

Aspectos mínimos a considerar para una reforma al Sistema Privado de Salud.

- I. **Chile requiere una mejor salud**, que no solo se limite a curar o rehabilitar los problemas que aquejan a las personas, sino que además considere la promoción y prevención de la salud; privilegie el rol de la atención primaria como eje y puerta de entrada del sistema; otorgue más, nuevas y mejores prestaciones, con efectivas coberturas financieras; y facilite el acceso oportuno a los establecimientos y profesionales.

Para ello es necesario **fortalecer la salud como un derecho en la Constitución Política**, no solo como libertad de elección del sistema de salud - libertad que, por cierto, en los hechos está restringida solo a las personas sanas de altos ingresos - sino como un real acceso a un derecho a la salud de calidad y oportuna, en donde no existan abusos, discriminaciones, listas de espera o malos tratos. Con ese fin, es indispensable avanzar hacia un sistema más solidario, donde los sanos financien a los enfermos, los de mayores ingresos a los de menores recursos; y los jóvenes a los adultos mayores.

De esta manera, se plantean las siguientes condiciones mínimas, que permitan superar las actuales brechas del sector privado, como asimismo, mejorar el funcionamiento del FONASA.

II. Condiciones mínimas para una reforma al sistema privado de salud.

1. Al sistema privado de salud **podrá ingresar cualquier persona**, sin que se admita ninguna forma de discriminación, lo que implica **eliminar la declaración de salud** y/o sistema similar o alternativo, y de esta manera, terminar con las situaciones que afectan a los cotizantes cautivos y/o personas con enfermedades preexistentes.
2. La isapre solo podrá comercializar **un plan de salud**, que tendrá un **precio único**, sin considerar la edad, sexo, condición de salud u otra variable, salvo la red de prestadores (máximo 3).
3. El **reajuste de precios** será trianual, y se determinará mediante un polinomio que establecerá un tope máximo y que reconocerá incentivos para controlar los gastos y costos.
4. Crear un **Fondo de Compensación de Riesgos Intersectorial**, que compense al sistema de salud que tenga la cartera de mayor riesgo.
5. Crear un **Fondo Mancomunado Universal de Salud**, donde los cotizantes de los sistemas de salud público y privado concurren con al menos el 10% de sus cotizaciones obligatorias de salud al financiamiento de prestaciones universales (por ejemplo, Ley de Cáncer y sistema de donación de órganos).
6. Las prestaciones deben ser **comunes para ambos sistemas**, partiendo de las que se otorgan hoy, las que aumentarán progresiva e integralmente incluyendo medicamentos.
7. Las prestaciones deberán otorgarse como **soluciones de salud**.

8. Las isapres **no podrán vender beneficios complementarios o suplementarios**.
9. Los prestadores **no podrán vender seguros complementarios o suplementarios** de salud: su único giro será la prestación de acciones de salud. Estos seguros **solo podrán ser comercializados por compañías de seguros de salud** y a personas que cuenten con un plan de salud vigente. Dichos contratos serán regulados de manera conjunta entre la Comisión de Mercado Financiero y la Superintendencia de Salud.
10. Las **coberturas financieras** deben ser uniformes, y corresponder al menos al 80%, sin perjuicio de determinadas y específicas coberturas especiales.
11. **No será necesario que una prestación se encuentre arancelada en FONASA** para que esta sea objeto de cobertura financiera.
12. Se debe contemplar un **sistema de stop losses**, que abarque todas las prestaciones de salud.
13. La cobertura financiera **podrá ser utilizado en cualquier establecimiento de salud** que cumpla con los requisitos para otorgar la prestación, en la medida que exista indisponibilidad para el otorgamiento de la prestación de salud.
14. Se creará una nueva institucionalidad que **elimine la actual atribución de las isapres de rechazar los pagos de las licencias médicas** de manera autónoma.
15. La red de prestadores deberá contemplar un **sistema de atención primaria**, en el cual se otorguen acciones de promoción y prevención de salud.
16. Los prestadores privados que formen parte de la red deberán respetar **sistemas de pago de riesgo compartido**, no pudiendo cobrar prestaciones de salud más allá de las incluidas ni al paciente ni al seguro.
17. **Aumentar las facultades de fiscalización de la Superintendencia de Salud**, tanto con isapres como con prestadores, de tal manera que pueda fiscalizar y sancionar todos los actos o contratos que afectan la eficiencia del sistema, en especial, en lo que se refiere a las vinculaciones entre ambos actores.
18. Subir la exigencias de la **garantía e indicadores legales de las isapres**.

III. Consideraciones preliminares respecto del FONASA.

1. **Fortalecimiento institucional** (directivo, funcionario, administrativo, técnico, presupuestario, etc.) Procedimiento de toma de decisiones más participativo y transparente.
2. El **Arancel de Prestaciones** debe diseñarse en un procedimiento público, periódico, transparente y participativo para su revisión y actualización permanente.

3. **Flexibilidades de compra de servicios asistenciales de salud**, tanto respecto del sector público como del sector privado, sea en MAI o MLE (licitaciones, compras plurianuales, compra eficiente a prestadores públicos, capacidad de controlar y sancionar a prestadores, facultad de requerir información y negociar tratos para mejorar productividad y calidad, “premiar” medicina preventiva en APS, etc.)
4. Articular a los prestadores MLE bajo **lógica de Red**.
5. **Prohibición paulatina a Hospitales Públicos de comprar prestaciones de salud**, salvo la existencia de convenios marco aprobados por FONASA.

Santiago, 8 de julio de 2019.