS DE HACIENDA
PROVINCIALES, ASUNTOS
SOCIALES

Distorsión del financiamiento de la seguridad social

Propias del Sector

- ✓ Desempleo
- ✓ Trabajo en negro
- ✓ Evasión de aportes
- ✓ **Perdida del poder adquisitivo del salario**

Distorsión del financiamiento de la seguridad social

Causas extrínsecas



Proyecto de:

LEY COMPLEMENTARIA DE SALUD

Autores:

Dr. Luis Scervino

Dr. Oscar Cochlar

CAPÍTULO I :

Fondo Solidario de Redistribución.

CAPÍTULO II:

Opción de cambio.

CAPÍTULO III:

Modelo médico-asistencial.

CAPÍTULO IV:

Regímenes especiales y Unificación de aportes.

CAPÍTULO V:

Cobertura de tecnologías Sanitarias

CAPITULO VI

Reformas impositivas del sector salud

CAP. I – FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

Art. 1º Todo cobro adicional percibido por las Obras Sociales, comprendidas en el art 1º incisos a) etc. De la Ley 23.660 que exceda el aporte y /o contribución fijado en el art. 16 de la ley 23.660, ***deberá tributar un 15% adicional destinado al Fondo Solidario de Redistribución.***

Art.2º Todo cobro percibido por las Empresas de Medicina Prepaga, descriptas en el art. 2º de la ley 26.682 y sus Dtos. Reglamentarios 1991/12 y 1993/12, correspondiente a beneficiarios del Sistema de Obras Sociales; realizado por el mismo beneficiario como por el empleador, cuyo objeto sea complementar el costo de un plan, deberá abonar un 15% adicional destinado al Fondo Solidario de Redistribución.

Art.3º INTANGIBILIDAD DEL FSR. Deroguese el art. 3 del Decreto 1140/2000. Se daclaran intangibles los recursos del FSR, no pudiendo ser retenidos parcial ni totalmente por la Secretaria de Hacienda ni por ninguna otra autoridad del gobierno Nacional. Al final de cada año deberán ser aplicados al sistema de obras sociales de acuerdo a lo previsto por el art. 24 de la ley 23.661

Art. 4º Deróguese el art. 23 de la ley 26.682 Los pagos percibidos por las Obras Sociales o las Empresas de Medicina Prepaga, correspondientes a beneficiarios ***adherentes o voluntarios*** respectivamente, ***no aportaran al FSR*** en razón de no percibir los beneficios del mismo.

Art. 5º Tanto los aportes como así también las contribuciones establecidas por el art.16 de la ley 23.660, se establecerán sobre el total del salario del trabajador, sin fijar topes sobre el mismo. (Deberá derogarse la norma que fija un máximo para el cálculo del aporte).

Art. 6º para dar cumplimiento al art. 1º y 2º de la presente ley, tanto las obras sociales como las EMP serán agentes de retención de los importes retenidos, debiendo transferir los mismos al FSR a través del mecanismo que la AFIP arbitre como autoridad de aplicación impositiva.

CAP. II – OPCIÓN DE CAMBIO

Art. 7º Al inicio del contrato laboral, los beneficiarios del sistema de obras sociales deberán permanecer como mínimo un año en la obra social de la actividad que desarrollen. La opción de cambio de obra social podrá ejercerse por el titular una sola vez al año.

Art. 8º Las Obras Sociales no podrán recibir opciones de cambio, cuando hayan superado por este mecanismo, el 20% de su padrón compuesto por afiliados de la actividad. La SSSalud deberá arbitrar los mecanismos para dar cumplimiento al presente artículo.

Art. 9º Nuevas obras sociales: Los interesados en la inscripción de una nueva Obra Social, cualquiera sea su tipo, además de cumplimentar con los requisitos establecidos en las leyes 23.551, 23.660 y 23.661; deberán explicitar ante la SSSalud la necesidad sanitaria y epidemiológica que justifique su creación.

Art.10º las empresas de medicina prepaga que acrediten fehacientemente su relación contractual con una obra social, podrán percibir directamente de la SSSalud, los reintegros que les corresponda por la atención de esos beneficiarios.

CAP. III – MODELO MÉDICO ASISTENCIAL Y CANASTA DE SERVICIOS MEDICOS

Art. 11º El sistema de salud en su conjunto deberá organizarse por niveles de complejidad creciente, siendo el ingreso al mismo y sin excepción para ninguno de los subsectores, **a través del médico de cabecera**. La autoridad de aplicación de la presente ley definirá los requisitos básicos que los profesionales deberán reunir para ser incorporados como médicos de cabecera y determinará la mejor estrategia para el fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

Art. 12º Los Co-seguros definidos por la Secretaría de Salud de la Nación serán de aplicación obligatoria tanto para los beneficiarios del sistema de obras sociales como así también para los usuarios del sistema de MPP, debiendo abonarse el mismo en el punto de atención. Sin perjuicio de ello, los financiadores que así lo dispongan podrán reintegrar al beneficiario, total o parcialmente el importe del mismo

Art.13º Incorpórese la ***Canasta de Servicios Médico Asistenciales*** detallada en el Anexo I, anteriormente denominada como PMO; como el menú prestacional que tanto las obras sociales como las empresas de medicina pre paga deben brindar a sus beneficiarios. Será responsabilidad de la AGNET mantener actualizada dicha canasta como así también evaluar la incorporación o exclusión de una prestación de la misma. Las propuestas de modificación que surjan desde la Agencia de Evaluación de Tecnologías deberá ser aprobada por la Secretaría de Salud de la Nación.

Art. 14º La responsabilidad de cobertura tanto de las obras sociales como de las empresas de medicina prepaga, se extingue habiendo dado cumplimiento a las prestaciones incluidas explícitamente en la canasta de servicios médico asistenciales.

Art. 15º. Modifíquese el art. 4 de la ley 23.660, que quedará redactado de la siguiente manera: las obras sociales deberán presentar ante la S.S.Salud su PMA y la cartilla correspondiente para su aprobación cada tres años.

CAP. IV – REGÍMENES ESPECIALES Y UNIFICACIÓN DE APORTES

Art.16º Cotización mínima: se define como cotización mínima, al importe mínimo que el beneficiario titular deberá integrar al sistema, en concepto de aportes y/o contribuciones; para poder acceder a los servicios del sistema de obras sociales. Dicho importe deberá ser igual o mayor al **9% de dos salarios mínimos vitales y móviles**. En aquellos casos en los que no se alcance el valor de la cotización mínima, el beneficiario podrá integrar voluntariamente la diferencia para acceder al servicio.

Art. 17º Los trabajadores que por la naturaleza de su actividad realicen aportes al sistema de obras sociales en forma temporaria, podrán permanecer en el mismo en forma voluntaria cuando cesen y/o se interrumpan dichas actividades, abonando a la obra social un importe equivalente a la cotización mínima establecida en la presente ley. En cualquier caso, el 15% del aporte realizado por el trabajador deberá derivado por la Obra Social que lo perciba al FSR. En el momento de reanudar su actividad, al aporte será el que surja del salario percibido.

Art. 18º Cuando el afiliado titular al sistema de obras sociales, aporte a más de una obra social, independientemente cual sea la naturaleza de las mismas; deberá optar por unificar sus aportes a una sola entidad.

Art. 19º para dar cumplimiento al art. precedente las provincias deberán adherir a la presente ley.

Art. 20º La atención de los afiliados que al momento de su jubilación acrediten sus últimos 10 años de aportes a la obra social de origen y que opten por continuar su atención en la misma; se financiará con el 80 % del aporte promedio percibido por el ISSPJP

CAP. IV – COBERTURA DE TECNOLOGIAS SANITARIAS

Art 21 Se define como **tecnologías sanitarias** al conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica ya sea para prevenir, diagnosticar tratar una enfermedad como así también para la rehabilitación o atención a largo plazo.

Art. 22 La incorporación de cualquier nueva tecnología sanitaria en el ámbito del territorio nacional, tanto para procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o experimentales en seres humanos; deberá estar aprobadas por la ANMAT, ratificando lo dispuesto en..

Art. 23 la incorporación de una NTS a la **Canasta de Servicios Medico Asistenciales** o la que en el futuro la sustituya; estará a cargo de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología, quien deberá definir las características de la cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud y las empresas de medicina prepaga. Asimismo la AGNET deberá elaborar los protocolos para su utilización teniendo en cuenta oportunidad, conveniencia y prioridades epidemiológicas del país.

Art. 24 Tecnologías Sanitarias de alto costo (TSAC). A los efectos de la presente ley, se definen como tecnologías sanitarias de alto costo, a aquellas cuyo valor exceda anualmente el equivalente a 4 PBI per cápita.

Art. 25 Con el objeto de garantizar la accesibilidad a toda la población y una distribución equitativa de los recursos; el financiamiento de la cobertura de las TSAC estará a cargo del Estado por un periodo de 36 meses desde el momento de su aprobación. A partir del cuarto año el financiamiento quedará a cargo del financiador responsable de la cobertura del paciente o bien continuará a cargo del sector publico cuando no tuviera otra cobertura.

Art. 26 Para asegurar el financiamiento de las TSAC, la AGNET elevará anualmente a la Secretaria de Salud de la Nación el monto estimado que insuma la cobertura de las mismas, debiendo incluirse dicha previsión en la Ley de presupuesto.

Art. 27 Crease la **Agencia de Regulación de Precios** para los medicamentos y las nuevas tecnologías sanitarias, ente autárquico descentralizado del Estado Nacional, dependiente de la Secretaria de Salud de la Nación, cuya función será la de establecer el precio de los nuevos medicamentos y/o tecnologías que se incorporen a la canasta de servicios asistenciales, en especial aquellos definidos como de alto costo.

CAPITULO VI. REFORMAN IMPOSITIVA DEL SECTOR SALUD

Art. 28

- Eliminación o reintegro del IVA para la importación de tecnologías de alto costo
- Eliminación o reducción de aranceles aduaneros
- Eliminación del impuesto al cheque (0,5 – 1,2)
- Equilibrar las contribuciones patronales en el 19,5% para todo el sector (17 – 21%)