

**PROYECTO DE LEY, EN COMISIÓN MIXTA, QUE CREA EL SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO, A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL, EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA.
BOLETÍN N° 12.662-11**

| TEXTOS LEGALES VIGENTES | PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS (PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL) | TEXTO PROPUESTO POR LAS COMISIONES DE SALUD Y DE HACIENDA DEL SENADO (Modificaciones en negrita) RECHAZADO POR EL SENADO (SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL) | PROPOSICIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA | TEXTO FINAL, DE APROBARSE LA PROPOSICIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA |
|---|--|--|--|---|
| | | PROYECTO DE LEY | - Ha aprobado el siguiente texto: Título "Ley que crea el sistema de acceso priorizado a determinadas intervenciones sanitarias". (Unanimidad 9x0) | PROYECTO DE LEY |
| D.F.L. N° 1, DEL MINISTERIO DE SALUD, DE 2005, FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469 | "Artículo único.- Incorpórase, a continuación del artículo 143, el siguiente artículo 143 bis en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las | "Artículo único.- Incorpórase, a continuación del artículo 143, el siguiente artículo 143 bis en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las | Artículo único "Artículo único.- Modifíquese el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, en el siguiente sentido: | "Artículo único.- Modifíquese el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, en el siguiente sentido: |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.</p> <p>Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.</p> <p>Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el</p> | <p>leyes N° 18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor:</p> <p>“Artículo 143 bis.- Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con</p> | <p>leyes N° 18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor:</p> <p>“Artículo 143 bis.- Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con</p> | <p>Incorpórase, a continuación del artículo 140, los siguientes artículos 140 bis a 140 octies, nuevos:</p> <p>“Artículo 140 bis.- Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.</p> <p>La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, medicamentos hospitalarios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.</p> | <p>Incorpórase, a continuación del artículo 140, los siguientes artículos 140 bis a 140 octies, nuevos:</p> <p>“Artículo 140 bis.- Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.</p> <p>La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, medicamentos hospitalarios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.</p> |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <p>referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:</p> <p>a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 159 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para</p> | <p>el seguro, a través de la definición de “canastas de prestaciones prioritarias”, elaboradas en base a una priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés. Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, y aprobado por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.</p> <p>La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:</p> <p>a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.</p> <p>b) Un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población.</p> | <p>el seguro, a través de la definición de “canastas de prestaciones prioritarias”, elaboradas en base a una priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés. Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, y aprobado por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.</p> <p>La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:</p> <p>a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.</p> <p>b) Un análisis cuantitativo de listas de espera y de sus beneficiarios, de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar tanto la resolución de casos efectuada por establecimientos del Sistema Nacional de</p> | <p>El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes.</p> <p>Para los efectos del artículo 140 quinquies, la contratación o adjudicación de estos contratos o convenios deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.</p> <p>Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.</p> <p>(Unanimidad 10x0 y 8x0)</p> <p>Artículo 140 ter.- Durante el último mes de cada año, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula “Por</p> | <p>El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes.</p> <p>Para los efectos del artículo 140 quinquies, la contratación o adjudicación de estos contratos o convenios deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.</p> <p>Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.</p> <p>Artículo 140 ter.- Durante el último mes de cada año, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula “Por</p> |
|---|---|---|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;</p> <p>b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y</p> <p>c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias.</p> | <p>c) Un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud.</p> <p>d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.</p> <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> <p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá preferentemente convenios con prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud u otros prestadores públicos, universitarios o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente por los prestadores antes</p> | <p><i>Servicios de Salud, así como las necesidades de la población.</i></p> <p><i>c) Un análisis de la oferta disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud por parte de los establecimientos de salud pertenecientes a Universidades y Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.</i></p> <p>d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.</p> <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> <p><i>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con establecimientos de salud pertenecientes a las</i></p> | <p>orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada.</p> <p>El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este elabore previamente, el cual considerará especialmente:</p> <p>a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.</p> <p>b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutive de los</p> | <p>orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada.</p> <p>El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este elabore previamente, el cual considerará especialmente:</p> <p>a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.</p> <p>b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutive de los</p> |
|--|---|--|---|---|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.</p> <p>Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.</p> <p>No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será</p> | <p>mencionados, se podrá suscribir dicho convenio con prestadores privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la Modalidad de Libre Elección. La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en cuyas bases se establecerá un arancel de referencia que será obligatorio para el prestador.</p> <p>Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886¹, cuando corresponda.</p> <p>Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.</p> | <p>Universidades del Estado o reconocidas por éste, y con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.</p> <p>Los prestadores o establecimientos sujetos de estos convenios, podrán otorgar servicios de salud en esta modalidad. De las ofertas recibidas en conformidad a la ley N° 19.886, Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes. En ningún caso el precio a pagar a los prestadores o establecimientos así seleccionados, podrá superar el valor que se haya fijado para el tratamiento o intervención de que se trate en los prestadores o establecimientos del sector público.</p> <p>Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos B, C, o D, y que hayan enterado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los</p> | <p>prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.</p> <p>Este análisis deberá considerar un estudio del uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Salud, dentro del horario de funcionamiento regular.</p> <p>c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.</p> <p>d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del</p> | <p>prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.</p> <p>Este análisis deberá considerar un estudio del uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Salud, dentro del horario de funcionamiento regular.</p> <p>c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.</p> <p>d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del</p> |
|---|--|--|--|--|

¹ Ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.</p> <p>Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.</p> <p>La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en</p> | | <p>beneficiarios que de él dependen.</p> <p>La activación debe efectuarse ante Fonasa por el beneficiario o su representante, en cualquier momento, en conformidad con lo establecido en el reglamento de que trata el inciso décimo tercero del presente artículo. Este reglamento deberá disponer la forma de activación del seguro ante Fonasa, y el plazo y procedimiento para la designación del prestador por parte de Fonasa.</p> <p>Para la designación del prestador, Fonasa deberá seguir el siguiente orden de prelación, en consideración al lugar de residencia del beneficiario:</p> <p>a) Prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tengan capacidad resolutive.</p> <p>b) Prestadores o establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este.</p> | <p>presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.</p> <p>Este estudio, así como los elementos en que se funda, deberán ser publicados en la página institucional del Ministerio de Salud y ser remitidos a las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputados, y del Honorable Senado, una vez sea publicado el decreto señalado en el inciso primero.</p> <p>No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en</p> | <p>presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.</p> <p>Este estudio, así como los elementos en que se funda, deberán ser publicados en la página institucional del Ministerio de Salud y ser remitidos a las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputados, y del Honorable Senado, una vez sea publicado el decreto señalado en el inciso primero.</p> <p>No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en</p> |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.</p> <p>De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de</p> | <p>Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por el Fondo Nacional de Salud y el beneficiario de la siguiente forma:</p> <p>1. Mediante un deducible, que soportará el beneficiario y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos² B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.</p> <p>2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de</p> | <p>c) Prestadores o Establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.</p> <p>Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por el Fondo Nacional de Salud y el beneficiario de la siguiente forma:</p> <p>1. Mediante un deducible, que soportará el beneficiario y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 ingresos mínimos mensuales para aquellos beneficiarios del tramo B.</p> <p>2. Por sobre el monto a que se</p> | <p>todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.</p> <p>La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.</p> <p>El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.</p> <p>Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un</p> | <p>todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.</p> <p>La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.</p> <p>El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.</p> <p>Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un</p> |
|--|--|--|---|---|

² El artículo 160 fija los grupos A, B, C y D, para efectos del copago por las prestaciones.

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <p>Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.</p> <p>Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.</p> <p>El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional,</p> | <p>Salud.</p> <p>3. Se establece un “gasto máximo anual por beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este “gasto máximo anual por beneficiario” no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos B, C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo A.</p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> | <p>refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>3. Se establece un “gasto máximo anual por beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, ni de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.</p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito</p> | <p>riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.</p> <p>(Unanimidad 8x0, 10x0 y 9x0)</p> <p>Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.</p> <p>(Unanimidad 9x0)</p> <p>Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el</p> | <p>riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.</p> <p>Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.</p> <p>Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el</p> |
|---|---|---|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <p>establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.</p> <p>Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.</p> <p style="text-align: center;">- - -</p> | <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos y plazos para activar esta cobertura, así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.</p> <p>El seguro de este artículo no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.996, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.</p> <p>La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.</p> | <p>además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos y plazos para activar esta cobertura, así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.</p> <p>El seguro de este artículo no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.</p> <p>La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. A quienes transgredan las</p> | <p>Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación.</p> <p>La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas</p> | <p>Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación.</p> <p>La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas</p> |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>Artículo 168.- Las personas que sin tener la calidad de beneficiarios obtuvieron mediante simulación o engaño los beneficios de este Libro; y los beneficiarios que, en igual forma, obtuvieron un beneficio mayor que el que les corresponda, serán sancionados con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.</p> <p>En igual sanción incurrirán las personas que faciliten los medios para la comisión de alguno de los delitos señalados en el inciso anterior.</p> <p>Artículo 169.- Los profesionales que infringieren lo dispuesto en el artículo 143, inciso sexto, serán sancionados con las penas establecidas en los artículos 467 y 494, N° 19, según corresponda, del Código Penal.</p> | <p>En el evento de que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.</p> <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de <u>seis meses</u>, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3³ de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.</p> <p>La reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en</p> | <p>disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.</p> <p>En el evento de que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.</p> <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de sesenta días, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3 de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.</p> | <p>personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias prioritizadas.</p> <p>Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.</p> <p>El decreto del artículo 140 tendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, siempre se deberá priorizar los tiempos de espera de las personas y la necesidad sanitaria.</p> <p>(Unanimidad 9x0)</p> <p>Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias prioritizadas de conformidad al decreto al que se refiere el</p> | <p>personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias prioritizadas.</p> <p>Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.</p> <p>El decreto del artículo 140 tendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, siempre se deberá priorizar los tiempos de espera de las personas y la necesidad sanitaria.</p> <p>Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias prioritizadas de conformidad al decreto al que se refiere el</p> |
|--|---|---|--|---|

³ Artículo 3º.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial "No Ges" y la capacidad instalada, en un plazo no superior a ocho años.</p> | <p>La reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial "No Ges" y la capacidad instalada, en un plazo no superior a ocho años.</p> <p><i>El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas necesarias para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en este artículo. Lo anterior se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento, conforme a la Modalidad de Atención Institucional, el mismo número y tipo de intervenciones y tratamientos que los beneficiarios del tramo B hayan hecho uso en este</i></p> | <p>artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto.</p> <p>El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:</p> <p>a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.</p> <p>Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente</p> | <p>artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto.</p> <p>El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:</p> <p>a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.</p> <p>Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>seguro en el año inmediatamente anterior, salvo para el primer año de vigencia de este artículo, el cual se ejecutará de acuerdo con las estimaciones que realice Fonasa mediante una resolución exenta. Estas prestaciones para los beneficiarios del tramo A deberán ser practicadas por los prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El reglamento del Ministerio de Salud, a que se refiere el inciso décimo tercero de este artículo, determinará los criterios objetivos en los cuales se deberá fundar la selección de los beneficiarios del tramo A que serán atendidos conforme a lo establecido en el presente artículo.”.</p> | <p>al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.</p> <p>Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos sexto y séptimo del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.</p> <p>(Unanimidad 9x0)</p> <p>Artículo 140 septies.- El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso</p> | <p>al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.</p> <p>Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos sexto y séptimo del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.</p> <p>Artículo 140 septies.- El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|---|---|
| | | | <p>al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley. (Unanimidad 9x0)</p> <p>Artículo 140 octies.- El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.</p> <p>Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”. (Unanimidad 9x0)</p> | <p>al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.</p> <p>Artículo 140 octies.- El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.</p> <p>Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.</p> |
| | Disposiciones transitorias | Disposiciones transitorias | Disposiciones transitorias | Disposiciones transitorias |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>Artículo primero.- Esta ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> | <p>Artículo primero.- Esta ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo tercero y décimo séptimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> | <p>Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas. (Unanimidad 9x0)</p> | <p>Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.</p> |
| | <p>Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los veinte días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá el plazo máximo de veinte días</p> | <p>Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo tercero y décimo séptimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los veinte días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá el plazo</p> | <p>Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplan en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiese financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector</p> | <p>Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplan en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiese financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|------------|
| | para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación. | máximo de veinte días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación. | Público.”. (Unanimidad 9x0) | Público.”. |
| | Artículo tercero.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley. | Artículo tercero.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley. | | |
| | Artículo cuarto.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar | Artículo cuarto.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”. | dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”. | | |
|--|---|---|--|--|