pog/jsk
S. 125ª

Oficio Nº 10.567

VALPARAÍSO, 15 de enero de 2013

A S.E.
EL PRESIDENTE
DEL H.SENADO

Con motivo del Mensaje, informes y demás antecedentes que tengo a honra pasar a manos de V.E., la Cámara de Diputados ha tenido a bien prestar su aprobación al siguiente proyecto de ley, correspondiente al boletín N°8105-11.

PROYECTO DE LEY:

“Artículo único.- Introdúcense las siguientes modificaciones 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:

1) Modifícase el artículo 172 de la siguiente forma:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados y al público en general respecto de las materias fundamentales de los contratos que ofrecen, tales como los precios del Plan Garantizado de Salud, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, de los Beneficios Complementarios y de las modalidades y condiciones de otorgamiento de éstos. En cumplimiento de esta obligación, las Isapres deberán informar sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, así como otras redes que puedan constituir para otorgar los demás beneficios que ofrezca el Plan Garantizado de Salud. Asimismo, las Isapres deberán informar las redes de prestadores a través de las cuales se otorguen los Beneficios Complementarios en el caso que se comercialicen en esa modalidad. A través de instrucciones de general aplicación, la Superintendencia regulará la forma y el contenido mínimo de la información que las Isapres deberán entregar a sus beneficiarios y al público en general.”.

b) Agréganse los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

“Anualmente, junto a la información que las Isapres envíen a sus afiliados, deberán acompañar una tabla comparativa, elaborada por la Superintendencia de Salud, en la que incluyan los precios cobrados por cada Isapre por el Plan Garantizado de Salud, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, tasa de rechazo de licencias

médicas, red de prestadores para el Plan Garantizado y red de prestadores, cerrada y preferente para los Beneficios Complementarios, utilidades del año cronológico anterior, promedio de costos de administración, beneficios vinculados al examen de medicina preventiva y cualquiera otra información determinada por el reglamento.

Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga este decreto con fuerza de ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una Isapre, sea por parte de sus afiliados, del público en general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia de Salud.”.

2) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 173:

a) Sustitúyese el inciso sexto, por el siguiente:

“En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al Plan Garantizado de Salud y a los Beneficios Complementarios que hubieren convenido con

esa institución en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere.”.

b) Sustitúyese en el inciso noveno la oración “Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios” por la siguiente: “Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del Plan Garantizado de Salud más el precio de los Beneficios Complementarios que se hubieren convenido con esa Isapre, en el caso de los voluntarios”.

c) Sustitúyese en el inciso décimo tercero, la expresión “plan de salud correspondiente”, por la frase “Plan Garantizado de Salud y Beneficios Complementarios que se hubieren convenido”.

3) Reemplázase el artículo 189 por el siguiente:

“Artículo 189.- Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los considerados en la red de atención

del Plan Garantizado de Salud o de los Beneficios Complementarios convenidos, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:

a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente.

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley Nº19.966.

El Secretario Regional Ministerial respectivo velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta ley no provoque menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.

Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de

salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la ley Nº19.628.

Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las Isapres.”.

4) Agrégase el siguiente artículo 189 ter:

“Artículo 189 ter.- Tratándose de la red o redes de prestadores en convenio para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, las instituciones de salud previsional deberán indicar, en el Plan Garantizado de Salud, el nombre del o los establecimientos a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias. Asimismo, deberán identificarse los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a los beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Las obligaciones anteriores se aplicarán también respecto de las redes que eventualmente establezcan las Isapres, para el otorgamiento de los demás beneficios contemplados en el Plan Garantizado de Salud.

Para estos efectos, se entenderá que se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el Plan Garantizado de Salud, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de éste. El reglamento determinará las causales de insuficiencia del prestador ambulatorio que habilitarán al beneficiario para solicitar la designación de un nuevo prestador, así como el procedimiento de reclamo respectivo ante la Superintendencia de Salud.

En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el inciso segundo, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si

hubiere sido atendido por el prestador de la red. Cualquiera diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán eximirse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores. En todas estas situaciones, el contrato entre el asegurador y los prestadores será público y conocido por la Superintendencia de Salud, así como sus modificaciones y adecuaciones. La Isapre y los prestadores mantendrán información actualizada respecto de todos sus contenidos, los que estarán disponibles permanentemente, tanto para el usuario como para la Superintendencia de Salud.

El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional cerrado, o cualquiera modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del contrato, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento del respectivo período anual.

Al cumplirse dicho período, la Institución de Salud Previsional podrá modificar la Red de Prestadores, debiendo informar por carta al cotizante, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio.”.

5) Agrégase el siguiente artículo 189 quáter:

“Artículo 189 quáter.- El cotizante de una Isapre y las personas señaladas en el artículo

202 podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de este cuerpo normativo, de acuerdo al artículo 157, sujetos al arancel para personas no beneficiarias del referido Libro, en casos de urgencia, de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o de ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 173, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.

La atención a personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley no podrá provocar menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.”.

6) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies:

“Artículo 189 quinquies.- Adicionalmente al Plan Garantizado de Salud y a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, las Instituciones de Salud Previsional podrán comercializar Beneficios Complementarios, los que, en todo caso, no podrán vulnerar la prohibición establecida en el inciso primero del artículo 173 de este decreto con fuerza de ley y deberán ser pactados en un contrato distinto e independiente del que contiene el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral.

Las Isapres podrán ofrecer, tanto a quienes contraten con ella el referido Plan Garantizado, como a quienes los hubieren contratado con otra Institución de Salud Previsional, Beneficios Complementarios que consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de beneficios de salud ambulatorios, hospitalarios, o ambos, o planes de salud que mejoren la cobertura del Plan Garantizado de Salud. Asimismo, dichos Beneficios Complementarios podrán referirse al otorgamiento de cobertura para una determinada prestación o un conjunto de prestaciones no incluidas en el Plan Garantizado de Salud.

Sin perjuicio de las prestaciones específicas que puedan contemplarse en estos Beneficios Complementarios, será procedente la homologación de prestaciones, si la Institución de Salud Previsional consiente en ello o cuando la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que hubiese correspondido por la prestación a la cual se homologa.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá los requisitos y condiciones mínimos que deberán cumplir dichos Beneficios Complementarios de salud, así como sus condiciones de comercialización.

Al momento de establecer dichos beneficios, las Isapres deberán informarlos a la Superintendencia de Salud, en los términos y

periodicidad que ésta determine a través de instrucciones de general aplicación.

El o los Beneficios Complementarios podrán contener una o más de las siguientes modalidades para su otorgamiento:

a) Libre elección: aquel Beneficio Complementario en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.

   Para efectos del otorgamiento de los beneficios en esta modalidad, cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo a lo pactado, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella para la emisión de órdenes de atención.

b) Cobertura cerrada: aquel Beneficio Complementario cuya estructura sólo contempla el financiamiento de las prestaciones de salud convenidas a través de determinados prestadores previamente individualizados, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

   Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera contemplada en arancel del Plan Garantizado de Salud.

c) Cobertura con prestadores preferentes: aquel Beneficio Complementario cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento a través de determinados prestadores previamente individualizados.”.

7) Modifícase el artículo 190 de la siguiente forma:

a) Derógase su inciso primero, pasando su actual inciso segundo a ser primero.

b) Reemplázase, en el encabezado del inciso segundo, la oración “Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo” por la siguiente: “El Plan Garantizado de Salud sólo podrá considerar como exclusiones de cobertura,”.

c) Derógase el número 6 de su inciso segundo, pasando sus actuales números 7 y 8 a ser los números 6 y 7.

d) Derógase el inciso final.

8) Derógase el artículo 199.

9) Reemplázase el artículo 200 por el siguiente:

“Artículo 200.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán tener por objeto el otorgamiento de prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o

institución, caso en el cual, la pérdida de la relación laboral podrá constituir causal de término anticipado del mismo, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión. Tal circunstancia deberá dejarse expresamente establecida en el contrato.”.

10) Derógase el artículo 204.

11) Agrégase el siguiente artículo 228 bis:

“Artículo 228 bis.- Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga esta ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una Isapre, sea por parte de sus afiliados, del público general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia.”.

Artículo transitorio.- Durante el año 2012, el gasto que represente la aplicación de esta ley será financiado con los presupuestos vigentes de las entidades públicas respectivas. Sin embargo, respecto de la Superintendencia de Salud, el mayor

gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo a su presupuesto vigente y, en lo que faltare, con los recursos que se traspasen de la partida presupuestaria Tesoro Público de la ley de Presupuestos del Sector Público.”.

Dios guarde a V.E.

NICOLÁS MONCKEBERG DÍAZ
Presidente de la Cámara de Diputados

ADRIÁN ÁLVAREZ ÁLVAREZ
Secretario General de la Cámara de Diputados