

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 N° 12.662-11

TEXTOS LEGALES VIGENTES	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO	TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO
<p>D.F.L. N° 1, DEL MINISTERIO DE SALUD, DE 2005, FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469</p>	<p>"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:</p> <p>"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.</p> <p>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</p>	<p align="center">Artículo único</p> <p>1) En el artículo 143 bis practicar las siguientes enmiendas:</p>	<p>"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:</p> <p>"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.</p> <p>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</p>

16/03/2020

COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO

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 N° 12.662-11

	<p>treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>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.</p> <p>La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:</p> <p>a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.</p> <p>b) Un análisis cuantitativo de listas de</p>	<p>- Reemplazar la letra c) del inciso</p>	<p>treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>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.</p> <p>La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:</p> <p>a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.</p> <p>b) Un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la</p>
--	--	--	---

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 N° 12.662-11

	<p>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.</p> <p>c) Un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud.</p> <p>d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.</p> <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> <p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá preferentemente convenios con</p>	<p>cuarto, por la siguiente:</p> <p>“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.”.</p> <p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p> <p>- Sustituir el inciso sexto, por el siguiente:</p> <p>“Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con los establecimientos públicos de cada una de las redes asistenciales del país; en subsidio, con establecimientos de salud</p>	<p>ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población.</p> <p>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.</p> <p>d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.</p> <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> <p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con los establecimientos públicos de cada una de las redes asistenciales del</p>
--	---	--	--

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 N° 12.662-11

	<p>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 cuyas bases se establecerá un arancel de referencia que será obligatorio para el prestador.</p> <p>Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886¹, cuando corresponda.</p> <p>Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en cualquier tramo, que</p>	<p>pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste; 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.”.</p> <p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p> <p>- Reemplazar el inciso octavo por el siguiente:</p> <p>“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</p>	<p>país; en subsidio, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste; 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.</p> <p>Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.</p> <p>Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en los tramos B, C y D, que estén acreditados en los seis</p>
--	--	---	---

¹ Ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

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 N° 12.662-11

<p align="center">LEY N° 19.966 ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD</p> <p align="center">LEY N° 20.850 CREA UN SISTEMA DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO Y RINDE HOMENAJE PÓSTUMO A DON LUIS RICARTE SOTO GALLEGOS</p> <p align="center">D.F.L. N° 1, SALUD, 2005</p> <p>Artículo 168.- Las personas que sin tener la calidad de beneficiarios obtuvieren mediante simulación o engaño los beneficios de este Libro; y los beneficiarios que, en igual forma, obtuvieren un beneficio mayor que el que les corresponda, serán sancionados con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.</p> <p>En igual sanción incurrirán las personas que faciliten los medios para la comisión de alguno de los delitos señalados en el inciso anterior.</p>	<p>estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.</p> <p>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:</p> <p>1. Mediante un deducible, que soportará</p>	<p>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 de 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 N° 19.880.”.</p> <p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p>	<p>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 Subsecretaria 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.</p> <p>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:</p> <p>1. Mediante un deducible, que soportará el beneficiario y que</p>
---	--	---	---

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 N° 12.662-11

<p>Artículo 169.- Los profesionales que infringieren lo dispuesto en el artículo 143, inciso sexto, serán sancionados con las penas establecidas en los artículos 467 y 494, N° 19, según corresponda, del Código Penal.</p> <p>Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.</p> <p>Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.</p> <p>Estas prestaciones serán retribuidas</p>	<p>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 tramos² B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>- Reemplazar la oración final del numeral 1 del inciso noveno, por la siguiente: "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." (Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p> <p>- Reemplazar la oración final del numeral 3 del inciso noveno, por la siguiente: "Este gasto máximo anual</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>
---	--	---	--

² El artículo 160 fija los grupos A, B, C y D, para efectos del copago por las prestaciones.

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 N° 12.662-11

<p>de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:</p> <p>a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se</p>	<p>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.</p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>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.</p>	<p>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.”.</p> <p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p> <p>- Intercalar el siguiente inciso décimo segundo, nuevo:</p> <p>“El Fondo Nacional de Salud deberá</p>	<p>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.</p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>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</p>
---	--	---	---

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 N° 12.662-11

<p>refiere el artículo 159 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;</p> <p>b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y</p> <p>c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones</p>	<p>El seguro de este artículo no será aplicable a 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.</p> <p>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.</p>	<p>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.”.</p> <p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p> <p>- Sustituir en el inciso duodécimo, que pasó a ser décimo tercero, la referencia a la ley “N° 19.996”, por “N° 19.966”.</p> <p>(Artículo 121 del Reglamento del Senado).</p>	<p>otorgarlas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>
---	---	--	---

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 N° 12.662-11

<p>ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.</p> <p>Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.</p> <p>No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>La reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar</p>		<p>168 y 169.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas</p>
---	---	--	--

3 Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

16/03/2020

COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO

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 N° 12.662-11

<p>la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.</p> <p>Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.</p> <p>La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La</p>	<p>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.</p>	<p>- Agregar el siguiente inciso final, nuevo:</p> <p>"Este artículo tendrá una vigencia de dos años, a contar de la publicación de esta ley."</p> <p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p>	<p>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.</p> <p>Este artículo tendrá una vigencia de dos años a contar de la publicación de esta ley."</p>
--	--	---	---

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 N° 12.662-11

sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

Un extracto de la resolución a firme

16/03/2020

COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO

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 N° 12.662-11

será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo

--

--

--

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 N° 12.662-11

<p>159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.</p>			
	<p>Disposiciones transitorias</p>	<p>Disposiciones transitorias</p>	<p>Disposiciones transitorias</p>
	<p>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 y undécimo 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.</p>	<p>2) Sustituir, en el artículo primero transitorio, la expresión “décimo y undécimo”, por “undécimo y décimo sexto”. (Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p>	<p>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 undécimo y décimo sexto 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.</p>
	<p>Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto</p>	<p>3) Reemplazar, en el artículo segundo transitorio, la expresión “décimo y undécimo”, por “undécimo y décimo sexto”.</p>	<p>Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos undécimo y décimo sexto del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el</p>

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 N° 12.662-11

	<p>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.</p>	<p>(Mayoría 3 x 2. Por la afirmativa, H.S. señora Goic y señores Quinteros y Girardi. En contra: H.S. señores Chahuán y Durana)</p>	<p>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.</p>
	<p>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.</p>		<p>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.</p>

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 N° 12.662-11

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 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.”.

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 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.”.