

**PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA 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 LAS MATERIAS QUE INDICA, CREA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN EL FONASA, OTORGA FACULTADES Y ATRIBUCIONES A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MODIFICA NORMAS RELATIVAS A LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL**

**BOLETÍN N° 15.896-11**

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><b>Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que 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</b></p>	<p>Artículo 1°.- Introdúcense, al Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que 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, las siguientes modificaciones:</p>		<p>PROYECTO DE LEY:</p> <p>“Artículo 1°.- Introdúcense, al Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que 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, las siguientes modificaciones:</p>
<p>Artículo 50.- Serán funciones del Fondo:</p> <p>a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 55 de la presente ley y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo;</p> <p>.....</p> <p>f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los</p>	<p>1) Intercálese, a continuación del literal f) del artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando el actual literal g) a ser h) y así sucesivamente:</p>		<p>1) Intercálese, en el artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando el actual literal g) a ser h) y así sucesivamente:</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos p3blicos, conforme a la ley;</p> <p><b>g)</b> Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la poblaci3n o para la determinaci3n y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este</p>	<p>“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitaci3n, contrataci3n e implementaci3n de la modalidad de cobertura complementaria en los t3rminos a que se refieren los art3culos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponder3, entre otras funciones, elaborar la o las p3lizas de seguro que deber3n observar las compa1as de seguro que otorgue la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisi3n para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del art3culo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931.</p> <p>Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podr3 ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contrataci3n del seguro por las personas beneficiarias se1aladas en el art3culo 144 bis;”.</p> <p>000</p>		<p>“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitaci3n, contrataci3n e implementaci3n de la modalidad de cobertura complementaria en los t3rminos a que se refieren los art3culos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponder3, entre otras funciones, elaborar la o las p3lizas de seguro que deber3n observar las compa1as de seguro que otorgue la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisi3n para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del art3culo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931.</p> <p>Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podr3 ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contrataci3n del seguro por las personas beneficiarias se1aladas en el art3culo 144 bis;”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y</p> <p>.....</p>			
<p align="center"><b>CAPITULO VII</b></p> <p align="center"><b>De la Superintendencia de Salud</b></p> <p>Artículo 107.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale este Capítulo, el Libro III de esta Ley y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.</p> <p>Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios del Libro II de esta Ley en las modalidades de atención institucional, <u>de libre elección, lo que la ley establezca</u> como Garantías Explícitas en Salud y al Sistema de</p>	<p>2) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre la frase “de libre elección,” y la frase “lo que la ley establezca” la frase “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.</p>		<p>2) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre la frase “de libre elección,” y la frase “lo que la ley establezca” la frase “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Protecci3n Financiera para Diagn3sticos y Tratamientos de Alto Costo.</p> <p>Igualmente, concernir3 a la Superintendencia la fiscalizaci3n de todos los prestadores de salud p3blicos y privados, sean 3stos personas naturales o jur3dicas, respecto de su acreditaci3n y certificaci3n, as3 como la mantenci3n del cumplimiento de los est3ndares establecidos en la acreditaci3n.</p> <p>De la misma manera, le corresponde el control y supervigilancia del Sistema de Protecci3n Financiera para Diagn3sticos y Tratamientos de Alto Costo. Para estos efectos, podr3 regular, fiscalizar y resolver las controversias respecto de prestadores, seguros, fondos e instituciones que participen de todos los sistemas previsionales de salud, incluyendo los de las Fuerzas Armadas, Carabineros de Chile, Polic3a de Investigaciones y Gendarmer3a de Chile.</p>			
<p>TITULO VI Disposiciones Finales</p> <p>Art3culo 129.- La Superintendencia tendr3, para todos los efectos legales, el</p>	<p>3) Incorp3rase, a continuaci3n del art3culo 130, el siguiente Cap3tulo VIII, nuevo:</p>		<p>3) Incorp3rase, a continuaci3n del art3culo 130, el siguiente Cap3tulo VIII, nuevo:</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>carácter de instituci3n fiscalizadora, en los t3rminos del T3tulo I del decreto ley N° 3.551, de 1981.</p> <p>.....</p> <p>Art3culo 130.- El patrimonio de la Superintendencia estar3 formado por:</p> <p>1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;</p> <p>2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;</p> <p>3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquieran a cualquier t3tulo.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">"CAP3TULO VIII</p> <p style="text-align: center;">Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud</p> <p>Art3culo 130 bis.- Cr3ase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de car3cter t3cnico, en adelante e indistintamente el "Consejo", que tendr3 como funci3n asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relaci3n con las Instituciones de Salud Previsional.</p> <p>Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deber3 asesorar oportunamente sobre el precio que las</p>		<p style="text-align: center;">"CAP3TULO VIII</p> <p style="text-align: center;">Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud</p> <p>Art3culo 130 bis.- Cr3ase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de car3cter t3cnico, en adelante e indistintamente el "Consejo", que tendr3 como funci3n asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relaci3n con las Instituciones de Salud Previsional.</p> <p>Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deber3 asesorar oportunamente sobre el precio que las</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.</p> <p>Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.</p> <p>Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882.</p> <p>Los consejeros durarán en su cargo tres</p>		<p>Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.</p> <p>Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.</p> <p>Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882.</p> <p>Los consejeros durarán en su cargo tres</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse hasta por un período sucesivo, por una sola vez.</p> <p>Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.</p> <p>Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.</p> <p>Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.</p>		<p>años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse hasta por un período sucesivo, por una sola vez.</p> <p>Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.</p> <p>Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.</p> <p>Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones Previsionales de Salud, mientras ejerzan el cargo.</p> <p>No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:</p> <p>1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.</p> <p>2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o estas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera</p>		<p>Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsionales, mientras ejerzan el cargo.</p> <p>No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:</p> <p>1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.</p> <p>2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o estas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>sea la naturaleza del v3nculo a una Instituci3n de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado seg3n lo dispuesto en el art3culo 100 de la ley N3 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por s3 o por terceras personas o sociedades.</p> <p>3) Tener inter3s econ3mico personal en uno o m3s de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su funci3n, o tenerlo su c3nyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jur3dica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o m3s de la participaci3n, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administraci3n y/o control.</p> <p>4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o m3s Instituciones de Salud Previsional, seg3n lo dispuesto en el art3culo 100 de la ley N3 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participaci3n que genere beneficios econ3micos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jur3dicas indicadas en el numeral</p>		<p>sea la naturaleza del v3nculo a una Instituci3n de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado seg3n lo dispuesto en el art3culo 100 de la ley N3 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por s3 o por terceras personas o sociedades.</p> <p>3) Tener inter3s econ3mico personal en uno o m3s de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su funci3n, o tenerlo su c3nyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jur3dica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o m3s de la participaci3n, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administraci3n y/o control.</p> <p>4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o m3s Instituciones de Salud Previsional, seg3n lo dispuesto en el art3culo 100 de la ley N3 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participaci3n que genere beneficios econ3micos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jur3dicas indicadas en el numeral</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>precedente.</p> <p>Para los efectos de lo establecido en el numeral tres anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.</p> <p>Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:</p> <p>a) Expiración del período para el que fue nombrado.</p> <p>b) Renuncia voluntaria.</p> <p>c) Condena a pena aflictiva.</p> <p>d) El fallecimiento de la persona.</p> <p>e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.</p> <p>f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.</p> <p>g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el</p>		<p>precedente.</p> <p>Para los efectos de lo establecido en el numeral tres anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.</p> <p>Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:</p> <p>a) Expiración del período para el que fue nombrado.</p> <p>b) Renuncia voluntaria.</p> <p>c) Condena a pena aflictiva.</p> <p>d) El fallecimiento de la persona.</p> <p>e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.</p> <p>f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.</p> <p>g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>incumplimiento de las normas sealadas en el art3culo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstenci3n sealado en el mismo.</p> <p>h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entender3 como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo a3o calendario, as3 como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el art3culo 130 octies.</p> <p>El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesar3 autom3ticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.</p> <p>La verificaci3n de las causales sealadas en los literales g) y h) ser3 realizada por el resto del Consejo, en sesi3n convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podr3 sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.</p>		<p>incumplimiento de las normas sealadas en el art3culo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstenci3n sealado en el mismo.</p> <p>h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entender3 como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo a3o calendario, as3 como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el art3culo 130 octies.</p> <p>El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesar3 autom3ticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.</p> <p>La verificaci3n de las causales sealadas en los literales g) y h) ser3 realizada por el resto del Consejo, en sesi3n convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podr3 sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de 90 días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.</p> <p>Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.</p> <p>Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular,</p>		<p>Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de 90 días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.</p> <p>Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.</p> <p>Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular,</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>estar3n obligados a realizar la declaraci3n de intereses y patrimonio establecida en el T3tulo II de dicha ley. Tambi3n, a los consejeros les ser3n aplicables las normas contenidas en la ley N3 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.</p> <p>Art3culo 130 octies.- El Superintendente deber3 convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses. Podr3 tambi3n convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que as3 lo requieran.</p> <p>Para sesionar, el Consejo requerir3 un qu3rum m3nimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendr3n derecho a voz y voto. El Consejo adoptar3 sus acuerdos por la mayor3a simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayor3a, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendr3 la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deber3 dejarse constancia en el acta de la sesi3n respectiva, donde tambi3n deber3n consignarse los votos de</p>		<p>estar3n obligados a realizar la declaraci3n de intereses y patrimonio establecida en el T3tulo II de dicha ley. Tambi3n, a los consejeros les ser3n aplicables las normas contenidas en la ley N3 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.</p> <p>Art3culo 130 octies.- El Superintendente deber3 convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses. Podr3 tambi3n convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que as3 lo requieran.</p> <p>Para sesionar, el Consejo requerir3 un qu3rum m3nimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendr3n derecho a voz y voto. El Consejo adoptar3 sus acuerdos por la mayor3a simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayor3a, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendr3 la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deber3 dejarse constancia en el acta de la sesi3n respectiva, donde tambi3n deber3n consignarse los votos de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>minoría</p> <p>El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.</p> <p>Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.</p> <p>Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información</p>		<p>minoría</p> <p>El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.</p> <p>Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.</p> <p>Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>pública.</p> <p>Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.</p> <p>Artículo 130 nonies.- Un reglamento expedido por intermedio del Ministerio de Salud establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.”.</p>		<p>pública.</p> <p>Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.</p> <p>Artículo 130 nonies.- Un reglamento expedido por intermedio del Ministerio de Salud establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.”.</p>
<p>Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de "libre elección" que se establece en el artículo siguiente, caso en el cual gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.</p>	<p>4) Reemplázase, el artículo 142, por el siguiente:</p> <p>“Artículo 142.- No obstante, lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.</p>		<p>4) Reemplázase, el artículo 142, por el siguiente:</p> <p>“Artículo 142.- No obstante, lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Artículo 144.- La modalidad de "libre elección", a que se refieren los artículos 142 y 143, se aplicará a la atención odontológica, en la forma que determine el reglamento y en la medida que exista disponibilidad presupuestaria.</p>	<p>5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:</p> <p>“Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.</p> <p>Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.</p> <p>Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto</p>		<p>5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:</p> <p>“Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.</p> <p>Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.</p> <p>Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso m3nimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorer3a General de la Rep3blica para estos efectos no fueren suficientes, podr3n cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del art3culo 90 de ese cuerpo normativo.</p> <p>Art3culo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el art3culo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de obtener acceso y protecci3n financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, oblig3ndose al pago de una prima complementaria.</p> <p>Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo, las personas inscritas deber3n pagar una prima adicional a la cotizaci3n legal para salud, por la cual recibir3n una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas</p>		<p>pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso m3nimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorer3a General de la Rep3blica para estos efectos no fueren suficientes, podr3n cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del art3culo 90 de ese cuerpo normativo.</p> <p>Art3culo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el art3culo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de obtener acceso y protecci3n financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, oblig3ndose al pago de una prima complementaria.</p> <p>Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo, las personas inscritas deber3n pagar una prima adicional a la cotizaci3n legal para salud, por la cual recibir3n una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>prestaciones.</p> <p>Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria ser3n financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compa3a de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria, y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, de acuerdo con el arancel que se fije al efecto.</p> <p>Una resoluci3n del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecer3 el arancel se3alado en el presente art3culo. Dicha resoluci3n deber3 ser suscrita, adem3s, por el Ministerio de Hacienda.</p> <p>Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de pr3stamos contemplados en el art3culo 162 de esta ley.</p> <p>Art3culo 144 qu3ter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria acceder3n, adem3s, a un seguro catastr3fico en virtud del cual tendr3n derecho a una protecci3n financiera especial que cubrir3 todos los copagos derivados de</p>		<p>prestaciones.</p> <p>Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria ser3n financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compa3a de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria, y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, de acuerdo con el arancel que se fije al efecto.</p> <p>Una resoluci3n del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecer3 el arancel se3alado en el presente art3culo. Dicha resoluci3n deber3 ser suscrita, adem3s, por el Ministerio de Hacienda.</p> <p>Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de pr3stamos contemplados en el art3culo 162 de esta ley.</p> <p>Art3culo 144 qu3ter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria acceder3n, adem3s, a un seguro catastr3fico en virtud del cual tendr3n derecho a una protecci3n financiera especial que cubrir3 todos los copagos derivados de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.</p> <p>El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.</p> <p>La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.</p> <p>Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.</p>		<p>un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.</p> <p>El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.</p> <p>La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.</p> <p>Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Asimismo, la resoluci3n a que hace referencia el inciso cuarto del art3culo anterior podr3 excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastr3fico.</p> <p>Art3culo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad se3alada en el art3culo 144 ter deber3 inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del art3culo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al art3culo 29 de la ley N°20.830, que crea el Acuerdo de Uni3n Civil, si correspondiere.</p> <p>Realizada la inscripci3n, la persona afiliada deber3 pagar una prima por s3 y por cada persona inscrita. Las primas complementarias constituir3n ingreso para la compa3a de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituir3n, en ning3n caso, ingreso fiscal ni formar3n parte del presupuesto p3blico.</p> <p>La prima complementaria ser3 la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinc3n ni discriminaci3n alguna.</p> <p>El valor de la prima complementaria se fijar3 en unidades de fomento y se determinar3 en la forma establecida en las Bases de Licitaci3n. El Director del Fondo Nacional de Salud deber3</p>		<p>Asimismo, la resoluci3n a que hace referencia el inciso cuarto del art3culo anterior podr3 excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastr3fico.</p> <p>Art3culo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad se3alada en el art3culo 144 ter deber3 inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del art3culo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al art3culo 29 de la ley N°20.830, que crea el Acuerdo de Uni3n Civil, si correspondiere.</p> <p>Realizada la inscripci3n, la persona afiliada deber3 pagar una prima por s3 y por cada persona inscrita. Las primas complementarias constituir3n ingreso para la compa3a de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituir3n, en ning3n caso, ingreso fiscal ni formar3n parte del presupuesto p3blico.</p> <p>La prima complementaria ser3 la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinc3n ni discriminaci3n alguna.</p> <p>El valor de la prima complementaria se fijar3 en unidades de fomento y se determinar3 en la forma establecida en las Bases de Licitaci3n. El Director del Fondo Nacional de Salud deber3</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>adecuar mediante una resoluci3n el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del art3culo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la poblaci3n inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitaci3n y en conformidad a la f3rmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones ser3n aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovaci3n de la inscripci3n en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificaci3n por parte de la compa1a de seguros, por medios electr3nicos o carta certificada, la que deber3 realizarse con treinta d3as de anticipaci3n a dicha renovaci3n.</p> <p>La inscripci3n de la persona afiliada en la modalidad ser3 por un plazo de doce meses, renovable autom3ticamente por periodos iguales, y podr3 renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a trav3s de sus canales de atenci3n con al menos diez d3as de anticipaci3n al t3rmino del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podr3, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en</p>		<p>adecuar mediante una resoluci3n el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del art3culo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la poblaci3n inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitaci3n y en conformidad a la f3rmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones ser3n aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovaci3n de la inscripci3n en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificaci3n por parte de la compa1a de seguros, por medios electr3nicos o carta certificada, la que deber3 realizarse con treinta d3as de anticipaci3n a dicha renovaci3n.</p> <p>La inscripci3n de la persona afiliada en la modalidad ser3 por un plazo de doce meses, renovable autom3ticamente por periodos iguales, y podr3 renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a trav3s de sus canales de atenci3n con al menos diez d3as de anticipaci3n al t3rmino del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podr3, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>cesantía, variación permanente de su cotización legal, y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.</p> <p>Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un periodo de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.</p> <p>En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de</p>		<p>cesantía, variación permanente de su cotización legal, y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.</p> <p>Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un periodo de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.</p> <p>En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, s3lo podr3 volver a inscribirse en aquella transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deber3, adem3s, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripci3n a esta modalidad en periodos anteriores.</p> <p>Art3culo 144 sexies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicar3 mediante licitaci3n p3blica el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que acceder3n las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.</p> <p>El proceso de licitaci3n se regir3 por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deber3n ser p3blicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.</p> <p>Las Bases de Licitaci3n para cada proceso ser3n establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resoluci3n, que deber3 ser suscrita adem3s por la Direcci3n de Presupuestos.</p>		<p>Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, s3lo podr3 volver a inscribirse en aquella transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deber3, adem3s, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripci3n a esta modalidad en periodos anteriores.</p> <p>Art3culo 144 sexies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicar3 mediante licitaci3n p3blica el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que acceder3n las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.</p> <p>El proceso de licitaci3n se regir3 por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deber3n ser p3blicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.</p> <p>Las Bases de Licitaci3n para cada proceso ser3n establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resoluci3n, que deber3 ser suscrita adem3s por la Direcci3n de Presupuestos.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Estas Bases contendr3n las condiciones necesarias para la adjudicaci3n de la licitaci3n y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:</p> <p>a) Las etapas y plazos de la licitaci3n, los plazos y modalidades de aclaraci3n de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluaci3n de las ofertas, la adjudicaci3n y la firma del contrato respectivo;</p> <p>b) Las condiciones y exigencias que deber3n cumplir las ofertas;</p> <p>c) Los criterios objetivos que ser3n considerados para adjudicar la licitaci3n, entre los que deber3 incluirse un valor de la prima;</p> <p>d) La forma de designaci3n de las comisiones evaluadoras;</p> <p>e) El plazo de duraci3n del contrato;</p> <p>f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y de la protecci3n financiera especial, incluyendo el deducible conforme al art3culo 144 qu3ter, el que deber3 establecerse en proporci3n a la prima</p>		<p>Estas Bases contendr3n las condiciones necesarias para la adjudicaci3n de la licitaci3n y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:</p> <p>a) Las etapas y plazos de la licitaci3n, los plazos y modalidades de aclaraci3n de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluaci3n de las ofertas, la adjudicaci3n y la firma del contrato respectivo;</p> <p>b) Las condiciones y exigencias que deber3n cumplir las ofertas;</p> <p>c) Los criterios objetivos que ser3n considerados para adjudicar la licitaci3n, entre los que deber3 incluirse un valor de la prima;</p> <p>d) La forma de designaci3n de las comisiones evaluadoras;</p> <p>e) El plazo de duraci3n del contrato;</p> <p>f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y de la protecci3n financiera especial, incluyendo el deducible conforme al art3culo 144 qu3ter, el que deber3 establecerse en proporci3n a la prima</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>complementaria;</p> <p>g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N°251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;</p> <p>h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas</p>		<p>complementaria;</p> <p>g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N°251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;</p> <p>h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>en que dichas medidas deber3n fundarse, as3 como el procedimiento para su aplicaci3n;</p> <p>i) Las modificaciones y las causales de terminaci3n de los contratos;</p> <p>j) Las caracter3sticas y condiciones generales de la p3liza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las f3rmulas de adecuaci3n de esta 3ltima; y</p> <p>k) Cualquier otra condici3n que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.</p> <p>Art3culo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitaci3n, o bien, todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deber3 convocar a un nuevo proceso de licitaci3n p3blica dentro de un plazo m3ximo de tres meses desde esa declaraci3n. Para convocar este proceso, el Fondo deber3 emitir una nueva resoluci3n que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al art3culo 144 quinquies.</p>		<p>en que dichas medidas deber3n fundarse, as3 como el procedimiento para su aplicaci3n;</p> <p>i) Las modificaciones y las causales de terminaci3n de los contratos;</p> <p>j) Las caracter3sticas y condiciones generales de la p3liza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las f3rmulas de adecuaci3n de esta 3ltima; y</p> <p>k) Cualquier otra condici3n que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.</p> <p>Art3culo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitaci3n, o bien, todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deber3 convocar a un nuevo proceso de licitaci3n p3blica dentro de un plazo m3ximo de tres meses desde esa declaraci3n. Para convocar este proceso, el Fondo deber3 emitir una nueva resoluci3n que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al art3culo 144 quinquies.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o m3s oferentes, el Fondo Nacional de Salud podr3 realizar un proceso de contrataci3n directa de conformidad a los t3rminos de referencia que este fije mediante una resoluci3n que deber3 ser suscrita por la Direcci3n de Presupuestos.</p> <p>En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitaci3n, si este se declarase desierto, dicha declaraci3n habilitar3 al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes. De no ser posible la pr3rroga, el Fondo Nacional de Salud podr3 realizar un proceso de contrataci3n directa de conformidad al presente art3culo.</p> <p>En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguir3n afectas al R3gimen a que se refiere el Libro II de esta ley.</p> <p>Art3culo 144 octies. - En todo lo que no est3 regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los art3culos 144 bis, 144 ter, 144 qu3ter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicar3n las normas de la Modalidad de Libre Elecci3n a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.</p>		<p>Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o m3s oferentes, el Fondo Nacional de Salud podr3 realizar un proceso de contrataci3n directa de conformidad a los t3rminos de referencia que este fije mediante una resoluci3n que deber3 ser suscrita por la Direcci3n de Presupuestos.</p> <p>En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitaci3n, si este se declarase desierto, dicha declaraci3n habilitar3 al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes. De no ser posible la pr3rroga, el Fondo Nacional de Salud podr3 realizar un proceso de contrataci3n directa de conformidad al presente art3culo.</p> <p>En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguir3n afectas al R3gimen a que se refiere el Libro II de esta ley.</p> <p>Art3culo 144 octies. - En todo lo que no est3 regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los art3culos 144 bis, 144 ter, 144 qu3ter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicar3n las normas de la Modalidad de Libre Elecci3n a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Artículo 164.- Para los efectos de lo dispuesto en los artículos 160 y 161, se entenderá por ingreso mensual la suma de todos los ingresos que el afiliado reciba en forma habitual cada mes.</p> <p>En el caso de los afiliados que reciban ingresos habituales cuyo monto sea variable, como el de los comisionistas, trabajadores eventuales o transitorios, o cualquier otro trabajador contratado para la realización de una determinada obra o faena, se entenderá por ingreso mensual el promedio de lo percibido en los últimos doce meses.</p> <p>Se entenderá que constituyen ingresos los sueldos, sobresueldos, comisiones, participaciones, gratificaciones o cualquier otra asignación o contraprestación en dinero pagada por servicios personales, pensiones, montepíos, honorarios provenientes del ejercicio de profesiones liberales o de cualquier profesión u ocupación lucrativa y, en general, toda utilidad o beneficio que rinda una cosa o actividad, cualquiera que sea su naturaleza, origen o denominación.</p> <p>No se considerarán ingresos para los efectos de esta Ley, aquéllos señalados en el artículo 17 de la Ley sobre</p>	<p>6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente oración:</p>		<p>6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente oración:</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Impuesto a la Renta, con excepci3n de los N°s. 17, 19, 26 y 27 y de las situaciones indicadas en el art3culo 18 del mismo cuerpo legal. Tampoco se considerarn como ingresos, las asignaciones de movilizaci3n, de p3rdida de caja, de desgaste de herramientas, colaci3n, viaticos y las prestaciones familiares legales.</p> <p>En el caso que ambos c3nyuges sean afiliados, sus hijos y dem3s cargas de familia se considerarn pertenecientes al grupo que corresponda al c3nyuge cuyo ingreso mensual sea m3s elevado, aunque el otro c3nyuge perciba las respectivas asignaciones familiares.</p> <p>Corresponder3 al Fondo Nacional de Salud determinar el ingreso mensual del beneficiario, para lo cual podr3 exigir una declaraci3n jurada de los beneficiarios, como asimismo, requerir de los empleadores, entidades de previsi3n y cualquier organismo de la Administraci3n del Estado, las informaciones que estime pertinentes con ese objeto.</p> <p>En el caso de los trabajadores independientes a que se refiere el art3culo 89 del decreto ley N° 3.500, de 1980, la renta mensual corresponder3 al 80% del conjunto de las rentas brutas</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>anuales gravadas por el artículo 42, N° 2°, de la Ley sobre Impuesto a la Renta divididas por doce. En el caso de los trabajadores independientes a que se refiere el inciso tercero del artículo 90 del referido decreto ley, la renta mensual corresponderá a aquella declarada ante la respectiva institución de salud previsional o del Fondo Nacional de Salud, según sea su afiliación.</p> <p>Si los ingresos del beneficiario experimentaren una variación que permitiera clasificarlo en un grupo diferente, deberá comunicar tal circunstancia al Fondo Nacional de Salud y éste lo reclasificará.</p>	<p>“sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses</p>		<p>“sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensi3n.”.		impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensi3n.”.
<p>Artículo 188.- Toda vez que se produjeren excedentes de la cotizaci3n legal en relaci3n con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido, en los t3rminos a que se refiere el inciso siguiente, esos excedentes ser3n de propiedad del afiliado, inembargables e incrementarán una cuenta corriente individual que la Instituci3n deber3 abrir a favor del afiliado, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento. El afiliado s3lo podr3 renunciar a ellos para destinarlos a financiar los beneficios adicionales tanto de los contratos que se celebren conforme al artículo 200 de esta ley, como de los contratos individuales compensados y de aquellos otros contratos que señale la Superintendencia de Salud mediante norma de car3cter general.</p> <p>Cualquier estipulaci3n en contrario a lo seÑalado, establecida en el contrato de salud previsional, se tendr3 por no escrita.</p> <p>Para los efectos de determinar los excedentes a que se refiere este</p>	7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y d3cimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser d3cimo primero y así sucesivamente:		7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y d3cimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser d3cimo primero y así sucesivamente:

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>artículo, se considerará como cotización legal la percibida por la Institución y aquella que haya sido declarada, aun cuando no se haya enterado efectivamente.</p> <p>INCISO SUPRIMIDO</p> <p>Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 197, el saldo acumulado en la cuenta corriente podrá ser requerido por el afiliado o beneficiario sólo para los siguientes fines:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Para cubrir las cotizaciones en caso de cesantía;</li> <li>2.- Copago, esto es, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado;</li> <li>3.- Para financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato;</li> <li>4.- Para pagar las cuotas de los préstamos de salud que la Institución de Salud Previsional le hubiese otorgado al afiliado;</li> <li>5.- Para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, y</li> <li>6.- Para financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que esta se hace efectiva.</li> </ol> <p>En cualquier momento, el afiliado podrá</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>resolver el destino de los excedentes de su cuenta corriente, de acuerdo al inciso precedente.</p> <p>Con todo, anualmente la Instituci3n de Salud Previsional deber1 devolver al afiliado el saldo acumulado en su cuenta individual de excedentes que no haya sido requerido para alguno de los fines indicados en el inciso cuarto, monto que se pagar1 en la forma que se1ale la Superintendencia de Salud mediante norma de car1cter general.</p> <p>Para ello, cada Instituci3n de Salud Previsional deber1 habilitar un sistema en l3nea que permita a los afiliados verificar sus excedentes y determinar su uso y destino libremente, entre todas las alternativas descritas en este art3culo. Cada afiliado podr1 siempre optar por el prestador con el cual har1 uso de sus excedentes, sin que la Instituci3n de Salud Previsional pueda limitar o restringir esa decisi3n. Los prestadores tendr1n derecho a recibir en l3nea el pago de estas prestaciones, con cargo al saldo disponible que cada afiliado posea en su cuenta individual de excedentes.</p> <p>Al momento de celebrarse el contrato de salud, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual</p>	<p>“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podr1n ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotizaci3n legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto</p>		<p>“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podr1n ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotizaci3n legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>no podr3 ser superior al 10% de la cotizaci3n legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los 3ltimos tres meses de la remuneraci3n, renta o pensi3n seg3n sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. En caso de que en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual superen el referido 10%, la ISAPRE estar3 obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio m3s se aproxime al plan actualmente convenido; en ning3n caso, el afiliado estar3 obligado a suscribir el plan de salud alternativo. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementar3 la cuenta corriente individual del usuario.</p>	<p>promedio de los 3ltimos seis meses de la remuneraci3n, renta o pensi3n, seg3n sea el caso.</p> <p>En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotizaci3n legal para salud, la ISAPRE estar3 obligada a ofrecer al afiliado la incorporaci3n de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios m3s se aproximen al valor de su nueva cotizaci3n legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deber3n ser las mismas que se est3n ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podr3n importar una discriminaci3n entre dichos afiliados. En ning3n caso, el afiliado estar3 obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la ISAPRE. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotizaci3n legal, toda diferencia superior al 5% de la cotizaci3n legal no generar3 excedentes.</p> <p>Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales que hace</p>		<p>promedio de los 3ltimos seis meses de la remuneraci3n, renta o pensi3n, seg3n sea el caso.</p> <p>En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotizaci3n legal para salud, la ISAPRE estar3 obligada a ofrecer al afiliado la incorporaci3n de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios m3s se aproximen al valor de su nueva cotizaci3n legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deber3n ser las mismas que se est3n ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podr3n importar una discriminaci3n entre dichos afiliados. En ning3n caso, el afiliado estar3 obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la ISAPRE. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotizaci3n legal, toda diferencia superior al 5% de la cotizaci3n legal no generar3 excedentes.</p> <p>Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales que hace</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período. El reajuste y el interés deberán ser abonados cada seis meses en la cuenta corriente por la respectiva Institución de Salud Previsional. Por su parte, la Institución podrá cobrar semestralmente a cada cotizante por la mantención de la cuenta un porcentaje cuyo monto máximo será fijado por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, siempre y cuando el saldo de ella sea positivo.</p> <p>Con todo, cuando por cualquier causa se ponga fin a un contrato, la Institución deberá entregarle al afiliado, en un plazo máximo de 30 días contado desde el término, una liquidación en que se detalle el monto de lo acumulado en la cuenta abierta por ella a su favor,</p>	<p>referencia el inciso anterior, no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.”.</p> <p>ooo</p>		<p>referencia el inciso anterior, no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>debidamente actualizado. Igual liquidaci3n deber3 ser puesta en conocimiento del afiliado con a lo menos tres meses de anticipaci3n al cumplimiento de la anualidad.</p> <p>Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumular3n para el per3odo siguiente.</p> <p>En el evento en que se ponga t3rmino al contrato de salud y el interesado se incorpore a otra ISAPRE, deber3n traspasarse dichos fondos a la respectiva Instituci3n de Salud Previsional. Si el interesado decide, a partir de ese momento, efectuar sus cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud, los haberes existentes a su favor deber3n ser traspasados a dicho fondo.</p>			
<p>Art3culo 189.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el art3culo 184 deber3n suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Instituci3n de Salud Previsional que elijan.</p> <p>En este contrato, las partes convendr3n <u>libremente las prestaciones</u> y beneficios incluidos, as3 como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con</p>	<p>8) Interc3lase, en el inciso segundo del art3culo 189, entre la palabra "libremente" y la expresi3n "las prestaciones", la siguiente frase: "el plan</p>		<p>8) Interc3lase, en el inciso segundo del art3culo 189, entre la palabra "libremente" y la expresi3n "las prestaciones", la siguiente frase: "el plan</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>todo, los referidos contratos deber3n comprender, como m3nimo, lo siguiente:</p> <p>a) Las Garant3as Expl3citas relativas a acceso, calidad, protecci3n financiera y oportunidad contempladas en el R3gimen General de Garant3as en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho R3gimen.</p> <p>Asimismo, se deber3 pactar un plan complementario a las Garant3as Expl3citas sealadas precedentemente, el que incluir3 los beneficios del art3culo 149 de esta Ley, y los referidos en el art3culo 194 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garant3as Expl3citas, incluyendo copagos m3ximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarn, seg3n corresponda. Este plan deber3 contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como m3nimo para la modalidad de libre elecci3n que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el R3gimen General de Garant3as en Salud.</p> <p>(...)</p>	<p>de salud, el cual podr3 considerar bonificaci3n de prestaci3n a prestaci3n o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar".".</p>		<p>de salud, el cual podr3 considerar bonificaci3n de prestaci3n a prestaci3n o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar".".</p>
<p>Art3culo 198.- Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se</p>	<p>9) Modif3case el art3culo 198 de la siguiente forma:</p>		<p>9) Modif3case el art3culo 198 de la siguiente forma:</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>sujetar3n a las siguientes reglas:</p> <p>1. El Superintendente de Salud fijar3 mediante resoluci3n, anualmente, un indicador que ser3 un m3ximo para las Instituciones de Salud Previsional que apliquen una variaci3n porcentual al precio base de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.</p> <p>2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deber3 seguir el siguiente procedimiento:</p> <p>a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deber3 calcular los 3ndices de variaci3n de los costos de las prestaciones de salud, de variaci3n de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variaci3n del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deber3 incorporar en el c3lculo el costo de las nuevas prestaciones y la variaci3n de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elecci3n de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contenci3n de costos del gasto en salud.</p> <p>Un decreto supremo dictado por el</p>	<p>a) Agr3gase, en el p3rrafo segundo del literal a) del n3mero 2 del art3culo 198, a continuaci3n del punto aparte, que pasa</p>		<p>a) Agr3gase, en el p3rrafo segundo del literal a) del n3mero 2 del art3culo 198, a continuaci3n del punto aparte, que pasa</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Ministerio de Salud y suscrito adem3s por el Ministerio de Econom3a, Fomento y Turismo, que se revisar3 al menos cada tres a3os, aprobar3 la norma t3cnica que determine el algoritmo de c3lculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderaci3n de los factores que sirvan para el c3lculo del indicador, en especial los se3alados en el p3rrafo precedente.</p> <p>b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validar3 mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerar3 como per3odo de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este art3culo, los meses de enero a diciembre de al menos dos a3os anteriores a la publicaci3n del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Salud podr3 tratar datos personales, para lo cual podr3 requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los dem3s</p>	<p>a ser punto seguido, la frase:</p> <p>“Tambi3n se podr3 incorporar en el c3lculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el p3rrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del per3odo consultado.”.</p>		<p>a ser punto seguido, la frase:</p> <p>“Tambi3n se podr3 incorporar en el c3lculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el p3rrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del per3odo consultado.”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.</p> <p>c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.</p> <p>d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.</p> <p>El índice de variación porcentual así</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.</p> <p>e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.</p> <p>En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.</p> <p>Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, de aquellos expresados en la cotización legal obligatoria y de aquellos que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal.</p>	<p>b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:</p> <p>“En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”.</p>		<p>b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:</p> <p>“En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”.</p>
Artículo 206.- Sin perjuicio de la fecha			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.</p> <p>La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, <b>dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto</b>, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.</p> <p>La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en</p>	<p>10) Sustitúyase, en el párrafo primero del inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.</p>		<p>10) Sustitúyase, en el párrafo primero del inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.</p> <p>El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.</p> <p>En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.</p>			
<p>Artículo 206.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.</p>	<p>11) Agrégase, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:</p>		<p>11) Agrégase, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.</p> <p>La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.</p> <p>El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.</p> <p>En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.</p>	<p>“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.</p> <p>Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en</p>		<p>“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.</p> <p>Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.</p> <p>Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.</p> <p>Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.</p>		<p>Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.</p> <p>Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.</p> <p>Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.</p>
<p>Artículo 226.- Cancelada la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro y una vez hecha efectiva la garantía del artículo 181, la</p>	<p>12) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:</p>		<p>12) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>Superintendencia deber1 pagar las obligaciones que aqu3lla cauciona, dentro de un plazo no superior a noventa d3as. Dicha garant3a se utilizar1 para solucionar:</p> <p>1.- En primer t3rmino, los subsidios por incapacidad laboral que hayan provenido de licencias m3dicas ya concedidas a la fecha de cancelaci3n del registro, 3ntegramente de ser suficientes los fondos mantenidos en garant3a o a prorrata en caso de no serlo. Se except3an los subsidios que digan relaci3n con las licencias maternas que se pagan con cargo al Fondo 3nico de Prestaciones Familiares, caso en el cual corresponder1 a la Superintendencia de Seguridad Social su pago;</p> <p>2.- Una vez solucionados los cr3ditos a que alude el n3mero 1 de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se proceder1 al pago de las bonificaciones y reembolsos adeudados a los cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, los excedentes y excesos de cotizaciones, las cotizaciones pagadas en forma anticipada, las cotizaciones que correspondan a la Instituci3n de Salud Previsional a que se hubieran afiliado los cotizantes de aqu3lla cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, seg3n</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>corresponda, todo lo anterior íntegramente o a prorrata, según sea el caso;</p> <p>3.- Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.</p> <p>Las órdenes de atención, bonos de atención o similares que las Instituciones de Salud Previsional hayan emitido para el financiamiento de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y que posean los prestadores de salud, sólo pueden ser consideradas en el tercer orden de prelación para efectos del pago con cargo a la garantía;</p> <p>4.- Posteriormente, si queda un remanente, se enterará el valor que se haya definido en la licitación de la cartera o de la Institución, de acuerdo con lo prescrito por el inciso octavo del artículo 221;</p> <p>5.- Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, la Superintendencia lo girará en favor de</p>	<p>a) Agrégase, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, el siguiente párrafo segundo:</p> <p>“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N°18.045.”.</p>		<p>a) Agrégase, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, el siguiente párrafo segundo:</p> <p>“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N°18.045.”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>quienes representen a la Instituci3n dentro del cuarto d3a h3bil siguiente contado desde el t3rmino de la liquidaci3n, perdiendo dicho saldo su inembargabilidad.</p> <p>La Superintendencia designar3 la o las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez que visar3n las licencias m3dicas que correspondan y que no hayan sido autorizadas por la Instituci3n cuyo registro se cancela.</p> <p>Las deudas mencionadas en el inciso primero se acreditar3n del siguiente modo:</p> <p>a) La Superintendencia comunicar3, a trav3s de medios electr3nicos, los cr3ditos que a la fecha de cancelaci3n del registro adeude la Instituci3n de Salud Previsional.</p> <p>Para estos efectos, las Instituciones deber3n remitir a la Superintendencia, con la periodicidad que 3sta determine, la informaci3n actualizada y pormenorizada de las deudas cubiertas con la garant3a.</p> <p>b) Efectuada la comunicaci3n a que se refiere el literal precedente, los interesados tendr3n un plazo de sesenta d3as para hacer valer sus cr3ditos no considerados en ella o para reclamar del monto informado.</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>c) Dentro de los quince d3as siguientes al vencimiento del plazo anterior, la Superintendencia calcular3 el pago que corresponda a cada uno de los cr3ditos, de acuerdo a las reglas del inciso primero, y pondr3 en conocimiento de los interesados el resultado de dicho c3lculo, por carta certificada.</p> <p>Los interesados podr3n impugnar los c3lculos dentro de los diez d3as siguientes a la notificaci3n, la que se entender3 practicada el tercer d3a h3bil siguiente a la recepci3n de la carta por la oficina de correos.</p> <p>d) Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, la Superintendencia pagar3 las deudas, en un t3rmino no superior a noventa d3as.</p> <p>Cuando la garant3a resulte insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de una Instituci3n de Salud Previsional cuyo registro haya sido cancelado y se encuentre sometida a un procedimiento concursal de liquidaci3n, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deber3 emitir una resoluci3n que contenga la identificaci3n del afiliado o el prestador y el monto adeudado. Dicha resoluci3n tendr3 m3rito ejecutivo y ser3 remitida al liquidador, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del deudor. Lo anterior</p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p>se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados y prestadores de hacer valer directamente sus acreencias en la procedimiento concursal de liquidaci3n.</p> <p>En aquella parte que no haya podido ser solucionada con la garant3a, los cr3ditos contenidos en el numeral 2 del inciso primero de este art3culo gozar3n del privilegio concedido a los cr3ditos del n3mero 6 del art3culo 2.472 del C3digo Civil, los que, en todo caso, se pagar3n con preferencia a aqu3llos, rigiendo en todo lo dem3s lo dispuesto en el art3culo 2.473 del mismo C3digo.</p>	<p>b) Reempl3zase, en la frase final del pen3ltimo inciso, la palabra "la" por "el".</p>		<p>b) Reempl3zase, en la frase final del pen3ltimo inciso, la palabra "la" por "el".</p>
	<p>Art3culo 23.- La Superintendencia de Salud determinar3 por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuaci3n del precio final de todos los contratos de salud previsual a los que las Instituciones de Salud Previsual aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla 3nica de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.</p> <p>Dicha circular contendr3, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsual:</p> <p>1. La obligaci3n de adecuar el precio</p>		<p>Art3culo 23.- La Superintendencia de Salud determinar3 por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuaci3n del precio final de todos los contratos de salud previsual a los que las Instituciones de Salud Previsual aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla 3nica de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.</p> <p>Dicha circular contendr3, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsual:</p> <p>1. La obligaci3n de adecuar el precio</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo.</p> <p>Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigente.</p> <p>La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la de adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsual de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de</p>		<p>final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo.</p> <p>Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigente.</p> <p>La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la de adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsual de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>dicho precio.</p> <p>2.La obligaci3n de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos a1os de edad.</p> <p>3.La obligaci3n de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasi3n de la aplicaci3n de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Instituci3n respectiva, debiendo se1alar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicaci3n del numeral uno o dos precedentes.</p> <p>4.La obligaci3n de restituir, en los t3rminos consignados en los art3culos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuaci3n de tabla de factores.</p> <p>5.La obligaci3n de restituir, en los t3rminos consignados en los art3culos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos a1os de edad, desde el 1° de diciembre de</p>		<p>dicho precio.</p> <p>2.La obligaci3n de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos a1os de edad.</p> <p>3.La obligaci3n de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasi3n de la aplicaci3n de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Instituci3n respectiva, debiendo se1alar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicaci3n del numeral uno o dos precedentes.</p> <p>4.La obligaci3n de restituir, en los t3rminos consignados en los art3culos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuaci3n de tabla de factores.</p> <p>5.La obligaci3n de restituir, en los t3rminos consignados en los art3culos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos a1os de edad, desde el 1° de diciembre de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>2022, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.</p> <p>Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.</p> <p>Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.</p> <p>La presente circular también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de</p>		<p>2022, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.</p> <p>Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.</p> <p>Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.</p> <p>La presente circular también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los numerales 1 y 2, así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.”.”.</p>		<p>los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los numerales 1 y 2, así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.</p>
	<p>“Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:</p> <p>a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo</p>	<p style="text-align: center;"><b>Artículo 3°</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Inciso primero</b></p>	<p>Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:</p> <p>a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.</p> <p>b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.</p> <p>Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.</p> <p>Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.</p>	<p>Ha agregado, a continuación del literal b), el siguiente literal c) nuevo:</p> <p>“c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.”.</p> <p style="text-align: center;"><b>Inciso tercero</b></p> <p>Ha reemplazado la expresión “artículo 5°” por “artículo 6°”.</p>	<p>de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.</p> <p>b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.</p> <p><b>c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.</b></p> <p>Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.</p> <p>Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 6°.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podr3n ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.</p> <p>Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podr3 considerar el d3ficit que pudiese haber presentado la Instituci3n de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.</p> <p>La Superintendencia de Salud, previa revisi3n del cumplimiento de los contenidos m3nimos del plan respectivo, lo remitir3 dentro del plazo de cinco d3as al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendr3 30 d3as para emitir una recomendaci3n fundada por plan presentado por cada Instituci3n de Salud Previsional. En particular, para la evaluaci3n de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitir3 una circular que contenga una metodolog3a para la elaboraci3n de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodolog3a deber3 considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contenci3n</p>		<p>Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podr3n ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.</p> <p>Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podr3 considerar el d3ficit que pudiese haber presentado la Instituci3n de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.</p> <p>La Superintendencia de Salud, previa revisi3n del cumplimiento de los contenidos m3nimos del plan respectivo, lo remitir3 dentro del plazo de cinco d3as al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendr3 30 d3as para emitir una recomendaci3n fundada por plan presentado por cada Instituci3n de Salud Previsional. En particular, para la evaluaci3n de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitir3 una circular que contenga una metodolog3a para la elaboraci3n de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodolog3a deber3 considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contenci3n</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>de costos propuestas en el mismo plan.</p> <p>Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.</p> <p>En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico.</p>		<p>de costos propuestas en el mismo plan.</p> <p>Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.</p> <p>En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deber1 fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta d1as. En este caso, la Superintendencia podr1 sujeta a la Instituci3n de Salud Previsional al r1gimen especial de supervigilancia y control que establece el art1culo 221 del decreto con fuerza de ley N1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades all1 indicadas.</p> <p>La aprobaci3n del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constar1 en una resoluci3n que deber1, al menos, explicitar el plazo m1ximo de devoluci3n, las cuotas de devoluci3n, las condiciones conforme a las cuales la Instituci3n de Salud Previsional respectiva har1 las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificar1 a cada persona.</p> <p>El incumplimiento, cumplimiento tard1o o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecuci3n de este, se sancionar1 de acuerdo con lo establecido en el Cap1tulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecuci3n del respectivo plan, la Superintendencia</p>		<p>Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deber1 fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta d1as. En este caso, la Superintendencia podr1 sujeta a la Instituci3n de Salud Previsional al r1gimen especial de supervigilancia y control que establece el art1culo 221 del decreto con fuerza de ley N1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades all1 indicadas.</p> <p>La aprobaci3n del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constar1 en una resoluci3n que deber1, al menos, explicitar el plazo m1ximo de devoluci3n, las cuotas de devoluci3n, las condiciones conforme a las cuales la Instituci3n de Salud Previsional respectiva har1 las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificar1 a cada persona.</p> <p>El incumplimiento, cumplimiento tard1o o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecuci3n de este, se sancionar1 de acuerdo con lo establecido en el Cap1tulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecuci3n del respectivo plan, la Superintendencia</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	podr3 establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.”.		podr3 establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.
		<p style="text-align: center;"><b>o o o o o</b></p> <p>Ha incorporado un art3culo 4°, nuevo, del siguiente tenor:</p> <p>“Art3culo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Instituci3n de Salud Previsional de conformidad al literal c) del art3culo anterior, respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1 del art3culo 2° de esta ley, se deber3 aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entender3 que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garant3as Expl3citas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.</p> <p>En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Instituci3n de Salud Previsional deber3 ofrecer uno o m3s planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan m3nimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el art3culo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1,</p>	<p><b><i>Art3culo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Instituci3n de Salud Previsional de conformidad al literal c) del art3culo anterior, respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1 del art3culo 2° de esta ley, se deber3 aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entender3 que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garant3as Expl3citas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.</i></b></p> <p><b><i>En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Instituci3n de Salud Previsional deber3 ofrecer uno o m3s planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan m3nimo que ella ofrezca; operando para</i></b></p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
		<p>de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.”</p> <p style="text-align: center;"><b>o o o o o</b></p>	<p><b><i>estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</i></b></p> <p><b><i>Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.</i></b></p>
<p style="text-align: center;">0000</p> <p><i>Artículo 181.- Las Instituciones mantendrán, en alguna entidad autorizada por ley para realizar el depósito y custodia de valores, que al efecto determine la Superintendencia, una garantía equivalente al monto de las obligaciones que se señalan a continuación:</i></p> <p><i>1.- Respecto de los cotizantes y beneficiarios, el monto de garantía deberá considerar las obligaciones por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, excesos de cotizaciones y cotizaciones enteradas</i></p>	<p>Artículo 4°. - Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta</p>	<p style="text-align: center;"><b>Artículos 4°, 5°, 6°, 7°, 8° y 9°</b></p> <p>Han pasado a ser artículos 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10, sin enmiendas.</p>	<p>Artículo 5°. - Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><i>anticipadamente.</i></p> <p><i>2.- Respecto de los prestadores de salud, la garantía deberá considerar las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.</i></p> <p><i>La actualización de la garantía no podrá exceder de treinta días, para lo cual la Institución deberá completarla dentro de los veinte días siguientes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones.</i></p> <p><i>Cuando el monto de las antedichas obligaciones, dentro del período señalado en el inciso precedente, sea inferior a la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso. Dicha Superintendencia dispondrá de un plazo no superior a diez días para autorizar dicha rebaja, el que podrá prorrogarse por resolución fundada y por una sola vez.</i></p> <p><i>Los instrumentos financieros a considerar para la constitución de la garantía serán los siguientes:</i></p> <p><i>a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República;</i></p> <p><i>b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;</i></p> <p><i>c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;</i></p> <p><i>d.- Boletas de Garantías a la vista emitidas por bancos;</i></p>	<p>ley.</p> <p>Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.</p> <p>La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.</p> <p>Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.</p> <p>Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo</p>		<p>ley.</p> <p>Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.</p> <p>La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.</p> <p>Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.</p> <p>Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><i>e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes. El contrato deberá consignar expresamente la venta y promesa de retrocompra de estos instrumentos;</i></p> <p><i>f.- Convenios de créditos en pesos o unidades de fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA;</i></p> <p><i>g.- Depósitos a plazo, letras de crédito hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;</i></p> <p><i>h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;</i></p> <p><i>i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;</i></p> <p><i>j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros;</i></p> <p><i>k.- Cuotas de fondos de inversión;</i></p> <p><i>l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas;</i></p> <p><i>m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera</i></p>	<p>dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.</p> <p>De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.”.</p>		<p>dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.</p> <p>De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><i>clase, en conformidad a la ley N° 18.045;</i></p> <p><i>n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;</i></p> <p><i>ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);</i></p> <p><i>o.- Convenios de créditos en que concurren dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f), y</i></p> <p><i>p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice el Superintendente de Salud.</i></p> <p><i>En ningún caso la garantía podrá estar respaldada en instrumentos emitidos o garantizados por la Institución o sus personas relacionadas según se definen por el artículo 100 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.</i></p> <p><i>La Superintendencia dictará instrucciones de general aplicación para definir las condiciones de diversificación, emisor, clasificación de riesgo, presencia bursátil, valor de mercado y nivel de liquidez.</i></p> <p><i>Asimismo, la Superintendencia podrá, previo informe del Ministerio de Hacienda, establecer el porcentaje máximo para cada instrumento. Con todo, las ISAPRES deberán mantener, al menos, un 50% de la garantía en los instrumentos señalados en las letras a) a f) del inciso cuarto de este artículo.</i></p> <p><i>La Superintendencia podrá, asimismo, señalar la o las instituciones depositarias de los instrumentos cuando no sea posible aplicar lo dispuesto en el inciso primero del</i></p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><i>presente art3culo.</i></p> <p><i>Cuando se trate de los instrumentos financieros indicados en las letras c), h), i) y j), la Instituci3n deber3 celebrar un mandato con un banco para la adquisici3n y administraci3n de estos instrumentos financieros.</i></p> <p><i>La Superintendencia siempre podr3 exigir a la ISAPRE acceso a la informaci3n con respecto a los instrumentos financieros que el banco mantenga por cuenta y a nombre de aqu3lla.</i></p> <p><i>La ISAPRE deber3 comunicar a la Superintendencia su intenci3n de que parte de los fondos en garant3a sean destinados al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los n3meros 1 y 2 del inciso primero. Si transcurridos cinco d3as h3biles, la Superintendencia no se pronunciare sobre tal operaci3n, se entender3 que ella puede llevarse a efecto.</i></p> <p><i>Sin perjuicio de lo anterior, los fondos afectos a la garant3a y los documentos representativos de estas obligaciones no podr3n ser utilizados para caucionar ninguna otra obligaci3n. Todo acto celebrado en contravenci3n de este art3culo ser3 nulo.</i></p> <p><i>La garant3a de que trata este art3culo ser3 inembargable y en ning3n caso podr3 ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento.</i></p> <p><i>En caso de cancelaci3n del registro de una Instituci3n de Salud Previsional, la garant3a que deben mantener las Instituciones ser3 liquidada y pagada exclusivamente por la Superintendencia,</i></p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><i>aún en caso que la Institución se encuentre sometida a un procedimiento concursal de liquidación, quedando, en consecuencia, dicha garantía fuera de la masa hasta que pierda su inembargabilidad.</i></p> <p><i>Artículo 178. Las Instituciones deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a cinco mil unidades de fomento.</i></p> <p><i>Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento.</i></p> <p><i>Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.</i></p> <p><i>En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a cinco mil unidades de fomento.</i></p> <p><i>Artículo 180.- Las Instituciones deberán mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante. Para los efectos de este cálculo, no se considerarán los instrumentos financieros señalados en el literal d), del inciso cuarto, del artículo 181 de esta Ley cuando se hayan emitido para respaldar la garantía de que trata dicho artículo. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.</i></p> <p><i>Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia deberá dictar instrucciones de general aplicación para</i></p>			

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
<p><i>establecer las condiciones de diversificación, emisor y depositario de instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación, así como la forma en que podrán ser considerados por las Instituciones, para establecer el indicador referido en este artículo. Para los efectos del cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, la garantía se considerará parte integrante del activo circulante, con excepción de los instrumentos financieros a que se refiere el inciso precedente.</i></p> <p>0000</p>			
	<p>Artículo 5°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades solo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.</p> <p>Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta</p>		<p>Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendos o distribución de utilidades solo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.</p> <p>Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartici3n de dividendos o el retiro de utilidades en la Instituci3n. La Superintendencia de Salud podr3 asistir a la misma con derecho a ser o3da.</p> <p>La distribuci3n de dividendos o el retiro de utilidades ser3 autorizado por la Superintendencia, 3nicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el art3culo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.</p> <p>Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Instituci3n de Salud Previsional, en sesi3n o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprob3 realizar una repartici3n de dividendos o distribuci3n de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podr3 imponer una de las siguientes sanciones:</p> <p>a. Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.</p> <p>b. Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la</p>		<p>ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartici3n de dividendos o el retiro de utilidades en la Instituci3n. La Superintendencia de Salud podr3 asistir a la misma con derecho a ser o3da.</p> <p>La distribuci3n de dividendos o el retiro de utilidades ser3 autorizado por la Superintendencia, 3nicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el art3culo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.</p> <p>Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Instituci3n de Salud Previsional, en sesi3n o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprob3 realizar una repartici3n de dividendos o distribuci3n de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podr3 imponer una de las siguientes sanciones:</p> <p>a. Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.</p> <p>b. Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>operaci3n se haya perfeccionado.</p> <p>Para la determinaci3n espec3fica de la multa que corresponda aplicar, se considerar3 el n3mero de personas afiliadas cuya deuda a3n no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio econ3mico obtenido con motivo de la infracci3n; la intencionalidad en la comisi3n de la infracci3n; la capacidad econ3mica del infractor; la colaboraci3n del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones se3aladas en este art3culo; y, todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinaci3n de la sanci3n.</p> <p>Previa aplicaci3n de la sanci3n, la Superintendencia deber3 notificar los cargos a la Instituci3n de Salud Previsional afectada, la que tendr3 un plazo de 10 d3as h3biles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictar3 una resoluci3n fundada resolviendo la materia.</p> <p>Durante el procedimiento administrativo se3alado en el inciso anterior, la</p>		<p>operaci3n se haya perfeccionado.</p> <p>Para la determinaci3n espec3fica de la multa que corresponda aplicar, se considerar3 el n3mero de personas afiliadas cuya deuda a3n no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio econ3mico obtenido con motivo de la infracci3n; la intencionalidad en la comisi3n de la infracci3n; la capacidad econ3mica del infractor; la colaboraci3n del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones se3aladas en este art3culo; y, todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinaci3n de la sanci3n.</p> <p>Previa aplicaci3n de la sanci3n, la Superintendencia deber3 notificar los cargos a la Instituci3n de Salud Previsional afectada, la que tendr3 un plazo de 10 d3as h3biles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictar3 una resoluci3n fundada resolviendo la materia.</p> <p>Durante el procedimiento administrativo se3alado en el inciso anterior, la</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Superintendencia podr3 dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisi3n, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podr3 ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retenci3n de los dineros o dep3sitos de las Instituciones y la prohibici3n de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podr3 decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Instituci3n.</p> <p>En los casos de urgencia, para evitar la consolidaci3n de las situaciones jur3dicas derivadas de la infracci3n, las medidas provisionales se3aladas en el inciso anterior podr3n ser dictadas antes de la iniciaci3n del procedimiento administrativo se3alado en el inciso sexto de este art3culo. Estas medidas deber3n ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciaci3n del procedimiento, que deber3 efectuarse dentro de los diez d3as h3biles siguientes a su adopci3n. Las medidas quedar3n sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.</p>		<p>Superintendencia podr3 dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisi3n, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podr3 ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retenci3n de los dineros o dep3sitos de las Instituciones y la prohibici3n de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podr3 decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Instituci3n.</p> <p>En los casos de urgencia, para evitar la consolidaci3n de las situaciones jur3dicas derivadas de la infracci3n, las medidas provisionales se3aladas en el inciso anterior podr3n ser dictadas antes de la iniciaci3n del procedimiento administrativo se3alado en el inciso sexto de este art3culo. Estas medidas deber3n ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciaci3n del procedimiento, que deber3 efectuarse dentro de los diez d3as h3biles siguientes a su adopci3n. Las medidas quedar3n sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, estas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.</p> <p>En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida provisional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma</p>		<p>Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, estas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.</p> <p>En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida provisional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	solidaria con la Instituci3n.”.		solidaria con la Instituci3n.
	<p>Artículo 6°.- La entrega maliciosa de informaci3n falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes establecidos en el artículo 3° ser3 penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de informaci3n falsa o incompleta se realizare para la obtenci3n de la autorizaci3n referida en el artículo anterior, la pena ser3 de presidio menor en su grado m3ximo. Con igual pena se sancionar3 la coacci3n para la obtenci3n de dicha autorizaci3n.</p> <p>El que, dentro del a3o anterior al incumplimiento de un plan de pago y ajustes, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare alg3n acto en una Instituci3n de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administraci3n racional del patrimonio, ser3 castigado con la pena de presidio menor en su grado m3ximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situaci3n patrimonial o financiera de la Instituci3n y se declarare dentro de los dos a3os posteriores la reorganizaci3n o liquidaci3n de la misma, la pena aumentar3 en un grado.</p>		<p>Artículo 7°.- La entrega maliciosa de informaci3n falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes establecidos en el artículo 3° ser3 penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de informaci3n falsa o incompleta se realizare para la obtenci3n de la autorizaci3n referida en el artículo anterior, la pena ser3 de presidio menor en su grado m3ximo. Con igual pena se sancionar3 la coacci3n para la obtenci3n de dicha autorizaci3n.</p> <p>El que, dentro del a3o anterior al incumplimiento de un plan de pago y ajustes, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare alg3n acto en una Instituci3n de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administraci3n racional del patrimonio, ser3 castigado con la pena de presidio menor en su grado m3ximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situaci3n patrimonial o financiera de la Instituci3n y se declarare dentro de los dos a3os posteriores la reorganizaci3n o liquidaci3n de la misma, la pena aumentar3 en un grado.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniera en la perpetraci3n del delito ser3 castigado como autor, inductor o c3mplice seg3n las circunstancias.</p>		<p>El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniera en la perpetraci3n del delito ser3 castigado como autor, inductor o c3mplice seg3n las circunstancias.</p>
	<p>Art3culo 7°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del art3culo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotizaci3n legal obligatoria, se ajustar3n al valor de dicha cotizaci3n.</p> <p>Este ajuste se realizar3 previa instrucci3n de la Superintendencia de Salud, la que podr3 estar incluida en la circular que trata el art3culo 2° de la presente ley u otra distinta.</p> <p>Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al art3culo 2° de la presente ley, este ajuste operar3 sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1 y 2 de dicho art3culo.</p> <p>Previo hacer efectivo el ajuste, la Instituci3n de Salud Previsional deber3</p>		<p>Art3culo <b>8°</b>.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del art3culo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotizaci3n legal obligatoria, se ajustar3n al valor de dicha cotizaci3n.</p> <p>Este ajuste se realizar3 previa instrucci3n de la Superintendencia de Salud, la que podr3 estar incluida en la circular que trata el art3culo 2° de la presente ley u otra distinta.</p> <p>Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al art3culo 2° de la presente ley, este ajuste operar3 sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1 y 2 de dicho art3culo.</p> <p>Previo hacer efectivo el ajuste, la Instituci3n de Salud Previsional deber3</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.</p> <p>Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respetiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.</p> <p>La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.</p>		<p>ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.</p> <p>Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respetiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.</p> <p>La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.”.</p>		<p>Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.</p>
	<p>“Artículo 8°.- Para los contratos afectos al numeral 1° del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.</p> <p>Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.”.</p>		<p>Artículo <b>9°</b>.- Para los contratos afectos al numeral 1° del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.</p> <p>Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.</p>
	<p>Artículo 9°.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de</p>		<p>Artículo <b>10</b>.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>esta funci3n, podr3 requerir toda la informaci3n financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podr3 tratar datos personales, para lo cual podr3 requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y dem3s organismos p3blicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda informaci3n agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estar3n bajo la protecci3n que establece la ley N°19.628, sobre protecci3n de la vida privada.</p> <p>En el evento que las instituciones privadas se3aladas en el inciso anterior no remitan la informaci3n dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podr3n ser sancionadas con las multas establecidas en los art3culos 121 N°11<sup>1</sup></p>		<p>esta funci3n, podr3 requerir toda la informaci3n financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podr3 tratar datos personales, para lo cual podr3 requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y dem3s organismos p3blicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda informaci3n agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estar3n bajo la protecci3n que establece la ley N°19.628, sobre protecci3n de la vida privada.</p> <p>En el evento que las instituciones privadas se3aladas en el inciso anterior no remitan la informaci3n dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podr3n ser sancionadas con las multas establecidas en los art3culos 121 N°11 y</p>

<sup>1</sup> Art3culo 121.- Le corresponder3n a la Superintendencia, para la fiscalizaci3n de todos los prestadores de salud, p3blicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercer3 a trav3s de la Intendencia de Prestadores de Salud: N° 11: Fiscalizar a los prestadores de salud en el cumplimiento de lo dispuesto en los art3culos 134 bis; 141, incisos pen3ltimo y final; 141 bis; 173, incisos s3ptimo y octavo, y 173 bis, y sancionar su infracci3n.

La infracci3n de dichas normas ser3 sancionada, de acuerdo a su gravedad, con multa de diez hasta mil unidades tributarias mensuales.

Trat3ndose de prestadores institucionales, adem3s de la multa se les eliminar3, si procediera, del registro a que se refiere el numeral 5 precedente, por un plazo de hasta dos a3os.

Trat3ndose de prestadores individuales, adem3s de la multa ser3n sancionados, si correspondiera, con suspensi3n de hasta ciento ochenta d3as para otorgar las Garant3as Expl3citas en Salud, sea por intermedio del Fondo Nacional de Salud o de una Instituci3n de Salud Previsional, as3 como para otorgar prestaciones en la modalidad de Libre Elecci3n del Fondo Nacional de Salud.

En caso de reincidencia dentro del per3odo de doce meses contado desde la comisi3n de la primera infracci3n, se aplicar3 una multa desde dos hasta cuatro veces el monto de la multa aplicada por dicha infracci3n.

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	y 220 <sup>2</sup> del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.		220 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.
	<b>DISPOSICIONES TRANSITORIAS</b>		DISPOSICIONES TRANSITORIAS
	Artículo primero transitorio.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley.		Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley.
	“Artículo segundo transitorio.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato		Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato

Para la aplicación de estas sanciones la Superintendencia se sujetará a lo establecido en los artículos 112 y 113 de esta ley.

Para efectos de dar cumplimiento a lo señalado en este numeral, la Superintendencia deberá implementar un sistema de atención continuo y expedito para recibir y resolver los reclamos que sobre esta materia se formulen.

<sup>2</sup> Artículo 220. El incumplimiento por parte de las Instituciones de las obligaciones que les impone la Ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por esta con amonestaciones o multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere.

Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.

Las Instituciones y sus directores o apoderados serán solidariamente responsables de las multas que se les impongan, salvo que estos últimos prueben su no participación o su oposición al hecho que generó la multa.

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.</p> <p>Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.</p> <p>Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo</p>		<p>deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.</p> <p>Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.</p> <p>Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	podr3n acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los art3culos 144 bis, ter, qu3ter y quinquies del decreto con fuerza de ley N31, de 2005, del Ministerio de Salud.		podr3n acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los art3culos 144 bis, ter, qu3ter y quinquies del decreto con fuerza de ley N31, de 2005, del Ministerio de Salud.
	Art3culo tercero transitorio.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al art3culo 23 de la presente ley, deber3 dictarse dentro de los diez d3as siguientes de publicada esta ley.		Art3culo tercero.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al art3culo 23 de la presente ley, deber3 dictarse dentro de los diez d3as siguientes de publicada esta ley.
	Art3culo cuarto transitorio.- A partir de la aprobaci3n del plan a que se refiere el art3culo 33, y mientras est3 pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Instituci3n de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el art3culo 198 del decreto con fuerza de ley N31, de 2005, del Ministerio de Salud, se entender3 como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.		Art3culo cuarto.- A partir de la aprobaci3n del plan a que se refiere el art3culo 33, y mientras est3 pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Instituci3n de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el art3culo 198 del decreto con fuerza de ley N31, de 2005, del Ministerio de Salud, se entender3 como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.</p> <p>Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de pago y ajustes de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.</p>		<p>El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.</p> <p>Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de pago y ajustes de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.</p>
	<p>Artículo quinto transitorio.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.</li> <li>2. Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.</li> </ol> <p>Para el cumplimiento de lo dispuesto en</p>		<p>Artículo quinto.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.</li> <li>2. Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.</li> </ol> <p>Para el cumplimiento de lo dispuesto en</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>el numeral 1 anterior, el Consejo deber1 sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el art3culo 3°. Para ello, el Consejo podr1 autoconvocarse y deber1 cumplir con el quorum se1alado en el art3culo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Para la primera designaci3n de los integrantes de este Consejo no se aplicar1 el procedimiento establecido en el t3tulo VI de la ley N°19.882. En su lugar, dentro de los 10 d3as siguientes a la publicaci3n de esta ley, el Presidente de la Rep3blica deber1 proponer, en una sola n3mina, cuatro integrantes del referido Consejo, al Congreso Nacional.</p> <p>Dicha n3mina deber1 ser aprobada por mayor3a de los miembros presentes de la C1mara de Diputados en votaci3n 3nica y dentro del plazo de 10 d3as contados desde el env3o de la n3mina a dicha C1mara. Posteriormente, aquella deber1 ser ratificada por el Senado en votaci3n 3nica con el mismo qu3rum y dentro del mismo plazo. Si la C1mara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro de los plazos se1alados, se entender1 que aprueban la proposici3n del Presidente.</p>		<p>el numeral 1 anterior, el Consejo deber1 sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el art3culo 3°. Para ello, el Consejo podr1 autoconvocarse y deber1 cumplir con el quorum se1alado en el art3culo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Para la primera designaci3n de los integrantes de este Consejo no se aplicar1 el procedimiento establecido en el t3tulo VI de la ley N°19.882. En su lugar, dentro de los 10 d3as siguientes a la publicaci3n de esta ley, el Presidente de la Rep3blica deber1 proponer, en una sola n3mina, cuatro integrantes del referido Consejo, al Congreso Nacional.</p> <p>Dicha n3mina deber1 ser aprobada por mayor3a de los miembros presentes de la C1mara de Diputados en votaci3n 3nica y dentro del plazo de 10 d3as contados desde el env3o de la n3mina a dicha C1mara. Posteriormente, aquella deber1 ser ratificada por el Senado en votaci3n 3nica con el mismo qu3rum y dentro del mismo plazo. Si la C1mara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro de los plazos se1alados, se entender1 que aprueban la proposici3n del Presidente.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>En caso de que ambas o alguna de las C3maras rechace la n3mina propuesta, el Presidente de la Rep3blica deber3 proponer, dentro del plazo de 10 d3as contados desde la comunicaci3n del rechazo, dos n3minas:</p> <p>a. Una n3mina con dos integrantes del referido Consejo para la C3mara de Diputados.</p> <p>b. Una n3mina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.</p> <p>Cada C3mara deber3 aprobar la n3mina respectiva en votaciones 3nicas y requerir3n para su aprobaci3n del voto favorable de la mayor3a de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, seg3n corresponda. Si la C3mara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran o rechacen las n3minas propuestas dentro de los plazos se3alados, se entender3 que aprueban la proposici3n del Presidente.</p> <p>El quinto integrante del Consejo ser3 designado por el Presidente de la Rep3blica una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas C3maras del Congreso Nacional, a m3s tardar dentro del plazo de 10 d3as contados desde la</p>		<p>En caso de que ambas o alguna de las C3maras rechace la n3mina propuesta, el Presidente de la Rep3blica deber3 proponer, dentro del plazo de 10 d3as contados desde la comunicaci3n del rechazo, dos n3minas:</p> <p>a. Una n3mina con dos integrantes del referido Consejo para la C3mara de Diputados.</p> <p>b. Una n3mina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.</p> <p>Cada C3mara deber3 aprobar la n3mina respectiva en votaciones 3nicas y requerir3n para su aprobaci3n del voto favorable de la mayor3a de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, seg3n corresponda. Si la C3mara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran o rechacen las n3minas propuestas dentro de los plazos se3alados, se entender3 que aprueban la proposici3n del Presidente.</p> <p>El quinto integrante del Consejo ser3 designado por el Presidente de la Rep3blica una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas C3maras del Congreso Nacional, a m3s tardar dentro del plazo de 10 d3as contados desde la</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>comunicaci3n de la aprobaci3n y ratificaci3n de los otros integrantes.</p> <p>Conformado el Consejo, el Presidente de la Rep3blica comunicar3 su integraci3n al Superintendente de Salud, quien deber3 convocar la primera sesi3n del Consejo dentro de los 20 d3as siguientes desde que se le comunica su conformaci3n. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el art3culo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionar3 conforme a las normas que acuerde por mayor3a simple en su primera sesi3n.</p> <p>Los consejeros cesar3n en su cargo transcurrido un a3o contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estar3n habilitados para participar en el procedimiento establecido en el t3tulo VI de la ley N3 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.</p> <p>El Ministerio de Salud deber3 presentar al Consejo de Alta Direcci3n P3blica el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deber3n ser acordados con los Ministerios de Hacienda; y de Econom3a, Fomento y</p>		<p>comunicaci3n de la aprobaci3n y ratificaci3n de los otros integrantes.</p> <p>Conformado el Consejo, el Presidente de la Rep3blica comunicar3 su integraci3n al Superintendente de Salud, quien deber3 convocar la primera sesi3n del Consejo dentro de los 20 d3as siguientes desde que se le comunica su conformaci3n. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el art3culo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionar3 conforme a las normas que acuerde por mayor3a simple en su primera sesi3n.</p> <p>Los consejeros cesar3n en su cargo transcurrido un a3o contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estar3n habilitados para participar en el procedimiento establecido en el t3tulo VI de la ley N3 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.</p> <p>El Ministerio de Salud deber3 presentar al Consejo de Alta Direcci3n P3blica el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deber3n ser acordados con los Ministerios de Hacienda; y de Econom3a, Fomento y</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contados desde la fecha de publicación de esta ley.</p> <p>El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley, Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el solo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.</p> <p>En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.</p>		<p>Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contados desde la fecha de publicación de esta ley.</p> <p>El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley, Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el solo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.</p> <p>En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.</p>
	<p>Artículo sexto transitorio.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por el numeral 3</p>		<p>Artículo sexto.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por el numeral 3</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	del artículo 1° de la presente ley.		del artículo 1° de la presente ley.
	<p>Artículo séptimo transitorio.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley y, que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el <u>artículo 5°</u> de la presente ley, esta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.</p>	<p><b>Artículo séptimo transitorio</b></p> <p>Ha sustituido la expresión “artículo 5°” por “artículo 6°”.</p>	<p>Artículo séptimo.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley y, que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el <b>artículo 6°</b> de la presente ley, esta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.</p>
	<p>Artículo octavo transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el</p>	<p><b>Artículo octavo transitorio</b></p> <p>Lo ha reemplazado por el siguiente:</p> <p>“Artículo octavo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el</p>	<p><b>Artículo octavo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en</b></p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud podrá, a su cargo, autorizar la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.</p> <p>Una vez otorgada la intervención sanitaria referida en el inciso anterior, el prestador de salud continuador de la atención derivará a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas, que requieran nuevas prestaciones de salud, para que éstas sean otorgadas de acuerdo con lo establecido en la ley N° 19.966 y su respectivo reglamento.</p> <p>Mediante un reglamento, dictado a través del Ministerio de Salud, se fijarán los criterios que deberá considerar el Fondo Nacional de Salud para la autorización señalada en el inciso primero, así como los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de</p>	<p>artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud autorizará, a su cargo, la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.</p> <p>Una vez otorgada la o las prestaciones autorizadas por el Fondo Nacional de Salud, el prestador de salud que la hubiese realizado, derivará a la persona beneficiaria a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente.</p>	<p><b><i>el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud autorizará, a su cargo, la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.</i></b></p> <p><b><i>Una vez otorgada la o las prestaciones autorizadas por el Fondo Nacional de Salud, el prestador de salud que la hubiese realizado, derivará a la persona beneficiaria a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente.</i></b></p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>Salud para la adecuada aplicaci3n de este art3culo. Este reglamento deber3 ser dictado en el plazo de 12 meses contados desde la publicaci3n de la presente ley.</p> <p>Los plazos asociados a garant3as de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al R3gimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, seguir3n corriendo sin interrupci3n.</p>	<p>Los plazos asociados a garant3as de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al R3gimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, seguir3n corriendo sin interrupci3n.”.</p>	<p><b><i>Los plazos asociados a garant3as de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al R3gimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, seguir3n corriendo sin interrupci3n.</i></b></p>
	<p>Art3culo noveno transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Instituci3n de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicaci3n del art3culo 225 del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al R3gimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, que de conformidad al plan de salud que ten3an en su Instituci3n de Salud Previsional contar3n con una cobertura adicional para enfermedades catastr3ficas, y que al tiempo de la cancelaci3n del registro hayan tenido derecho a esta cobertura, y la hubieren activado oportunamente ante la Instituci3n de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud podr3</p>		<p>Art3culo noveno.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Instituci3n de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicaci3n del art3culo 225 del decreto con fuerza de ley N3 1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al R3gimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, que de conformidad al plan de salud que ten3an en su Instituci3n de Salud Previsional contar3n con una cobertura adicional para enfermedades catastr3ficas, y que al tiempo de la cancelaci3n del registro hayan tenido derecho a esta cobertura, y la hubieren activado oportunamente ante la Instituci3n de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud podr3</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	<p>otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo Nacional de Salud podrá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado.</p>		<p>otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo Nacional de Salud podrá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado.</p>
	<p>Artículo décimo transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.</p>		<p>Artículo décimo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.</p>
	Artículo décimo primero transitorio.- La		Artículo undécimo.- La

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos octavo, noveno y décimo transitorios de la presente ley.”.		Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos octavo, noveno y décimo transitorios de la presente ley.
	<p>Artículo décimo segundo transitorio.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1° de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.”.</p>		<p>Artículo duodécimo.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1° de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.”.</p>

TEXTO LEGAL VIGENTE	PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISION DE SALUD	MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISI3N DE HACIENDA	TEXTO FINAL PROPUESTO
	000		
	Artículo d3cimo tercero transitorio.- Aum3ntase la dotaci3n m3xima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.		Artículo d3cimo tercero.- Aum3ntase la dotaci3n m3xima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.
	Artículo d3cimo cuarto transitorio.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicaci3n de esta ley en su primer a3o presupuestario de vigencia se financiar3 con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podr3 complementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro P3blico en lo que faltare. Para los a3os posteriores, el gasto se financiar3 con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector P3blico.”.		Artículo d3cimo cuarto.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicaci3n de esta ley en su primer a3o presupuestario de vigencia se financiar3 con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante, lo anterior, el Ministerio de Hacienda podr3 complementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro P3blico en lo que faltare. Para los a3os posteriores, el gasto se financiar3 con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector P3blico.”.

COMISI3N DE HACIENDA, enero de 2024.-