



SESIÓN ORDINARIA DEL CNSS No. 553
22 de septiembre del 2022, 09:00 a.m.

Resolución No. 553-01: Se aprueban las Actas de las Sesiones del CNSS Nos. 548 y 552 d/f 28/07/22 y 08/09/22, respectivamente; con las observaciones realizadas.

Resolución No. 553-02: CONSIDERANDO 1: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante la Resolución No. 552-09, d/f 8/9/2022 remitió a la Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel), la propuesta de la SISALRIL de elementos a considerar para la inclusión de nuevos beneficios en el PBS/PDSS, para los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS), recibida a través de la Comunicación No. 5798, d/f 31/08/22, para fines de análisis y estudio; y tendrá como invitados a los miembros de la Comisión Permanente de Salud (CPS), así como, todos los consejeros que manifiesten interés de participar, tomando en cuenta el Principio de Celeridad, debiendo dicha Comisión presentar su informe al CNSS.

CONSIDERANDO 2: Que los miembros de la Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel), teniendo como invitados a los miembros de la Comisión Permanente de Salud (CPS), se reunieron en varias ocasiones para evaluar y analizar con detenimiento la propuesta presentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para considerar la inclusión de nuevos beneficios en el PBS/PDSS, para los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS)

CONSIDERANDO 3: Que el Artículo 7 de la Constitución establece que la República Dominicana es un Estado Social y Democrático de Derecho, organizado en forma de República unitaria, fundado en el respeto de la dignidad humana, los derechos fundamentales, el trabajo, la soberanía popular y la separación e independencia de los poderes públicos.

CONSIDERANDO 4: Que la Constitución de la República, en su Artículo 8, establece como función esencial del Estado, la protección efectiva de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas.

CONSIDERANDO 5: Que el Artículo 60 de la Constitución establece el Derecho a la Seguridad Social como un derecho fundamental, cuando expresa lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez."

CONSIDERANDO 6: Que el Artículo 61 de la Constitución dispone el Derecho a la Salud: "Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia: 1) El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, (...), así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran; 2) El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en

EB

consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales”.

CONSIDERANDO 7: Que en fecha 9 de mayo del 2001, fue promulgada la Ley No. 87-01, que crea el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social, el cual tiene por objeto regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos, en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

CONSIDERANDO 8: Que dentro de los Principios rectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) consagrados en el **Artículo 3 de la Ley 87-01**, se encuentra el **Principio de Participación**, en virtud del cual: “Todos los sectores sociales e institucionales involucrados en el SDSS tienen derecho a ser tomados en cuenta y a participar en las decisiones que les incumben”.

CONSIDERANDO 9: Que el referido **Artículo 3** de la Ley 87-01, consagra también el **Principio de la Integralidad**, el cual dispone que: “Todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva”, el **Principio de Unidad** que establece que: “Las prestaciones de la Seguridad Social deberán coordinarse para constituir un todo coherente, en correspondencia con el nivel de desarrollo nacional”; y el **Principio de Equidad** que plantea que: “El SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios del sistema, especialmente a aquellos que viven y/o laboran en zonas apartadas o marginadas”.

CONSIDERANDO 10: Que el **Artículo 129** de la indicada Ley 87-01, establece que, el SDSS garantizará a toda la población dominicana, independiente del régimen financiero al que pertenezca, un Plan Básico de Salud, de carácter integral, compuesto por los servicios descritos en dicho artículo.

CONSIDERANDO 11: Que el **Párrafo II, del Artículo 129** de la Ley 87-01, dispone que, el CNSS aprobará un Catálogo detallado con los servicios que cubre el Plan Básico de Salud (PBS).

CONSIDERANDO 12: Que el **Artículo 148** de la referida Ley 87-01 establece que, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) tienen como función asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud (PBS), a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita, previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

CONSIDERANDO 13: Que el **Artículo 169** de la Ley 87-01, dispone que, el monto del per cápita será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) mediante cálculos actuariales y será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente, en casos extraordinarios.

CONSIDERANDO 14: Que, en cumplimiento de las disposiciones anteriores, se han efectuado las revisiones al per cápita del PBS que se listan a continuación: Resolución

Administrativa de la SISALRIL No. 147-2007, de fecha 18 de diciembre del 2007; Resolución del CNSS No. 219-02, de fecha 10 de septiembre del 2009; Resoluciones del CNSS Nos. 227-01 y 227-02, de fecha 21 de diciembre del 2009; Resolución del CNSS No. 279-02, de fecha 6 de octubre de 2011; Resolución del CNSS No. 321-01, de fecha 30 de julio de 2013; Resolución del CNSS No. 375-02, de fecha 29 de octubre de 2015; confirmada a través de la Resolución del CNSS No. 395-01, de fecha 23 de junio del 2016, Resolución del CNSS No. 431-02, de fecha 19 de octubre de 2019, Resolución del CNSS No. 482-07, de fecha 24 de octubre de 2019 y la Resolución del CNSS No. 533-01, de fecha 8 de octubre del 2021.

CONSIDERANDO 15: Que el CNSS a través de la **Resolución No. 151-09, en fecha 6 de febrero de 2006**, estableció una cuota moderadora variable de un 20% a cargo del afiliado, la cual fue posteriormente reducida para algunos servicios, disponiendo lo siguiente: "Se aprueban las cuotas moderadoras (fija y variable) y copago, según lo establecido en el anexo titulado "Cobertura del Plan de Servicios de Salud en Etapa Inicial" del acuerdo ratificado en el punto No. 2 de la presente agenda para que se lea de la siguiente manera: - Copago: de un 30% para las prestaciones farmacéuticas ambulatorias, de conformidad con el art. 130, de la Ley 87-01 - Cuota Moderadora Fija de RD\$100 para Atención Ambulatoria (consultas) - Cuota Moderadora Variable: 20% del valor del servicio con tope de dos (2) salarios cotizables".

CONSIDERANDO 16: Que el CNSS mediante la **Resolución No. 533-01, de fecha 8 de octubre del 2021**, incrementó **Ciento Sesenta Pesos con 00/100 (RD\$160.00)** el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del **Régimen Contributivo (RC)**, pasando de Mil Ciento Sesenta y Siete Pesos con 81/100 (RD\$1,167.81) a **Mil Trescientos Veintisiete Pesos Con 81/100 (RD\$1,327.81)**, a partir de la cobertura del mes de octubre del 2021.

CONSIDERANDO 17: Que, posteriormente, el CNSS mediante la **Resolución No. 537-03, de fecha 24 de marzo del 2022**, en cumplimiento al dispositivo **Décimo de la Resolución No. 533-01 del 8 de octubre del 2021**, aprobó el incremento de **Veintidós Pesos con 00/100 (RD\$22.00)** al per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Subsidiado (RS), de manera que pasó de Doscientos Treinta y Siete Pesos con 38/100 (RD\$237.38) a **Doscientos Cincuenta y Nueve Pesos con 43/100 (RD\$259.43)** con cargo a la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado, que se realizó de manera retroactiva a partir de enero del 2022.

CONSIDERANDO 18: Que, el CNSS mediante la **Resolución No. 371-04 del 03 de septiembre 2015**, dejó establecido en el dispositivo **CUARTO** lo siguiente: "En lo adelante, tan pronto el Comité Nacional de Salarios apruebe y el Ministerio de Trabajo refrende una nueva escala para los salarios mínimos para el Sector Privado no Sectorizado, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) podrá establecer el nuevo monto de salario mínimo nacional para el período subsiguiente, utilizando la metodología del cálculo establecida en la Resolución 32-07 del 27 de junio de 2002".

CONSIDERANDO 19: Que, en ese orden, el **Comité Nacional de Salarios** emitió la **Resolución No. 22-2019, d/f 9/7/2019** mediante la cual actualizó el salario mínimo del sector privado no sectorizado y en cumplimiento a lo establecido en la misma, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), se ha mantenido fijando, con base en la metodología de

cálculo establecida por el CNSS, el **Salario Mínimo Nacional**, el cual a partir de enero del 2022 fue fijado en la suma de **Dieciséis Mil Doscientos Sesenta y Dos Pesos con 50/100 (RD\$16,262.50)**, cuyo monto es el que se utiliza para fines de cálculo de los topes de cotización del Régimen Contributivo para el Seguro Familiar de Salud, Seguro de Riesgos Laborales y el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, tomando en cuenta que, el límite máximo de un salario mínimo como cuota moderadora variable será renovada cada año, conforme se renueve el año cotización.

CONSIDERANDO 20: Que el Artículo 176 de la Ley 87-01, establece que la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** tiene como función, entre otras, proponer al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) el costo del Plan Básico de Salud y de sus componentes, evaluar su impacto en la salud, revisarlo periódicamente y recomendar la actualización de su monto y de su contenido.

CONSIDERANDO 21: Que dado los avances en la medicina se hace necesario incorporar al Catálogo de Prestaciones del PBS/PDSS, mediante resolución del CNSS, los medicamentos y procedimientos que garanticen los mejores resultados de la práctica clínica y la gestión del riesgo de la salud de los afiliados, así como, reducir el impacto del gasto de bolsillo de los afiliados.

CONSIDERANDO 22: Que a tales efectos, se acogió la propuesta presentada por la **SISALRIL** de aumentar el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), a **Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33)**, incluyendo los nuevos servicios al PBS/PDSS, que se describen a continuación: Disminución de la Cuota Moderadora Variable de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS; Ampliación y unificación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer, Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; estas coberturas aplicarán para tratamientos de tumoraciones benignas.

CONSIDERANDO 23: Que asimismo, fueron acogidas la inclusión de los dispositivos médicos, Materiales y Equipos como (electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico, Neuromonitor, entre otros) para procedimientos contemplados en el PDSS; Extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas y Cobertura para otros procedimientos como: Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía por Laparoscopia y Terapias Dialíticas continuas.

CONSIDERANDO 24: Que para fines de medir el impacto o efectos de la ampliación de coberturas en los servicios de salud e indexación, que generaría el aumento de la cápita sobre la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas (CCS) del Régimen Contributivo, fueron proyectados tres posibles escenarios, en el Modelo Simulador de la Suficiencia Financiera de la CCS, elaborado por la TSS e interactuando con las probabilidades contempladas y el efecto sobre esta cuenta de las mismas, exponiendo el Ing. Henry Sahdalá, Tesorero de la TSS, la garantía de recuperación de dicha cuenta en relación al tiempo y monto, sin eventos adversos de por medio, evidenciándose la suficiencia

económica, aspecto que con el aumento del per cápita sugerido, no pone en riesgo el equilibrio financiero del Sistema.

CONSIDERANDO 25: Que el artículo 169 de la Ley 87-01 que crea el SDSS, dispone lo siguiente: *“Pago por capitación. La Tesorería de la Seguridad Social pagará (...) a todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, una tarifa fija mensual por persona protegida por la administración y prestación de los servicios del plan básico de salud. Su monto será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante cálculos actuariales, será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente en casos extraordinarios. Sin perjuicio de lo anterior, cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias. Dicho Consejo podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios”.*

CONSIDERANDO 26: Que mediante la Resolución del CNSS No. 278-06, de fecha 28 de julio de 2011, se aprobó la propuesta de Metodología de Evaluación Periódica, Seguimiento e Indexación del Costo del Plan Básico de Salud presentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), sustituyendo el IPC Salud por el IPC General en todas las estimaciones y cálculos presentes en la propuesta, disponiendo que el IPC Salud sólo sea utilizado como referencia.

CONSIDERANDO 27: Que para el aumento del per cápita por efectos de inflación se utilizó la variabilidad promedio del IPC General e IPC Salud, en virtud a lo antes establecido, para que en lo adelante el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC) sea Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33), incluyendo los nuevos servicios al PBS/PDSS.

CONSIDERANDO 28: Que, de acuerdo con el análisis realizado durante las reuniones con los miembros de la Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones, y de la Comisión Permanente de Salud, se determinó que, en lo relativo al Régimen Subsidiado administrado por la ARS SeNaSa, en cuanto a los beneficios aprobados en la presente resolución entrarán en vigor a partir del mes de enero del 2023, luego de agotar el proceso correspondiente en la Comisión.

CONSIDERANDO 29: Que el Estado Dominicano, es el garante final del adecuado funcionamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS), así como, de su desarrollo, fortalecimiento, evaluación y readecuación periódicas y del reconocimiento del derecho de todos los afiliados, según lo establece el Art. 174 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO 30: Que el CNSS tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS; y como tal, es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender los beneficiarios, así como, velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

VISTAS: La Constitución de la República, la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, sus modificaciones y sus normas complementarias, las Resoluciones del CNSS, los informes con propuestas de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), y el Modelo Simulador de la Suficiencia Financiera presentado por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

YJP

El **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS)**, en atribución de las funciones que le otorgan la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus normas complementarias.

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR las propuestas presentadas por la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** ante el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, con los nuevos beneficios a ser incorporados en el **Catálogo de Prestaciones del PBS/PDSS**, en favor de los afiliados del **Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo**, de manera que, en atención a la **Resolución del CNSS No. 533-01, d/f 8 de octubre del 2021**, el cálculo del aumento del per cápita del PBS/PDSS se realice en función del ajuste por inflación del promedio obtenido entre el IPC General e IPC Salud, el cual en virtud de lo establecido en el **artículo 169 de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)**, se reconocerá por el período correspondiente de marzo del 2021 a marzo del 2022.

SEGUNDO: APROBAR el incremento de **Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33)** al per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), pasando de **Mil Trescientos Veintisiete Pesos con 81/100 (RD\$1,327.81)** a **Mil Cuatrocientos Noventa Pesos con 14/100 (RD\$1,490.14)**, con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, a partir de la dispersión de Septiembre del año 2022, para recibir los nuevos beneficios de las coberturas, de manera retroactiva, a partir del **1 de agosto del 2022**. Así mismo, se reconocerá la suma de **Ciento Dos Pesos con 71/100 (RD\$102.71)** por concepto de indexación al per cápita mensual, retroactivo al **1ero. de agosto del 2022**, con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, que incluirá el reembolso de gastos médicos incurridos y pagados por el afiliado, correspondientes a las coberturas incluidas en la presente resolución, desde el **1ero. de agosto del 2022** hasta la entrada en vigencia de la misma.

PÁRRAFO I: Las **ARS** deberán reembolsar a los afiliados del Régimen Contributivo los gastos incurridos por los nuevos beneficios incluidos en la presente resolución a partir de su efectividad.

PÁRRAFO II: Los afiliados que tengan **dependientes adicionales** pagarán este nuevo per cápita a partir de la facturación del mes de **octubre del año 2022** y recibirán los nuevos beneficios descritos en la presente resolución a partir del **1 de noviembre del 2022**.

TERCERO: APROBAR la inclusión en el Catálogo de Prestaciones del PDSS de los beneficios descritos a continuación: **1)** Disminución de la Cuota Moderadora Variable de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS. **2)** Ampliación y unificación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer, Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; estas coberturas aplicarán para tratamientos de tumoraciones benignas **3)** Cobertura en dispositivos

Handwritten signature or initials.

Médicos, Materiales y Equipos como (electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico, Neuromonitor, entre otros) para procedimientos contemplados en el PDSS 4) Extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas y 5) Cobertura para otros procedimientos como: Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía por Laparoscopia y Terapias Dialíticas continuas.

PÁRRAFO: El incremento del per cápita previsto mensual que respalda los efectos de la ampliación de los beneficios en el Catálogo de Prestaciones del PDSS y de la indexación, en la presente resolución, se detallan en los Cuadros 1 y 2 presentados a continuación:

CUADRO No. 1. VALOR DEL PER CÁPITA MENSUAL QUE RESPALDA LOS EFECTOS DE LA AMPLIACIÓN Y DE LA INDEXACIÓN. AÑO 2022 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Descripción	Valor con INDEXACIÓN A marzo 2022 en pesos dominicanos
Per Cápita Indexado	RD\$1,490.14
Per Cápita Actual	RD\$1,327.81
Incremento Per Cápita Mensual con 10% de GA	RD\$162.33
Per Cápita Indexación Con Gastos Administrativos	RD\$102.71
Incremento Per Cápita por ampliación Beneficios con 10% GA	RD\$59.62
Incremento Per cápita por ampliación Beneficios	RD\$53.66
Gasto Administrativo Beneficios	RD\$5.96

Fuente: SISALRIL

CUADRO No. 2. Nuevos beneficios incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS divididos por bloques, atendiendo al grupo del PBS/PDSS:

Nuevos Beneficios incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS	Incremento Per Cápita por ampliación de beneficios, sin gastos administrativos.
<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la Cuota Moderadora Variable de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS. 	RD\$14.65

<ul style="list-style-type: none"> Ampliación y unificación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer, Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub-Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; estas coberturas aplicarán para tratamientos de tumoraciones benignas. Extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas 	RD\$24.33
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura en dispositivos Médicos, Materiales y Equipos como (electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico, Neuromonitor, entre otros) para procedimientos contemplados en el PDSS 	RD\$10.75
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura para otros procedimientos como: Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía por Laparoscopia y Terapias Dialíticas continuas. 	RD\$3.94
Total, del incremento Per Cápita por ampliación de Beneficios, sin gastos administrativos.	RD\$53.66

Fuente: SISALRIL

CUARTO: APROBAR la reducción del límite máximo de cuota moderadora variable a cargo de los afiliados de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub-Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS, lo que contribuirá a la disminución del gasto de bolsillo.

PÁRRAFO I: Para fines de aplicación de este beneficio, se deberá tomar en consideración los siguientes elementos:

- a. El límite máximo establecido como cuota moderadora variable, será aplicado para todos los servicios cubiertos por el PDSS, indistintamente de que en un mismo evento se conjugue la utilización de servicios correspondientes a varios grupos o subgrupos que cuenten con coberturas diferenciadas.
- b. De manera particular, aplicará un salario mínimo como límite máximo correspondiente a la cuota moderadora variable para cada subgrupo del **Grupo 9** de Alto Costo, con excepción de los subgrupos que conllevan a hospitalización. Y para el Grupo 13 (Trasplante Renal), aplicará un salario mínimo para los cuatro subgrupos, aún y cuando requiera de la asociación con servicios correspondientes a otros subgrupos o grupos del PDSS.

4/10

- c. Una vez agotado el pago de un salario mínimo como límite máximo de cuota moderadora variable, para los subgrupos del Grupo 9 y 13, las ARS otorgarán la cobertura requerida al 100%, hasta agotar el disponible del afiliado, y/o hasta que se renueve el año cotización.
- d. El límite máximo de un salario mínimo como cuota moderadora variable será renovada cada año, conforme se renueve el año cotización.
- e. Quedan exentos de esta regulación los servicios correspondientes a los Grupos 1 Promoción y Prevención, 4 Emergencia, 2 Consulta, 8 Apoyo Diagnóstico, 10 Rehabilitación, 11 Hemoterapia y 12 Medicamentos Ambulatorios.
- f. Las Prestadoras de Servicios de Salud deberán emitir en una única factura todos los servicios otorgados a los afiliados, identificando en la misma el monto cubierto por la ARS y los montos a cargo de los afiliados, incluyendo los servicios no cubiertos por el PDSS.
- g. Las ARS deberán autorizar a los Prestadores de Servicios de Salud según los montos facturados, las coberturas del PDSS y límites establecidos.
- h. Los afiliados serán responsables del pago máximo de un salario mínimo, más los costos generados por servicios no cubiertos, al utilizar los servicios de hospitalización, cesárea, cirugía, alto costo y trasplante renal.

PÁRRAFO II: Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán separar la cuenta, considerando que sólo los Grupos 9 y 13 cuentan con una cobertura limitada, por lo que, los consumos realizados a cargos de otros Grupos del PDSS deberán ser garantizados ilimitadamente. El tope de un salario mínimo por concepto del Grupo 9 aplicará también los servicios ambulatorios incluidos en este grupo. El trasplante renal, en todo su conjunto, desde la evaluación del receptor y donante hasta el trasplante mismo, sólo pagará una cuota moderadora variable (tope un salario mínimo) por año cotización.

QUINTO: APROBAR la ampliación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer en RD\$1,000,000.00, y se unifica la cobertura ya dispuesta junto a la correspondiente a los Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; así como, se **APRUEBA** la extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas.

PÁRRAFO I: Las coberturas definidas en los Sub-Grupos 9.15 y 9.16, incluyendo los medicamentos de Alto Costo, aplicarán para el tratamiento de tumoraciones benignas.

PÁRRAFO II: Se crea el Subgrupo 9.19 y se unifica la cobertura de los medicamentos de Alto Costo para el tratamiento oncológico, a citar: **(Ver Cuadro No. 3)**

EP

- Medicamentos de Alto Costo incluidos mediante la Resolución del CNSS No. 431-02, d/f 19/10/2017, con cobertura de RD\$1,000,000.00 para el Sub-Grupo descrito en el Cuadro No. 3.
- Medicamentos de Alto Costo incluidos en el PDSS con anterioridad a la Resolución del CNSS No. 431-02 para los cuales aplica la cobertura de RD\$1,000,000.00.
- Medicamentos neoadyuvantes, adyuvantes y paliativos con cobertura actual de RD\$90,000.00, incluidos mediante Resolución del CNSS No. 227-02, d/f 21/12/2009.

Cuadro No. 3

SIMON	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ADULTOS Y PEDIÁTRICOS, NEOADYUVANTES, ADYUVANTES Y PALIATIVOS
14898	ABIRATERONA
14025	ACETATO DE MEGESTROL
14032	ACIDO FOLINICO
14678	ÁCIDO IBANDRÓNICO
14681	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO
14899	ALBÚMINA+PLAQUITAXEL
14900	ANASTRAZOL
14901	APREPITANT
14083	AZATIOPRINA
14902	BASILIXIMAB
14903	BENDAMUSTINA
14904	BEVACIZUMAB
14696	BICALUTAMIDA
14098	BLEOMICINA
14905	BORTEZOMIB
14107	BUSULFAN
14890	CAPECITABINA
14119	CARBOPLATINO
14906	CETUXIMAB
14129	CICLOFOSFAMIDA
14132	CICLOSPORINA
14136	CIPROTERONA ACETATO
14138	CISPLATINO
14140	CITARABINA
14153	CLORAMBUCILO
14175	DACARBAZINA
14176	DACTINOMICINA
14907	DASATANIB
14180	DAUNORUBICINA

EB



CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

14184	DEXAMETASONA
14207	DOCETAXEL
14908	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL
14210	DOXORUBICINA
14909	ERLOTINIB
14244	ETOPOSIDO
14245	EVEROLIMUS
14910	EXEMESTANO
14255	FILGASTRIM
14022	FLUDROCORTISONA ACETATO
14264	FLUOROURACILO
14267	FLUTAMIDA
14268	FOLINATO CALCICO
14911	FULVESTRANT
14891	GEMCITABINA
14284	GOSERELINA
14285	GRANISETRON
14298	HIDROXIUREA
14912	IBRUTINIB
14306	IFOSFAMIDA
14307	IMATINIB
14892	IRINOTECÁN
14913	LAPATINIB
14347	L-ASPARAGINASA
14914	LENALIDOMIDA
14915	LETROZOL
14356	LEUCOVORIN
14357	LEUPRORELIN (LEUPROLIDE)
14379	MECLORETAMINA
14382	MELFALAN
14385	MERCAPTOPURINA
14387	MESNA
14391	METILPREDNISOLONA
14394	METOCLOPRAMIDA
14396	METOTREXATO
14401	MICOFENOLATO DE MOFETILO
14916	MICOFENOLATO SÓDICO
14405	MITOMICINA C
14437	ONDANSETRÓN
14439	OXALIPLATINO
14446	PACLITAXEL
14917	PERMETREXED
14918	PERTUZUMAB

46

14480	PREDNISOLONA
14481	PREDNISONA
14487	PROCARBAZINA
14518	RITUXIMAB
14919	SIROLIMUS
14920	SUNITINIB
14556	TACROLIMUS
14557	TAMOXIFENO
14893	TEMOZOLAMIDA
14579	TRASTUZUMAB
14587	TROPISETRON
14616	VINBLASTINA
14617	VINCRISTINA

Fuente: Sisalril.

PÁRRAFO III: Para fines de aplicación de este beneficio, se deberá tomar en consideración los siguientes elementos:

- a) Las ARS autorizarán los medicamentos de alto costo para el tratamiento oncológico adultos y pediátricos (citados en el cuadro anterior), incluyendo los necesarios para el tratamiento de las tumoraciones benignas, con una cobertura del 80% hasta el tope de RD\$2,090,000.00 y un límite máximo de copago de un (1) salario mínimo por año cotización.
- b) Para los casos de que se requiera algún medicamento de la lista de medicamentos ambulatorios del Grupo 12, como parte del tratamiento integral o paliativo del cáncer, este será autorizado bajo la cobertura de alto costo, atendiendo al tope y disponible de RD\$2,090,000.00.
- c) Los medicamentos correspondientes a la Hemodiálisis y Trasplante Renal, continuarán otorgándose, bajo las condiciones establecidas para el subgrupo y grupo correspondiente, según lo establecido en la Resolución del CNSS No. 533-01, d/f 8/10/2021.
- d) Se incluye un nuevo Subgrupo 9.20 en el Grupo 9 de Alto Costo, con tope de RD\$1,000,000.00 y un límite máximo de copago un salario mínimo por año cotización, para la cobertura de medicamentos de Alto Costo para patologías distintas a cáncer. (Ver cuadro No. 4)

CUADRO No. 4 MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO QUE SE REQUERIRÍA GARANTIZAR PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DISTINTAS AL CÁNCER. SUBGRUPO 9.19.

EP



CNSB
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Patologías	SIMON	MEDICAMENTOS
Trastorno de crecimiento	14537	SOMATROPINA
Artritis reumatoide	14132	CICLOSPORINA
	14396	METOTREXATO
	14518	RITUXIMAB
	14083	AZATIOPRINA
Lupus Eritematoso Sistémico	14401	MICOFENOLATO MOFETILO
	14916	MICOFENOLATO SÓDICO
	14129	CICLOFOSFAMIDA
	14295	HIDROXICLOROQUINA SULFATO
Enfermedad Renal	14556	TACROLIMUS
	14046	ALBUMINA HUMANA
Hemofilia	14246	FACTOR IX COMPLEJO
	14247	FACTOR VIII
Inmunodeficiencias	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA
Enfermedad de Kawasaki	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA
Púrpura Trombocitopénica	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA
Gammaglobulinemias	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA

Fuente: SISALRIL

- e) Se instruye a las ARS a mantener, bajo la cobertura de RD\$1,000,000.00 los procedimientos de Alto Costo definidos en los subgrupos 9.15. y 9.16 (tratamiento del cáncer de adultos y pediátricos), distintos a la cobertura correspondiente a medicamentos de Alto Costo.
- f) Se instruye a las ARS a garantizar la cobertura a los afiliados que cursen con diagnóstico de tumoraciones benignas y requieran, como parte de su atención, cualquier servicio incluido dentro de los subgrupos de alto costo.
- g) La gestión, autorización y pago de los medicamentos correspondientes a la cobertura de las enfermedades nombradas, deberá realizarse de preferencia a través de la **Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo (DAMAC)**, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), aprovechando los beneficios de la compra conjunta, y serán garantizados a través del mercado cuando no se encuentren disponibles en el DAMAC.

PÁRRAFO IV: Las patologías no oncológicas para las cuales se extiende la cobertura de RD\$1,000,000.00 son las siguientes: Trastorno del Crecimiento, Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Renal, Hemofilia, Inmunodeficiencias, Enfermedad de Kawasaki, Púrpura Trombocitopénica y Gammaglobulinemias.

EP

SEXTO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a remitir al **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, en un período de **séis (6) meses**, a partir de la vigencia de la presente resolución, un **Informe** contentivo de la suficiencia del per cápita para garantizar la cobertura de los medicamentos considerados para la cobertura del tratamiento de la Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Renal, Hemofilia, Inmunodeficiencias, Enfermedad Kawasaki, Púrpura Trombocitopénica, así como, del comportamiento de su utilización y costos.

SÉPTIMO: APROBAR en el **Catálogo de Prestaciones del PDSS**, la inclusión de las siguientes Coberturas: Electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico y Neuromonitor, ampliando el acceso a dispositivos médicos, materiales y equipos, para los procedimientos contemplados en el PDSS, tal como se describen en el **Cuadro No. 5**.

PÁRRAFO I: PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS. Se aprueba la cobertura de los materiales y dispositivos requeridos para el uso del Laparoscopio, para todos los procedimientos que están descritos en el PDSS bajo este abordaje. Tales como: trócares, pinzas y tijeras para la electrocoagulación y sellados de vasos, sin que esta enunciación sea limitativa.

CUADRO No. 5. PROCEDIMIENTOS DONDE SE GARANTIZA EL USO DEL LAPAROSCOPIO.

CÓDIGO	PROCEDIMIENTOS
*12921	Uvulo-palato-faringoplastia
2780	Colecistectomía por laparoscopia
6239	Esplenografía por laparoscopia
8275	Liberación de adherencias o bridas en intestino
8720	Nefrectomía de donante vivo por laparoscopia
2781	Salpingostomia y drenaje trompa de Falopio por laparoscopia
3956	Biopsia de miometrio por laparoscopia
7437	Histerectomía laparoscópica
8615	Miomectomía uterina (única o múltiple) por laparoscopia
11919	Salpingoclasias de adherencias (leves, moderadas o severas) por laparoscopia
919	Aspiración folicular de ovario por laparoscopia

Fuente: SISALRIL

*En el caso de la **UVULO-PALATO-FARINGOPLASTÍA** se considera la garantía de dispositivo para disección y sellado de vasos con energía avanzada donde se utiliza la **TIJERA HARMONIC FOCUS**, igual que en los procedimientos laparoscópicos.

Et

PÁRRAFO II: Para fines de aplicación de este beneficio, se deberá tomar en consideración los siguientes elementos:

- a) Las ARS deberán garantizar la cobertura de los accesorios inherentes al uso del Laparoscopia, aun cuando los mismos sean reutilizables o descartables.
- b) Será garantizada la cobertura de las tijeras y pinzas de electrocoagulación ENDO, CURVA, METZENBAUM a ser utilizados con el equipo (Laparoscopia).
- c) La cobertura de los dispositivos relacionados al uso de Laparoscopia será otorgada bajo el código de **Uso de Laparoscopia** Código Simón 2521, sin embargo, para el análisis de usos y frecuencias, las ARS establecerán los mecanismos de autorizaciones y registro de cada dispositivo, con información disponible y afín a las cargas del esquema 35.

PÁRRAFO III: Las ARS deberán garantizar la cobertura de uso de dispositivo para el sellado de vasos por electrocoagulación y sutura mecánica en cirugías gástricas, colónicas, resección de intestino delgado, hemorroidectomía y colecistectomía, según los procedimientos incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS.

PÁRRAFO IV: Las ARS deberán garantizar la cobertura de las pinzas de electrocoagulación y las grapadoras quirúrgicas, sean estas lineales o circulares, para las cirugías del tracto gastrointestinal contempladas en el PDSS, a saber:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	2780
ESPLENORRAFÍA POR LAPAROSCOPIA	6239
NEFRECTOMÍA DE DONANTE VIVO POR LAPAROSCOPIA	8720
SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	2781
BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROSCOPIA	3956
HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA	7437
MIOMECTOMIA UTERINA (UNICA O MULTIPLE) POR LAPAROSCOPIA	8615
SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) POR LAPAROSCOPIA	11919
ASPIRACIÓN FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	919
USO DE LAPAROSCOPIO	2521
LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA	—
APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	3371
APENDICECTOMIA POR PERFORACION, CON DRENAJE DE ABCESO, LIBERACION DE PLASTRÓN Y/O DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA SOD	162

4/10

UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA

12921

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO V: Las ARS deberán garantizar el uso del Microscopio quirúrgico en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
REPARACION DE ANEURISMA POR ENVOLTURA (REFORZAMIENTO DE PARED)	150
DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA	2772
DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA	2774
DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIÓ OPTICO, POR CRANEOTOMIA	5186
DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL	5470
ESCISION O RESECCION DE NERVIOS CRANEALES O PERIFERICOS SOD	6101
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMIA	6625
LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES SOD +	8411
OCCLUSION DE LESION EN VASOS INTRACRANEALES, VIA ENDOVASCULAR	
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE IMPLANTADO	10056
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO	10057
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)	10058
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR	10060

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO VI: Las ARS deberán garantizar el uso del Neuronavegador en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA +	35
RESECCION DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR SOD §	2762
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL +	2763
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL +	2764
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR+	2765
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	2766
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOMIA EXTENDIDA +	2767

EF

RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	2768
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	2769
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	2770
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ENDOSCOPICA TRANSESFENOIDAL	11411
RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO, POR CRANEOTOMIA	11480
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA +	11645
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA +	11646
RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA	11650

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO VII: Las ARS deberán garantizar el uso del aspirador ultrasónico en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CODIGO
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA +	35
RESECCION DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR SOD §	2762
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL +	2763
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL +	2764
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR+	2765
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	2766
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA +	2767
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	2768
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	2769
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	2770
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ENDOSCOPICA TRANSESFENOIDAL	11411
RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO, POR CRANEOTOMIA	11480
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA +	11645
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA +	11646
RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA	11650

Fuente: SISALRIL

EP

PÁRRAFO VIII: Las ARS deberán garantizar el uso del Neuromonitor en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1- C2 Y DUROPLASTIA +	40
CORRECCION DE MALFORMACIONES DE MEDULA ESPINAL SOD §	4895
ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL (PLIF) DE COLUMNA VERTEBRAL CON INSTRUMENTACION	2554
TIROIDECTOMIA SUBTOTAL (LOBECTOMIA TIROIDEA PARCIAL DE AMBOS LOBULOS O TOTAL DE UNO Y PARCIAL DE OTRO)	12536
TIROIDECTOMIA RESIDUAL	12530
HEMITIROIDECTOMIA SOD §	57
RESECCION DE LESIÒN EN TIROIDES SOD +	58
TIROIDECTOMIA TOTAL SOD +	59
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA +	35
RESECCION DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR SOD §	2762
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL +	2763
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL +	2764
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR+	2765
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	2766
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA +	2767
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	2768
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRASCOCLEAR	2769
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	2770
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ENDOSCOPICA TRANSESFENOIDAL	11411

Fuente: SISALRIL

46/0

PÁRRAFO IX: Las ARS deberán garantizar la cobertura de la disección y sellado de vasos con energía avanzada para los procedimientos siguientes, en los casos requeridos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICION INTESTINAL SOD	159
GASTRODUODENOSTOMIA SOD	158
GASTROYEYUNOSTOMIA SOD	2718
GASTRECTOMIA PARCIAL, CON RECONSTRUCCION CON O SIN VAGOTOMIA SOD	2778
RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS +	2809
COLOSTOMIA TEMPORAL SOD	2810
CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO SOD §	2812
CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL	2813
CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON	2814
CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES NCOC	2815
CORRECCION DE ATRESIA DE COLON	2816
HEPATECTOMIA DE DOSSEGMENTOS	2820
HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA	2821
LOBECTOMIA HEPATICA SOD	2822
HEMICOLECTOMIA DERECHA SOD	7267
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA SOD	7269
ESCISION DE HEMORROIDES INTERNAS	166
ESCISION DE HEMORROIDES EXTERNAS	167
COLECISTECTOMIA POR LAPAROTOMIA	171

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO X: Las ARS deberán garantizar los accesorios de los equipos o dispositivos considerados como instrumento esencial o base para el abordaje a una cavidad o área anatómica determinada, en el marco de la realización de un procedimiento contemplado en el PDSS; tal es el caso, pero no limitativamente, de: cistoscopia, uretrótomo, craneótomo, litotriptor, entre otros.

PÁRRAFO XI: Las ARS deberán garantizar el uso de las bandejas de instrumentación y equipos de óptica utilizados para magnificar el área quirúrgica, como parte de la cobertura

de los procedimientos contemplados en el PDSS, por lo que los mismos deben formar parte del proceso de contratación de tarifas.

PÁRRAFO XII: Las ARS deberán garantizar el uso de la manta térmica, como parte del protocolo quirúrgico de los procedimientos o casos que lo ameriten, siempre que los mismos sean justificados.

OCTAVO: **ORDENAR** a la **SISALRIL** separar y corregir la cobertura 2521 (Uso de Laparoscopia/Laparoscopia Diagnóstica), de forma tal que en lo adelante se describan dos coberturas distintas, a saber: la Laparoscopia Diagnóstica, considerada como un acto quirúrgico anestésico y el uso de Laparoscopia como equipos y materiales, a saber:

COBERTURA TIPO	DESCRIPCIÓN
USO DE APARATOLOGIA	USO DEL LAPAROSCOPIO
ACTO QUIRÚRGICO Y/O ANESTÉSICO	LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA

NOVENO: **INSTRUIR** a la **SISALRIL** la modificación del código 885 BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO SOD, a los fines de separar el procedimiento endoscópico de la anatomía patológica. El código existente se mantendrá para el estudio anatómopatológico de la muestra extraída y se creará un código para el procedimiento:

COBERTURA TIPO	DESCRIPCIÓN
BIOPSIAS	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO SOD,
ENDOSCOPIAS	ENDOSCOPÍA DIGESTIVA

DÉCIMO: **APROBAR** la inclusión en el Catálogo de Prestaciones del PDSS la cobertura de la Apendicetomía por Laparoscopia, por lo que, se instruye su codificación a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

DÉCIMO PRIMERO: **ORDENAR** a la **SISALRIL** a incluir un nuevo tipo de cobertura en el PDSS, denominándola Uso de Aparatología y a codificar y clasificar en esta el Uso de Microscopio, Uso de Neuromonitor, Uso de Neuronavegador y Uso Aspirador Ultrasónico, a los fines de dar seguimiento a sus frecuencias de utilización y costos asociados.

DÉCIMO SEGUNDO: **APROBAR** la inclusión en el Catálogo de Prestaciones del PDSS la cobertura de la Hemodiálisis Renal Sustitutiva Continua para afiliados con fallo renal agudo que cumplan con criterios para su utilización, con un máximo de tres (3) sesiones por evento, es decir, hasta 72 horas de tratamiento, según indicaciones y pertinencia.

PÁRRAFO: La cobertura de la Hemodiálisis Renal Sustitutiva Continua será otorgada bajo el Subgrupo 9.5, como parte de la cobertura limitada a un millón de pesos para Diálisis.



DÉCIMO TERCERO: INSTRUIR a la **SISALRIL** a modificar la gradualidad ajustada al tope establecido en la presente resolución.

DÉCIMO CUARTO: Las disposiciones de esta Resolución para el **Régimen Subsidiado, los Planes Especiales de Salud para Jubilados y Pensionados** entrarán en vigencia a partir del mes de Enero del año dos mil veintitrés (2023), para lo cual, se apodera a la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel)** a dar seguimiento a este dispositivo, realizando las reuniones necesarias y presentar un Informe al CNSS antes de finalizar este año 2022, a los fines de poder dar cumplimiento al presente mandato.

DÉCIMO QUINTO: INSTRUIR a la **Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)** y a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a dar a conocer a la población los beneficios establecidos en la presente resolución, realizando las campañas publicitarias correspondientes.

DÉCIMO SEXTO: INSTRUIR al **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución al **MISPAS**, a la **SISALRIL**, **TSS**, a todas las **ARS habilitadas**, a todas las **PSS** que prestan servicios en el SFS, al **Servicio Nacional de Salud, ADARS, ADIMARS** y a **las demás instituciones del SDSS**, para los fines de su cumplimiento; así como, a **publicarla** en un periódico de circulación nacional.

DÉCIMO SÉPTIMO: La presente resolución será aplicada de manera retroactiva para los afiliados directos al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo (RC), de la siguiente manera: a) El incremento de **Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33)** al per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), a partir del **1 de septiembre del 2022**; y para los dependientes adicionales entrará en vigencia a partir del **1 de noviembre del 2022**; y b) Se reconocerá la suma de **Ciento Dos Pesos con 71/100 (RD\$102.71)**, por concepto de indexación al per cápita mensual, retroactivo al 1ero. de agosto del 2022, con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, que incluirá el reembolso de gastos médicos incurridos y pagados por el afiliado, por las prestaciones que se incluyen en la presente resolución, desde el 1ero. de agosto del 2022 hasta la entrada en vigencia de la presente resolución; y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

Resolución No. 553-03: CONSIDERANDO 1: Que el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** emitió la **Resolución No. 537-05, d/f 24/3/2022**, donde se estableció lo siguiente: **PRIMERO: APROBAR** el borrador de Propuesta para la modificación integral del Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), e **INSTRUIR** a la Gerente General del CNSS a iniciar el proceso de Consulta Pública de dicho documento, a los fines de ser publicado en un periódico de circulación nacional, en apego a las disposiciones de los artículos 23 y siguientes de la Ley 200-04 General de Libre Acceso a la Información Pública y los artículos 6 y 7 del Reglamento Interno del CNSS. **PÁRRAFO:** Luego de culminado el proceso de Consulta Pública, las observaciones realizadas a la propuesta de modificación integral del Reglamento para la Organización y Regulación de las ARS serán remitidas a los miembros de la Comisión Permanente de Reglamentos (CPR), para fines de análisis y estudio, debiendo dicha Comisión presentar un Informe al CNSS.

