Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Fonasa

40 Años al Servicio de la Salud de Chile

PROYECTO DE LEY PARA "REFORMAR FONASA Y CREAR UN PLAN DE SALUD UNIVERSAL"

8 de enero 2020

Reforma de Fonasa

SERMENA
Servicio Médico Nacional de empleados (1942)

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (1952)

1979

(2005 – auge)

El proyecto plantea una reforma sustancial a Fonasa para transformarlo en el Seguro Público de Salud que **asegure el otorgamiento del Plan de Salud Universal y sus garantías, al que tendrán derecho sus beneficiarios**

›› AGENDA

1. Proyecto de Ley
2. Transitoriedad
3. Impacto Financiero

Principales ejes del Proyecto de Ley

a. La creación de un **Plan de Salud Universal** con garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

b. Un **nuevo rol para Fonasa**, convirtiéndolo en el seguro público de salud, de manera de asegurar el otorgamiento del PSU en la red de prestadores definida.

c. Una **nueva gobernanza de Fonasa**, de manera de darle independencia y autonomía a su gestión, garantizando un espacio de gobierno y rendición de cuentas, con participación ciudadana, para dar respuesta a los desafíos de inequidad en el acceso.

d. La implementación de un nuevo modelo de atención basado en la **creación de una red de prestadores** definida por Fonasa y que está constituida por la red del SNSS, pudiendo complementarse a través de convenios suscritos entre Fonasa y otros prestadores, con estrictas normas de contratación.

Principales ejes del Proyecto de Ley

e. Una **reforma a la modalidad de libre elección** de manera de mejorar su funcionamiento y entregarle principios de complementariedad sobre las prestaciones en el PSU y mecanismos de control, así como también la forma de incorporar prestadores con una lógica sanitaria.

f. Un **seguro de medicamentos ambulatorios** cuya finalidad será contribuir al pago total o parcial de medicamentos genéricos de uso ambulatorio definidos en la Canasta de Medicamentos del Seguro para los beneficiarios de Fonasa, reduciendo de esta manera su gasto de bolsillo.

Rol y Finalidad de Fonasa

El rol de Fonasa no está definido por la ley.

Hoy: *"El Fondo Nacional de Salud será el continuador legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Médico Nacional de Empleados y del Servicio Nacional de Salud, para los efectos del cumplimiento de las funciones..." (Artículo 49, inciso tercero, DFL 1, de 2005, Minsal)*

Se modifica artículo 49

"Créase el Fonasa, que será el Seguro Nacional de Salud, el Fondo Nacional de Salud, en adelante el Fondo, que será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Estará sujeto a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Fonasa ***tendrá por objeto asegurar el otorgamiento del Plan de Salud Universal al que tendrán derecho sus beneficiarios****. Asimismo, deberá velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso y, cuando corresponda, de oportunidad, de los servicios definidos en dicho plan."*

Rol y Finalidad de Fonasa

Funciones de Fonasa (artículo 50):

"*b) **Financiar,** en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II de esta Ley, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución **las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios** del Régimen del Libro II de esta Ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados.*

*Asimismo, **financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos** que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.*

Se modifican funciones del artículo 50

Rol y Finalidad de Fonasa

Algunas funciones señaladas en el nuevo artículo 50:

- ✓ *Le corresponderá asegurar el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de sus beneficiarios.*
- ✓ *Deberá establecer, en la forma que señale el reglamento, la red de prestadores de salud para el otorgamiento del Plan de Salud Universal.*
- ✓ *Deberá determinar los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el Plan de Salud Universal, y definir los métodos de pago o transferencia.*
- ✓ *Le corresponderá fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal y sancionar las infracciones*
- ✓ *Establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa*

Atribuciones de la Superintendencia de Salud

Consecuente con la nueva función de Fonasa de asegurar el Plan de Salud Universal, se modifican las atribuciones de la Superintendencia de Salud, para que ésta pueda fiscalizar el correcto otorgamiento del mencionado Plan.

Gobernanza de Fonasa

Una nueva Gobernanza para Fonasa

Consejo Directivo

- Compuesto por 5 miembros
- Uno de ellos será el Director de Fonasa
- El Director de Fonasa será el Presidente del Consejo Directivo

Consejo Consultivo

- Compuesto por 10 miembros
- Reglamento de Minsal definirá procedimientos de designación

Gobernanza de Fonasa

Consejo Directivo

Los 4 consejeros serán nombrados por el Presidente de la República a través del Sistema de Alta Dirección Pública.

1. *Dos miembros deberán contar con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la salud y haber ejercido cargos públicos o privados relacionados con el área de la salud.*

2. *Dos miembros deberán contar con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la economía, seguros o finanzas, y haber ejercido cargos públicos o privados de gestión relacionados con el área de la salud, de seguros de salud, o prestadora de servicios de salud.*

En la conformación del Consejo deberán estar representados ambos géneros.

Gobernanza de Fonasa

Consejo Directivo

Los miembros del Consejo Directivo, a excepción del Presidente del Consejo, durarán seis años en sus cargos y se elegirán por pares, alternadamente cada tres años, no pudiendo ser designados inmediatamente por un nuevo período.

En la primera designación de los miembros del Consejo Directivo, una de las personas que trata el N° 1 y una de las que trata el N° 2 anterior durarán 3 años (artículo transitorio)

Gobernanza de Fonasa

Consejo Directivo – Principales funciones

- *Aprobar los criterios para la selección de los prestadores que serán parte de la red y que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud.*
- *Proponer los precios de compra o asignaciones de transferencia de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal.*
- *Velar por el cumplimiento de los principios de universalidad, calidad, eficiencia y transparencia, establecidos en el Plan de Salud Universal.*
- *Pronunciarse sobre el anteproyecto de presupuesto anual de Fonasa a presentar al Ministerio de Hacienda para su aprobación y tramitación en la Ley de Presupuestos del Sector Público, que le someta a su consideración el Director.*
- *Evaluar la implementación del Plan de Salud Universal y establecer recomendaciones, las cuales podrán ser remitidas al Ministro de Salud.*

Gobernanza de Fonasa

Consejo Consultivo

*Su objeto será **asesorar al Consejo Directivo** de Fonasa*

a) En el análisis y evaluación del Plan de Salud Universal.

b) En el análisis y evaluación de la garantía de acceso y calidad contemplado en el Plan de Salud Universal.

c) En la evaluación de los planes institucionales de Fonasa. En el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por Fonasa durante el año.

d) En las demás materias en que el Consejo Directivo requiera su opinión y que sean de competencia de éste.

Gobernanza de Fonasa

Consejo Consultivo

Un reglamento del Ministerio de Salud determinará:

a) Procedimientos de designación de los miembros del Consejo Consultivo.

b) Integración paritaria de representantes de beneficiarios de Fonasa, de gremios de la salud y prestadores institucionales, públicos y privados.

c) Quórums para sesionar y adoptar acuerdos, así como la forma en que se elegirá a la persona que presida el Consejo Consultivo.

d) Periodicidad de las sesiones y la forma en que se citarán.

e) Toda otra materia que se requiera para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo y su funcionamiento considerando los principios de participación social, probidad, independencia, ética y transparencia."

Red de prestadores que otorga el Plan de Salud Universal

Artículo 141
"Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental."

Se modifica artículo 141 y artículo 50

Los servicios comprendidos en el Plan de Salud Universal, se otorgarán por Fonasa, a través de la red de prestadores que este defina.

Red de prestadores que otorga el Plan de Salud Universal

En el ejercicio de esta facultad, Fonasa utilizará **los servicios de los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud**.

De no tener capacidad instalada u oferta suficiente para alguno o algunos de los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, o de no contar con la oferta geográfica requerida, de acuerdo a la demanda esperada:

se podría incluir otros prestadores a la red, conviniendo con prestadores tales como universitarios, institucionales de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, sin fines de lucro u otros.

Todo, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo.

Facultad de establecimiento de la red

Facultades de Direcciones de Servicio para contratar fuera de su red asistencial (artículo 17):

*"La **Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por** el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio **y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo,** conforme al artículo 2° de esta ley…"*

Atribuciones de los Servicios de Salud (artículo 18):

"Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender…"

Facultad de establecimiento de la red

Se modifica artículo 17 y 18.

Entre ellas, se elimina la facultad de los Servicios de Salud de celebrar convenios con terceros para el otorgamiento de acciones de salud, toda vez que será Fonasa el obligado a asegurar que esas acciones se otorguen a través de la red que defina.

De este modo, los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red deberán concentrarse en otorgar las acciones de salud que sean capaces de hacer en sus propios recintos hospitalarios, de acuerdo a sus capacidades.

Se deroga, a su vez, el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que contiene las normas que se aplicarán en los convenios que celebren los Servicios de Salud

Precios a pagar a la Red PSU

Nuevo Artículo 148 M.

Definición de precios. - El Consejo Directivo propondrá los precios de los servicios que componen el Plan.

Los precios que se definan se aplicarán a los prestadores de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud y constituirán **el precio máximo para los prestadores no pertenecientes a esta red asistencial** que conformen la red de prestadores del Plan.

En la determinación de los precios, se aplicarán metodologías y criterios transparentes y objetivos, utilizando prácticas generales aceptadas para ello.

Financiamiento de la red asistencial de los Servicios de Salud

Financiamiento de los Servicios de Salud (artículo 29):

"Artículo 29.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados;…"

Se modifican partes del artículo 29

Se establece que los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red, se financiarán principalmente a través de dos vías:

Financiamiento de la red asistencial de los Servicios de Salud

La primera, con los pagos que efectúe Fonasa por las acciones de salud otorgadas.

Fonasa pagará el valor o precio de los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal para un año determinado y **comprometerá la compra de la totalidad de la capacidad de servicios que el prestador público** realice.

La segunda, y considerando que podría haber una parte del gasto de esos órganos que no será financiada por la compra que efectúe Fonasa, ***corresponderá a los aportes que se consulten en la Ley Presupuestos*** *del Sector Público de cada año.*

Financiamiento de la Atención Primaria de Salud

Modificación al Estatuto de Atención Primaria de salud.

Se establece que el aporte provendrá del Ministerio de Salud y de Fonasa;

Que dicho aporte se determinará según criterios objetivos, tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, entre otras.

Dichos criterios serán fijados por un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por los Ministerios del Interior y Seguridad Pública y Hacienda.

El decreto deberá, asimismo, precisar el listado de las atenciones o soluciones de salud cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.

Plan de Salud Universal

Instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un conjunto de servicios prioritarios en salud, entregados a los beneficiarios cubiertos, y con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

El Plan será elaborado y actualizado tomando en consideración los objetivos sanitarios y los servicios prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, así como los recursos disponibles para el Plan. El Plan de Salud Universal deberá ser elaborado considerando principios de universalidad, prioridad, cobertura, calidad, eficiencia y transparencia.

Los servicios considerados en el Plan son aquellas prestaciones, insumos, atenciones y soluciones de salud que articuladamente constituyen un sistema orientado a la promoción, prevención, mantenimiento, y la restauración de la salud de las personas.

Contenido del Plan de Salud Universal

Los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal, el que contemplará, a lo menos, lo siguiente:

A) Examen de Medicina Preventiva, servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas.
B) Servicios Hospitalarios.
C) Servicios de Urgencias.
D) Maternidad y cuidado del recién nacido a que se refiere el artículo 139 de esta ley.
E) Medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios.
F) Servicios y dispositivos de rehabilitación.
G) Servicios de laboratorio e imagenología.
H) Servicios ambulatorios.
I) Servicios de cuidados paliativos
J) Servicios pediátricos
K) Las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley N° 19.966.
L) Las demás que se establezcan en leyes especiales.

Plan de Salud Universal

Elaboración del Plan

En la elaboración del Plan de Salud Universal participará:

- El Ministerio de Hacienda, que definirá los recursos disponibles para elaborar el Plan.

- El Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, la que realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible con el objeto de determinar las prestaciones, atenciones y soluciones, así como los dispositivos médicos, medicamentos, y todos aquellos insumos necesarios para el otorgamiento de las mismas, que componen los servicios que se incorporarán al Plan. Además, la Subsecretaría de Salud Pública deberá hacer una recomendación priorizada de los servicios a incorporar al PSU.

- El Consejo Directivo de Fonasa que se pronunciará sobre la capacidad de la red de prestadores para el otorgamiento de cada uno de los servicios priorizados y sobre los precios de los servicios que componen el Plan.

Garantías del Plan de Salud Universal

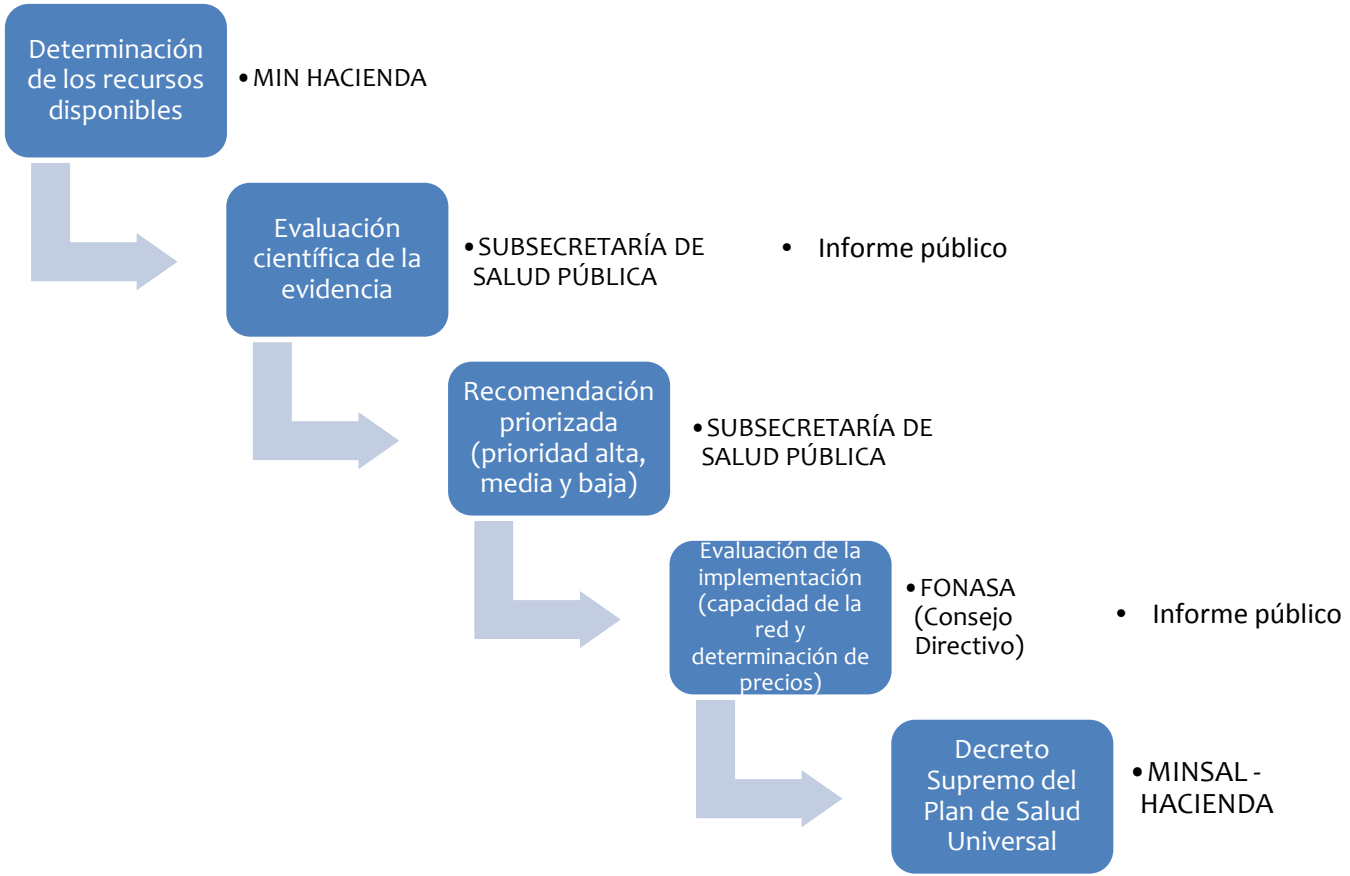
a) Garantía de Acceso: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de recibir el otorgamiento de los servicios que componen el Plan de Salud Universal.

b) Garantía de Calidad: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de que los servicios que componen el Plan de Salud Universal le sean otorgados por un prestador de la Red, o por otro prestador acreditado o registrado.

c) Garantía de Oportunidad: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa a que los servicios que componen el Plan de Salud Universal les sean otorgados en el plazo máximo establecido.

d) Garantía de Protección Financiera: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa a la bonificación o monto del precio del servicio del cual Fonasa se hará cargo en cada servicio incluido en el Plan

Elaboración del Plan de Salud Universal



Priorización de Servicios

Los servicios deberán clasificarse en tres clases:

- ***prioridad alta,***
- ***prioridad media y***
- ***prioridad baja.***

Un reglamento determinará la forma en que se efectuará la priorización, así como las consecuencias de aquella.

Problemas de Salud Ges y Plan de salud Familiar serán de prioridad alta.

Plan de Salud Universal

Aprobación del Plan

El Plan se fijará mediante un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

Vigencia del Plan de Salud Universal

El Plan de Salud Universal y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

El Plan de Salud Universal en su conjunto tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse en lo que sea pertinente.

El Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, su modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Protección Financiera del Plan

Los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal otorgados a través de la red de prestadores definidas por Fonasa, tendrán una protección financiera no menor al 80%.

Tratándose de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, tendrán una protección financiera del 100%, así como también las personas mayores de 60 años.

Beneficiarios del Plan de Salud Universal

Las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Tratándose de afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad serán clasificados en otros grupos por el Fonasa de acuerdo al nivel de ingreso que posean. Esta determinación se efectuará por resolución de Fonasa visada por el Ministerio de Hacienda.”.

Nuevos Beneficiarios Fonasa

Se incorporan como nuevos beneficiarios de Fonasa al conviviente civil que haya celebrado con el afiliado el acuerdo de unión civil, en la forma establecida en la ley N° 20.830; y al cónyuge que carezca de ingresos propios.

Seguro de Medicamentos

Los beneficiarios de Fonasa tendrán derecho a acceder a un seguro de medicamentos ambulatorios, el que se regirá por las siguientes reglas:

1.- Solo serán financiados por el seguro aquellos medicamentos de uso ambulatorio genéricos, esto es, aquellos registrados exclusivamente bajo una denominación común internacional, cuya condición de venta sea bajo receta médica.

2.- En ningún caso este seguro financiará medicamentos de marca.

3.- La canasta de medicamentos a ser cubiertos por el seguro será establecida por la Subsecretaría de Salud Pública, a través de una resolución, a partir del monto destinado al financiamiento fijado por Fonasa y en base a estudios que consideren la situación de salud de la población, los objetivos sanitarios, la efectividad de los medicamentos, el gasto de bolsillo, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación de costo efectividad, así como el número potencial de beneficiarios y sus características socio demográficas.

Seguro de Medicamentos

4.- Mediante resolución, Fonasa determinará la protección financiera y la canasta de medicamentos cubiertos, previa visación de la Dirección de Presupuestos.

5.- La compra se efectuará a través de la Cenabast a requerimiento de Fonasa. En estos casos la Central no podrá cobrar comisión de intermediación.

6.- Fonasa contratará, en virtud de lo dispuesto en la ley N° 19.886, la distribución de los medicamentos, la cual podrá efectuarse a través de las farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados, públicos o privados.

Un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, el que será firmado además por el Ministro de Hacienda, señalará el mecanismo para definir la cobertura del seguro, así como su estructura, las que podrán ser distintas en función de grupos etarios o de nivel de ingresos.

Podrá establecer deducibles, coaseguros, copagos y gasto máximo de bolsillo, e indicará la periodicidad con que la canasta de medicamentos y su financiamiento, serán revisados, entre otros aspectos.

Modalidad de libre elección

Lógica de red:

Para otorgar prestaciones en MLE, tratándose de profesionales de la salud, bastará que ellos se inscriban en alguno de los grupos de rol que para estos efectos llevará Fonasa.

Tratándose de establecimientos o entidades asistenciales, Fonasa, en conformidad a las disposiciones de la ley 19.886, determinará los prestadores que podrán otorgar servicios de salud en esta Modalidad, entre los cuales se seleccionarán las ofertas que resulten más convenientes.

Modalidad de libre elección

Protección Financiera:

la bonificación que efectúe Fonasa no excederá el 60% del valor que corresponda a la protección financiera del Plan de Salud Universal.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará esta institución, salvo los partos, o los casos de urgencia o emergencia debidamente certificados que serán mayores.

Fiscalización y sanciones

Fonasa deberá asegurar el cumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el Plan de Salud Universal.

Asimismo, deberá velar por el correcto uso de los recursos que se paguen por los servicios contenidos en él, incluidos los otorgados a través de la Atención Primaria de Salud.

Por ello se establece que, de oficio o por denuncia se pueda fiscalizar a los prestadores, públicos o privados, y en caso de constatar contravenciones a las normas que regulan el Plan de Salud, sancionar el incumplimiento con alguna de las medidas que se establecen, luego de un proceso sancionatorio tramitado en conformidad a las normas que se establecen y, supletoriamente de acuerdo a las disposiciones de la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado.

Prestadores y derecho a subsidio de incapacidad laboral

Se modifica el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado.

Se precisa que para efectos de tener derecho al subsidio de incapacidad laboral, en el caso de los beneficiarios de Fonasa, la licencia médica deberá ser emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU, o bien esté inscrito o en convenio en MLE.

›› AGENDA

1. Proyecto de Ley
2. Transitoriedad
3. Impacto Financiero

Disposiciones transitorias (primero)

Vigencia del primer Plan de Salud Universal

El decreto que contenga el primer Plan de Salud Universal comenzará a regir el 1 de enero del año siguiente a la fecha de publicación de esta ley, salvo que queden menos de 6 meses, en cuyo caso será el primer día del séptimo mes.

Durará hasta el 31 de diciembre y no le será aplicable el procedimiento de elaboración del Plan de Salud Universal

Disposiciones transitorias (segundo)
Vigencia de la ley

Las modificaciones al DFL 1 comenzarán a regir a contar de la entrada en vigencia del decreto supremo que establezca el primer Plan de Salud Universal (séptimo mes de publicada), salvo las excepciones siguientes:

a) desde la fecha de publicación:
   - La eliminación de la facultad de celebrar convenios de los S.Salud.
   - La facultad de los S. de Salud para celebrar convenios con Fonasa
   - Las nuevas atribuciones de Fonasa
   - Los nuevos beneficiarios de Fonasa
   - El Art. 143 (MLE)
   - Las normas sobre fiscalización y sanciones

b) Las normas sobre Consejo Directivo de Fonasa y el Consejo Consultivo

c) El Seguro de medicamentos entrará en vigencia conjuntamente con su reglamento

Disposiciones transitorias (Tercero)

Coberturas de la MLE

Mientras no entre en vigencia el decreto supremo que fija las coberturas de la Libre elección (inciso quinto del artículo 143)regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación de la presente ley

Disposiciones transitorias (cuarto)

Atención Primaria de Salud

Las modificaciones a la ley Nº 19.378 que establece estatuto de atención primaria de salud municipal comenzarán a regir a contar de la entrada en vigencia del reglamento que fije los criterios para determinar el aporte estatal.

Disposiciones transitorias (quinto)

Convenios Vigentes DFL 36

La derogación del DFL 36 regirá desde la fecha de publicación de esta ley, no obstante, aquellos convenios vigentes a dicha fecha surtirán efectos hasta completar el año de vigencia que esté en curso y no podrán ser renovados automática ni expresamente.

Disposiciones transitorias (sexto)
Plazo para dictar los reglamentos

Todos los reglamentos contenidos en la ley deberán dictarse en el plazo máximo de 6 meses, contados de la publicación de la ley siguientes a su publicación

Disposiciones transitorias (séptimo)
Transición al PSU

Dentro del plazo de tres meses contado desde la publicación de la presente ley en el Diario Oficial, se deberán dictar uno o más decretos supremos, emitidos por el Ministerio de Salud, y suscritos además por el Ministro de Hacienda sobre lo siguiente:

1. El proceso de transición desde la modalidad de atención institucional a la implementación del Plan de Salud Universal.
2. La cobertura financiera que se otorgará por las atenciones que aún no se incorporen al Plan de Salud Universal y que seguirán siendo financiadas de acuerdo a la modalidad de atención institucional.

El proceso de transición no podrá exceder de 5 años contados desde la vigencia del primer decreto que contenga el Plan de Salud Universal

Disposiciones transitorias (octavo)
Designación de miembros del Consejo Directivo

La primera designación de los miembros del Consejo Directivo se realizará dentro de los noventas días siguientes a la fecha de publicación en el Diario Oficial de esta ley.

Dos miembros de esta primera designación durarán sólo 3 años, para permitir la alternancia

Disposiciones transitorias (noveno)
Ley General de Salud

Facultad del Presidente de la República para establecer mediante un decreto con fuerza de ley, el texto refundido, coordinado y sistematizado, que se denominará "Ley General de Salud".

Para tales efectos, el Presidente de la República podrá incorporar las modificaciones y derogaciones de que hayan sido objeto; incluir los preceptos legales que los hayan interpretado; reunir en un mismo texto disposiciones directa y sustancialmente relacionadas entre sí que se encuentren dispersas; introducir cambios formales, sea en cuanto a redacción, para mantener la correlación lógica y gramatical de las frases, a titulación, a ubicación de preceptos y otros de similar naturaleza, pero sólo en la medida que sean indispensables para su coordinación y sistematización.

El ejercicio de estas facultades no podrá importar, en caso alguno, la alteración del verdadero sentido y alcance de las disposiciones legales aprobadas

Disposiciones transitorias (décimo y décimo primero)
Ley General de Salud

El Presidente de la República mediante uno o más decretos podrá modificar el presupuesto del Fondo Nacional de Salud en lo pertinente para la aplicación de esta ley.

El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley durante su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

Para los años siguientes, se financiará de acuerdo con lo que determinen las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público

›› AGENDA

1. Proyecto de Ley
2. Transitoriedad
3. Impacto Financiero

Impacto financiero directo de la Reforma

El proyecto genera un gasto fiscal directo por las siguientes materias:

1. Fortalecimientos Institucionales (Fonasa – Subsecretaría de Salud Pública)
2. PSU: Garantías de oportunidad retrasadas GES
3. PSU: Garantías de oportunidad y protección financiera No Ges
4. Seguro de Medicamentos
5. Nuevos Beneficiarios

Impacto financiero directo de la Reforma

1. Fortalecimientos Institucionales (Fonasa – Subsecretaría de Salud Pública)

(en MM$ de 2020)

Gasto Institucional	Institución	Monto
Gasto en personal		
	Fonasa	$ 2.155
	Consejo Directivo Fonasa	$ 164
	Subsecretaría de Salud Pública	$ 272
Subtotal		$ 2.592
Gasto en bienes y servicios		
	Fonasa	$ 1.877
	Subsecretaría de Salud Pública	$ 350
Subtotal		$ 2.227
Total Anual		**$ 4.818**

Impacto financiero directo de la Reforma

2. PSU: Garantías de oportunidad retrasadas GES

Se utilizó la base de datos del SIGGES con fecha de cierre al 31 de octubre del 2019, desde la cual se extrajeron datos de todas las garantías abiertas, es decir, de todas aquellas que presentaban retrasos en los tiempos definidos en sus garantías de oportunidad respectivas. Así, se obtuvieron datos de 9.349 garantías de oportunidad retrasadas.

A su vez, cada garantía tiene asociado el arancel GES, que es el valor que paga Fonasa por cada prestación GES realizada en cada uno de los establecimientos de la red pública. Con lo anterior, se valorizan los recursos necesarios para la resolución de cada una de las garantías retrasadas.

Impacto financiero directo de la Reforma

3. PSU: Garantías de oportunidad y protección financiera No Ges

Materias en que la determinación del gasto fiscal estará sujeta a decretos, reglamentos y/o resoluciones, que deben dictarse una vez aprobado el proyecto y que requieren supuestos:

Materia	Supuestos sobre normas adicionales para la determinación del gasto
PSU: Garantías de oportunidad y de protección financiera en lista de espera no GES.	Si requiere. La estimación depende del diseño del Plan de Salud Universal, esto quiere decir de los servicios incluidos y sus garantías, en particular de oportunidad y protección financiera.
Seguro de medicamentos.	Si requiere. La estimación depende de la canasta de medicamentos y la protección financiera a definir.

Impacto financiero directo de la Reforma

Garantías de Oportunidad estimadas de acuerdo a capacidad actual:

Tipo	Garantía de Oportunidad estimada	Tiempos Máximos promedios de espera actual[1]
Intervención Quirúrgica	2 años	4 años
Intervención Quirúrgica Compleja	12 meses	33 meses
Consulta Nueva Especialidad	12 meses	49 meses
Consulta Control Especialidad	6 meses	39 meses
Procedimientos	6 meses	46 meses

[1]Promedio del 10% de personas que más tiempo de espera han tenido al 1/12/2019

Impacto financiero directo de la Reforma

Supuesto de Precios de Resolución por Prestación

Precio Promedio por Prestación	Valor de resolución
Intervención Quirúrgica	$ 2.200.000
Intervención Quirúrgica Compleja	$ 3.300.000
Consultas	$ 50.000
Procedimientos	$ 33.000

[1]Promedio del 10% de personas que más tiempo de espera han tenido al 1/12/2019

Impacto financiero directo de la Reforma

Estimación del Gasto fiscal directo asociado al proyecto de ley

(en MM$ de 2020)

Año	1	2	3	4	5
Resolución garantías de oportunidad GES	$ 8.936	$ 9.199	$ 9.458	$ 9.719	$ 9.983
Resolución garantías de oportunidad no GES	$ 98.849	$ 69.249	$ 70.343	$ 71.402	$ 72.458
Subsidio medicamentos	$ 17.769	$ 17.947	$ 18.069	$ 18.180	$ 18.291
Gasto Institucional	$ 4.818	$ 4.818	$ 4.818	$ 4.818	$ 4.818
Gasto Nuevos Beneficiarios MLE	$ 777	$ 809	$ 839	$ 867	$ 896
Total Gasto Fiscal	**$ 131.150**	**$ 102.023**	**$ 103.527**	**$ 104.987**	**$ 106.446**

›› AGENDA

- Corolario

El proyecto plantea una reforma sustancial a Fonasa e incorpora gran parte de los elementos recogidos en el debate nacional de los últimos años, centrando su objetivo en resolver los problemas y demandas de la ciudadanía en salud

- *Gobernanza*
- *Establecimiento de un Plan de Salud Universal*
- *Establecimientos de Garantías, sobre todo, plazo máximo de resolución*
- *Modelo de atención y Prestación. Creación de redes*
- *Mecanismos de pago, precio y transferencias. APS y 2°, 3°.*
- *Reformulación de Modalidad de Libre Elección*
- *Establecimiento de Seguro de Medicamentos*
- *Proceso participativo, público y transparente*

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Fonasa

40 Años al Servicio de la Salud de Chile