

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
<p>“ARTICULO ÚNICO. - Incorpórase el siguiente artículo 143 bis, nuevo, en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor:</p> <p>“Artículo 143 bis. Establécese, en la <u>Modalidad de Libre Elección</u>, una cobertura financiera especial, que se denominará “<u>Seguro de Salud Clase Media</u>”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.</p>	<p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Para sustituir en el inciso primero la frase ‘en la Modalidad de Libre Elección’ por ‘en la Modalidad de Atención Institucional’</p> <p>Ejecutivo. 1. Para reemplazar en su inciso primero, la frase ‘seguro de salud clase media’, por ‘seguro catastrófico’.</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Para agregar en el inciso primero luego del punto final lo siguiente: ‘El Seguro incluirá una cobertura de aquellas prestaciones, insumos y medicamentos que sean requeridos para la resolución de un problema de salud independiente de su nivel de cobertura o codificación por parte del Fondo Nacional de Salud.’</p>
<p>Dichas intervenciones y tratamientos (*), <u>incluyen</u> el conjunto de prestaciones necesarias e indispensables para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como, medicamentos (**) e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p>	<p>Ejecutivo. 2. Para modificar su inciso su inciso segundo de la siguiente manera</p> <p>a) Intercálase, a continuación de la palabra ‘tratamientos’, la palabra ‘cubiertos’.</p> <p>b) Reemplázase la palabra ‘incluyen’ por la frase ‘deben incluir’.</p> <p>c) Elimínase, entre la palabra ‘salud’ y el vocablo ‘tales’, la expresión ‘cubierto’.</p> <p>--- R.Celis. Para agregar en el inciso segundo, luego de la palabra “medicamentos” lo siguiente: “hospitalarios y ambulatorios”</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Suprímase el inciso 2.</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
<p>El Fondo Nacional de Salud propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones y tratamientos a financiarse con el seguro, acompañado de un informe relativo a su impacto fiscal.</p>	<p>--- R.Celis. Reemplaza el inciso 3° por el siguiente: “La subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con el seguro, a través de la definición de “canastas de prestaciones prioritarias”, elaboradas en base a una priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés. Dicho proceso será liderado por la subsecretaría de Salud Pública y aprobado por Fondo Nacional de Salud, la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud con la concurrencia de sus subsecretarías.”</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Suprímase el inciso 3.</p>
	<p>Ejecutivo. 3. Para agregar el siguiente inciso cuarto nuevo, pasando el actual inciso cuarto a ser quinto y así sucesivamente: “Para efectuar dicha propuesta, el Fondo deberá fundarla en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente: a) un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población; b) un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud; c) la prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministro de Salud, y d) un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.”</p>
<p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p>	<p>R.Celis. Reemplaza en el inciso 4° la expresión “Fondo Nacional de Salud”, por: “Subsecretaría de Salud Pública”.</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Suprímase el inciso 4.</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
	<p>R.Celis. Para agregar un nuevo inciso 5° y 6° pasando los actuales en orden correlativo: “Las prestaciones se realizarán preferentemente en el sistema público de salud, hospitales clínicos universitarios públicos y hospitales institucionales como el de las Fuerzas Armadas y cuando no sea posible, en otros recintos en convenio. Un reglamento establecerá el mecanismo de determinación de los prestadores.” El pago total, por la entrega de prestaciones, sea a prestadores públicos o privados, corresponderá a un mismo monto único, establecido en un arancel. Ningún prestador podrá cobrar un monto mayor al del arancel.”</p>
	<p>--- Labra. Agrégase el siguiente inciso quinto. ‘Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud Suscribirá convenios, o anexos a los convenios ya establecidos, con el fin de que estos se lleven a cabo en forma preferente en el sistema público de salud y cuando no sea posible, en otros recintos en convenio. La autoridad sanitaria pertinente autorizará la atención en el sistema privado de salud siempre y cuando se acredite que el sistema público no cuenta con los mecanismos de gestión que pueda llevar a cabo las prestaciones de salud a que hace mención esta norma. La forma y procedimiento de otorgar la autorización será regulada a través de un reglamento dictado al efecto.’</p>
<p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios, o anexos a los convenios ya establecidos, con prestadores públicos o privados que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente. (*)</p>	<p>Ejecutivo. 4) Para reemplazar su inciso quinto, que ha pasado a ser inciso sexto, por el siguiente: “Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud u otros prestadores públicos, universitarios, o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente u obtener una oferta más ventajosa que aquella ofrecida por los prestadores antes mencionados, se podrá suscribir dicho convenio con prestadores privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección.”.</p> <p>--- Castro, R.Celis, Rosas. Agrégase en el inciso 5, luego del punto final, lo siguiente: ‘La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en la cual se establecerá en las bases un arancel de referencia que no será excedible para el prestador.’</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Suprímase el inciso 5.</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
	<p>--- Labra. Agrégase el siguiente inciso sexto. ‘Las entidades privadas que participen del sistema que consagre la presente norma, tendrán la obligación de establecer precios equivalentes a los contemplados por el sistema público para las prestaciones que efectúen en el marco de la presente normativa.’.</p>
	<p>Ejecutivo. 5) Para agregar el siguiente inciso séptimo nuevo, corrigiéndose la numeración correlativa de los incisos posteriores: “Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.”.</p>
<p>Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos B, C, o D, y que hayan enterado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan.</p>	<p>Ejecutivo. 6) Para reemplazar su inciso sexto, que ha pasado a ser octavo, nuevo, por el siguiente: “Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los beneficiarios del Fondo que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los doce meses calendario anteriores al mes de su activación”.</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Para sustituir el inciso 6 por el siguiente: ‘Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los afiliados independiente de su tramo de ingresos y los beneficiarios que de él dependan.’.</p> <p>--- R.Celis. Para reemplazar el inciso 6°: “Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Los afiliados que se encuentren en los tramos B, C, o D, deberán haber enterado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan.”</p> <p>--- Castro, R.Celis, Labra. Elimínase en el inciso sexto la frase ‘y que hayan enterado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación’.</p> <p>--- Labra. Para agregar en el inciso 6 lo siguiente: ‘Podrán hacer uso de las coberturas de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos A, B, C o D’.</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
	<p>--- R.Celis, Crispi, Ibáñez, Labra. Agrégase un nuevo inciso séptimo, del siguiente tenor: 'Para tal efecto, los copagos según tramo serán los siguientes: - A: 0%. - B: 0%. - C: 10%. - D: 20%. Para acceder al beneficio del cero por ciento de copago, la atención deberá realizarse en prestadores del sistema nacional de servicios de salud.</p> <p>--- Castro, R.Celis, Crispi, Ibáñez, Labra. Agrégase un nuevo inciso séptimo, del siguiente tenor: 'Para tal efecto, los copagos según tramo serán los siguientes: - A: 0%. - B: 0%. - C: 40%. - D: 40%. Para acceder al beneficio del cero por ciento de copago, la atención deberá realizarse en prestadores del sistema nacional de servicios de salud.'</p>
<p>Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el <u>afiliado</u> de la siguiente forma:</p>	<p>Ejecutivo. 7) Para modificar su inciso séptimo, que ha pasado a ser noveno de la siguiente manera: a) Reemplázase en el enunciado de su párrafo primero, la palabra "afiliado" por "beneficiario".</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
<p>1. El monto hasta el cual el afiliado soportará los gastos generados en cada intervención o tratamiento de enfermedad cubierta, será el equivalente al <u>cuarenta</u> por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen.</p>	<p>Ejecutivo. b) Reemplázase el numeral 1 por el siguiente: “1.- Mediante un deducible, que soportará el beneficiario, y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales.”.</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Para sustituir en el numeral 1 la palabra ‘cuarenta’ por la expresión ‘diez’.</p> <p>--- Castro, R.Celis, Crispi, Ibáñez, Labra. Sustitúyese en el numeral 1, la palabra ‘cuarenta’ por la frase ‘tramo que corresponda según el inciso precedente’.</p>
<p>2. En ningún caso el monto que soportará el afiliado, al que se refiere el numeral 1 anterior, podrá ser inferior al <u>cuarenta</u> por ciento de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.</p>	<p>c) Elimínase el numeral 2, pasando el actual numeral 3 a ser numeral 2, y así sucesivamente.</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Para sustituir en el numeral 2 la palabra ‘cuarenta’ por la expresión ‘diez’.</p> <p>--- Castro, R.Celis, Crispi, Ibáñez, Labra. Sustitúyese en el numeral 2, la palabra ‘cuarenta’ por la frase ‘tramo que corresponda según el inciso precedente’.</p>
<p>3. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertas, serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.</p>	
<p>4. Se establece un “Gasto Máximo anual por Beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá al <u>cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar</u> dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este Gasto Máximo anual por Beneficiario no podrá ser inferior al <u>cuarenta por ciento de 12</u> ingresos mínimos mensuales.</p>	<p>Ejecutivo. d) Reemplázase en el numeral 4 que ha pasado a ser numeral 3, la frase “al cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar” por “a 4,8 veces su ingreso familiar mensual”,</p> <p>Y la frase “al cuarenta por ciento de 12” por “a 4,8”.</p> <p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Para sustituir en el numeral 4 la palabra ‘cuarenta’ por la expresión ‘diez’.</p> <p>--- Castro, R.Celis, Crispi, Ibáñez, Labra. Sustitúyese en el numeral 4, la palabra ‘cuarenta’ por la frase ‘tramo que corresponda según el inciso precedente’.</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
<p>Para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 de la presente ley.</p>	<p>--- R.Celis. Para eliminar el inciso 8°.</p>
<p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p>	<p>--- R.Celis. Para eliminar el inciso 9°.</p>
<p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos y requisitos (*) para activar esta cobertura, (**) y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.</p>	<p>Ejecutivo. 8) Para modificar su inciso décimo, que ha pasado a ser duodécimo, de la siguiente manera: a) Intercálase entre la palabra “requisitos” y la frase “para activar”, la frase “y plazos”. b) Intercálase entre la palabra “cobertura,” y la frase “y las demás”, lo siguiente: “así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos.”.</p>
	<p>Ejecutivo. 9) Para agregar los siguientes incisos décimo tercero y décimo cuarto nuevos: “El seguro de este artículo no será aplicable para aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.996, que establece un régimen de garantías en salud y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos. La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. Serán asimismo aplicables para quienes transgredan las disposiciones de este artículo lo dispuesto en los artículos 168 y 169 de este decreto con fuerza de ley.”.</p>
<p>En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.”.</p>	<p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Elimínase el inciso final.</p>

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
	<p>R.Celis. Para agregar los siguientes incisos finales:</p> <p>“Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en plazo de un año, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3° de la Ley 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.</p> <p>Dicha reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial “No GES” y la capacidad instalada, en un plazo no superior a 8 años.</p> <p>--- Verdessi. Agrégase el siguiente inciso final. ‘Los recursos que se capten por parte de los hospitales por esta vía deberán ser adicionales y su uso no debe ser afectado para el marco presupuestario, considerándose ingresos propios.’.</p>
<p align="center">DISPOSICIONES TRANSITORIAS</p> <p>ARTÍCULO PRIMERO TRANSITORIO.- La presente ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el Diario Oficial el último de los reglamentos a que se hacen referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p>	
<p>ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO.- Los reglamentos a que se hacen referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los 90 días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los 30 días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá un plazo máximo de 20 días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.</p>	

Comparado proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (boletín 12662-11) Versión 4

Proyecto de ley	Indicaciones
<p>ARTÍCULO TERCERO TRANSITORIO.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el inciso cuarto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los 30 días siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.</p>	<p>--- Crispi, Ibáñez y Torres. Eimínase el artículo tercero transitorio.</p>
<p>ARTÍCULO CUARTO TRANSITORIO.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”.</p>	