



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

RESOLUCIÓN EXENTA IF/Nº 603

Santiago, 5 DIC. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113 y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N°1600, de 2008, de la Contraloría General de la República y la Resolución Afecta N° 49, del 25 de junio de 2013, de la Superintendencia de Salud, y

CONSIDERANDO:

1.- Que, mediante la Circular IF/N° 200, de 10 de septiembre de 2013, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones sobre sobre la forma de cobro y bonificación de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud.

Que, en primer término, la Circular hace presente que éste fue uno de los acuerdos suscritos por los participantes de la mesa técnica de trabajo denominada "Transparencia en los Sistemas de Salud", con la finalidad de hacer posible la comparación de precios de las denominadas 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud entre los distintos prestadores.

Al respecto, se indica en la norma, que estas 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud corresponden a aquellas intervenciones quirúrgicas que tienen una mayor frecuencia de uso en el sistema privado de salud y que los precios que los prestadores de salud asignen a éstas deberán comprender el valor total del conjunto de prestaciones necesarias para resolver integralmente cada uno de los problemas de salud definidos.

En virtud de lo anterior, la Circular establece como objetivo fijar la estructura de la composición del gasto de cada una de las Soluciones Integrales a Problemas de Salud para efecto que las Instituciones de Salud adheridas al acuerdo, apliquen la bonificación de prestaciones pactadas en el plan de salud que corresponda, cuando se presente a cobro una facturación de prestaciones bajo esta alternativa.

Conforme a dicho objetivo, la Circular dispuso la forma en que la isapre deberá bonificar el valor asignado por el prestador al conjunto de prestaciones que la Solución comprende, conforme al plan de salud pactado, utilizando la estructura de composición del gasto fijada en las tablas de ponderación -definidas en el Anexo N° 2 de la Circular- de los distintos ítems de prestaciones que componen cada Solución

Integral, diferenciadas según consideren o no el ítem Honorarios Médicos Quirúrgicos.

Por su parte, la norma dispone que el beneficiario podrá optar por esta forma de cobro y bonificación de prestaciones o por el cobro que efectúe el prestador de salud para cada una de las prestaciones individuales efectuadas y que la opción que se ejerza, no podrá ser revocada una vez que se hayan comenzado a otorgar las prestaciones.

Además, se indica en la norma que cuando los costos unitarios que conforman una determinada Solución Integral a un Problema de Salud superen en un 50% el valor total informado por el prestador, éste podrá dejar sin efecto el acuerdo de la forma de cobro prevista para la respectiva Solución Integral.

Finalmente, se establece en la Circular la obligación de la isapre de calcular la bonificación para la Solución Integral al Problema de Salud a requerimiento de un beneficiario del contrato.

2.- Que, al respecto interpusieron un recurso de reposición en contra de la citada Circular IF/Nº 200, en conjunto Isapre Banmédica S.A. e Isapre Vida Tres S.A., asimismo, lo hizo Isapre Cruz Blanca S.A. y, por su parte, Isapre Colmena Golden Cross S.A. dedujo un recurso de aclaración, todos dentro de plazo.

3.- Que, preliminarmente, cabe señalar que tal como se menciona en la propia Circular, esta iniciativa es el resultado de un acuerdo de la mesa técnica de trabajo "Transparencia en los Sistemas de Salud", en la que participó Isapres de Chile S.A. en representación de las isapres miembros de dicha Asociación Gremial.

En este contexto, cabe hacer presente que en reunión del día 23 de julio de 2013, a la que asistieron las Instituciones de Salud, se efectuó una presentación sobre la forma en que se aplicaría la bonificación de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud, sin que las isapres hayan presentado observaciones sobre la materia.

4.- Que, el recurso de Isapre Banmédica S.A. e Isapre Vida Tres S.A. es del siguiente tenor:

a) Que, en primer término, las Isapres indican que no queda claro si existe una obligación para los prestadores de salud, en el sentido de que deben incluir el total de los días cama definidos para la respectiva Solución Integral, o bien si ese número se refiere al máximo de días que puede incluir el paquete de prestaciones.

Lo anterior, dado que tienen pactados con algunos prestadores paquetes con un número de días cama distinto a los establecidos en la norma.

b) Que, a continuación, ambas Isapres plantean que existen paquetes pactados con ciertos prestadores que no consideran algunos de los ítems de prestaciones definidos en las Soluciones Integrales, lo que genera un problema al momento de determinar la bonificación que se debe otorgar, infiriendo que la Circular obliga a asignar un porcentaje de distribución a una prestación que no es cobrada por el prestador.

c) Que, por otra parte, señalan las Isapres que la Circular no especifica si existe o no la obligación de tener convenidos paquetes de prestaciones para el otorgamiento de las Soluciones Integrales con cada una de las clínicas que forman parte de la Asociación de Clínicas y respecto de cada una de las 20 Soluciones Integrales a los

Problemas de Salud, ni que tampoco se indica en qué términos deben regir los paquetes si no existe convenio con el prestador.

d) Que, las recurrentes solicitan se aclare si la Solución Integral "Parto Presentación Cefálica o Podálica" incluye las atenciones del recién nacido y, si fuere el caso, manifiestan que se debiera especificar el número de días cama que incluiría el paquete respecto de dichas atenciones.

A continuación, ambas Isapres hacen presente que existen casos en que sólo uno de los pacientes (madre o recién nacido) es beneficiario de la Institución.

e) Que, las recurrentes solicitan se aclare la forma en que se debe aplicar la bonificación para la respectiva Solución Integral, en los casos en que existen diferencias en los topes de cobertura indicados en los planes de salud para las prestaciones incluidas en la Circular bajo el ítem "Otras".

f) Que, solicitan ambas Isapres que se especifique las condiciones conforme a las cuales rigen las exclusiones de cobertura establecidas en los convenios celebrados con los prestadores. Al respecto, citan como ejemplo de las exclusiones, los pacientes ASA II y pacientes con IMC mayor a 40, atendido lo cual esta Intendencia entiende que ambas Isapres hacen referencia a "condiciones de salud", habilitantes o no para el otorgamiento de la prestación y no exclusiones de cobertura que son propias del contrato.

g) Que, finalmente, las Isapres objetan el plazo de vigencia de la Circular, con la finalidad de que se disponga una ampliación del mismo, de 30 días hábiles contado desde la fecha de presentación del recurso de reposición.

4.1.- Al respecto, cabe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a) Que, respecto del primer punto planteado por Isapres Banmédica y Vida Tres, se debe precisar a dichas Instituciones que la Circular recurrida no impone la obligación para los prestadores de incluir en sus "paquetes" el total de días cama definidos para cada Solución Integral.

Sobre el particular, la Circular establece un número de días cama para cada Solución Integral para el solo efecto de que las isapres apliquen la bonificación de prestaciones pactadas en el plan de salud que corresponda, según se especifica en el objetivo de la misma.

En consecuencia, las tablas fijadas en el Anexo N° 2 de la Circular no definen el número de días cama de las Soluciones Integrales, sino que es el elemento que debiesen utilizar las isapres al momento de calcular la bonificación, cuando el plan de salud otorgue cobertura en base a la cantidad de días cama.

Por lo expuesto, en el párrafo tercero del número 1 del título II de la Circular se agregará la siguiente mención: "*Las Soluciones Integrales contemplan el número de días cama que las isapres deben considerar, en caso de que el cálculo de la cobertura que otorga el plan de salud sea en base a la cantidad de días cama*".

Por su parte, a continuación del título del Anexo N° 2, se insertará la siguiente frase aclaratoria: "*El número de días cama de las tablas es un elemento a utilizar en la bonificación específicamente para aquellos planes de salud que definan su bonificación por día cama*".

b) Que, respecto de la afirmación efectuada por Isapre Banmédica e Isapre Vida Tres, en cuanto a que se les generaría un problema al momento de determinar la

bonificación que se debe otorgar a la Solución Integral, tal como se precisó en la letra a) precedente, las prestaciones establecidas en las tablas de ponderación que componen la Solución Integral, fueron elaboradas con el sólo objeto de que las Instituciones calculen la cobertura a otorgar.

En dicho sentido, sobre el valor total cobrado por el prestador, la isapre debe aplicar los porcentajes asignados a cada una de las prestaciones que componen la Solución Integral y efectuar el cálculo de la bonificación que corresponda, según el plan de salud pactado por el afiliado.

c) Que, respecto a la obligatoriedad de que las isapres suscriban convenios con los prestadores de salud para el otorgamiento de las 20 Soluciones Integrales a los Problemas de Salud, cabe señalar que se agregará a la norma tal exigencia, atendido que éstos resultan necesarios para que opere esta forma de cobro y bonificación, a la que esas Isapres adhirieron en su oportunidad.

Por lo expuesto, en el segundo párrafo del título II de la Circular se incluirá la siguiente frase: *"Las isapres deberán suscribir convenios con los prestadores para que opere esta forma de cobro y bonificación"*.

d) Que, en relación a la aclaración solicitada, respecto a si la Solución Integral "Parto Presentación Cefálica o Podálica" incluye las atenciones del recién nacido, cabe señalar que atendido lo manifestado por ambas Instituciones, esta Intendencia ha considerado necesario modificar las tablas relacionadas al parto y cesárea de modo que reflejen la estructura de composición del gasto de las prestaciones del recién nacido y agregar nuevas tablas que excluyan dichas prestaciones, en los casos en que el recién nacido no sea beneficiario de la isapre.

En ese sentido, se reemplazarán las actuales tablas establecidas en el Anexo N° 2 de la Circular, para las Soluciones Integrales "Parto Presentación Cefálica o Podálica" y "Cesárea c/s Salpingoligadura o Salpingectomía", por tablas que consideren las atenciones de la madre y del recién nacido y otras que incluyan sólo las prestaciones de la madre.

e) Que, en relación al ítem "Otras", contenida en cada una de las tablas de ponderación de ítems de prestaciones que componen la Solución Integral a un Problema de Salud, cabe señalar que esta Intendencia ha determinado pertinente eliminar dicho grupo y prorratear su peso relativo entre el resto de las prestaciones incluidas en la Solución Integral.

Por lo tanto, se eliminará el ítem "Otras" de las tablas contenidas en el Anexo N° 2 de la Circular.

f) Que, en relación a las condiciones de salud que se especifican en los convenios y que impedirían el otorgamiento de las Soluciones Integrales, cabe señalar que éstas son pactadas entre la Isapre y los prestadores, sin que a esta Superintendencia le corresponda participar de ello.

g) Que, en cuanto a la solicitud contenida en la reposición relativa al plazo de vigencia de la Circular IF/N° 200, cabe señalar que atendido los argumentos planteados por las Instituciones, resulta atendible modificar la fecha de su vigencia.

Por lo expuesto, se modificará el numerando IV de la Circular IF/N° 200, según se indica a continuación: *"Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia una vez transcurridos 30 días contados desde su notificación"*.

5.- Que, el recurso de Isapre Cruz Blanca S.A. es del siguiente tenor:

a) Que, en primer término, la recurrente solicita que la Circular valide y consagre explícitamente, el derecho de la Isapre y de los prestadores a establecer acuerdos respecto de paquetes de prestaciones para el tratamiento de problemas de salud, cuya estructura y valores puedan ser distintos de los establecidos en la Circular, de modo que el beneficiario contemple ésta como una opción más.

Lo anterior, según se indica en el recurso, la Isapre tendría pactos con la mayoría de los prestadores en convenio, en los que se establecen paquetes integrados de prestaciones que incluyen las 20 Soluciones Integrales, pero que no necesariamente son coincidentes con los ítems de prestaciones definidos en la Circular.

b) Que, además solicita la recurrente que se modifique el número 2 del punto II de la Circular en el sentido que el porcentaje en que los costos unitarios que conforman una determinada Solución Integral superen el valor informado por el prestador, corresponda al pactado entre el prestador y la respectiva isapre, con un mínimo del 50%.

Lo anterior, dado que existen convenios de paquetes de prestaciones vigentes que consideran un porcentaje de riesgo superior al 50% dispuesto en la norma.

c) Que, la recurrente manifiesta que la Circular adolece de ciertas deficiencias que generan inconvenientes en la relación del prestador con la isapre, tanto por la composición de las prestaciones que se incluyen en las Soluciones Integrales para los 20 Problemas de Salud, como por la distribución porcentual que se hace de las mismas para efectos de la bonificación.

En consecuencia, solicita no establecer a priori porcentajes de distribución de las prestaciones, de modo que se permita que la Solución Integral se componga de la forma que habitualmente cada prestador estructura sus aranceles y la Isapre, por su parte, aplique las coberturas según determina el plan de salud, la modalidad de atención y la normativa vigente.

5.1.- Al respecto, cabe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a) Que, las tablas establecidas en el Anexo N° 2 de la Circular fueron elaboradas para el solo efecto de que las isapres apliquen la bonificación de prestaciones pactadas en el plan de salud que corresponda, es decir, obligan a las isapres pero no comprometen a los prestadores a definir la estructura de sus paquetes.

Por lo tanto, los acuerdos a que arriben las isapres y los prestadores pueden ser libremente pactados, en tanto que la Circular sólo fija las reglas para la aplicación de la cobertura del plan, según cada Solución Integral.

A objeto de aclarar lo anterior, resulta necesario modificar el contenido mínimo del "Formulario de opción por Solución Integral al Problema de Salud", agregando, en una nueva letra c), el ítem "Advertencias", quedando dicho formulario como sigue:

- “
- a) Individualización del prestador institucional que otorgará las prestaciones.
 - b) Denominación de la Solución Integral por la que se opta y su precio.
 - c) Advertencias:
 - i) Que esta forma de cobro y bonificación sólo opera cuando existe un convenio entre el prestador y su isapre.

- ii) La situación de hecho en que no operará la forma de cobro y bonificación prevista respecto de la Solución Integral a un Problema de Salud de acuerdo a lo dispuesto en el número 2 siguiente.
- iii) La irrevocabilidad de esta opción una vez iniciado el otorgamiento de las prestaciones, indicando el caso en que automáticamente deja de aplicarse.
- d) Identificación del beneficiario que suscribe la opción o su representante.
- e) Condiciones bajo las cuales se otorgan estas prestaciones, especialmente lo que se refiere al tipo de habitación que ocupará, la técnica quirúrgica a emplear y si incluye los Honorarios Médicos Quirúrgicos y de otros profesionales, en caso que corresponda.
- f) Individualización de la isapre a la cual está adscrito el beneficiario.
- g) Fecha en que se suscribe la opción por esta forma de cobro y bonificación.
- h) Firma del beneficiario o de su representante.
- i) Identificación del representante del prestador institucional y su respectiva firma."

Asimismo, en el segundo párrafo del título II de la Circular se incluirá la frase: *"Las isapres deberán suscribir convenios con los prestadores para que opere esta forma de cobro y bonificación"*.

b) Que, en relación a la solicitud de modificar lo indicado en el número 2 del punto II de la Circular IF/Nº 200, en orden a que la isapre y el prestador convengan el porcentaje de riesgo para dejar sin efecto la forma de cobro y bonificación prevista para la respectiva Solución Integral, con un mínimo del 50% establecido en la Circular, cabe señalar, que dicha norma no limita la facultad que tienen las Instituciones de Salud y los prestadores para fijar porcentajes de riesgo superiores al citado. Es más, la Circular no obliga a que los prestadores dejen sin efecto esta forma de cobro, sino que les da la opción de hacerlo cuando se eleven en 1.5 veces todos los costos unitarios de las prestaciones que se otorguen para resolver un problema de salud incluido en las Soluciones Integrales.

En ese sentido, la isapre puede convenir con los prestadores porcentajes de riesgo superiores al 50% dispuesto en la norma para que se deje sin efecto esta forma de cobro y bonificación para la Solución Integral.

Por lo expuesto, resulta atendible lo requerido por la Isapre, por lo que se modificará lo dispuesto en el citado número 2 del título II de la Circular, por el siguiente párrafo: *"Sólo en el evento que la sumatoria de los costos unitarios que conforman una determinada Solución Integral a un Problema de Salud superen como mínimo en un 50% el valor total informado por el prestador de salud, éste podrá dejar sin efecto el acuerdo de la forma de cobro prevista para la respectiva Solución Integral, en cuyo caso aquél podrá cobrar las prestaciones individualmente consideradas, las que serán bonificadas de acuerdo al plan de salud suscrito."*

c) Que, las tablas de ponderación de ítems de prestaciones que componen la Solución Integral a un Problema de Salud fueron elaboradas con la finalidad de que las isapres apliquen la bonificación de prestaciones pactadas en el plan de salud que corresponda, cuando se presente a cobro una facturación de prestaciones bajo esta alternativa, para cuyos efectos se utilizó la información remitida mensualmente por las Instituciones de Salud Previsional a esta Superintendencia a través del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012.

Al respecto, la metodología utilizada comprendió el cálculo del gasto promedio de la totalidad de las prestaciones asociadas a los Programas Médicos de las intervenciones quirúrgicas que comprenden las 20 Soluciones Integrales y que fueron otorgadas en los prestadores adheridos al acuerdo. El análisis de los datos

se restringió a las prestaciones curativas otorgadas por las isapres abiertas y que se encuentran contenidas en el Arancel Fonasa del año 2012.

Atendido lo señalado, queda de manifiesto que la creación de las tablas obedece al comportamiento de los gastos de las isapres por concepto de prestaciones de salud otorgadas y no a un capricho de esta Intendencia.

Además, esta forma de bonificación se expuso a las Instituciones de Salud en reunión del 23 de julio y, tal como se formuló en el número 3 de esta Resolución, las Instituciones no efectuaron observaciones al respecto, dándose por acordada esta manera de bonificar.

6.- Que, el recurso de aclaración de Isapre Colmena Golden Cross S.A. es del siguiente tenor:

a) Que, la recurrente sugiere eliminar el ítem "Otras" o, en su defecto, se indique cuál es la cobertura que se debe aplicar a ese grupo misceláneo de prestaciones, atendido que, según señala, dicho ítem incluye prestaciones que tienen asignados distintas bonificaciones en un mismo plan.

b) Que, la Isapre señala que la Circular nada dice acerca de la composición de los honorarios médico quirúrgicos, los que por tratarse de prestaciones paquetizadas, pueden ser cobrados por las instituciones prestadoras con un solo precio global.

Por lo tanto, solicita una indicación en ese sentido, tanto para efectos de la cobertura como de la información que debe remitir a esta Superintendencia.

c) Que, finalmente, solicita la Isapre se indique la forma en que estas Soluciones Integrales deben ser reportadas en los Archivos Maestros de Prestaciones.

6.1.- Al respecto, cabe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a) Que, esta Intendencia admite la sugerencia planteada por la Isapre, en el sentido de eliminar el ítem "Otras" de cada una de las Soluciones Integrales que la contenga, tal como se indicara en la letra e) del punto 4.1 precedente.

En consecuencia, se eliminará el ítem de prestaciones "Otras" de las tablas de ponderación establecidas en el Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 200.

b) Que, en relación a la composición del equipo médico, la Isapre debe ajustarse a lo dispuesto en el Oficio Circular Beneficios IF/N° 38, del 5 de julio de 2007, que establece en forma textual lo siguiente: *"Las isapres deberán bonificar los honorarios médico quirúrgicos del equipo médico que participa en el otorgamiento de una prestación, independientemente del número de profesionales que lo integren y de la composición que para dicho equipo contempla el arancel Fonasa libre elección, con la única limitación del monto máximo de cobertura que dispone el plan de salud pactado para la prestación de que se trate"*.

c) Que, en esta Superintendencia se están elaborando instrucciones para requerir a las isapres información acerca de las prestaciones que se otorgan a través de las Soluciones Integrales a Problemas de Salud, lo que será comunicado en su oportunidad.

Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a esta Intendenta,

RESUELVO:

1.- Aclárese a Isapres Banmédica, Vida Tres, Cruz Blanca y Colmena Golden Cross S.A. al tenor de los considerandos números 4.1 letras b) y f) y 6.1 letra c).

2.- Acógrese lo expuesto por Isapres Banmédica, Vida Tres, Cruz Blanca, Colmena Golden Cross, según se indicó en los considerandos 4.1 letras a), c), d), e) y g), 5.1 letra b) y 6.1 letra a).

3.- Rechácense las peticiones, consignadas en el considerando 5 letras a) y c), formulada por la Isapre Cruz Blanca y en su lugar aclárese lo solicitado en los términos expresados en el considerando 5.1 letras a) y c).

4.- Rechácese lo solicitado por Isapre Colmena Golden Cross S.A., según se indicó en el considerando 6.1 letra b).

5.- Se fija el texto actualizado de la Circular IF/N° 200, de 10 de septiembre de 2013, que "Imparte instrucciones sobre sobre la forma de cobro y bonificación de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud", de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, según se indica a continuación:

W



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 200

Santiago, 10 SEP. 2013

IMPORTE INSTRUCCIONES SOBRE LA FORMA DE COBRO Y BONIFICACION DE LAS 20 SOLUCIONES INTEGRALES A PROBLEMAS DE SALUD (Texto actualizado)

Con fecha 25 de octubre de 2012, Isapres de Chile S.A. suscribió los acuerdos a que arribó la mesa técnica de trabajo denominada "Transparencia en los Sistemas de Salud", convocada por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo y en la que participaron, además, representantes de la Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G., Clínicas de Chile A.G., del Servicio Nacional del Consumidor y de esta Superintendencia.

Uno de los acuerdos firmados por todos los participantes en dicha mesa técnica, en especial por las Asociaciones Gremiales de Clínicas y por Isapres de Chile S.A., fue el compromiso de poner a disposición de los usuarios los precios de las denominadas 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud con la finalidad de hacer posible la comparación de precios entre los distintos prestadores de salud, generando las condiciones para la adopción de decisiones informadas.

Estas 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud fueron definidas como el conjunto de prestaciones comprendidas en las intervenciones quirúrgicas que tienen una mayor frecuencia de uso en el sistema privado de salud. Los precios que los prestadores de salud asignen a estas 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud deberán comprender el valor total del conjunto de prestaciones necesarias para resolver integralmente cada uno de los problemas de salud definidos.

En consecuencia, en atención a lo anterior, esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110, N°2 y 114, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones:

I.- OBJETIVO

Habida consideración que cada prestador de salud deberá establecer un valor específico para el grupo de prestaciones que comprende cada Solución Integral se ha determinado necesario definir la estructura de la composición del gasto de cada una de las Soluciones Integrales a Problemas de Salud para efecto que las Instituciones de Salud adheridas al acuerdo, es decir, las isapres miembros de la Asociación, y las que en el futuro decidan adherirse a estas instrucciones, apliquen la bonificación de prestaciones pactadas en el plan de salud que corresponda, cuando se presente a cobro una facturación de prestaciones bajo esta alternativa.

II.- Normas especiales sobre cobro y bonificación de las Soluciones Integrales a Problemas de Salud.

Cada Solución Integral a un Problema de Salud está constituida por el conjunto de prestaciones -íntegramente consideradas- predefinidas para el tratamiento de un problema de salud. El listado de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud se contiene en el Anexo N°1 de la presente circular.

Las isapres deberán suscribir convenios con los prestadores para que opere esta forma de cobro y bonificación.

Cada prestador de salud determinará e informará el precio que cobrará por cada Solución Integral.

El beneficiario que requiera ser atendido por un problema de salud contemplado en las 20 Soluciones Integrales que se individualizan en la presente circular, personalmente o por medio de su representante, podrá optar por esta forma de cobro y bonificación de prestaciones correspondiente a la Solución Integral a un Problema de Salud o, por la forma tradicional, en la que el prestador de salud cobra el precio que resulta de sumar el valor asignado a cada una de las prestaciones individuales efectuadas. La opción que se ejerza no podrá ser revocada una vez que se hayan comenzado a otorgar las prestaciones.

En el mismo documento que suscriba el beneficiario para dejar constancia de su decisión de acceder a la forma de cobro y bonificación prevista para la Solución Integral de su Problema de Salud, se explicitarán las condiciones bajo las cuales se otorgan dichas prestaciones, en cuanto a la habitación que ocupará y la técnica quirúrgica que se realizará precisando, además, si se incluye en el precio los honorarios médicos y los de otros profesionales cuando corresponda, entre otras. El documento incluirá una declaración que deberá ser firmada por el beneficiario o su representante, en la cual se indique que ha tomado conocimiento de cada una de las condiciones de otorgamiento de los beneficios.

Conforme a lo anterior, el formulario donde conste la opción por la forma de cobro y bonificación para una Solución Integral al Problema de Salud, deberá ajustarse al siguiente contenido mínimo, incluyendo su título "Formulario de Opción por Solución Integral al Problema de Salud":

- a) Individualización del prestador institucional que otorgará las prestaciones.
- b) Denominación de la Solución Integral por la que se opta y su precio.
- c) Advertencias:
 - i) Que esta forma de cobro y bonificación sólo opera cuando existe un convenio entre el prestador y su isapre.
 - ii) La situación de hecho en que no operará la forma de cobro y bonificación prevista respecto de la Solución Integral a un Problema de Salud de acuerdo a lo dispuesto en el número 2 siguiente.
 - iii) La irrevocabilidad de esta opción una vez iniciado el otorgamiento de las prestaciones, indicando el caso en que automáticamente deja de aplicarse.
- d) Identificación del beneficiario que suscribe la opción o su representante.
- e) Condiciones bajo las cuales se otorgan estas prestaciones, especialmente lo que se refiere al tipo de habitación que ocupará, la técnica quirúrgica a emplear y si incluye los Honorarios Médicos Quirúrgicos y de otros profesionales, en caso que corresponda.
- f) Individualización de la isapre a la cual está adscrito el beneficiario.

- g) Fecha en que se suscribe la opción por esta forma de cobro y bonificación.
- h) Firma del beneficiario o de su representante.
- i) Identificación del representante del prestador institucional y su respectiva firma.

1. Cálculo de la bonificación

Si el beneficiario o su representante opta por acogerse a la Solución Integral definida para el Problema de Salud que le aqueja, la isapre adherida al acuerdo deberá bonificar el valor asignado por el prestador al conjunto de prestaciones que tal Solución comprende, conforme al plan de salud pactado, utilizando la estructura de composición del gasto definida en la presente circular para la misma. Las tablas de ponderación de los distintos ítems de prestaciones que componen el gasto total para cada Solución Integral, se contemplan en el Anexo N°2, diferenciadas según consideren o no el ítem Honorarios Médicos Quirúrgicos.

De esta forma, el precio conocido e informado por el prestador para la Solución Integral a un Problema de Salud se deberá descomponer de acuerdo a la tabla correspondiente para obtener los valores respecto de los cuales se aplicará la bonificación del plan pactado.

Las Soluciones Integrales contemplan el número de días cama que las isapres deben considerar, en caso de que el cálculo de la cobertura que otorga el plan de salud sea en base a la cantidad de días cama.

Las tablas con la estructura porcentual de bonificación, definidas en la presente circular, serán revisadas periódicamente por esta Superintendencia, con la finalidad de velar por que se ajusten a la estructura de gastos del sistema.

2. Situación en que no operará la forma de cobro y bonificación prevista respecto de la Solución Integral a un Problema de Salud

Sólo en el evento que la sumatoria de los costos unitarios que conforman una determinada Solución Integral a un Problema de Salud superen como mínimo en un 50% el valor total informado por el prestador de salud, éste podrá dejar sin efecto el acuerdo de la forma de cobro prevista para la respectiva Solución Integral, en cuyo caso aquél podrá cobrar las prestaciones individualmente consideradas, las que serán bonificadas de acuerdo al plan de salud suscrito.

3. Información sobre bonificación de las prestaciones incluidas en la Solución Integral a un Problema de Salud

A solicitud de un beneficiario del contrato, la isapre deberá calcular la bonificación para la Solución Integral al Problema de Salud, según el plan de salud contratado, utilizando para ello la tabla de ponderaciones que corresponda, contenida en el Anexo N°2 de la presente circular, en la que se especifica si la solución incluye o no Honorarios Médicos Quirúrgicos. La información de la cobertura para la Solución Integral a un Problema de Salud deberá constar por escrito y entregarse dentro del plazo máximo de 5 días hábiles contado desde su solicitud.

III.- MODIFICACIÓN DE LA CIRCULAR QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE BENEFICIOS

Modifíquese el texto del título II y del Anexo N° 2 de esta instrucción general en el N° 2 sobre "Normas especiales de cobertura", del Título V del Capítulo I, del Compendio de Beneficios, en su letra f.

IV.- VIGENCIA DE LA CIRCULAR

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia una vez transcurridos 30 días contados desde su notificación.

MARIA ANGELICA DUVAUCHELLE RUEDI
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES
DE SALUD SUPLENTE
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

RAC/AMAW/KBDLM

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Presidente Isapres de Chile A.G.
- Director del Servicio Nacional del Consumidor
- Presidente Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G.
- Presidente Clínicas de Chile A.G.
- Superintendente de Salud
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Intendencia de Prestadores
- Departamento de Estudios y Desarrollo
- Fiscalía
- Oficina de Partes

ANEXO N° 1

20 SOLUCIONES INTEGRALES A UN PROBLEMA DE SALUD

N°	PROBLEMA DE SALUD Y/O PROCEDIMIENTO
1	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA
2	PARTO PRESENTACIÓN CEFÁLICA O PODÁLICA,
3	HISTERECTOMÍA TOTAL
4	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO
5	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA
6	HEMORROIDECTOMÍA
7	HERNIA INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LÍNEA MEDIA
8	AMIGDALECTOMÍA C/S ADENOIDECTOMÍA
9	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA
10	CIRUGÍA FOTOREFRACTIVA O LASIK
11	CATARATAS CON LENTE INTRAOCULAR
12	CHALAZIÓN
13	HERNIA NÚCLEO PULPOSO
14	MENISECTOMÍA
15	HALLUX VALGUS O RIGIDUS, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO
16	ADENOMA PROSTÁTICO
17	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA
18	CIRCUNCISIÓN
19	SAFENECTOMÍA
20	MASTECTOMÍA PARCIAL

ANEXO N° 2

TABLAS DE PONDERACIÓN DE ÍTEMS DE PRESTACIONES QUE COMPONEN LA SOLUCIÓN INTEGRAL A UN PROBLEMA DE SALUD

(El número de días cama de las tablas es un elemento a utilizar en la bonificación específicamente para aquellos planes de salud que definan su bonificación por día cama.)

1.A.-	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	32,99%
	Derechos de pabellón	16,13%	23,66%
	Medicamentos	5,02%	7,39%
	Insumos y materiales clínicos	5,86%	8,57%
	Procedimiento parto honorarios matrona	7,96%	11,78%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	32,04%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 4 días cama de la madre y sala cuna recién nacido.

1.B.-	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA (excluye día cama R.N. y At. Médica R.N.)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	29,97%
	Derechos de pabellón	16,76%	25,17%
	Medicamentos	5,20%	7,80%
	Insumos y materiales clínicos	6,09%	9,14%
	Procedimiento parto honorarios matrona	8,56%	12,85%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	33,42%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 4 días cama de la madre.

2.A.-	PARTO PRESENTACIÓN CEFÁLICA O PODÁLICA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	34,63%
	Derechos de pabellón	15,26%	22,00%
	Medicamentos	4,57%	6,59%
	Insumos y materiales clínicos	5,15%	7,42%
	Procedimiento parto honorarios matrona	9,76%	14,06%
	Procedimiento parto honorarios médico	30,63%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 3 días cama de la madre y sala cuna recién nacido.

2.B.-	PARTO PRESENTACION CEFÁLICA O PODÁLICA (excluye día cama R.N. y At. Médica R.N.)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	31,64%
	Derechos de pabellón	15,97%	23,49%
	Medicamentos	4,78%	7,03%
	Insumos y materiales clínicos	5,38%	7,92%
	Procedimiento parto honorarios matrona	10,20%	15,02%
	Procedimiento parto honorarios médico	32,03%	
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 3 días cama de la madre.

3.A.-	HISTERECTOMÍA TOTAL (ABDOMINAL)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	18,78%
	Derechos de pabellón	22,96%	35,95%
	Exámenes de laboratorio	3,88%	5,99%
	Medicamentos	4,58%	7,23%
	Insumos y materiales clínicos	13,78%	21,49%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	36,02%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 3 días cama.

3.B.-	HISTERECTOMÍA TOTAL (VAGINAL)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	17,80%
	Derechos de pabellón	20,24%	34,26%
	Exámenes de laboratorio	4,37%	7,41%
	Medicamentos	5,50%	9,26%
	Insumos y materiales clínicos	11,19%	18,93%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	40,90%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 3 días cama.

4.-	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	15,64%
	Derechos de pabellón	22,53%	33,99%
	Exámenes de Laboratorio	10,29%	15,54%
	Medicamentos	4,42%	6,67%
	Insumos y materiales clínicos	13,27%	20,13%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	33,85%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

5.-	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	11,09%
	Derechos de pabellón	26,55%	40,86%
	Exámenes de laboratorio	3,15%	4,83%
	Imagenología	1,32%	2,05%
	Medicamentos	9,47%	14,48%
	Insumos y materiales clínicos	13,53%	20,74%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	34,89%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

6.-	HEMORROIDECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	18,13%
	Derechos de pabellón	22,14%	33,58%
	Exámenes de laboratorio	3,30%	5,02%
	Medicamentos	7,62%	11,60%
	Insumos y materiales clínicos	14,62%	22,18%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	34,19%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

7.-	HERNIA INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LÍNEA MEDIA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	16,21%
	Derechos de pabellón	24,53%	44,14%
	Medicamentos	5,26%	9,42%
	Insumos y materiales clínicos	9,58%	17,31%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	44,42%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

8.-	AMIGDALECTOMÍA C/S ADENOIDECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	16,00%
	Derechos de pabellón	22,39%	38,19%
	Exámenes de laboratorio	1,75%	2,95%
	Medicamentos	8,26%	14,02%
	Insumos y materiales clínicos	10,32%	17,62%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	41,28%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

9.-	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	9,62%
	Derechos de pabellón	22,01%	41,34%
	Medicamentos	8,39%	15,65%
	Insumos y materiales clínicos	13,31%	24,95%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	46,67%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

10.-	CIRUGÍA FOTOREFRACTIVA O LASIK	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Derechos de pabellón	37,42%
	Medicamentos	8,35%	16,20%
	Insumos y materiales clínicos	5,84%	11,23%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	48,39%	---
	Total	100,00%	100,00%

11.-	CATARATAS CON LENTE INTRAOCULAR	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Derechos de pabellón	23,45%
	Medicamentos	6,32%	11,68%
	Insumos y materiales clínicos	8,36%	15,41%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	45,87%	---
	Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	16,00%	29,58%
	Total	100,00%	100,00%

12.-	CHALAZIÓN	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	1,73%
	Derechos de pabellón	28,47%	65,35%
	Exámenes de laboratorio	1,22%	2,92%
	Medicamentos	3,78%	8,56%
	Insumos y materiales clínicos	5,51%	12,63%
	Procedimientos	2,76%	6,47%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	56,53%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

13.-	HERNIA NÚCLEO PULPOSO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	11,32%
	Derechos de pabellón	22,85%	37,41%
	Imagenología	1,87%	2,98%
	Medicamentos	4,77%	7,86%
	Insumos y materiales clínicos	11,32%	18,49%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	38,84%	---
	Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	9,03%	14,77%
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 2 días cama.

14.-	MENISECTOMÍA (VIA ARTROSCÓPICA)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	10,42%
	Derechos de pabellón	20,74%	34,37%
	Medicamentos	6,03%	9,93%
	Insumos y materiales clínicos	23,08%	38,41%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	39,73%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

15.-	HALLUX VALGUS O RIGIDUS, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	14,45%
	Derechos de pabellón	17,83%	28,41%
	Imagenología	1,84%	2,91%
	Medicamentos	4,82%	7,70%
	Insumos y materiales clínicos	14,75%	23,41%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	37,19%	---
	Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	9,12%	14,57%
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

16.A.-	ADENOMA PROSTÁTICO (ABIERTA)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	32,19%
	Derechos de pabellón	15,26%	20,15%
	Exámenes de laboratorio	3,12%	4,09%
	Medicamentos	10,38%	13,75%
	Insumos y materiales clínicos	14,85%	19,62%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	24,20%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 6 días cama.

16.B.-	ADENOMA PROSTÁTICO (ENDOSCÓPICO)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	23,89%
	Derechos de pabellón	20,91%	30,03%
	Exámenes de laboratorio	3,09%	4,38%
	Medicamentos	7,21%	10,32%
	Insumos y materiales clínicos	14,62%	20,96%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	30,28%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 3 días cama.

17.-	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	8,07%
	Derechos de pabellón	38,10%	63,60%
	Exámenes de laboratorio	1,04%	1,69%
	Imagenología	2,38%	4,02%
	Medicamentos	5,06%	8,47%
	Insumos y materiales clínicos	5,18%	8,68%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	40,17%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

18.-	CIRCUNCISIÓN	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	10,77%
	Derechos de pabellón	25,52%	48,80%
	Medicamentos	6,08%	11,75%
	Insumos y materiales clínicos	9,83%	18,80%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	47,80%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

19.-	SAFENECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	9,85%
	Derechos de pabellón	28,10%	49,27%
	Medicamentos	4,21%	7,32%
	Insumos y materiales clínicos	14,97%	26,15%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	42,87%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

20.-	MASTECTOMÍA PARCIAL	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
		Día cama ¹	11,57%
	Derechos de pabellón	20,37%	33,75%
	Exámenes de laboratorio	9,62%	15,89%
	Imagenología	3,28%	5,40%
	Medicamentos	6,13%	10,17%
	Insumos y materiales clínicos	9,52%	15,68%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	39,51%	---
	Total	100,00%	100,00%

¹ Corresponde a 1 día cama.

”

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE



MARIA ANGELICA DUVAUCHELLE RUEDI
 INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
 PREVISIONALES DE SALUD SUPLENTE
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

RAC/AMAW/KBDLM

DISTRIBUCIÓN:

- Gerente General Isapre Banmédica S.A.
- Gerente General Isapre Vida Tres S.A.
- Gerente General Isapre Cruz Blanca S.A

- Gerente General Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Gerentes Generales de Isapre
- Director del Servicio Nacional del Consumidor
- Presidente Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G.
- Presidente Clínicas de Chile A.G.
- Isapres de Chile S.A.
- Superintendencia de Salud
- Oficina de Partes