

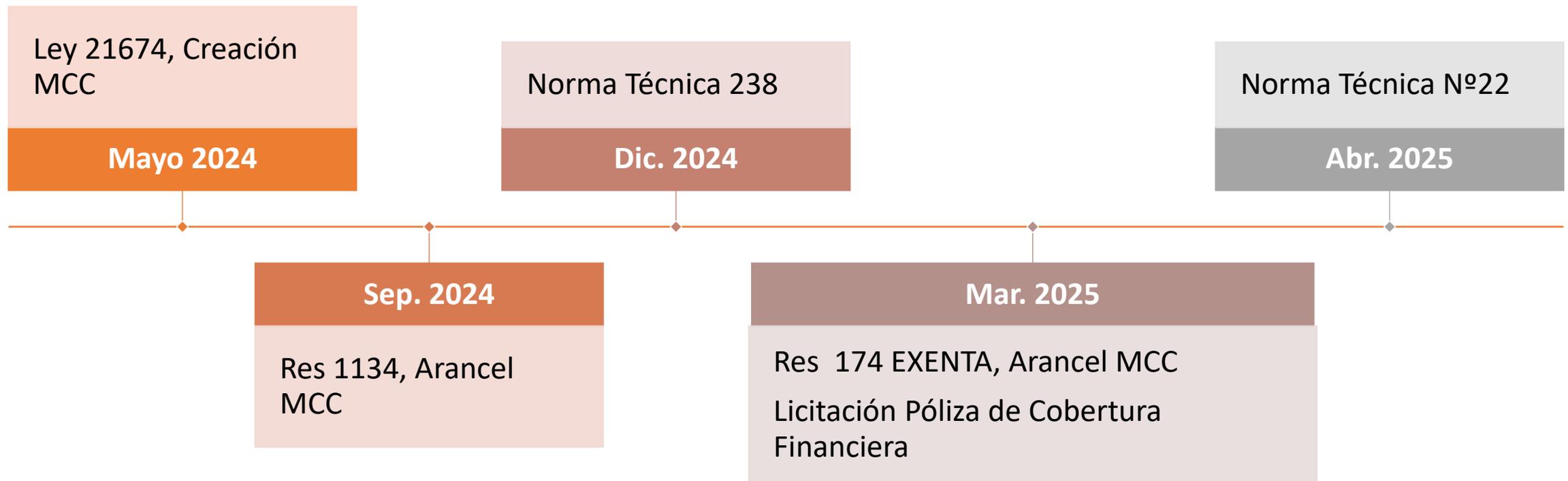
Modalidad de Cobertura Complementaria

Departamento de Medicina Privada

Dra. María Paz Soto

Dr. Pedro Becker

Modalidad de Cobertura Complementaria



Modalidad Cobertura Complementaria

Esta modalidad considera esquemas de coberturas diseñados por el Fonasa, a los cuales podrán optar las personas que cumplan los requisitos. Cada uno de los esquemas estará compuesto por:

- Una prima plana, que será igual por cada esquema.
- Una red de prestadores con convenio MCC por esquema, a los cuales podrán acceder las personas beneficiarias inscritas en la Modalidad.
- Arancel de prestaciones MCC.
- Catálogo de prestaciones MCC, que será la misma para todos los esquemas.
- Bonificación según arancel MCC, el porcentaje será el mismo para los esquemas.

Beneficiarios



Podrán acceder a esta modalidad todos los beneficiarios del Fonasa perteneciente a los grupos B, C y D, debiendo inscribirse voluntariamente ante el Fondo.



Para poder inscribirse en la MCC, las personas deberán haber efectuado cotizaciones de salud durante los últimos 6 meses, ante Fonasa o en alguna ISAPRE.



En los casos en que las personas coticen por primera vez, y lo hagan en el Fonasa, no se le exigirá el requisito de 6 meses de cotización.



Se establecen reglas especiales para que las y los trabajadores independientes puedan acceder a la MCC.



Los beneficiarios de la MCC seguirán teniendo acceso a la Modalidad de Atención Institucional y a la Modalidad Libre Elección

Seguro



El Fonasa licitará el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a compañías de seguro.



La ley establece ciertos criterios mínimos del proceso que deben ser complementados por las Bases de Licitación elaborada por Fonasa y suscritas por DIPRES.



Las Bases deben establecer, entre otros:

- Condiciones de otorgamiento de la cobertura;
- Condiciones y exigencias que deben cumplir las compañías de seguros en la licitación y ejecución; incluyendo clasificación de riesgo, patrimonio mínimo y de riesgo, reservas, instrumentos de inversión;
- Medidas a aplicar en caso de incumplimiento, causales, y procedimiento;
- Características y condiciones generales de la póliza, incluyendo porcentaje de cobertura, valor de la prima y posibilidad de reajuste.

En el caso de la atención cerrada, el pago corresponde al egreso, mediante GRD. Fonasa debe ejercer la función de contraloría de prestaciones para revisar la cuenta. Luego, Fonasa paga su parte de la cuenta al prestador, que corresponde a un porcentaje del valor del egreso; en la misma ocasión, la aseguradora concurre de forma directa al pago de su porcentaje de la cuenta. Finalmente, el beneficiario paga su copago.

Proceso de Licitación

Artículo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 sexies.

Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que éste fije mediante una resolución fundada que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos y publicada en su sitio web institucional.

Prestadores

9. Prestadores de salud en la inscripción MCC. Podrán inscribirse en la MCC los prestadores que cuenten con convenio en el Rol de la Modalidad de Libre Elección (MLE) y, además, cumplan con la reglamentación vigente, en las siguientes materias, según corresponda: autorización Sanitaria, acreditación de prestadores institucionales e inscripción de los profesionales de la salud en el Registro Individual de Prestadores de la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las excepciones que para cada caso pueda establecer la normativa respectiva.

11) ¿Es necesario inscribir todo el staff de profesionales de salud de una entidad para suscribir convenio MCC?

No, no es necesario inscribir a todo el staff de profesionales de salud. La entidad debe inscribir solo a los profesionales suficientes para garantizar la correcta prestación de las atenciones de salud requeridas. Los profesionales ya incorporados al convenio MLE se mantendrán activos para este propósito, sin que esto implique que no se puedan incorporar nuevos profesionales si fuera necesario, siguiendo el procedimiento establecido en la MLE. En este sentido, la planta de profesionales será única y podrá ser utilizada tanto para el MLE como para las prestaciones del convenio MCC.

1. Fundamentos y objetivos del proyecto de ley

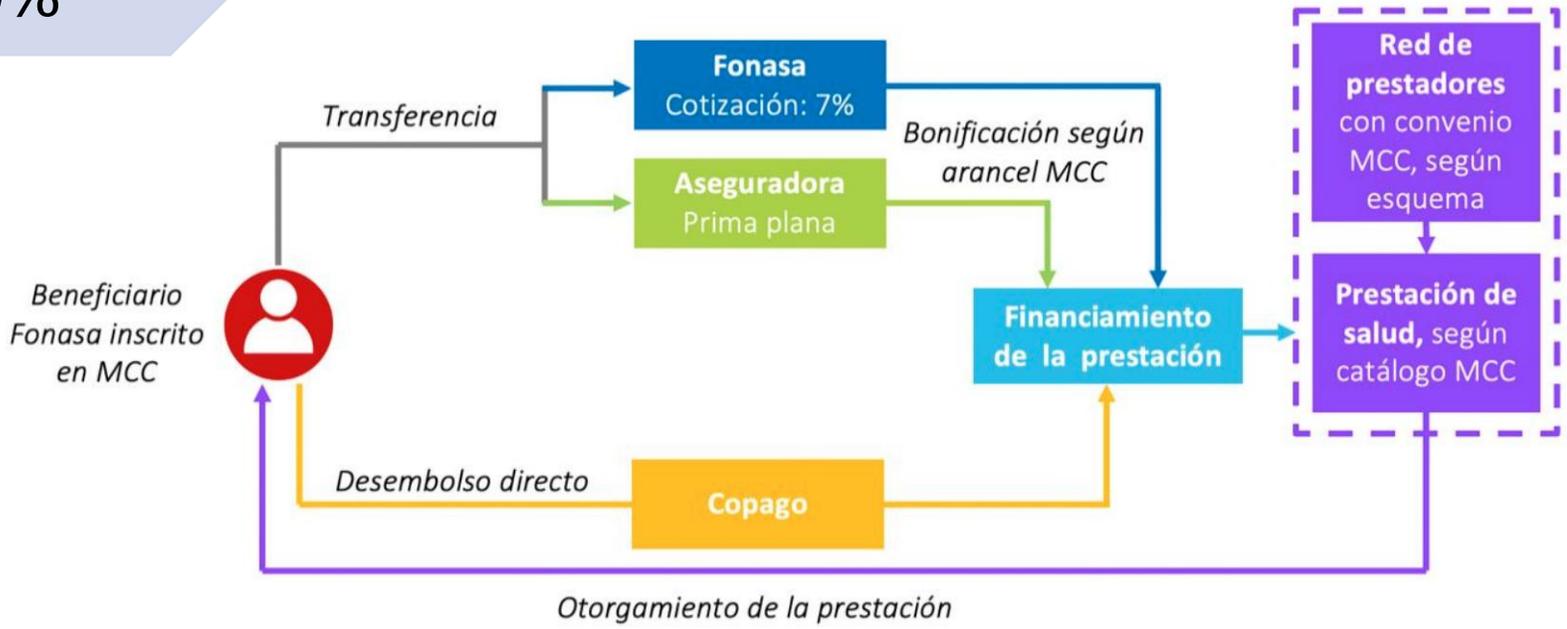
- **Modalidades de atención según proyecto de ley:**

Libre Elección

	Modalidad Atención institucional (MAI)	Modalidad Libre Elección (MLE)	Modalidad Cobertura Complementaria (MCC)
Beneficiarios	Todas las personas aseguradas por Fonasa (grupos A, B, C y D)	Todas las personas pertenecientes a los grupos B, C y D	Todas las personas pertenecientes a los grupos B, C y D inscritas en MCC
Prestadores	Red Pública de Salud	Prestadores privados de salud con convenio MLE	Prestadores privados de salud con convenio MCC, por esquemas
Financiamiento		Porcentaje financiado por Fonasa (FAM), más copago del beneficiario, según arancel MLE	Porcentaje financiado por Fonasa, seguro de copago, más copago del beneficiario, según arancel MCC



Financiamiento



Seguro Catastrófico

Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona

beneficiaria que superen, dentro de un año de vigencia de la póliza respectiva, el deducible correspondiente.

El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.

La cobertura del seguro catastrófico será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

Este seguro catastrófico 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.

Mecanismo de Pago



Prestaciones

Grupo 1-2

- Atenciones Ambulatorias

GRUPO 31

- Procedimientos Ambulatorios Integrales

Grupo 32

- Prestaciones de Acceso a GRD o CMA

Grupo 31 Procedimientos Integrales Ambulatorios

MLE Grupo 11-12

Los procedimientos ambulatorios integrales consideran todos los elementos que se requieren para la atención de salud que están incluidos en el valor arancelado

“pago por prestación” que considera, para el grupo N° 31, en el valor total de cada prestación todos los componentes del proceso productivo.

Grupo 32 GRD

01

Grupos Relacionados
por Diagnóstico o
Cirugía Mayor
Ambulatoria

02

El grupo N° 22 de Anestesia, será parte de la atención integral de los grupos N° 31 y 32, según corresponda

03

Los prestadores no podrán realizar cobros adicionales por insumos.

Excepto Ajuste
Tecnológicos

Precio Base GRD

Precio Base	Peso Relativo	Valor Precio Base (\$2024)
Precio base 1	Menores o iguales a 2,5	2.900.000
Precio base 2	Mayores que 2,5	5.000.000

Precio Base	Peso Relativo	Valor Precio Base (\$2025)
Precio base 1	Menores o iguales a 2,2	3.021.800
Precio base 2	Mayores que 2,2	5.210.000

Ley de Urgencia

14. Atenciones de emergencia. En conformidad a lo dispuesto en el inciso final del artículo 144 ter de la ley N° 21.674, las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano se registrarán por las reglas del inciso segundo del artículo 141 y del literal a) del inciso tercero del artículo 143, según corresponda.

Oportunidades





Pacientes

Oportunidad de Acceso

Mayor Protección Financiera de Pacientes

Elección de Modalidad de Atención, del
Prestador y Profesional

Resolución Integral del Evento

Nuevas Prestaciones

Seguro Catastrófico

Nuevas Prestaciones



Consulta Médica de Urgencia



ECMO



Aseo quirúrgico



Traslados o Rescate de Ambulancia



Monitoreo Electrofisiológico intraoperatorio



Ajuste Tecnológicos

Prestadores Individuales -Institucionales

- Aranceles ambulatorios
 - > 30 -40 %
 - Sin discriminación por especialidad
 - \$16770 > \$28420
- Volumen de Pacientes
- Prestadores deben asegurar el N° de profesionales inscritos
MLE-MCC

DESAFIOS



Todo o Nada ?

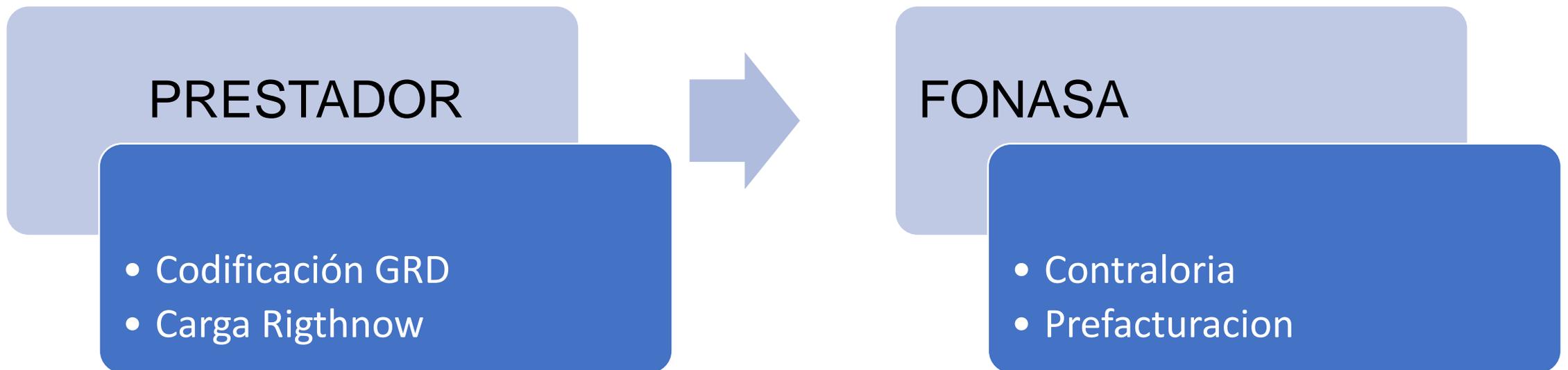
7. De las obligaciones del convenio. El Prestador de salud que suscriba un convenio con Fonasa en la MCC, quedará obligado a permanecer inscrito en esta modalidad, por un tiempo no inferior a un año, contados desde la fecha en que se dicte la resolución que aprueba el convenio.

Una vez cumplido el período, el Prestador de salud podrá presentar su renuncia previa comunicación por escrito a Fonasa, de acuerdo con el procedimiento establecido para tales efectos.

El prestador de salud deberá inscribir todas las prestaciones de salud incluidas en el arancel de la MCC vigente que su capacidad resolutive le permita, reconociendo y respetando los derechos consustanciales de los beneficiarios establecidos en el libro II del DFL N°1, de 2005.

Mecanismo de Pago

En el caso de la atención cerrada, el pago corresponde al egreso, mediante GRD. Fonasa debe ejercer la función de contraloría de prestaciones para revisar la cuenta. Luego, Fonasa paga su parte de la cuenta al prestador, que corresponde a un porcentaje del valor del egreso; en la misma ocasión, la aseguradora concurre de forma directa al pago de su porcentaje de la cuenta. Finalmente, el beneficiario paga su copago.



FORTALECIMIENTO

Pago Relacionado a Grupo Diagnóstico



REGISTROS



PROCESOS

Calidad



EFICIENCIA

Honorarios

Pago por GRD

- Resolución Integral

Definición de Honorarios

- Visitas Médicas
- Interconsultores
- Cirugías
- Procedimientos
- Anestesia

MLE + Incremento de MCC ambulatorio

URGENCIA

Código 3101003. Consulta Médica Servicio de Urgencia Tipo 3. Este código incluye en su valor lo señalado para los códigos 3101001 y 3101002 y además la atención de consultas de especialidad médica que sean necesarias para la atención de salud del paciente y los procedimientos médicos que se requieran.

3101001	Consulta Médica Servicio de Urgencia tipo 1	50.610	25.310	12.650	12.650
3101002	Consulta Médica Servicio de Urgencia tipo 2	122.770	61.390	30.690	30.690
3101003	Consulta Médica Servicio de Urgencia tipo 3	263.590	131.800	65.890	65.900

Definir los valores de Honorarios de Interconsulta y Procedimientos

Beneficios



Mayor
oportunidad para
los usuarios.



Aumento de
volumen de los
prestadores.



Mayor poder de
negociación de los
médicos.



Oportunidad de
gestión clínica y
eficiencia



Costo
Oportunidad
ambulatoria



Nuevas
Prestaciones

Riesgos



Norma Técnica con interpretaciones



Negociación de Honorarios



Falta de conocimiento en gestión clínica GRD



Capacidad de respuesta de FONASA como contralor



Falta de procesos



Eficiencia , Paquetes vs Calidad de atención

Modalidad de Cobertura Complementaria

Departamento de Medicina Privada

Dra. María Paz Soto

Dr. Pedro Becker