

COMISIÓN DE SALUD

Valparaíso, 28 de octubre de 2019.

CERTIFICADO COMPLEMENTARIO

La Comisión de Salud informa acerca del proyecto de ley, originado en mensaje, que crea el seguro de salud clase media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa (Boletín N° 12.662-11).

Se hace presente que este proyecto fue tratado en sesión de 28 de octubre de 2019, con la asistencia de las diputadas y diputados Jaime Bellolio Avaria, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya (Presidente), Andrés Celis Montt, Miguel Angel Crispi Serrano, Jose Miguel Castro Bascuñan (en reemplazo del diputado Jorge Durán Espinoza), Sergio Gahona Salazar, Diego Ibañez Cotroneo, Amaro Labra Sepúlveda, Javier Macaya Danús, Ximena Ossandón Irrarrazabal, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi.

Asistió, también, la diputada Claudia Mix Jiménez.

Continúa como Diputado Informante el señor Ricardo Celis Araya.

Esta sesión, por mandato de comités del día de hoy, tuvo por objeto conocer, discutir y votar la indicación presentada por el Presidente de la República, del siguiente tenor:

“Al artículo único.

Modifícase el inciso séptimo –que ha pasado a ser noveno- del artículo 143 bis, de la siguiente manera:

a) Incorpórase en el párrafo del numeral 1 la siguiente frase final, a continuación del punto aparte, que se elimina: “para los beneficiarios de los tramos B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.”.

b) Incorpórase en su numeral 3 la siguiente frase final, a continuación del punto aparte, que se elimina: “para los beneficiarios de los tramos B, C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo A.”.

Sometida a votación dicha indicación, fue aprobada por mayoría de votos (7 a favor y 6 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Bellolio, José Miguel Castro, Andrés Celis, Gahona, Macaya, Ossandón, y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Juan Luis Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibañez, Labra y Rosas.

Atendido lo aprobado en esta sesión, el texto del proyecto cuya idea de legislar se recomienda aprobar es el siguiente:

PROYECTO DE LEY

"Artículo único.- Incorpórase 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.

Dicha 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 pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud, y
- 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 preferentemente convenios con prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud u otros prestadores públicos, universitarios, o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente por los prestadores antes mencionados, se podrá suscribir dicho convenio con prestadores privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección. La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en la cual se establecerá en las bases un arancel de referencia que será obligatorio para el prestador.

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 Fonasa que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.

Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre 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 B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.

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 B, C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo A.

El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los

mecanismos, 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 para aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.996, que establece un régimen de garantías en salud y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. Serán, asimismo, aplicables para quienes transgredan las disposiciones de este artículo lo dispuesto en los artículos 168 y 169 de este decreto con fuerza de ley.

En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de un año, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3 de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.

Dicha reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial "No Ges" y la capacidad instalada, en un plazo no superior a 8 años.

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

Artículo segundo transitorio.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los noventa 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 treinta días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá

un 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 transitorio.- 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, 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 transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”.

Ana María Skoknic Defilippis
Abogado Secretaria de la Comisión