

*COMISIÓN DE HACIENDA*

Valparaíso, 22 de abril de 2015.

El Secretario de Comisiones que suscribe, **CERTIFICA:**

1.- Que el proyecto de ley originado en un mensaje de S.E. la Presidenta de la República que **CREA UN SISTEMA DE FINANCIAMIENTO PARA TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO Y RINDE HOMENAJE PÓSTUMO A DON LUIS RICARTE SOTO GALLEGOS** (Boletín N° 9851-11), con urgencia calificada de "discusión inmediata", fue tratado en esta Comisión de conformidad con el inciso segundo del artículo 226 del Reglamento, en sesión de fecha 22 de abril de 2015, con la asistencia de los Diputados señores Pepe Auth (Presidente); Sergio Aguiló; Felipe De Mussy; Enrique Jaramillo; Pablo Lorenzini; Patricio Melero; Manuel Monsalve; José Miguel Ortiz; Ricardo Rincón; Nicolás Monckeberg (por el señor Santana); Marcelo Schilling; Ernesto Silva, y Osvaldo Urrutia.

2.- Artículos que la Comisión Técnica dispuso que fueran conocidas por ésta.

La Comisión Técnica consideró que son de competencia de la Comisión los artículos 3°, 5°, 6°, 9°, 10, 19, 20, 21 y 32 permanentes y artículos primero, segundo y tercero transitorios.

3.- Disposiciones o indicaciones rechazadas.

Ninguna.

4.- Modificaciones introducidas al texto aprobado por la Comisión Técnica y calificación de normas incorporadas

Ninguna.

5.- Disposiciones que no fueron aprobadas por unanimidad

Ninguna.

6.- Se designó Diputado Informante al señor **Enrique Jaramillo**.

Asistieron a la Comisión durante el estudio de la iniciativa:

**MINISTERIO DE SALUD**

- ✓ Dr. Jaime Burrows, subsecretario de salud pública.
- ✓ Sra. Andrea Martonne, Asesora Legal Minsal
- ✓ Sr. Enrique Accorsi, Asesor Ministerial
- ✓ Sr. Alex Figueroa, Asesor Ministerial
- ✓ Sr. Felipe Vargas Marchioni, Asesor Legislativo
- ✓ Sra. Paulina Palazzo Rojas, Asesora Legislativa
- ✓ Sra. Maria Carolina Mora, Asesora Legislativa

**Incidencia en materias de administración presupuestaria y financiera del Estado**

El informe financiero N°8 de 13 de enero de 2015, de la Dirección de Presupuestos, indica lo siguiente:

**Antecedentes.**

La presente iniciativa crea un Sistema de protección financiera para tratamientos de alto costo, el cual asegurará a todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud incluyendo Fonasa, isapres, y sistemas de salud de las FF.AA. y de Orden. El sistema considera el financiamiento, total o parcial, de medicamentos, alimentos y elementos de uso médico, que por su alto costo impiden el acceso al tratamiento o impactan catastróficamente en el gasto de los hogares.

Para cumplir con el propósito señalado, el proyecto crea un Fondo en el Tesoro Público, el que se conformará con un Aporte Fiscal de hasta \$100.000 millones anuales en régimen.

Además el Fondo se financiará con donaciones, herencias y legados, aportes de cooperación internacional y con la rentabilidad propia del mismo.

Mediante un decreto, los Ministerios de Salud y de Hacienda determinarán los tratamientos que se incorporan al Sistema. La cobertura

se establecerá en función de la disponibilidad financiera del fondo, del alto costo de los tratamientos y de la efectividad de los mismos.

### **Efecto del proyecto sobre el presupuesto fiscal.**

El proyecto de ley representa un mayor gasto fiscal, consistente en los aportes al Fondo y en el costo de gestión del mismo, como se detalla a continuación:

a. El aporte fiscal al Fondo, el que está definido en el proyecto de ley de manera gradual.

Para ello se consideran los siguientes montos:

Millones de \$ cada año

	Año 1	Año 2	Año 3
Aporte Fiscal al Fondo	30.000	50.000	100.000

Se entiende como “año 1” al correspondiente a la fecha de entrada en vigencia del primer decreto que determina los tratamientos de alto costo incluidos en el Sistema. A contar del cuarto año y siguientes, se considera un aporte fiscal al Fondo de \$100.000 millones anuales, reajustados por IPC respecto del año anterior.

b. Los mayores gastos asociados a la operación de los distintos Servicios Públicos involucrados en la administración del Sistema, considerando las responsabilidades que les asigna este proyecto de ley. Para ellos se estiman los siguientes gastos, diferenciando entre el “año 0” y los siguientes:

Millones de \$ de 2015

Año 0	Subsecretarías de Salud Pública y redes Asistenciales	ISP	Superintendencia de Salud	FONASA	DIPRES	Cenabast	TOTAL
Subtítulo 21	149,5	39	34,5	39	13	26	301
Subtítulo 22	120	11,5	10,5	11,5	4	8	165,5
Subtítulo 29	305	2	1	302	2	1	613
Total	574,5	52,5	46	352,5	19	35	1.079,5

Se entiende como “año 0” al correspondiente al año anterior a la fecha de entrada en vigencia del primer decreto que determina los tratamientos de alto costo incluidos en el Sistema. Para efectos de los Subtítulos 21 y 22 se han considerado gastos por seis meses.

Millones de \$ de 2015

Año 1 y siguientes	Subsecretarías de Salud Pública y redes Asistenciales	ISP	Superintendencia de Salud	FONASA	DIPRES	Cenabast	TOTAL
Subtítulo 21	299	78	69	78	26	52	602
Subtítulo 22	240	23	21	23	8	16	331
total	539	101	90	101	34	68	933

**El informe financiero complementario N° 52 de 21 de abril de 2015, explica lo siguiente:**

Las indicaciones contemplan diversas modificaciones con el fin de perfeccionar el proyecto en general.

La principal modificación con efecto financiero dice relación con la eliminación de los copagos y deducibles para todos los beneficiarios del Fondo para Tratamientos de Alto Costo, lo que implica menores ingresos anuales para el Fondo Nacional de Salud.

Precisa que las indicaciones contenidas en el oficio N° 181-363 no comprometen mayores recursos fiscales que los contemplados en el informe financiero N° 8 de 13 de enero de 2015, debido a que los recursos fiscales definidos no se ven alterados con las indicaciones presentadas y son independientes de los otros ingresos que conforman el financiamiento del Fondo para Tratamiento de Alto Costo.

**Normas de competencia de la Comisión**

“Artículo 3°. Del Ejercicio de la cobertura financiera.- No contarán con el sistema de protección financiera establecido en la letra d), del artículo 2° de esta ley, las prestaciones no cubiertas por el sistema de

protección financiera para tratamientos de alto costo o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red de Prestadores que corresponden conforme a esta ley.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, tratándose de una condición de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red de Prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, el beneficiario tendrá igualmente derecho a los tratamientos con sistema de protección financiera de los que trata esta ley, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado a uno de los prestadores aprobados por el Ministerio de Salud.

En esta circunstancia, los costos de los tratamientos cubiertos por esta ley y que fueran proporcionados por el prestador de urgencia, serán reembolsados a éste por el Fondo Nacional de Salud, con cargo al Fondo de Tratamientos de Alto Costo.

Sin perjuicio de lo anterior, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si la persona facultada para ello conforme a la ley N° 20.584, no obstante la determinación del médico, opta por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se encontrarán cubiertos por este Sistema.

b) Si la persona facultada para ello conforme a la ley N°20.584, en el mismo caso, opta por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

c) Si la persona facultada para ello conforme a la ley N°20.584, opta por el traslado a un establecimiento de la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, se reiniciará a partir de ese momento la protección financiera de la que trata esta ley.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, se iniciará o reiniciará el cómputo para la protección financiera de esta ley.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso segundo deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por las Instituciones Previsionales de Salud, el Fondo Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

Con todo, para los efectos de este artículo, los beneficiarios del sistema que hayan requerido atención cerrada en conformidad con las disposiciones contenidas en la ley N°19.966, para acceder a las garantías explícitas que en dicho cuerpo legal se consagran, se entenderá que dicha atención ha sido otorgada por la Red de Prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, mientras dure su hospitalización.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave el Fondo Nacional de Salud por sí o a través de la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud para el otorgamiento de los tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera y el paciente o su representante, podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.

Los mecanismos de reembolso a los prestadores a los que haya lugar en virtud del presente artículo, serán definidos a través de reglamento.

La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, será la entidad encargada de resolver las controversias que surjan con ocasión de la aplicación del presente artículo.

Artículo 5°. Del decreto que determina los Tratamientos de Alto Costo con sistema de protección financiera.- Los tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera, serán determinados a través de un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministro de Hacienda, de conformidad al procedimiento establecido en esta ley y en el Reglamento.

Sólo podrán incorporarse al decreto señalado en el inciso precedente, los tratamientos de Alto Costo que cumplan con las siguientes condiciones copulativas:

a) El costo de los tratamientos sea igual o superior al determinado en el umbral del que trata el artículo 6°.

b) Los tratamientos hayan sido objeto de una favorable evaluación científica de la evidencia, conforme al artículo 7°.

c) Los tratamientos hayan sido recomendados de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 8°.

d) Se haya decidido la incorporación de los tratamientos, conforme a lo señalado en el artículo 9°.

Artículo 6°. De la determinación del umbral.- Los Ministerios de Salud y Hacienda, cada tres años y mediante decreto supremo, fijarán el umbral nacional de costo anual para determinar si un tratamiento es de alto costo, tomando en cuenta factores tales como los ingresos anuales de los beneficiarios y su capacidad de pago después de considerados los gastos básicos de subsistencia, conforme al reglamento.

Los antecedentes tenidos a la vista y los fundamentos para determinar el umbral, serán públicos y formarán parte del decreto del que trata el inciso primero.

Artículo 9°. Del proceso de decisión.- Sobre la base de la evaluación y recomendación reguladas en los artículos precedentes, los Ministerios de Salud y Hacienda, conforme a lo dispuesto en el artículo 5°,

determinarán a través de decreto supremo, los tratamientos que cubrirá el sistema de protección financiera para tratamientos de alto costo, estableciendo además el plazo y contenido de la revisión de la decisión, la que se realizará conforme a lo establecido en el presente Título.

Para estos efectos, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda podrá elaborar estudios respecto de la sustentabilidad financiera del Fondo de Tratamientos de Alto Costo, los que serán públicos y servirán de base para la dictación del decreto señalado en el inciso anterior.

El conjunto de Tratamientos de Alto Costo que cubrirá el Sistema de Protección Financiera, de acuerdo al inciso primero, deberá tener un costo anual esperado para el período de vigencia del correspondiente decreto, igual o inferior al 80 por ciento del valor esperado, al primero de enero del año siguiente a la dictación de éste, de los recursos totales con que contará el Fondo en dicho año.

Con todo, si a la fecha de dictación del segundo decreto y los sucesivos, se prevé superar el porcentaje señalado en el inciso anterior, considerando el conjunto de tratamientos de Alto Costo con Protección Financiera del decreto vigente, el nuevo decreto sólo podrá incluir los antedichos tratamientos.

El Fondo Nacional de Salud deberá proporcionar a la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda la información necesaria para la elaboración de los señalados estudios, aun cuando ella contenga datos sensibles conforme a lo dispuesto en la ley N°19.628 debiendo, en todo caso, guardar respecto de ella la debida reserva o secreto.

Este decreto deberá contener al menos una nómina de los medicamentos, alimentos y elementos de uso médico, indicando las enfermedades o condiciones de salud asociadas a cada uno de ellas, conforme a los protocolos que al efecto dicte el Ministerio de Salud, la fecha de inicio de la entrada en vigencia de la protección financiera y el arancel al que alude el artículo 5° de esta ley.

Artículo 10. De la vigencia y modificación de los Tratamientos de Alto Costo con protección financiera.- El decreto que apruebe los tratamientos de alto costo con protección financiera y sus posteriores modificaciones, entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Los tratamientos de alto costo con protección financiera tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogados por otros tres años y así sucesivamente.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Asimismo, si un tratamiento de alto costo con protección financiera, es incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, regulado por la ley N°19.966, pasará a regirse por dicha normativa. En este caso, la garantía de protección financiera de la que trata esta ley para dicho tratamiento de alto costo, continuará vigente y exigible para todos los beneficiarios de los Sistemas de Salud que no se encuentran incorporados al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, mientras subsista su utilidad terapéutica, de lo que deberá dejarse constancia en el respectivo decreto modificadorio.

Artículo 19. Fondo para Tratamientos de Alto Costo.- Créase un Fondo para Tratamientos de Alto Costo destinado al financiamiento total o parcial de Tratamientos de Alto Costo con Sistema de Protección Financiera incluidos en el decreto del artículo 5° para los beneficiarios señalados en la letra b) del artículo 2° de la presente ley.

Artículo 20. Aportes.- El Fondo para Tratamientos de Alto Costo se financiará con los siguientes recursos:

a) Aportes fiscales anuales por un monto de hasta cien mil millones de pesos (\$100.000.000 miles). Dicho monto se reajustará el 1°

de enero de cada año en el 100% de la variación que experimente el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes de noviembre del año anteprecedente y noviembre del año anterior a la fecha en que opere el reajuste respectivo.

b) Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte el Ministerio de Hacienda, lo que deberá hacer con beneficio de inventario.

c) Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

d) La rentabilidad que genere la inversión de los recursos del mismo.

Los recursos para el financiamiento del Fondo para Tratamientos de Alto Costo estarán contemplados en la partida presupuestaria del Tesoro Público.

Los recursos del Fondo para Tratamientos de Alto Costo podrán invertirse en los instrumentos, operaciones y contratos que establezca el Ministerio de Hacienda, mediante instrucciones, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 12 de la ley N°20.128.

Artículo 21. Remisión.- Mediante un reglamento dictado por el Ministerio de Hacienda dentro de los 90 días siguientes a la publicación de la presente ley en el Diario Oficial, se establecerán los mecanismos, procedimientos y demás normas necesarias para la aplicación de los recursos y la rendición de cuentas del Fondo para Tratamientos de Alto Costo. Estos recursos podrán ser utilizados a partir de la entrada en vigencia del primer decreto señalado en el artículo 9°.

El Fondo para Tratamientos de Alto Costo traspasará recursos al Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo establecido en dicho reglamento.

El monto de los recursos traspasados será equivalente al costo de los tratamientos.

Artículo 32. Financiamiento.- La adquisición de los productos sanitarios será financiada directamente por el Fondo Nacional de Salud, el que podrá entregar además anticipos a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud con la finalidad que ésta pueda financiar adecuadamente los trámites, entre otros, de registro, importación y aduana.

#### ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las normas de la presente ley regirán a contar de la entrada en vigencia del decreto al que se refiere el artículo 9º de esta ley, según lo señalado en el inciso siguiente. Sin perjuicio de que puedan dictarse a contar de la fecha de la publicación de la presente ley, los decretos y reglamentos que refiere esta misma.

El primer decreto que establezca los Tratamientos de Alto Costo que se incorporan al sistema que regula la presente ley, podrá dictarse una vez publicados los reglamentos del artículo 10 e inciso segundo del artículo 17, y no le será aplicable el procedimiento establecido en los artículos 11, 12 y el inciso primero del artículo 13. Este decreto tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2017.

El segundo decreto que establezca los tratamientos de alto costo será dictado antes del 30 de junio del año 2017 y entrará en vigencia el 1 de enero del año 2018 y regirá hasta el 30 de junio de 2019. Para la elaboración de este decreto será necesario cumplir todos los procedimientos previstos en esta ley, con excepción del procedimiento establecido en los artículos 11, 12 y el inciso primero del artículo 13, para los tratamientos que ya habían sido incluidos en el primer decreto.

El tercer decreto que establezca los tratamientos de alto costo y los sucesivos, serán dictados junto al decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 23 de la ley N°19.966 y su vigencia se extenderá por el término establecido en el artículo 14 de esta ley.

Para la elaboración del tercer y sucesivos decretos, será necesario cumplir todos los procedimientos previstos en esta ley.

La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entre en vigencia, conforme a la ley N°19.966.

Los integrantes de la primera Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control del Sistema, a que se refiere el artículo 26 de la presente ley, que se indican a continuación, durarán en sus funciones 2 años: un representante de asociaciones de pacientes, uno de las asociaciones científicas relacionadas con enfermedades con tratamientos de alto costo, un académico de la facultad de medicina de una institución de educación superior acreditada institucionalmente, y dos expertos del área de la salud designados por el Ministro de Salud. Los demás integrantes de dicha Comisión, durarán cuatro años en sus funciones.

Artículo Segundo.- El Fondo para Tratamientos de Alto Costo se constituirá en la fecha de entrada en vigencia del primer decreto del artículo 9º de la presente ley.

Los aportes fiscales anuales para el Fondo del artículo 24 de la presente ley se registrarán por las reglas siguientes:

1) El primer año de entrada en vigencia del Fondo, el aporte fiscal provendrá de recursos del Fondo Nacional de Salud y treinta mil millones de pesos (\$30.000.000 miles) del Tesoro Público.

2) En el segundo año de vigencia del Fondo, la Ley de Presupuestos aportará a dicho Fondo cincuenta mil millones de pesos (\$50.000.000 miles).

3) En el tercer año de vigencia del Fondo, la Ley de Presupuestos aportará a dicho Fondo cien mil millones de pesos (\$100.000.000 miles).

4) A contar del cuarto año de vigencia se aplicará lo dispuesto en la letra a) del artículo 24 de la presente ley y se otorgará el primer reajuste establecido en dicho artículo.

Artículo Tercero.- El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley durante el año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos contemplados en la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiera financiar con estos recursos. Para los años siguientes, el financiamiento se realizará con cargo a los recursos que la Ley de Presupuestos asigne para estos fines.”.

### **Indicaciones parlamentarias**

Al artículo 9°.-

De los señores Pablo Lorenzini y Enrique Jaramillo, para:

1) Intercalar, en el inciso primero después de la expresión “supremo,” la frase “cuya fecha no podrá ser superior a 90 días a contar de la entrada en vigencia de la ley”.

2) Sustituir, en el inciso segundo, la palabra “podrá” por “deberá”.


3) Agregar, en el inciso quinto, a continuación de la palabra “secreto” la siguiente frase “copia de cuya información se proporcionará a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados”.

Ante compromiso del Ministro de Hacienda en orden a introducir las enmiendas, durante la tramitación del proyecto, para hacer imperativo la elaboración de los estudios de sustentabilidad financiera del Fondo de Tratamientos de Alto Costo y a acotar un plazo para que se dicte el primer decreto que determine los tratamientos que cubrirá el sistema de protección financiera de tratamientos de alto costo, **los Diputados señores Lorenzini y Jaramillo retiran las indicaciones más arriba transcritas.**

### **Votación de las normas de competencia de la Comisión**

La Comisión acuerda votar en forma conjunta todas las normas que la Comisión Técnica sometió a la competencia de esta Comisión, estas son los artículos 3°, 5°, 6°, 9°, 10, 19, 20, 21 y 32 permanentes y artículos primero, segundo y tercero transitorios.

Sometidos a votación en forma conjunta todos los artículos de competencia de esta Comisión, son aprobados por el voto unánime de los Diputados señores Pepe Auth (Presidente de la Comisión); Sergio Aguiló; Felipe De Mussy; Enrique Jaramillo; Pablo Lorenzini; Patricio Melero; Manuel Monsalve; José Miguel Ortiz; Ricardo Rincón; Nicolás Monckeberg (por el señor Santana), y Marcelo Schilling.



**PATRICIO VELÁSQUEZ WEISSE**  
Abogado Secretario de la Comisión