

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA.

BOLETIN N° 12.662-11

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Hacienda tiene el honor de emitir su informe acerca del proyecto de ley individualizado en el epígrafe, iniciado en mensaje del Presidente de la República, señor Sebastián Piñera Echenique, con urgencia calificada de “suma”.

Conforme al artículo 127 del Reglamento del Senado, esta iniciativa se discutió en general y en particular a la vez por la Comisión de Salud, y debe ser conocida por la Comisión de Hacienda en lo que atañe a las normas de su competencia.

Cabe hacer presente que al iniciar la Comisión el tratamiento de la iniciativa en informe ella estaba calificada con urgencia de “discusión inmediata”, la que posteriormente fue cambiada a urgencia “suma”.

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

En lo relativo a las normas de quórum especial, la Comisión de Hacienda se remite a lo consignado en el informe de la Comisión de Salud.

- - -

De conformidad con su competencia, vuestra Comisión de Hacienda se pronunció acerca del artículo único permanente, y de los artículos primero, segundo, tercero y cuarto transitorios, en los términos en que fueron aprobados por la Comisión de Salud, como reglamentariamente corresponde.

Se deja constancia de que la Comisión de Hacienda **introdujo enmiendas en el artículo único permanente y en los artículos primero y segundo transitorios** del texto despachado por la Comisión de Salud en su informe.

- - -

A una o más de las sesiones en que la Comisión estudió esta iniciativa de ley asistió, además de sus miembros, el Honorable Senador señor Rabindranath Quinteros.

Asimismo, concurrieron:

Del Ministerio de Salud: el Ministro, señor Jaime Mañalich, y el Asesor Legislativo, señor Jaime González.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA): el Director Nacional, señor Marcelo Mosso.

- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY

Crear un seguro de salud que permita a las personas beneficiarias del sistema público de salud (Fonasa), y que opten por ser atendidas en la modalidad de libre elección, tener certeza sobre el límite máximo que deberán pagar en forma directa, en algunas prestaciones a determinar, luego de haber hecho uso de una prestación de salud.

- - -

DISCUSIÓN

Previo a la consideración de los asuntos de competencia de la Comisión de Hacienda, el **Honorable Senador señor Quinteros** manifestó que se trata de un proyecto de ley bien intencionado dadas las listas de espera existentes en todo el país respecto de diversas patologías. No obstante, no apunta al problema de fondo, se refiere sólo a la modalidad de libre elección, sin cambiar nada respecto de la modalidad institucional.

El presupuesto contemplado por la iniciativa alcanza los \$25.000 millones por año, y lo que expresó mayoritariamente la Comisión de Salud es la necesidad de priorizar el sistema e instituciones públicas de salud en primer término, pasando posteriormente dicha prioridad a los hospitales y clínicas universitarias acreditadas, y luego a los recintos de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Orden y Seguridad, evitando que pasen casi directamente a clínicas privadas, continuando con el deterioro del sector público respecto del sector privado.

Consideró discriminatorio que los afiliados a FONASA -sin ingresos o con ingresos muy bajos- deban efectuar un copago que probablemente no podrán cumplir. Por ejemplo, al tramo A se le exige un pago de 2,5 ingresos mínimos mensuales, cuestión que no se exige tratándose de la modalidad institucional normal para dicho tramo. Detalló que en el caso de los tramos B, C y D el pago corresponde a 4,8 ingresos mínimos mensuales, que llegan a \$1.531.000. Llamó la atención sobre lo

difícil que será pagar dicha suma para personas con ingresos por \$300.000 ó \$360.000. Agregó que le solicitaron al Ejecutivo proponer una fórmula en que una parte del presupuesto de \$25.000 millones se destine al tramo A de modo que las correspondientes prestaciones sean gratuitas.

Señaló que habían llegado a un acuerdo, en un primer momento él como Presidente de la Comisión con el Ministro señor Mañalich, quien después cambió de opinión, y posteriormente el Director Nacional de FONASA con la Comisión, que fue desconocido por el mismo señor Ministro basado en un dato equívoco puesto que no se está solicitando un aumento presupuestario.

Añadió que el proyecto de ley estima en 35.000 el número de prestaciones que se podrían realizar, siendo 7.000 las que podrían hacerse de forma inmediata por los establecimientos de salud correspondientes. En el caso de priorizar absolutamente el sistema público, se pretende que se utilice verdaderamente al máximo la capacidad de esos establecimientos, para así detener la sangría de recursos que se provoca hacia sociedades médicas y clínicas privadas.

El Honorable Senador señor García consultó cuál es el objetivo principal del copago que se establece, dado que parece bastante alto el propuesto considerando los ingresos de los grupos a los que se aplica.

El Honorable Senador señor Montes sostuvo que se necesita entender la urgencia de esta iniciativa legal, en relación a la emergencia de la pandemia de coronavirus que saturará las camas e instrumentos de todos los recintos hospitalarios hasta septiembre al menos.

El Honorable Senador señor Quinteros estimó que, si bien el despacho del proyecto de ley puede tomarse un tiempo breve adicional, la urgencia que tiene es muy alta debido a la magnitud del problema que intenta solucionar.

El Director Nacional del Fondo Nacional de Salud (FONASA), señor Marcelo Mosso, señaló que la iniciativa fue ingresada bajo la denominación de seguro de salud clase media, porque buscaba dar cobertura especial en la modalidad libre elección, lo que actualmente aplica para los tramos B, C y D de FONASA.

Dijo que durante la discusión en la Cámara de Diputados se incluyó el tramo A con ciertas condiciones especiales que lo diferenciaron de los otros tres tramos.

Agregó que el proyecto de ley permite acceder a prestaciones de alto costo que hoy sólo pueden afrontarse entrando en las listas de espera (prestaciones no incluidas en AUGE, GES o la llamada Ley Ricarte Soto) o en la modalidad libre elección, en la que FONASA otorga una cobertura financiera muy baja, entre 8% y 15% para patologías con costos de \$8 millones.

Informó que el proyecto de ley ingresó con una cobertura que considera el pago de un deducible por el afiliado de 4,8 veces el ingreso familiar dividido por el número de beneficiarios de la familia para los tramos B, C y D, además de un gasto máximo anual por beneficiario, no pudiendo ser menor el monto de dicho deducible a 4,8 ingresos mínimos mensuales. En el caso del tramo A el deducible corresponde a 2,5 veces el ingreso mínimo mensual.

Añadió que en la Comisión de Salud se efectuó una propuesta que buscaba disminuir en forma progresiva el deducible de los tramos B y C, y sacar el tramo A creando un programa especial dentro de la modalidad de atención institucional del sistema público, con cargo al presupuesto de FONASA.

Indicó que el presupuesto involucrado en la iniciativa ha aumentado durante su tramitación con la incorporación del tramo A, pero ya no existe la posibilidad de agregar más recursos.

Manifestó que el otro punto discutido fue la forma de ubicar a los prestadores que no son de la red asistencial dentro de la prelación para ser utilizados. En el caso del Ejecutivo explicó que el orden propuesto es, en primer lugar, los pensionados de los hospitales públicos, luego los hospitales universitarios, posteriormente aquellos sin fines de lucros dependientes, por ejemplo, de la Fundación López Pérez o de la Asociación Chilena de Seguridad, y finalmente el resto de los centros privados. Todos aquellos que no pertenezcan a la red pública de salud deben ingresar vía licitación con FONASA y que no se pueda pagar por la prestación más de lo que se le paga a un hospital público por la prestación.

Planteó que las indicaciones presentadas y aprobadas en la Comisión de Salud eliminaban toda opción de centros privados, lo que, en opinión del Ejecutivo, no es lo mejor. Actualmente en la modalidad de libre elección se puede acceder a cualquier prestador sin que opere ninguna regla, por lo que estiman que debiera mantenerse la posibilidad de acceder a todos los prestadores -manteniendo toda la gama de soluciones posibles- pero con reglas claras y precisas acerca del orden de prelación que se debe respetar.

Observó que en la red pública existen 890 camas en pensionado repartidas en 91 establecimientos.

Estimó que todavía se puede mejorar la redacción acerca de la prelación que se busca asegurar. Respecto del aspecto presupuestario, se pueden cambiar elementos de la distribución de los recursos entre los tramos y las modalidades, siempre que ello no signifique un aumento de recursos, porque esa posibilidad está descartada.

Respecto del copago, ilustró que actualmente se contempla que en la modalidad de atención institucional en los hospitales públicos no se cobra a los tramos A y B, y se cobra un 10% de la prestación en tramo C y un 20% en el tramo D. La novedad que representa la iniciativa

es acceder a la modalidad de libre elección con una cobertura completa y un copago conocido en función de los ingresos del beneficiario en pensionado.

El Honorable Senador señor Pizarro reiteró la consulta por la urgencia de discusión inmediata que se ha presentado, en relación a los próximos 5 ó 6 meses en que todo el sistema estará abocado a la emergencia provocada por la pandemia del coronavirus.

Por otro lado, destacó que integrantes de la Comisión de Salud han indicado que la propuesta que hicieron fue la de redistribuir los recursos mejorando la situación de los tramos A y B, pero sin que signifique un aumento de recursos, ajustándose a lo consignado por el señor Director de FONASA. En relación a ello, la pregunta que surge es cuántas personas o prestaciones se pueden atender con una y otra propuesta.

El Director Nacional FONASA, señor Mosso, manifestó que, efectivamente, los próximos meses el sistema estará atendiendo la emergencia derivada de la pandemia, por lo que, una vez superada, las listas de espera y el número de prestaciones pendientes será mucho mayor y más se necesitará del presente proyecto de ley. Añadió que, una vez aprobada la ley, se requerirán unos meses para poder implementarla, lo que coincide con el período ocupado por la pandemia.

En cuanto a los beneficiarios, expuso que en el primer año de vigencia se estimaron 35.000 prestaciones (8.000 de forma inmediata acumuladas, más 21.000 nuevas y 6.000 adicionales correspondientes a la entrada del tramo A). Acotó que al ingresar el proyecto de ley existían 80.000 prestaciones en listas de espera que podrían ser propias de este ámbito.

Asimismo, señaló no contar con cifras de beneficiarios y prestaciones totales con las indicaciones recientemente aprobadas por la Comisión de Salud.

Respecto de los beneficiarios del tramo A, señaló que se buscó en un momento que contaran con gratuidad dentro de la modalidad libre elección, lo que presentaba el riesgo de privatizar completamente las atenciones de ese tramo, dado que sería obvia la preferencia por dicha modalidad -de cargo fiscal- en desmedro de la institucional que tiene lista de espera. Por ello, se prefirió una modalidad en que se sacara al tramo A de lo que propone el proyecto de ley, llevándolo a una normativa espejo respecto de las prestaciones que reciba el tramo B en el seguro. También se planteó hacerlo equivalente a los tramos B, C y D en conjunto, pero ello presenta la complejidad de resultar discriminatorio respecto de los usuarios de esos tres tramos, dado que se privilegiaría a los pertenecientes del tramo A, lo que no es posible dentro del sistema de salud.

El Honorable Senador señor Quinteros expresó que lo expuesto por el señor Director sobre el tramo A coincide exactamente con la indicación aprobada por la Comisión de Salud intercalando un inciso décimo segundo nuevo en el artículo único. Y así ocurre con prácticamente

todo lo expresado por el representante del Ejecutivo, tanto es que contaban con un acuerdo sobre estas materias.

Observó que existen dudas sobre la capacidad de otorgar 35.000 prestaciones durante este año.

Reiteró que buscan fortalecer el sistema público de salud, que apenas cuenta con 890 camas en la modalidad pensionado, siendo que el hospital de la Universidad de Chile cuenta con 300 camas, lo que resulta más relevante en esta época con presencia de una pandemia.

Reconociendo nuevamente que el proyecto de ley se encuentra bien intencionado, estimó que resulta discriminatorio hacia la red pública y por eso se presentaron las indicaciones, debido al temor que genera la posibilidad que no se cumpla con la prelación establecida y que se termine traspasando los recursos mayoritariamente al sector privado. Destacó que en ningún caso buscan aumentar el presupuesto de \$25.000 millones.

El Honorable Senador señor Montes sostuvo que se trata de una materia que requiere una reflexión profunda.

Planteó que la explicación sobre la primera etapa netamente administrativa de implementación de la ley que pasará luego a la ejecución sin coincidir con la pandemia, resulta plausible y es importante que quede consignada para que no se crucen incentivos en direcciones opuestas.

Respecto de las indicaciones aprobadas por la Comisión de Salud, manifestó que no implican más recursos, por lo que pudiese admitirse una forma de distribución diferente dentro de lo ya propuesto.

En un aspecto más de fondo, estimó que el sistema público en todas partes se encuentra más o menos subdesarrollado, por lo que se requiere de mecanismos de coordinación público privada diferentes a los existentes y utilizados hasta ahora, que permitan encontrar soluciones no sólo ante situaciones extraordinarias sino también cuando se trate de eliminar listas de espera como pretende la iniciativa legal.

Señaló no entender la razón de que los hospitales dependientes de mutuales o el hospital del profesor no participen de la red pública cuando tienen características que los debiesen incorporar dentro de ella.

Consultó si se ha pensado en una nueva forma de articulación público privada para la crisis y post crisis, que sirva para utilizar efectivamente las camas disponibles que se encuentren sin uso. Agregó que esta materia debe diferenciarse de aquella que tiene como objetivo fortalecer la oferta pública.

El Honorable Senador señor Coloma reflexionó sobre tres aspectos:

1. La urgencia asignada a la iniciativa. Sobre el particular hizo presente que, atendidos los plazos contemplados en las disposiciones transitorias, la ley empezará a funcionar varios meses más adelante, lo que justifica no incurrir ahora en mayores dilaciones para aprobar el proyecto.

2. El proyecto da una solución a un considerable número de personas que esperan por tratamiento y a las que hay atender cuanto antes para que no vean agravadas sus dolencias.

3. La importancia de avanzar a la integración de los sistemas público y privado para resolver los problemas de salud de la gente y la necesidad de explorar fórmulas al efecto, dado que la colaboración público privada es fundamental en la materia.

El Honorable Senador señor Montes se refirió a lo inconveniente que era proporcionar mayores estímulos a los profesionales para efectuar intervenciones a los pacientes de pensionado, porque ello perjudica a los demás pacientes. Mencionó que la lógica allí es más privada que pública y consultó la opinión del señor Mosso sobre la materia.

El Honorable Senador señor Lagos preguntó por las indicaciones parlamentarias formuladas durante el trámite del proyecto en la Comisión de Salud y el respaldo a las mismas por el Ejecutivo.

Al respecto el **Honorable Senador señor Quinteros** reiteró que él había acordado con el señor Ministro de Salud que el proyecto sobre reforma al Fonasa iba a ingresar por el Senado, lo que no ocurrió. Señaló que, como el tema que trata el proyecto en informe debió haber estado contenido en esa iniciativa, él solicitó una audiencia al señor Director Nacional de Fonasa, quien, luego de escuchar los planteamientos que se le hicieron respecto de los copagos sugeridos, hizo ver que para Fonasa eso era muy oneroso y planteó otra proposición, que fue aceptada, y que corresponde a la que se formuló vía indicaciones parlamentarias, dado que, en definitiva, el Ministro de Salud adujo que el Ministerio de Hacienda no respaldaba las indicaciones en los términos propuestos.

El Director Nacional de Fonasa explicó que el principio que orienta el seguro es el de dar a las personas opciones que les permitan salir de las listas de espera.

En respuesta al Honorable Senador señor Lagos manifestó que las mencionadas indicaciones son inadmisibles, porque tienen impacto fiscal, al señalar que la cobertura especial se financiará con cargo al presupuesto institucional de Fonasa.

Aseveró que, si bien es cierto que es necesario reforzar el sistema público, el proyecto consagra la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública

en un plazo no superior a ocho años, puesto que existe conciencia de que no se puede privilegiar al sector privado y tampoco descuidar al sector público.

Respecto de la coordinación público privada afirmó que ella existe. Señaló que dentro de la Subsecretaría de Redes Asistenciales está la Dirección General de Redes Asistenciales, que maneja la Unidad General de Camas Críticas. Informó que todos los años Fonasa licita camas en el sector privado, por ejemplo, para la campaña de invierno. Se licitan cupos y si el director de un establecimiento hospitalario determina que no tiene capacidad para atender un paciente por falta de camas, por falta de especialistas o por la alta complejidad de la intervención, llama a la Unidad General, que tiene el mapa completo de las camas del sector público y del sector privado.

Expresó que la definición de qué tratar como público y como privado es complejo y señaló que por ello consideran una indicación para establecer un orden de prelación claro, según el cual Fonasa -y no el director del hospital- decidirá a qué establecimiento se deriva al paciente. Se privilegiaría en primer término a los hospitales públicos, luego a los universitarios, y a los de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.

Respecto de las disposiciones transitorias de la iniciativa manifestó que trazan un camino a seguir y que si bien la aplicación del proyecto no será inmediata es importante su pronta aprobación, ya que al salir de la crisis por la pandemia del coronavirus habrá muchas intervenciones quirúrgicas electivas no GES atrasadas y ésta es una opción de solución.

El Honorable Senador señor García recordó que la ACHS ofreció hace algunas semanas terminar en un determinado plazo con las listas de espera, al mismo costo de los servicios de salud. Destacó que la prioridad debe tenerla el paciente y que deben realizarse todos los esfuerzos para solucionar el problema que lo aqueja, independientemente de si es a través del sector público o privado. Preguntó al Director Nacional de Fonasa cómo se había evaluado esa propuesta de la ACHS.

En segundo término, expresó, estima conveniente la posibilidad de que los municipios y los gobiernos regionales puedan realizar convenios y contribuir al copago de las prestaciones médicas.

El Honorable Senador señor Montes reflexionó sobre la circunstancia de que el pensionado dentro de los hospitales públicos genera distorsiones.

Asimismo, hizo presente que, al menos en la Región Metropolitana, la capacidad, autoridad y mecanismos para llevar adelante la coordinación público privada es muy baja. Destacó que no es un problema de oferta sino de que ésta está organizada de manera que deja fuera a una importante parte de la población. Apuntó la necesidad de fortalecer la coordinación y solicitó información acerca de la forma en que se opera en la materia en Valparaíso y Concepción.

El Honorable Senador señor Quinteros observó que claramente el seguro que se crea en el proyecto en discusión no es un seguro “catastrófico”, sino una mera gestión de las listas de espera.

Afirmó su convicción de que un plan de salud universal -que tendría que contemplar un seguro catastrófico- debe ser liderado por Fonasa, e insistió en que por ello la materia debió haberse incluido en un proyecto general sobre Fonasa.

El Honorable Senador señor Coloma reiteró la necesidad de avanzar con celeridad en la aprobación de la iniciativa, que él considera será un gran alivio para pacientes en lista de espera.

El señor Director Nacional de Fonasa explicó que el Programa GRD, de financiamiento para los hospitales públicos, busca eficiencia en los hospitales en términos de su producción y de usar toda la capacidad instalada en sus horarios institucionales. Expresó que si dicho programa se ejecuta bien existe la posibilidad de que los pensionados se utilicen sólo en los horarios posteriores, después de cumplir las metas del Programa GRD. Desde esa perspectiva se pone límite a algunos vicios que se han producido hasta hoy con las sociedades médicas.

Puntualizó que sólo si Fonasa cuenta con financiamiento extra podrán acortar las listas de espera, porque ello les permitirá salir a buscar establecimientos de salud para otorgar las prestaciones.

El Honorable Senador señor Pizarro consultó por la evaluación del Programa GRD.

El señor Director Nacional de Fonasa señaló que la comisión de expertos que debía conformarse al efecto ya está funcionando y entregará un primer informe en el mes de abril.

El Honorable Senador señor Pizarro apuntó la necesidad de alcanzar un acuerdo con el Ejecutivo en torno a nuevas indicaciones, con respaldo del Ministerio de Hacienda, que permitan el despacho del proyecto.

El Honorable Senador señor Montes puso de relieve que el problema no es sólo el de los recursos, sino cómo se gastan esos recursos.

El señor Director Nacional de Fonasa señaló que no había posibilidad de un aumento en los recursos asignados pero que creía que se podía mejorar, vía indicaciones, su forma de distribución.

- - -

A continuación, se describen o reproducen, según el caso, en el orden del articulado del proyecto, las disposiciones de competencia de vuestra Comisión:

Artículo único

Incorpora 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, un artículo 143 bis -que consta de dieciocho incisos- del siguiente tenor:

“Artículo 143 bis.- Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

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 el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:

a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.

b) 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.

c) Un análisis de la oferta disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud por parte de los establecimientos de salud pertenecientes a Universidades y Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.

d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

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 los establecimientos públicos de cada una de las redes asistenciales del país; en subsidio, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este; y a falta de oferta por parte de los anteriormente mencionados, con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, acuerdos que considerarán el arancel obligatorio para el prestador y el copago máximo que deberá asumir el beneficiario, los que no podrán ser superiores a los establecidos en el arancel del Fondo Nacional de Salud para la modalidad de libre elección.

Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en los tramos B, C y D, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación. Previo a la incorporación de los beneficiarios a esta cobertura financiera especial, el Director del Establecimiento de Salud, del Servicio de Salud o el Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o quien lo reemplace en el futuro, en su caso, deberán certificar la falta de oferta para realizar la prestación de salud en cada uno de sus ámbitos, la que se presumirá en el evento que el plazo para realizarla exceda de los tiempos máximos de espera recomendados. Para estos efectos, el interesado podrá denunciar el incumplimiento de dicho plazo ante la autoridad que debía resolver el asunto, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 64 de la Ley 19.880.

Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por el Fondo Nacional de Salud y el beneficiario de la siguiente forma:

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 superior a 1,6, 3,2 y 4,8 ingresos mínimos mensuales, para el tramo B, C y D, respectivamente.

2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.

3. 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 a 4,8 veces su 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 gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser superior a 2,0, 4,0 y 4,8 ingresos mínimos mensuales para el tramo B, C y D, respectivamente.

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 por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos y plazos para activar esta cobertura, así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en esta ley, lo que se materializará en la obligación de dicha institución de otorgar todos los años, con cargo a su presupuesto institucional, al menos el mismo número de prestaciones que se otorgue a los beneficiarios del tramo B, las que deberán ser practicadas dentro de la Red Asistencial de Salud.

El seguro de este artículo no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, 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. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.

En el evento de 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.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de seis meses, 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 N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.

La 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 ocho años.

Este artículo tendrá una vigencia de dos años a contar de la publicación de esta ley.”.

Al proyecto **se formularon inicialmente diez indicaciones, de Su Excelencia el Presidente de la Republica**. Cabe hacer presente que en este conjunto de indicaciones las referencias están hechas al texto despachado por la Honorable Cámara de Diputados en el primer trámite constitucional, razón por la cual, con fecha 4 de mayo, el Ejecutivo retiró las últimas tres indicaciones y presentó cuatro indicaciones nuevas, que si bien son en lo sustantivo idénticas a las retiradas se ajustan formalmente al texto aprobado por la Comisión de Salud, que es aquél sobre el cual corresponde pronunciarse a la Comisión de Hacienda, y que se numeraron como indicaciones “bis” para efectos de su identificación y votación.

El señor Director Nacional de Fonasa se refirió a las indicaciones presentadas y a sus fundamentos.

Recordó que en la Comisión de Salud se aprobaron indicaciones respecto de las cuales el Ejecutivo hizo reparos de inconstitucionalidad y de inadmisibilidad y que, en el diálogo con los integrantes de esa Comisión, el Ejecutivo se allanó a incorporar la mayor parte de su contenido en el proyecto.

Explicó que se trata de un conjunto de indicaciones que, por una parte, apuntan a dar mayor bonificación al tramo B, que era una de las solicitudes de la Comisión de Salud para igualarlo a lo que en ese momento tenía el tramo A.

Asimismo, pretenden tomar lo que era el tramo A y hacer un plan “espejo” o paralelo para que se resuelva igual cantidad de cirugías o prestaciones que en el tramo B, pero en la modalidad de atención

institucional, que es aquella en la que tienen gratuidad completa, y dentro de los hospitales públicos.

Además, expuso, se da en ellas un orden de prelación muy preciso respecto de la forma en que deben atenderse las prestaciones, partiendo por los hospitales públicos, luego los hospitales universitarios, los institucionales sin fines de lucro y, finalmente, otros. En el caso de los que no son establecimientos públicos, afirmó, debían ser contratados a través de licitaciones públicas, pagándoseles el mismo precio que a los hospitales públicos.

Puso de relieve que para poder hacer frente a la pandemia el Ministerio de Salud y las Redes Asistenciales, todas las cirugías electivas y algunas GES que no son de riesgo vital se han suspendido, lo que significa que al término de la pandemia una de las tareas primordiales del Estado será resolver el atraso generado.

Subrayó que el seguro materia de análisis servirá precisamente para resolver ese tipo de situaciones. Mencionó que el informe financiero sustitutivo que se acompaña da cuenta de las prestaciones que durante el primer año se puede abarcar. Afirmó que se tendrá la capacidad para resolver, dentro del sistema público, una cantidad importante de prestaciones, con una gran acumulación de casos post pandemia.

Hizo notar que dentro del sistema de salud ello tendría un determinado costo, pero que al obligar en el proyecto en análisis a que todos los prestadores privados tengan el mismo costo que el prestador público, y en atención a que existe un copago progresivo en función de las rentas, costará menos resolver el problema y dará a las personas que no tienen recursos la posibilidad de atenderse en los hospitales públicos.

El **Honorable Senador señor Quinteros** manifestó, pese a estar en principio de acuerdo con lo que se pretende hacer, su disconformidad con que no se excluya a los establecimientos privados con o sin fines de lucro.

El orden de prelación de hospitales públicos, universitarios e institucionales se comparte por la mayoría de la Comisión de Salud, observó, pero la pandemia está demostrando la necesidad de fortalecer el sistema público. Por ello lamentó el criterio que orienta las indicaciones en orden a que se traspasen recursos públicos al sector privado.

Señaló no tener dudas acerca de que la mayor parte de las prestaciones serían derivadas, aduciendo las más diversas razones.

Enfatizó que los pabellones en los hospitales públicos funcionan en las mañanas a menos de la mitad de su capacidad, mientras que en las tardes lo hacen al 100%. Mencionó también la deuda hospitalaria que se genera al tercerizar las acciones, y destacó que se aspira a evitar eso. Si falta personal deben contratarse horas extraordinarias, pero

no deben traspasarse recursos del sector público al privado y menos aún a las sociedades médicas.

Asimismo, expresó, el proyecto de ley no va al fondo del asunto, porque abarca la modalidad de libre elección, sin mejorar la atención institucional. Aseveró que el proyecto no establece un seguro, y menos un seguro catastrófico, sino apenas una gestión de listas de espera. Profundiza la estructura de un sistema de salud para personas de mayores recursos y otras de menores ingresos, alejándose del plan único de salud anunciado por el propio Ministerio. Afirmó que el proyecto no otorga certezas sanitarias ni económicas a las personas, y profundiza la brecha entre el sistema público y el sistema privado.

Recordó que se había concordado con el Director de Fonasa que el sistema operaría respecto de las instituciones del sistema público, universitario e institucional, dada la importancia de invertir los recursos del Estado en el fortalecimiento de ellos.

Apuntó, no obstante, que las indicaciones formuladas al proyecto son positivas en cuanto se crea el fondo espejo para el tramo A de Fonasa, que se liberaría de pago.

En lo referente al copago, manifestó que la cantidad que debe ser asumida por el tramo B le parece demasiado elevada.

El Honorable Senador señor Coloma puso de relieve que lo importante es ir al fondo del tema en la materia, y el fondo del tema es a quién se pretende ayudar. Hay personas que requieren que se acelere en forma importante la velocidad con que van a recibir sus prestaciones.

Sostuvo que el eje del asunto estriba en cómo se ayuda a las personas. Si a eso se agrega un condicionamiento adicional en el sentido de que la ayuda tiene que ser sólo en determinados organismos, en circunstancias de que existe una red público-privada se ignora que hay un activo del país que tiene que estar disponible al servicio común.

Afirmó que incluso el orden de prelación le parece exagerado, pues tiende a pensar que la regla en la materia debiera ser que el primero que pudiera realizar la prestación -al mismo precio- lo haga.

En la disyuntiva opinó que la mezcla entre un precio igual y un orden de prelación es una buena solución.

El Honorable Senador señor García, coincidiendo con el Senador señor Coloma, opinó que lo que debe primar es la salud de los pacientes y que puedan acceder oportunamente a los tratamientos y, en ese sentido, consideró que los resguardos que contempla el proyecto son suficientes, al establecer un orden de prelación y al mismo tiempo señalar que Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes y que en ningún caso el precio a pagar podrá superar el valor

que se haya fijado para el tratamiento o intervención de que se trate en los prestadores o establecimientos del sector público.

El Honorable Senador señor Montes reflexionó sobre la forma en que debe ser abordada la discusión sobre el tema de la salud. A su juicio ello debe analizarse en consideración a la forma en que la sociedad construye un mejor sistema de salud para el conjunto de las personas. Ello lleva a concluir que existe una gran debilidad en el sector público. El sistema chileno, que es mixto, debe fortalecerse precisamente en el sector público.

A partir de ahí postuló que el diseño supone mayor inversión en la capacidad pública, porque sino no habrá un cambio estructural y siempre terminará siendo derivado el paciente al sector privado. Preguntó si existe esa mayor inversión.

Consultó si se ha pensado en un sistema similar respecto de todo tipo de cirugías o tratamientos, porque tal vez el Estado podría especializarse sólo en algunos. ¿Hay un criterio de diferenciación para que el Estado tenga más capacidad en aquello que se requiere más?

Preguntó, asimismo, por qué los hospitales de las mutuales no tienen un tratamiento singular, dado que son semi públicas.

Finalmente, consultó si existe algún mecanismo que permita a alguien del tramo A ir a libre elección, aunque sea con copago.

El Honorable Senador señor Pizarro recordó que en el texto despachado por la Cámara de Diputados no se establecía un orden de prelación ni se fijaba un precio, sino que se contemplaba la posibilidad de celebrar un convenio con las instituciones que pudieran prestar el servicio cuando los establecimientos públicos no pudieran hacerlo. Por lo tanto, el proyecto en análisis es muy distinto, y los cambios y avances obedecen precisamente al propósito de fortalecer la salud pública.

Consultó si la institucionalidad pública en salud realmente no está en condiciones de atender toda la demanda o hay problemas de gestión, de recursos, o de infraestructura. Mencionó que, al menos en la región que él representa, no hay problemas de infraestructura hospitalaria. Por lo tanto, tal vez el problema sea otro y, en ese caso, el proyecto debiera concentrarse en ayudar a que con los recursos que financia el Estado se fortalezca la gestión pública.

Concluyó que, por tal motivo, le parece que al definirse las instituciones a las que podrán recurrir las personas con el seguro que se crea ellas se acoten al sector público.

A continuación, inquirió por las sociedades médicas y por la situación que se da a su respecto en los hospitales públicos.

El **Honorable Senador señor Lagos** solicitó mayor información acerca del hecho de que en las mañanas los pabellones quirúrgicos de hospitales públicos estén sólo parcialmente ocupados, mientras que en las tardes su utilización sea del 100%, y al parecer por los mismos profesionales médicos, consultando por el papel que las sociedades médicas juegan en esa situación. Recordó que la materia fue objeto de discusión durante la tramitación de la ley de presupuestos del sector público, introduciéndose una glosa al efecto.

El **señor Director Nacional de Fonasa** manifestó que, si bien concuerda en el fondo con el planteamiento efectuado por el Senador señor Quinteros, difieren en la forma, en lo relativo a las soluciones. Aseguró que el Estado, y este Gobierno en particular, se han preocupado mucho de fortalecer la salud pública. Los presupuestos de salud para el sector público han experimentado un continuo crecimiento que lo demuestra.

Sin embargo, sostuvo, y tal como señala un informe de la Comisión Nacional de Productividad respecto de la eficiencia de los pabellones, en un período de cuatro años que es el que se estudió, se incrementó alrededor del 10% real los ingresos para los hospitales públicos y, en cambio, disminuyó la cantidad de cirugías. Ello estaría relacionado con un problema de gestión, y también con infraestructura. Destacó que este año la cifra destinada a inversión en infraestructura de la atención primaria, secundaria y terciaria es de \$800.000 millones.

Puso de relieve que no se trata solamente de incorporar más recursos al sector salud, sino de hacerlo en forma eficiente, y ello constituye un problema de antigua data.

Por lo tanto, aseveró, si bien hay que reforzar el sector público, ello debe hacerse no sólo desde el punto de vista de la asignación de recursos sino de mejorar la gestión.

Luego, resaltó, cree en la complementariedad público-privada. La propia pandemia por la que atraviesa el país demuestra la necesidad de tal complementariedad y de una red integrada a la que se ha sumado a los privados, sin importar la previsión o el nivel de ingresos de la persona.

Subrayó que, por más aumentos de recursos que se han dispuesto, no se ha llegado al momento en que el sector público esté lo suficientemente robusto como para funcionar en forma exclusiva y dudó de la conveniencia de alcanzar ese punto, puesto que es la complementariedad la que produce eficiencia.

Recordó que el actual Gobierno presentó un proyecto de reforma sustantiva a Fonasa, en tramitación en la Cámara de Diputados, que introduce un plan de salud universal y también, entre otros aspectos, regula las sociedades médicas. Hoy en día es resorte de cada director de hospital la negociación con las sociedades médicas, quienes, muchas veces, no tienen herramientas suficientes para poder negociar bien.

Por ende, puntualizó, el problema de las sociedades médicas se resuelve con el proyecto recién aludido y no con el que se discute por esta Comisión. Allí se contempla que solamente el asegurador, Fonasa, el que negocia, revisa y toma las decisiones.

Dando respuesta a la consulta del Senador señor Montes informó que, por ejemplo, en el caso de la diálisis, se paga lo mismo a los prestadores públicos y a los privados, y que el problema de los hospitales públicos ha sido el contar con unidades de hemo diálisis. Por ello, alrededor del 80% de los pacientes Fonasa realizan sus tratamientos de diálisis en sector privado.

Precisó que en el tramo A no hay derecho a libre elección, ni forma de copagar y atenderse en el sector privado.

Puso de relieve que la iniciativa en discusión debe entenderse como un proyecto complementario, cuyo proyecto matriz es el que se encuentra en tramitación en la Cámara de Diputados, que da opciones a un segmento de la población.

Señaló que las indicaciones presentadas en la Comisión de Salud fueron recogidas por el Ejecutivo, con la excepción de la inclusión de los privados, inclusión que para el Ejecutivo es importante porque se establece un orden de prelación y porque, por primera vez, se dispone que el precio del sector privado será exactamente el mismo del sector público.

Destacó que lo importante es solucionar el problema de las personas, con reglas claras y objetivas, sin olvidar que el énfasis sí está en reforzar la salud pública.

El **Honorable Senador señor Quinteros** manifestó comprender los planteamientos de los senadores señores Coloma y García. Recalcó que aspiran a aprovechar la oportunidad que brinda el proyecto para iniciar la recuperación del sistema público.

Recordó que al discutirse la ley de presupuestos se hablaba de un per cápita de \$10.000 para la atención primaria. Y también se señalaba que el presupuesto de salud debería alcanzar al menos el 6% del PIB. Coincidió en que a lo largo de varios gobiernos se ha efectuado una gran inversión en infraestructura, esfuerzo inútil si después faltan los especialistas o el personal, que se van al sector privado. Por esa vía, entre otras cosas, la atención primaria de salud podría apoyar a descomprimir la congestión que afecta al sistema de salud.

Reiteró que se había concordado que tanto el proyecto de ley que reforma Fonasa como el que regula las Isapres se iniciarían por el Senado, para discutirlos en forma conjunta.

Hizo hincapié en que el presupuesto que se asigna a los hospitales no considera los costos reales de las prestaciones, razón por la cual los hospitales se endeudan cada día más.

El **Honorable Senador señor Pizarro** preguntó por la evaluación del déficit de atención de acuerdo al estudio que se efectuó acerca de la capacidad instalada de infraestructura hospitalaria en el sector público. Mencionó que si hay una cantidad suficiente de infraestructura y de recursos humanos a lo mejor el problema es sólo de gestión.

El **señor Director Nacional de Fonasa** señaló que al respecto es determinante el informe de la Comisión Nacional de Productividad, que señalaba que había alrededor de un 40% de capacidad ociosa por falta de gestión. Desde esa perspectiva hay falta de gestión.

Reiteró que el Programa GRD, de financiamiento para los hospitales públicos, al pagar por actividad, provoca una forma distinta de enfoque del financiamiento histórico y redundante en el mejoramiento de la gestión. Insistió en que lo que se busca es que los hospitales utilicen su infraestructura y capacidad instalada en los horarios institucionales. El proyecto en informe busca usar los pensionados de los hospitales, para disminuir las listas de espera, lo que no interfiere en el horario institucional, sino que da una opción más para solucionar su problema a la persona que tiene la posibilidad del copago.

El **Honorable Senador señor Montes** observó que el sector público debiera enfocarse en ciertos aspectos, ya que no cree que pueda fortalecerse el sector público para todo, sin delimitar las responsabilidades.

El **señor Director Nacional de Fonasa** sostuvo que, a su juicio, lo fundamental es la complementariedad del sistema.

A continuación, el **señor Director Nacional de Fonasa** explicó en forma pormenorizada cada una de las indicaciones.

La **Indicación número 1** reemplaza la letra b) del inciso cuarto, del artículo 143 bis, por la siguiente:

“b) Un análisis cuantitativo de listas de espera y de sus beneficiarios, 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 tanto la resolución de casos efectuada por establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como las necesidades de la población.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** explicó que se agrega la expresión “y sus beneficiarios” porque hay que estudiar bien los beneficiarios del tramo A que tendrán un sistema de gratuidad dentro de la modalidad institucional, lo que obliga a efectuar ese análisis, que antes no era necesario, porque todo iba a realizarse por libre elección en los tramos A, B, C y D.

Prosiguió su explicación señalando que, dado que se otorga el programa para el tramo A se hace necesario estudiar la

capacidad del sistema público para resolver ese requerimiento y es parte de los análisis que debe hacer Fonasa previamente respecto del seguro.

La **Indicación número 2)** reemplaza el inciso sexto del nuevo artículo 143 bis, 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 o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste, y con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública. A falta de oferta por parte de los prestadores o establecimientos anteriormente mencionados, Fonasa podrá suscribir convenios con otros prestadores o establecimientos, de conformidad a las disposiciones de la ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.”.

La **Indicación número 3)** reemplaza el inciso séptimo, del nuevo artículo 143 bis, por el siguiente:

“Los prestadores o establecimientos sujetos de estos convenios, podrán otorgar servicios de salud en esta modalidad. De las ofertas recibidas en conformidad a la ley N° 19.886, Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes. En ningún caso el precio a pagar a los prestadores o establecimientos así seleccionados, podrá superar el valor que se haya fijado para el tratamiento o intervención de que se trate en los prestadores o establecimientos del sector público.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** expresó que este es el inciso en que se incorporó la circunstancia de que no se puede pagar un precio distinto a cualquiera que se contrate, ya sea institucional, universitario u otro, al que se pagará por la misma prestación al hospital público.

La **Indicación número 4)** reemplaza el actual inciso octavo, del nuevo artículo 143 bis, por el siguiente:

“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.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** explicó que la indicación obedece a que lo que se había contemplado con anterioridad era que estaban cubiertos los tramos A, B, C y D, mientras que como ahora se estaría trasladando el tramo A a un programa especial dentro de la red pública, se está eliminado de esta parte para incorporarlo en otro inciso en la red pública, mediante otra indicación.

La **Indicación número 5)** agrega, al nuevo artículo 143 bis, los siguientes incisos noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser undécimo y así sucesivamente:

“La activación debe efectuarse ante Fonasa por el beneficiario o su representante, en cualquier momento, en conformidad con lo establecido en el reglamento de que trata el inciso décimo tercero del presente artículo. Este reglamento deberá disponer la forma de activación del seguro ante Fonasa, y el plazo y procedimiento para la designación del prestador por parte de Fonasa.

Para la designación del prestador, Fonasa deberá seguir el siguiente orden de prelación, en consideración al lugar de residencia del beneficiario:

- a) Prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tengan capacidad resolutive;
- b) Prestadores o establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este;
- c) Prestadores o Establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública; y,
- d) Otros prestadores o establecimientos de Salud no contemplados en las letras anteriores.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** destacó que Fonasa designa el prestador una vez activado el seguro, para lo cual tiene reglas que se deben seguir en forma estricta.

La **Indicación número 6)** reemplaza, en el nuevo artículo 143 bis, la frase final del numeral 1 del actual inciso noveno que ha pasado a ser undécimo, por el siguiente:

“Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 ingresos mínimos mensuales para aquellos beneficiarios del tramo B.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** explicó que se modifica el tramo del deducible que debían pagar quienes estaban en el tramo B, para dejarlo igual que en el proyecto aprobado en la Cámara de Diputados, como 2,5 ingresos mínimos mensuales, manteniendo los 4,8 ingresos mínimos mensuales para el tramo C y D.

La **Indicación número 7)** reemplaza, en el nuevo artículo 143 bis, la frase final del numeral 3 del actual inciso noveno que ha pasado a ser undécimo, por el siguiente:

“Este “gasto máximo anual por beneficiario” no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, ni de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** señaló que, en concordancia con lo planteado en la indicación anterior, ésta hace que el gasto máximo anual por beneficiario también se modifique para el tramo B de 4,8 a 3,8 ingresos mínimos mensuales, que es lo que se aprobó para el tramo A en el proyecto despachado por la Cámara de Diputados.

La **Indicación número 8)** agrega, al nuevo artículo 143 bis, un inciso final, nuevo, del siguiente tenor:

“El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas necesarias para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en este artículo. Lo anterior se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento, conforme a la Modalidad de Atención Institucional, el mismo número y tipo de intervenciones y tratamientos que los beneficiarios del tramo B hayan hecho uso en este seguro en el año inmediatamente anterior, salvo para el primer año de vigencia de este artículo, el cual se ejecutará de acuerdo con las estimaciones que realice Fonasa mediante una resolución exenta. Estas prestaciones para los beneficiarios del tramo A deberán ser practicadas por los prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El reglamento del Ministerio de Salud, a que se refiere el inciso décimo tercero de este artículo, determinará los criterios objetivos en los cuales se deberá fundar la selección de los beneficiarios del tramo A que serán atendidos conforme a lo establecido en el presente artículo.”.

El **señor Director Nacional de Fonasa** explicó que si hay una cantidad de beneficiarios del tramo B que utilizaron el seguro Fonasa tiene la obligación de un número igual del tramo A también resuelvan los mismos problemas dentro de la modalidad institucional con bonificación completa. Lo anterior salvo para el primer año de vigencia, en que las estimaciones las hará por Fonasa mediante resolución exenta, por cuanto no habrá información respecto del año anterior.

Cabe recordar que la **indicación número 8 fue retirada** por el Ejecutivo, que **presentó en su reemplazo las indicaciones números 1 bis y 2 bis.**

La **indicación número 1 bis** suprime el inciso duodécimo incorporado por la Comisión de Salud, referente a los beneficiarios del tramo A.

La **indicación número 2 bis** reemplaza el inciso final del artículo 143 bis permanente por una norma idéntica a la descrita con ocasión de la explicación sobre la indicación número 8. El **señor Director Nacional de Fonasa** explicó que la materia referente a los beneficiarios del tramo A y al programa espejo para ellos, que la Comisión de Salud consagraba en el inciso duodécimo, es llevado por la indicación al final del artículo 143 bis.

Reiteró que las indicaciones formuladas recogen lo aprobado en la Comisión de Salud, acogiendo incluso algunas materias respecto de las cuales en su oportunidad albergaron dudas de constitucionalidad.

Expresó que sólo existen dos diferencias:

Una de las diferencias dice relación con la incorporación de privados, que no eran incluidos por la Comisión de Salud y sí se consideran por el Ejecutivo, con un orden de prelación específico y reglas precisas respecto del pago.

La otra diferencia se relaciona con el plazo de duración del proyecto, que la Comisión de Salud fijaba en dos años, mientras el Ejecutivo ha eliminado ese plazo, por cuanto estima que el proyecto debe dar continuidad en el tiempo a sus beneficiarios. Se estima que la iniciativa dará solución a 6.000 personas por año, y por ello es importante su mantención en el tiempo.

Reiteró, asimismo, su opinión sobre la importancia de la complementariedad público-privada, subrayando que los privados no deben, desde ese punto de vista, ser marginados del proyecto.

El **Honorable Senador señor Pizarro** recordó que en una sesión anterior había consultado si existía en el sector público capacidad para atender la demanda estimada. Si esa capacidad existe no se requeriría abrir la puerta a otros prestadores. Si no existiera esa capacidad, sería conveniente una estimación de cuánto sería lo que se necesitaría. Señaló que tal vez podría establecerse, además del orden de prelación que fija la indicación número 5, la posibilidad de fijar un porcentaje máximo de participación en la totalidad de las prestaciones a los otros prestadores. Ello con la finalidad de dar una doble señal: que el sector público debe mejorar la gestión y ser eficiente y, por otro lado, establecer la posibilidad de que se puede recurrir al sector privado cuando no existe posibilidad en el sector público o porque en el área privada hay disponibles nuevas tecnologías que pueden aportar a la salud de las personas.

El **señor Director Nacional de Fonasa** opinó que más que fijar un porcentaje es importante que estén establecidas las reglas sobre la forma en que se entregan las prestaciones en cada uno de los niveles.

El **señor Ministro de Salud** observó que el proyecto de ley en informe trata de resolver un problema muy acuciante en personas que están en espera de una cirugía y que no están incluidas en el régimen de garantías AUGE, por lo que no pueden exigir que se les dé una solución en un tiempo determinado.

En el proyecto se establece que determinadas prestaciones, tales como cirugías de alto costo, que hoy no son atendidas en el régimen de garantías, ni tampoco institucionalmente, por lo que se acumulan, puedan ser abordadas. Preciso que una persona que en la actualidad tiene que recurrir al mecanismo de libre elección para la atención de salud, incluso en los hospitales públicos, lo que la deja a merced de las sociedades médicas, que privatizan de facto el sistema público de salud, tendrá una alternativa para que pueda resolver su problema de salud con un copago dentro de su capacidad y no, como ocurre en el sistema de libre elección, con un gasto de bolsillo inabordable.

Destacó el orden de prelación que se establece, para que prioritariamente, ahora en forma regulada y controlada desde Fonasa, se ocupen los pensionados de los hospitales públicos, luego los hospitales universitarios, hospitales institucionales o de las fuerzas armadas y, por último, instituciones privadas con y sin fines de lucro.

Subrayó que como médico no entiende que se estime preferible que una persona mantenga su problema sin resolver a que alcance una solución en el sector privado, al mismo precio.

Hizo presente que como consecuencia de la pandemia del Covid 19 hay entre 8.000 y 20.000 prestaciones correspondientes a garantías AUGE que han quedado suspendidas, lo que muestra la relevancia de dar solución a los casos que contempla el proyecto de ley en discusión.

El **Honorable Senador señor Lagos** preguntó al señor Ministro de Salud qué medida era posible adoptar respecto de las sociedades médicas, por cuanto al parecer parte importante del problema radica allí.

El **Honorable Senador señor García** llamó la atención respecto de la norma del inciso tercero del artículo 143 bis, que al establecer que será la Subsecretaría de Salud Pública la que propondrá el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con el seguro, y la forma en que ello se hará, en un proceso que deberá ser aprobado por Fonasa y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Estimó que ello constituye un avance muy importante, al que si se agrega que existe una priorización y un límite a la tarifa que se puede cobrar, permite concluir que están dados los resguardos para poner al paciente en el centro de la preocupación del Estado, para dar oportuna solución a sus problemas de salud.

Respecto de la incorporación de privados a que se refieren las indicaciones números 2 y 5, se produjeron las siguientes intervenciones:

El Honorable Senador señor Montes señaló que votaría en contra de la incorporación de los prestadores privados. Afirmó que considera que debe existir interacción entre el sector público y el privado y recordó que el tema se ha tratado y votado en múltiples oportunidades y que, a la larga, la distorsión que se provocó llevó a que se limitara al sector público y que a su vez el sector privado captara buena parte de lo que destina el Estado a esta clase de prestaciones.

Señaló que hay dos aspectos en cuestión. Por un lado la inversión, pero no es lo único, ya que en los hospitales muchas veces los déficits no están incorporados en el sector correspondiente. Por ello el plan de inversión tiene que contemplar una cierta prioridad.

Por otra parte, sostuvo, no necesariamente la relación con los privados debe abarcar todo tipo de prestaciones y podría haber una distribución de roles.

Estimó conveniente zanjar el asunto en el seno de una comisión mixta o en lo que resta del proceso legislativo, para alcanzar una solución. Reconoció el avance en materia del precio a cobrar, que debe ser igual, pero lo consideró insuficiente para resolver en buena forma el tema, con una perspectiva de largo plazo.

El Honorable Senador señor Lagos manifestó que se abstendría respecto de la incorporación del sector privado como prestadores, por las razones dadas por el Senador señor Montes y por él mismo en la discusión.

El Honorable Senador señor Pizarro también manifestó su voluntad de abstenerse en esa materia. Recordó que el tema se había debatido largamente tanto en la Comisión de Hacienda como en la de Salud. Mencionó que una mayoría había rechazado la incorporación del sector privado en la implementación del seguro que crea el proyecto y que, si bien los argumentos que se dan para la apertura al sector privado son válidos, la experiencia anterior no ha sido positiva y ha generado un grave problema de confianzas, por lo que se estima determinante fortalecer al sector público.

Recordó que había planteado, sin éxito, la posibilidad de llegar a un acuerdo para establecer un porcentaje máximo de participación para los privados cuando no hubiera posibilidad de que las prestaciones fueran otorgadas por el sector público.

Asimismo, señaló que entiende que el Presidente de la Comisión de Salud habría comunicado la posibilidad de que participaran las instituciones privadas vinculadas a los gremios de la construcción, la Asociación Chilena de Seguridad, etc.

Expuso que, en esas condiciones, intentaría que el proyecto fuera perfeccionado en la Sala o que pasara a una comisión mixta.

- Las indicaciones números 1, 3, 4, 6, 7, 1 bis y 2 bis fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos, Montes y Pizarro.

- Con la misma unanimidad, y a sugerencia del señor Director Nacional de Fonasa, la Comisión acordó efectuar una enmienda en el inciso décimo séptimo del artículo 143 bis, dejando en sesenta días el plazo para dictar el reglamento que definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías, para ajustarlo de esta manera al plazo que se contempla en el artículo segundo transitorio.

- Las indicaciones números 2 y 5 fueron respaldadas en forma unánime por la Comisión, salvo en cuanto a la oración final de la indicación número 2, relativa a la posibilidad de suscribir convenios con otros prestadores o establecimientos, y a la letra d) de la indicación número 5, respecto de la designación en último término de otros prestadores o establecimientos de salud no contemplados en las letras anteriores. Puestas en votación las mencionadas indicaciones en la parte en discrepancia se registraron dos votos a favor, de los Honorables Senadores señores Coloma y García, un voto en contra, del Honorable Senador señor Montes, y dos abstenciones, de los Honorables Senadores señores Lagos y Pizarro. Repetida la votación por incidir las abstenciones en el resultado los Senadores señores Lagos y Pizarro votaron en contra, por lo que se rechazaron en lo pertinente dichas indicaciones por tres votos en contra y dos a favor.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero

Dispone que la ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos undécimo y décimo sexto del artículo 143 bis que se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La **Indicación número 9)** reemplaza la expresión “décimo y undécimo” por “décimo tercero y décimo séptimo”. Cabe recordar que esta indicación fue retirada y que **el Ejecutivo presentó la indicación número 3 bis**, ajustando la referencia y reemplazando en definitiva la expresión “undécimo y décimo sexto” por “décimo tercero y décimo séptimo”.

La indicación número 3 bis fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos, Montes y Pizarro.

Artículo segundo

Establece que los reglamentos a que se hace referencia en los incisos undécimo y décimo sexto del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. Agrega que 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 veinte días siguientes a la publicación de esta ley. Finalmente, prescribe que el Ministerio de Hacienda tendrá el plazo máximo de veinte días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.

La **Indicación número 10)** reemplaza la expresión “décimo y undécimo” por “décimo tercero y décimo séptimo.”. Cabe recordar que esta indicación fue retirada y que el **Ejecutivo presentó la indicación número 4 bis**, ajustando la referencia y reemplazando en definitiva la expresión “undécimo y décimo sexto” por “décimo tercero y décimo séptimo”.

La indicación número 4 bis fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos, Montes y Pizarro.

Artículo tercero

Es del siguiente tenor:

“Artículo tercero.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.”.

El artículo tercero fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos, Montes y Pizarro.

Artículo cuarto

Prescribe que el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. Agrega que, 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. Por último, establece que para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

El artículo cuarto fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos, Montes y Pizarro.

o o o

FINANCIAMIENTO

Se deja constancia de la totalidad de los informes financieros emitidos por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda en relación con la iniciativa legal.

- El informe financiero N° 80 elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 27 de mayo de 2019, señala lo siguiente:

“I. Antecedentes

El proyecto cuenta con un artículo único permanente y cuatro artículos transitorios. El artículo único, busca incorporar un artículo 143 bis al articulado permanente del 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, para hacer posible el otorgamiento de una cobertura financiera especial, denominada “Seguro de Salud Clase Media”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución del Fondo Nacional de Salud.

Las intervenciones y tratamientos, que tendrán esta cobertura financiera especial, incluyen 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, y las complicaciones post hospitalarias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

Cada intervención y tratamiento será financiado en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado. El monto hasta el

cual el afiliado soportará, es decir, el gasto de máximo de bolsillo, será el equivalente al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar, constituido para estos efectos por el afiliado y los beneficiarios que de él dependan, dividido por el número total de sus integrantes. Es decir, cada afiliado tendrá un tope máximo de gasto equivalente al 40% del ingreso per cápita de su grupo familiar. Los gastos que excedan este tope, serán financiados íntegramente por Fonasa.

Adicionalmente, se establece que, para el financiamiento del gasto máximo de bolsillo, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos que se establecen en el artículo 162 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud. Además, el gasto máximo de bolsillo no podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.

II. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal

i. Análisis del Impacto Económico de las Modificaciones

Este proyecto de ley irroga gasto fiscal por dos canales. Primero, aumentará la cobertura financiera que hoy otorga Fonasa en la Modalidad de Libre Elección (MLE) a sus beneficiarios que ya utilizan esta vía de atención; y, segundo, genera una opción para que aquellos pacientes que se encuentren en lista de espera quirúrgica no GES (LEQ) puedan resolver su problema de salud en la MLE haciendo uso de la cobertura del nuevo seguro.

El seguro considera un tope máximo de gasto anual a ser financiado por los beneficiarios, equivalente al cuarenta por ciento del ingreso anual per cápita del grupo familiar. Adicionalmente, con tal de financiar especialmente problemas de salud de mayor gasto, se impone un mínimo de gasto máximo de bolsillo igual al cuarenta por ciento de doce salarios mínimos. De este modo, todo gasto adicional a dicho valor, por la resolución de eventos médicos en la MLE, será cubierto íntegramente por Fonasa.

Se estima que, gracias a la incorporación de este seguro, Fonasa aumentará la cobertura financiera para los beneficiarios elegibles desde un 10% actual a niveles de, al menos, 63% del gasto total de sus tratamientos e intervenciones resueltas en la MLE.

Por otro lado, la creación del seguro permitirá que un conjunto de personas que hoy se encuentra en la lista de espera para la resolución de problemas de salud no GES, y que cuentan con la capacidad financiera para soportar el gasto máximo de bolsillo que les corresponda, puedan resolver su problema de salud a través de esta vía.

Considerando que gran parte de los beneficiarios que hoy utilizan la Modalidad Libre Elección en eventos de salud quirúrgicos y de alto costo son personas de mayor edad, y que este grupo poblacional

presentará mayores tasas de crecimiento demográfico en los próximos años, se asume que el número de atenciones aumentará en el tiempo. También, se considera que se espera que los costos de la atención se incrementen en el tiempo. De esta forma, la estimación considera ajustes por factores de crecimiento poblacional e inflación.

ii. Metodología de Estimación del Impacto

Fiscal

a) Actuales usuarios de la MLE

En primer lugar, se simula el impacto financiero del aumento de la cobertura para los usuarios actuales de la MLE, suponiendo que se aplica la cobertura descrita anteriormente al consumo actual observado en la MLE. Para realizar este ejercicio, se utiliza la base de datos de las prestaciones otorgadas por la atención en la MLE del año 2017. Esta base de datos caracteriza el consumo de la MLE identificando a personas y prestaciones otorgadas, el aporte de bonificación Fonasa por cada prestación, y los copagos de lista o referenciales por prestación que hacen los beneficiarios. Adicionalmente, se incluye información de los titulares respecto de los cuales los beneficiarios dependen, en términos de su renta anual, el número total de miembros que conforma el grupo que depende del titular, entre otros elementos.

Dado que no se cuenta en la base de datos con un identificador por evento médico (por ejemplo, el diagnóstico), se definen los eventos médicos mutuamente excluyentes como conjuntos de prestaciones otorgadas a una persona con al menos 30 días de diferencia. Segundo, se realiza un ajuste a los copagos asociados a las prestaciones de días cama y derecho pabellón, con el objeto de reflejar de forma más fehaciente el valor del prestador privado. Esta corrección se hace a partir de factores de ajuste estimados por Fonasa, para estas prestaciones, según los precios promedio observados en los prestadores privados. Luego, se estiman los costos por evento médico asociados a la compra de medicamentos, insumos y prótesis no aranceladas. Este valor se estima como el 30% de los costos efectivos estimados del derecho a pabellón.

Una vez estimados los valores efectivos privados, se suma el consumo de estos por beneficiario para el año 2017. Esto da como resultado el valor copagado por la atención en la MLE de cada beneficiario para dicho año. Luego, se calcula el monto del gasto máximo de bolsillo que correspondería para cada beneficiario. Esto es el cuarenta por ciento del ingreso per cápita anual asociado al grupo de cargas dependientes de un mismo titular, incluyendo a este último, al cual el beneficiario pertenece. Cabe señalar que para la estimación sólo se considera como ingreso del grupo las rentas imponibles del titular. Si el gasto máximo de bolsillo calculado por beneficiario resulta inferior al cuarenta por ciento de doce salarios mínimos, se utiliza este último valor para determinar el gasto máximo de bolsillo. De esta forma, para cualquier beneficiario, el gasto máximo de bolsillo mínimo anual siempre será equivalente a, al menos, el cuarenta por ciento de doce salarios mínimos. Para la estimación, se considera un salario mínimo igual a \$301.000 pesos.

Finalmente, para aquellos beneficiarios asociados a un titular que cumple con el mínimo de cotizaciones exigido, y que presentan un gasto en la MLE mayor a su gasto máximo de bolsillo, se calcula la diferencia entre el monto anual copagado y el valor del gasto máximo de bolsillo, lo que corresponde al gasto fiscal por beneficiario. Finalmente, se suma el gasto fiscal estimado para todos los beneficiarios dando como resultado el gasto fiscal total de la medida por este concepto.

b) Nuevos usuarios provenientes de la lista de espera no GES

Para estimar el número de eventos médicos de la lista de espera quirúrgica no GES que podrían ser resueltos mediante el nuevo seguro creado por el Proyecto de Ley, se utiliza información de la lista de espera quirúrgica no GES y de la base de datos de eventos médicos de la MLE 2017. Una restricción para la estimación es que no se cuenta con un cruce entre personas de la lista de espera con la información de las rentas de sus titulares y el tamaño de sus grupos dependientes, y tampoco se conoce el valor de resolución de cada evento de la lista de espera.

De este modo, con la información que se dispone se ha optado por la siguiente estrategia de estimación. Primero, utilizando la base de datos de la atención en la MLE 2017 se identificó que, del total de eventos médicos observados, un 3,44% de los eventos cumplen con las condiciones para ser elegibles por el nuevo seguro. De esta forma, se supuso que el mismo porcentaje de eventos de la lista de espera cumpliría con las condiciones para ser elegido. Esto significa que, considerando que al 20 de mayo de 2019 la lista de espera incluye 251.567 casos en espera, se estiman 8.656 casos potencialmente beneficiarios del seguro provenientes de la lista de espera no GES.

En segundo lugar, se calcula el gasto fiscal promedio por evento elegible del seguro, con los datos de la atención en la MLE 2017. Esto da como resultado un valor de gasto fiscal promedio igual a \$862.041 pesos por evento. Posteriormente, se valoriza el gasto fiscal de los eventos provenientes de la lista de espera, multiplicando el valor de gasto fiscal promedio anterior por un factor de ajuste de costos que depende de la especialidad del evento médico. Estos factores de ajustes fueron calculados por Fonasa y representan la heterogeneidad inherente, en términos de los costos, de la resolución de diferentes eventos médicos dependiendo de las especialidades a las que estos pertenezcan.

Para determinar cuántos eventos corresponden a cada especialidad, de los 8.656 casos estimados como potenciales beneficiarios, se asume la misma distribución global de porcentajes según especialidad de toda la lista de espera. Es decir, los casos potenciales beneficiarios se distribuyen asumiendo la misma distribución porcentual de la lista global de casos en espera.

c) Proyección del gasto y su transición al régimen

Para estimar los gastos futuros de la política, en primer lugar, se corrigen las cifras estimadas por un factor de crecimiento poblacional, el cual se construye utilizando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ajustadas por la distribución por sexo y edad que se observa en los datos de los potenciales beneficiarios, identificados con la base de datos de la atención en la MLE del año 2017.

En segundo lugar, se realiza un ajuste de las estimaciones de gasto fiscal con el objeto de considerar el aumento de los precios o valores en tiempo. Considerando que los montos se calculan utilizando valores del 2017, estos se inflactan y se llevan a valores de pesos 2019. Para llevar los valores de 2017 a pesos de 2018 se aplica una tasa de 2,43%, que corresponde al promedio del IPC 2018 dividido por el promedio del IPC 2017 menos uno, y luego para llevar los valores en pesos de 2018 a pesos de 2019 se aplica la tasa de inflación esperada del 2018 según el Informe de Finanzas Públicas que acompañó la Ley de Presupuestos de 2019, es decir, una tasa de 3%. Luego, para gastos ejecutados en los siguientes años, se utiliza la proyección de inflación y meta de mediano plazo indicada por el Banco Central, es decir, un 3%.

Finalmente, se determina una transición hacia el régimen, mediante la adición gradual de especialidades cubiertas por la garantía financiera del seguro. Para la determinación de la gradualidad del gasto de los usuarios actuales de la MLE, se supone que el total de gasto estimado se distribuye de igual forma, por especialidad, que la distribución de casos observada en lista de espera no GES. Se debe hacer este supuesto debido a que en la base de datos de la atención de la MLE 2017 no se incluyen los diagnósticos de los eventos médicos.

iii. Resultado Estimaciones de Impacto Fiscal

De los actuales usuarios de la MLE 2017, se identificaron 21.465 eventos de salud elegibles para el seguro, los que ascienden a un valor total copagado por los beneficiarios igual a MM\$31.665 de pesos. Luego, descontando el gasto máximo de bolsillo que pagaran los usuarios que se beneficien del nuevo seguro, se llega a un gasto fiscal incremental total igual a MM\$18.504 de pesos. Este valor es en pesos 2017, corresponde al régimen incluyendo todas las especialidades, y no incluye factores de ajuste de ningún tipo.

Respecto de la estimación del gasto fiscal producto de la resolución de casos desde la lista de espera quirúrgica no GES, se identificaron como casos potenciales beneficiarios un total de 8.656 eventos de salud, que en su conjunto ascienden a un gasto fiscal equivalente a MM\$7.312, el cual incluye todas las especialidades, es un valor calculado en pesos 2017 y que no contiene ajustes de ningún tipo.

Adicionalmente, las estimaciones de gasto fiscal se ajustan al alza en un 5% adicional para cada año. Ese 5% se adiciona cumpliendo una función de "margen de seguridad" que busca capturar otros efectos posibles no incorporados por la metodología como, por ejemplo, una

mayor demanda inducida hacia el uso de la MLE.

La tabla a continuación presenta el resumen del impacto fiscal (gasto incremental) de la iniciativa de ley desde el año primero de vigencia hasta el sexto año, incluyendo una transición en la inclusión de especialidades elegibles, los ajustes por proyecciones de Inflación, y los ajustes por factor de crecimiento poblacional de la población beneficiarla. De este modo, para el primer año se estima un mayor gasto fiscal de MM\$19.560, mientras que en régimen esta cifra llegará, en el sexto año de vigencia, a MM\$37.831.

Tabla 1: Estimación del gasto fiscal incremental del proyecto de ley
(en MM\$ de cada año)

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Gasto MLE (\$MM)	\$13.276	\$15.773	\$19.380	\$21.474	\$23.744	\$25.676
Gasto LEQ (\$MM)	\$5.353	\$6.360	\$7.815	\$8.659	\$9.574	\$10.354
Margen de Seguridad	\$931	\$1.107	\$1.360	\$1.507	\$1.666	\$1.801
Gasto Año (\$MM)	\$19.560	\$23.240	\$28.554	\$31.641	\$34.984	\$37.831

MLE: Modalidad de Libre Elección (gasto generado por mayor cobertura del consumo actual). LEQ: Lista de Espera Quirúrgica no GES (gasto estimado como nuevo por el uso de la MLE para resolución de lista de espera).

III. Norma de Imputación del Gasto

El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el 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.

IV. Fuentes de información

- Base de datos de eventos médicos elegibles por el seguro de la MLE (FONASA) año 2017.

- Proyecciones de población (INE), consultadas el 10 de mayo de 2019.

- Lista de espera quirúrgica no GES a mayo del 2019.”.

- Posteriormente, la Dirección de Presupuestos emitió un informe financiero complementario, N° 188 de 24 de octubre de 2019, que se acompañó a indicaciones formuladas por el Ejecutivo. Su contenido literal es el siguiente:

“I. Antecedentes

Las indicaciones N°207-367 al Boletín N°12.662-11 consideran los siguientes elementos:

1. Se busca incorporar a los beneficiarios del Fonasa del Grupo A a la población beneficiaria del seguro.

2. Se elimina como requisito para acceder al seguro la condición de contar con al menos 6 cotizaciones en los últimos 12 meses.

3. Se establece que los casos resueltos por el seguro se desarrollen en los 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 convenir la solución con prestadores privados, los que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección.

4. Se detallan los procedimientos y los antecedentes que permitan priorizar la inclusión de nuevas prestaciones a este seguro.

II. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal

La indicación propuesta tiene por consecuencia incrementar los potenciales usuarios del seguro. El efecto de las indicaciones se muestra en la siguiente tabla:

Gasto Incremental Indicaciones (Millones de \$ de cada año)						
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Total de Gasto Incremental	\$2.163	\$2.541	\$3.068	\$3.329	\$3.594	\$3.786

III. Fuentes de información

- Base de datos de eventos médicos elegibles por el seguro de la MLE (FONASA) año 2017.

- Proyecciones de población (INE), consultadas el 10 de mayo de 2019.

- Lista de espera quirúrgica no GES a mayo del 2019.”.

- Luego, la Dirección de Presupuestos emitió un informe financiero complementario, N° 190 de 25 de octubre de 2019, que se acompañó a indicaciones formuladas por el Ejecutivo. Su contenido literal es el siguiente:

“I. Antecedentes

La indicación N° 211-367 al Boletín N°12.662-11 consiste en reducir, para los beneficiarios pertenecientes al grupo Fonasa A,

el deducible anual establecido por el seguro de 4,8 a 3,8 veces el ingreso mensual del titular dividido por el número total de beneficiarios integrantes de su grupo más este mismo. Asimismo, el monto máximo de deducible por evento que debe soportar el beneficiario, también en el caso del grupo Fonasa A, se reduce de 4,8 a 2,5 ingresos mínimos mensuales.

II. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal

La indicación propuesta tiene por consecuencia incrementar los potenciales usuarios del seguro pertenecientes al Grupo Fonasa A y aumentar su cobertura financiera. Dicha consecuencia es causada por la reducción indicada en el párrafo antecedente. El efecto de la indicación se muestra en la siguiente tabla:

Gasto Incremental Indicaciones (Millones de \$ de cada año)						
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Efecto Cobertura Adicional Grupo A Fonasa	\$6.319	\$7.494	\$9.198	\$10.172	\$ 11.222	\$12.106

III. Fuentes de información

- Base de datos de eventos médicos elegibles por el seguro de la MLE (FONASA) año 2017.

- Proyecciones de población (INE), consultadas el 10 de mayo de 2019.

- Lista de espera quirúrgica no GES a mayo del 2019.”.

- Con posterioridad, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda elaboró el **Informe Financiero número 63**, de fecha 14 de abril de 2020, -sustitutivo de los anteriores- que se acompañó a indicaciones presentadas por el Ejecutivo, que es del siguiente tenor:

“1. Antecedentes

En el presente informe financiero viene a sustituir los informes N°80, N°188 y N°199, todos de 2019, que dieron cuenta del impacto fiscal asociado al proyecto de ley que crea el seguro de salud catastrófico y sus indicaciones. Esto, en vista de que las presentes indicaciones efectúan cambios relevantes al tipo de beneficiarios, y a las condiciones para que estos accedan a los beneficios establecidos en este proyecto de ley. Además, se efectúa una actualización de la información utilizada en los informes anteriores, lo que permite tanto mejorar la metodología de estimación como la identificación de los beneficiarios y efectos fiscales de la medida.

A continuación, se describe el proyecto de ley en

el contexto de estas nuevas indicaciones presentadas por el ejecutivo.

2. Contenido del proyecto de ley y de las presentes indicaciones

El proyecto incorpora 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 un artículo 143 bis que permite a los beneficiarios del Fonasa que acceden a la Modalidad Libre Elección (MLE) activar a una cobertura financiera especial, denominada "Seguro de Salud Catastrófico", para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución del Fondo Nacional de Salud. Además, incluye artículos transitorios relativos a materias de imputación del gasto fiscal, dictación de reglamentos y sobre elementos operativos para la implementación durante el primer año de vigencia.

Las intervenciones y tratamientos, que tendrán esta cobertura financiera especial, incluyen 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, y las complicaciones post hospitalarias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

Cada intervención y tratamiento será financiado en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado. El monto hasta el cual el afiliado soportará, es decir, el gasto de máximo de bolsillo, dependerá del ingreso del afiliado y del número de beneficiarios que de él dependan. En particular, la estructura de cofinanciamiento es la siguiente:

- En el caso de que el asegurado haya usado el seguro sólo para un evento médico, su deducible será equivalente a 4,8 veces su 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. Sin embargo, este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo B.

- En el caso de que el beneficiario haya usado el seguro para más de un evento, este deberá financiar un "gasto máximo anual" que corresponderá a 4,8 veces su 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. Sin embargo, este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.

La conformación del conjunto de intervenciones y tratamientos sigue un proceso definido en el proyecto de ley, el cual vela por la pertinencia sanitaria y factibilidad técnica-económica de la implementación. El proceso se enmarca en la evaluación de la evidencia sanitaria, análisis de

la necesidad, análisis de la capacidad de implementación y recursos disponibles. El proceso se entiende de carácter anual, ya que este se enmarca en el proceso de formulación presupuestaria.

Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste, y con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública. A falta de oferta por parte de prestadores o establecimientos anteriormente mencionados, Fonasa podrá suscribir convenios con otros prestadores o establecimientos, de conformidad a las disposiciones de la ley N°19.886 de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

Con todo, Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes, y en ningún caso el precio a pagar a los prestadores escogidos podrá superar el valor que se haya fijado para el tratamiento o intervención en los prestadores o establecimientos del sector público.

Para la activación del seguro, el afiliado deberá contar de 6 cotizaciones en los 12 meses anteriores al mes de su activación. El proyecto indica la existencia de un procedimiento para la atención del beneficiario, a establecerse mediante reglamento, que tiene en consideración su lugar de residencia, así como un orden de prelación para la designación de oferentes, siendo preferidos los prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud respecto a otras opciones.

Finalmente, se establece que Fonasa deberá adoptar las medidas necesarias para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados por el seguro. Lo anterior, se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento conforme a la Modalidad de Atención Institucional (MAI), de al menos el mismo número y tipo de intervenciones y tratamientos que los beneficiarios del tramo B hayan hecho uso en este seguro en el año inmediatamente anterior, salvo para el primer año de vigencia de este el cual se ejecutará de acuerdo con las estimaciones que realice Fonasa mediante una resolución exenta.

3. Efecto del proyecto de ley sobre el presupuesto fiscal

i. Análisis del impacto económico del proyecto

La protección financiera señalada en la sección anterior del presente informe se resume en la tabla 1, donde se precisa el aporte financiero que debe efectuar el afiliado según cuente él y/o su grupo familiar con 1 o más eventos al año.

Tabla 1: Estructura de Protección Financiera		
	Financiamiento Aportado por Afiliado	
	Beneficiario del Tramo B	Beneficiario del Tramo C o D
Eventos de Salud		
1 sólo evento: beneficiario financia el deducible asociado.	Máximo ente: ($4,8 \times INGF / N$) y ($2,5 \times SMIN$)	Máximo ente: ($4,8 \times INGF / N$) y ($4,8 \times SMIN$)
>1 evento: beneficiario financia el "gasto máximo anual".	Máximo ente: ($4,8 \times INGF / N$) y ($3,8 \times SMIN$)	Máximo ente: ($4,8 \times INGF / N$) y ($4,8 \times SMIN$)
<small>INGF: corresponde al ingreso familiar mensual del beneficiario, SMIN: corresponde al salario mínimo mensual, y N: corresponde a número total de beneficiarios integrantes del grupo familiar, incluido el titular. De esta manera, para cada caso el financiamiento máximo aportado por el beneficiario corresponde al máximo entre cada uno de los dos valores. Esto es, aquel que está en función de INGF o bien aquel que está en función de SMIN. Por "evento" se entiende cualquier intervención o tratamiento contemplado por el seguro.</small>		

Adicionalmente, la política contempla que Fonasa deberá adoptar las medidas para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en esta ley, lo que se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento del mismo número y tipo de prestaciones que se otorgue a los beneficiarios del tramo B, las que deberán ser practicadas dentro de la MAL. Los beneficiarios del tramo A no incurrirán en gasto alguno, por lo que para ellos la protección financiera es completa.

Entonces, el gasto fiscal incremental de esta medida se produce mediante tres canales. Por un lado, se entregará una mayor protección y cobertura financiera a los actuales beneficiarios de la MLE que enfrentan alto costo en sus tratamientos o intervenciones. Por otro, se producirá una nueva demanda por MLE, que será cubierta mediante el uso del seguro, proveniente de los usuarios de la lista de espera no GES (LEQ) que decidan solucionar sus eventos médicos mediante este seguro. Finalmente, se otorgarán al grupo A al menos el mismo número de prestaciones que se dio al grupo B, con la diferencia de que el grupo A no realizará copago alguno y se atenderá mediante la MAI.

Considerando que gran parte de los beneficiarios que hoy utilizan la MLE en eventos de salud programados y de alto costo son personas de mayor edad, y que este grupo poblacional presentará mayores tasas de crecimiento demográfico en los próximos años, se asume que el número de atenciones aumentará en el tiempo. También, se estipula que los costos de la atención se pueden incrementar en el tiempo. De esta forma, la estimación considera ajustes por factores de crecimiento poblacional e inflación.

ii. Metodología de estimación del impacto fiscal

a) Actuales usuarios de la MLE

En primer lugar, se simula el impacto financiero del aumento de la cobertura para los usuarios actuales de la MLE (grupos Fonasa B, C y D), suponiendo que se aplica la cobertura descrita al consumo observado en la MLE. Para realizar este ejercicio, se utilizan la base de datos

de las prestaciones otorgadas por la atención en la MLE del año 2017, 2018 y 2019, con miras de contar con una representación menos estacional del consumo en la modalidad libre elección. Estas bases de datos caracterizan el consumo de la MLE identificando a personas y prestaciones otorgadas, el aporte de bonificación Fonasa por cada prestación, y los copagos de lista o referenciales por prestación. Adicionalmente, incluye información de los titulares respecto de los cuales los beneficiarios dependen, en términos de su renta anual, el número total de miembros que conforma el grupo que depende del titular, su grupo Fonasa, entre otros elementos.

Dado que no se cuenta en la base de datos con un identificador por evento médico (por ejemplo, el diagnóstico), se definen los eventos médicos mutuamente excluyentes como conjuntos de prestaciones otorgadas a una persona con al menos 30 días de diferencia. Segundo, se realiza un ajuste a los copagos asociados a las prestaciones de días cama y derecho pabellón, con el objeto de reflejar de forma más fehaciente el valor que enfrenta el paciente. Esta corrección se hace a partir de factores de ajuste estimados por Fonasa, para estas prestaciones, según los precios promedio observados en los prestadores privados. Luego, se estiman los costos por evento médico asociados a la compra de medicamentos, insumos y prótesis no aranceladas. Este valor se estima como el 30% de los costos efectivos estimados del derecho a pabellón.

Posteriormente, a los precios estimados ofertados por los prestadores o establecimientos de salud se le resta el aporte financiero efectuado por Fonasa mediante el Fondo de Ayuda Médica (FAM) para este tipo de atenciones, obteniendo como resultado la estimación del valor efectivamente copagado por la atención en la MLE de cada beneficiario para cada año. Luego, considerando el ingreso promedio mensual del grupo familiar y el grupo Fonasa del beneficiario se estima el deducible que le correspondería, o bien el "gasto máximo anual" si se observa más de un evento por año.

Entonces, para la determinación de los potenciales beneficiarios de la política, en el primer año de implementación, se identifican todos aquellos usuarios de la MLE para los que se observan valores efectivos de copago superiores al gasto máximo que deben financiar de acuerdo con las reglas estipuladas por el seguro, considerando para ello el salario mínimo vigente en 2020 de \$320.500 pesos, y que cumplen con el mínimo de cotizaciones indicado en el proyecto.

Los procedimientos de cálculo anteriores se realizan por separado para cada base de datos de cada año (2017, 2018 y 2019). Así, para cada año el gasto fiscal incremental corresponde a la diferencia entre la sumatoria de los gastos totales de las intervenciones beneficiarias del seguro, valorizadas a precio efectivo de los prestadores, por sobre el total de gasto a financiar por los usuarios. Con el propósito de reflejar sólo el gasto incremental, se descuentan los aportes efectuados por Fonasa mediante FAM. Cabe indicar que antes de realizar los cálculos respectivos, para cada base de datos, se llevan a pesos 2020 los valores de salarios, copagos y FAM. Luego, con las estimaciones realizadas por año, se calcula el valor promedio de los tres años observados, con el propósito de

estimar una población usuaria potencial representativa en el primer año de vigencia del proyecto y su gasto fiscal asociado.

b) Nuevos usuarios provenientes de la lista de espera no GES

Para estimar el número de eventos médicos de la lista de espera quirúrgica no GES que podrían ser resueltos mediante el seguro, se utiliza la base de datos de la lista de espera quirúrgica no GES con cierre a 22 de septiembre de 2019, y las bases de datos de eventos médicos de la MLE anteriormente indicadas. Una restricción para la estimación es que no se cuenta con un cruce entre personas de la lista de espera con la información de las rentas de sus titulares y el tamaño de sus grupos dependientes.

De este modo, con la información que se dispone se ha optado por la siguiente estrategia de estimación. Primero, utilizando las bases de datos de la atención en la MLE para 2017, 2018 y 2019, se identificó que, del total de eventos médicos observados, en promedio un 5,09% de los eventos cumplen con las condiciones para ser elegibles por el nuevo seguro. De esta forma, se supuso que el mismo porcentaje de eventos de la lista de espera cumpliría con las condiciones para ser elegido. Luego, con la base de datos de la lista de espera se obtuvieron los casos en espera al cierre por especialidades para el conjunto de intervenciones quirúrgicas complejas y no complejas y por grupo Fonasa. De esta manera, el 5,09% de dichos casos se consideró como la demanda potencial desde la lista de espera.

En segundo lugar, se valorizaron la totalidad de estos eventos suponiendo el precio promedio GRD público, es decir, un valor promedio nacional de \$2.100.000, de acuerdo con los precios por hospital establecidos en la resolución exenta de Fonasa N°119, del 19 de diciembre de 2019. Luego, se estimó un precio por especialidad aplicando al precio promedio coeficientes de ajuste por complejidad. Estos factores de ajustes fueron calculados por Fonasa y representan la heterogeneidad inherente, en términos de los costos, de la resolución de diferentes eventos médicos dependiendo de las especialidades a las que estos pertenezcan. El siguiente paso, consistió en estimar para cada grupo Fonasa B, C o D, a cuánto correspondería su deducible promedio calculado mediante los datos del uso de la MLE. Por último, se estima el gasto fiscal producto de esta nueva demanda, el que corresponde a la diferencia entre el total valorizado de las potenciales intervenciones menos el deducible estimado.

c) Estimación del gasto asociado a los beneficiarios del tramo A

Con el objetivo de estimar el gasto fiscal del proyecto por las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del tramo A se procede de la siguiente forma. Primero, se estima el total de prestaciones a otorgar a los beneficiarios del Grupo B las que corresponden al consumo representativo estimado en MLE (explicado en el punto "a" de esta sección) más el nuevo consumo que proviene de la lista de espera (explicado en el

punto "b" de esta sección). Luego, se determina el valor por evento, el cual corresponde al valor promedio GRD público ponderado del consumo potencial de los beneficiarios del grupo B de la lista de espera el que se estima en \$2.144.553. De este modo, se multiplica el valor anterior por el número de eventos totales estimados para el grupo B. Por ende, el gasto fiscal estimado para el grupo A equivale al total de eventos cubiertos para el grupo B, asumiendo un copago nulo.

d) Proyección del gasto y su transición al régimen

Para estimar los gastos futuros de la política, en primer lugar, se corrigen las cifras estimadas por un factor de crecimiento poblacional, el cual se construye utilizando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ajustadas por la distribución por sexo y edad que se observa en los datos de los potenciales beneficiarios, identificados con la base de datos de la atención en la MLE.

En segundo lugar, se realiza un ajuste de las estimaciones de gasto fiscal con el objeto de considerar el aumento de los precios en el tiempo. Para llevar las cifras nominales de pesos 2017 a pesos 2020 se aplica un inflador de 7,89%; luego, para llevar las cifras nominales de pesos 2018 a pesos 2020 se aplica un inflador de 5,32%; finalmente, para llevar las cifras nominales de pesos 2019 a 2020 se considera un inflador de 3%. De este modo, en cada base de datos de atención MLE, para realizar los cálculos se tienen valores de copagos, salarios y FAM en valor de pesos 2020. Posteriormente, para la proyección de los gastos ejecutados en los siguientes años, se utiliza como inflador la meta de mediano plazo indicada por el Banco Central, es decir, un 3% como tasa de ajuste año a año. Así, el gasto fiscal estimado se presenta en pesos de cada año. Finalmente, se determina una evolución gradual de la cobertura del seguro respecto a la demanda total estimada mediante la adición paulatina de prestaciones cubiertas por la garantía financiera del seguro.

iii. Resultado estimaciones de impacto Fiscal

La tabla a continuación presenta el resumen del impacto fiscal (gasto incremental) de la iniciativa de ley desde el primer año de vigencia hasta el sexto, incluyendo un avance gradual en las intervenciones y tratamientos incluidos, los ajustes por proyecciones de inflación, y los ajustes por factor de crecimiento poblacional. De este modo, para el primer año se estima un mayor gasto fiscal de MM\$28.211, mientras que al sexto año de vigencia esta cifra llegará a MM\$54.437.

Tabla 2: Estimación del gasto fiscal incremental del proyecto de ley (en MM\$ de cada año)

Grupo	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
A	\$17.641	\$20.847	\$25.284	\$28.099	\$31.139	\$34.041
B	\$8.324	\$9.837	\$11.931	\$13.259	\$14.693	\$16.063
C	\$976	\$1.154	\$1.399	\$1.555	\$1.723	\$1.884
D	\$1.269	\$1.500	\$1.820	\$2.022	\$2.241	\$2.450
Gasto Incremental Total	\$28.211	\$33.338	\$40.434	\$44.935	\$49.796	\$54.437

4. Norma de imputación del gasto

El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el 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 con lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

5. Fuentes de información

- Base de datos de eventos médicos programados de la MLE (FONASA) año 2017, 2018 y 2019.

- Proyecciones de población (INE). Extraído de <https://www.ine.cl/>.

- Lista de espera quirúrgica no GES a septiembre de 2019 (MINSAL).

- Precios intervenciones quirúrgicas en establecimientos de los Servicios de Salud, resolución exenta de Fonasa N°119, del 19 de diciembre de 2019.”.

- Finalmente, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda elaboró el **Informe Financiero número 72**, de fecha 4 de mayo de 2020, complementario de los anteriores, del siguiente tenor:

“1. Antecedentes

Este documento tiene por objetivo acompañar el ingreso de las indicaciones efectuadas por medio del Mensaje N°055-368 al proyecto de ley que crea el seguro catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección. Las mismas adecúan las indicaciones formuladas en Mensaje N° 036-368, de fecha 8 de abril de 2020, considerando el texto aprobado por la Comisión de Salud del H. Senado, para continuar así su segundo trámite legislativo en la Comisión de Hacienda.

2. Costo Fiscal de las Indicaciones

Las modificaciones señaladas, al ser adecuaciones de forma respecto a las ingresadas mediante el mensaje N° 036-368, de fecha 8 de abril de 2020, no irrogan costo fiscal, y se mantiene el análisis financiero presentado en el IF N°063 del 14 de abril de 2020.”.

Se deja constancia de los precedentes informes financieros, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17, inciso segundo, de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

- - -

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, la Comisión de Hacienda propone introducir las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado por la Comisión de Salud:

Artículo Único

Artículo 143 bis

Inciso cuarto

Letra b)

Reemplazarla por la siguiente:

“b) Un análisis cuantitativo de listas de espera y de sus beneficiarios, 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 tanto la resolución de casos efectuada por establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como las necesidades de la población.”.

(Indicación N° 1. Unanimidad 5x0).

Inciso sexto

Sustituirlo por el que sigue:

“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 o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste, y con

los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.”.

(Indicación N° 2. Unanimidad 5x0 y mayoría 3x2).

Inciso séptimo

Reemplazarlo por el que se señala:

“Los prestadores o establecimientos sujetos de estos convenios, podrán otorgar servicios de salud en esta modalidad. De las ofertas recibidas en conformidad a la ley N° 19.886, Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes. En ningún caso el precio a pagar a los prestadores o establecimientos así seleccionados, podrá superar el valor que se haya fijado para el tratamiento o intervención de que se trate en los prestadores o establecimientos del sector público.”.

(Indicación N° 3. Unanimidad 5x0).

Inciso octavo

Sustituirlo por el que se indica:

“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.”.

(Indicación N° 4. Unanimidad 5x0).

o o o o o

Consultar los siguientes incisos noveno y décimo, nuevos:

“La activación debe efectuarse ante Fonasa por el beneficiario o su representante, en cualquier momento, en conformidad con lo establecido en el reglamento de que trata el inciso décimo tercero del presente artículo. Este reglamento deberá disponer la forma de activación del seguro ante Fonasa, y el plazo y procedimiento para la designación del prestador por parte de Fonasa.

Para la designación del prestador, Fonasa deberá seguir el siguiente orden de prelación, en consideración al lugar de residencia del beneficiario:

a) Prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tengan capacidad resolutive.

b) Prestadores o establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este.

c) Prestadores o Establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.”.

o o o o o

(Indicación N° 5. Unanimidad 5x0 inciso noveno, nuevo. Mayoría 3x2 respecto de eliminación letra d del orden de prelación en inciso décimo).

Inciso noveno

Ha pasado a ser inciso undécimo.

Número 1

Reemplazar la oración final por la siguiente:

“Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 ingresos mínimos mensuales para aquellos beneficiarios del tramo B.”.

(Indicación N° 6. Unanimidad 5x0).

Número 3

Sustituir la oración final por la siguiente:

“Este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, ni de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.”.

(Indicación N° 7. Unanimidad 5x0).

Incisos décimo y undécimo

Pasan a ser incisos duodécimo y décimo tercero, respectivamente.

Inciso duodécimo

Suprimirlo.

(Indicación N° 1 bis. Unanimidad 5x0).

Incisos décimo tercero, décimo cuarto y décimo quinto

Pasan a ser incisos décimo cuarto, décimo quinto y décimo sexto, respectivamente.

Inciso décimo sexto

Pasa a ser inciso décimo séptimo, reemplazándose la expresión “seis meses” por “sesenta días”.

(Artículo 121 Reglamento del Senado. Unanimidad 5x0).

Inciso décimo séptimo

Pasa a ser inciso décimo octavo.

Inciso final

Reemplazarlo por el siguiente:

“El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas necesarias para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en este artículo. Lo anterior se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento, conforme a la Modalidad de Atención Institucional, el mismo número y tipo de intervenciones y tratamientos que los beneficiarios del tramo B hayan hecho uso en este seguro en el año inmediatamente anterior, salvo para el primer año de vigencia de este artículo, el cual se ejecutará de acuerdo con las estimaciones que realice Fonasa mediante una resolución exenta. Estas prestaciones para los beneficiarios del tramo A deberán ser practicadas por los prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El reglamento del Ministerio de Salud, a que se refiere el inciso décimo tercero de este artículo, determinará los criterios objetivos en los cuales se deberá fundar la selección de los beneficiarios del tramo A que serán atendidos conforme a lo establecido en el presente artículo.”.

(Indicación N° 2 bis. Unanimidad 5x0).

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero

Reemplazar la expresión “undécimo y décimo sexto” por “décimo tercero y décimo séptimo”.

(Indicación N° 3 bis. Unanimidad 5x0).

Artículo segundo

Reemplazar la expresión “undécimo y décimo sexto” por “décimo tercero y décimo séptimo”.

(Indicación N° 4 bis. Unanimidad 5x0).

TEXTO DEL PROYECTO

En virtud de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue:

PROYECTO DE LEY

“Artículo único.- Incorpórase, a continuación del artículo 143, el siguiente artículo 143 bis 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:

“Artículo 143 bis.- Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

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 el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:

a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.

b) Un análisis cuantitativo de listas de espera y de sus beneficiarios, 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 tanto la resolución de casos efectuada por establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como las necesidades de la población.

c) Un análisis de la oferta disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud por parte de los establecimientos de salud pertenecientes a Universidades y Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.

d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

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 o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste, y con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.

Los prestadores o establecimientos sujetos de estos convenios, podrán otorgar servicios de salud en esta modalidad. De las ofertas recibidas en conformidad a la ley N° 19.886, Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes. En ningún caso el precio a pagar a los prestadores o establecimientos así seleccionados, podrá superar el valor que se haya fijado para el tratamiento o intervención de que se trate en los prestadores o establecimientos del sector público.

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.

La activación debe efectuarse ante Fonasa por el beneficiario o su representante, en cualquier momento, en conformidad con lo establecido en el reglamento de que trata el inciso décimo tercero del presente artículo. Este reglamento deberá disponer la forma de activación del seguro ante Fonasa, y el plazo y procedimiento para la designación del prestador por parte de Fonasa.

Para la designación del prestador, Fonasa deberá seguir el siguiente orden de prelación, en consideración al lugar de residencia del beneficiario:

a) Prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tengan capacidad resolutive.

b) Prestadores o establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este.

c) Prestadores o Establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.

Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por el Fondo Nacional de Salud y el beneficiario de la siguiente forma:

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 para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 ingresos mínimos mensuales para aquellos beneficiarios del tramo B.**

2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.

3. 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 a 4,8 veces su 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 gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, ni de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.**

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 por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, el que también será

suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos y plazos para activar esta cobertura, así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

El seguro de este artículo no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, 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. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.

En el evento de 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.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de **sesenta días**, 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 N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.

La 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 ocho años.

El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas necesarias para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en este artículo. Lo anterior se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento, conforme a la Modalidad de Atención Institucional, el mismo número y tipo de intervenciones y tratamientos que los beneficiarios del tramo B hayan hecho uso en este seguro en el año inmediatamente anterior, salvo para el primer año de vigencia de este artículo, el cual se ejecutará de acuerdo con las estimaciones que realice Fonasa mediante una resolución exenta. Estas prestaciones para los beneficiarios del tramo A deberán ser practicadas por los prestadores o establecimientos del

Sistema Nacional de Servicios de Salud. El reglamento del Ministerio de Salud, a que se refiere el inciso décimo tercero de este artículo, determinará los criterios objetivos en los cuales se deberá fundar la selección de los beneficiarios del tramo A que serán atendidos conforme a lo establecido en el presente artículo.”.

Disposiciones transitorias

Artículo primero.- Esta ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos ***décimo tercero y décimo séptimo*** del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos ***décimo tercero y décimo séptimo*** del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta 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 veinte días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá el plazo máximo de veinte días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.

Artículo tercero.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo cuarto.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario 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 pudiese 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.”.

- - -

Acordado en sesiones celebradas los días 17 de marzo, 14 y 21 de abril; 4 y 5 de mayo de 2020, con asistencia de los Honorables Senadores señores Jorge Pizarro Soto (Presidente), Juan Antonio Coloma Correa, José García Ruminot, Ricardo Lagos Weber y Carlos Montes Cisternas.

Sala de la Comisión, a 5 de mayo de 2020.

Soledad Aravena Cifuentes
Secretaria de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE CREA EL SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA.

(BOLETÍN Nº 12.662-11)

- I. OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** crear un seguro de salud que permita a las personas beneficiarias del sistema público de salud (Fonasa), y que opten por ser atendidas en la modalidad de libre elección, tener certeza sobre el límite máximo que deberán pagar en forma directa, en algunas prestaciones a determinar, luego de haber hecho uso de una prestación de salud.
- II. ACUERDOS:**
Artículo único permanente: aprobado unanimidad 5x0, salvo en lo relativo a los incisos sexto y décimo que fueron aprobados en lo pertinente por mayoría 3x2.
Artículos primero, segundo, tercero y cuarto transitorios: aprobados unanimidad (5x0).
- III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** consta de un artículo único permanente y cuatro artículos transitorios.
- IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** por tratarse de normas propias de la seguridad social, su aprobación requiere quórum calificado, esto es, la mayoría absoluta de los Senadores en ejercicio, en virtud de lo dispuesto en el artículo 66 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 19, ordinal 18°, de la Carta Fundamental.
- V. URGENCIA:** “suma”.
- VI. ORIGEN INICIATIVA:** Mensaje del Presidente de la República, señor Sebastián Piñera.
- VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.
- VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS:** en sesión de 29 de octubre de 2019, el proyecto se aprobó en general por 78 votos a favor, 58 votos en contra, 6 abstenciones.
- IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 5 de noviembre de 2019.
- X. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** informe de la Comisión de Hacienda.
- XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

- De la Constitución Política de la República, ordinales 9° y 18 del artículo 19.
- Decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, 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.
- Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- Ley 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.

Valparaíso, 5 de mayo de 2020.

Soledad Aravena Cifuentes
Secretaria de la Comisión