| **DFL 1/2005** | **Proyecto de ley** | **Indicaciones** |
| --- | --- | --- |
| *CAPITULO III. Del Fondo Nacional de Salud*  *TITULO I. De las funciones*  Artículo 50.- Serán funciones del Fondo:  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;  b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II de esta Ley, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen del Libro II de esta Ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.  La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere el Libro II de esta Ley. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en el Libro II de esta Ley. Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicho Libro. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.  El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley Nº18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas. Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.  Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.  Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud dentro del plazo de quince días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.  En el caso de la Modalidad de Libre Elección, será aplicable lo dispuesto en el inciso noveno del artículo 143 de esta Ley;  c) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud;  d) Colaborar con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud a que se refiere el inciso tercero del artículo 9° de esta Ley;  e) Asegurar el otorgamiento de las prestaciones de diagnósticos y tratamientos de alto costo, en la forma y condiciones establecidas en la ley, y administrar operativamente los recursos contemplados para el financiamiento de dichos diagnósticos y tratamientos.  f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;  g) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este 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 Nº 19.628, y  h) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.  Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, estarán obligados a proporcionar al Fondo la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna. Si los informes o antecedentes que solicite revisten el carácter de secretos o reservados por su naturaleza o por disposición especial que no tenga fuerza de ley, deberán ser mantenidos en secreto o reserva. Si tales informes o documentos secretos o reservados deban ser proporcionados por servicios, organismos o entidades públicas, lo harán por intermedio del Ministro del que dependan o mediante el cual se encuentren vinculados con el gobierno.  Para efecto de lo dispuesto en la ley Nº 17.322, el Fondo Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones que esta ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no será considerado entidad de previsión para ningún efecto. | Artículo Único.- Modifícase el decreto con fuerza de ley Nº 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, del siguiente modo:  1) Modifícase el artículo 50 de la siguiente manera:  a) Intercálase en la letra b) el siguiente párrafo cuarto nuevo, pasando los actuales párrafos cuarto, quinto y sexto a ser quinto, sexto y séptimo, respectivamente:  “Sin perjuicio de lo dispuesto en el Título I, del Capítulo II, del Libro Primero y en el artículo 21 inciso cuarto de la presente ley, tratándose de atenciones de nivel secundario y terciario, el Fondo Nacional de Salud podrá disponer la atención de un beneficiario en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud o, en su defecto, en los prestadores con los que mantenga convenios vigentes, cuando determine su pertinencia de conformidad con los protocolos de derivación clínica y financiera que se establecerán mediante un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, propuesto por el Fondo Nacional de Salud, el que contendrá las normas y criterios generales aplicables para que proceda esta derivación.”.  b) Sustitúyase, en la letra g) la frase “. Todo ello conforme a las normas de la ley Nº 19.628, y” por la siguiente oración  “, especialmente podrá requerir a los establecimientos de salud, públicos o privados, la información necesaria para caracterizar el riesgo sanitario y financiero de su población beneficiaria, tales como ficha clínica, facturación, diagnóstico o tratamiento, entre otras. Toda persona que, en el ejercicio de su cargo, tenga acceso a esta información, deberá guardar reserva y confidencialidad respecto de la misma y abstenerse de usarla con una finalidad distinta de la que corresponda a sus funciones, debiendo dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N° 19.628, en lo referente al tratamiento de datos personales, y”. |  |
| Artículo 136.- Serán beneficiarios del Régimen:  a) Los afiliados señalados en el artículo anterior;  b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo anterior perciban asignación familiar;  c) Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo anterior cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente;  d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 139;  e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975;  f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020, y  g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley Nº 19.728 y sus causantes de asignación familiar. | 2) Intercálase en el artículo 136, a continuación de la letra e), las siguientes letras f) y g) nuevas, pasando las actuales letras f) y g) a ser h) e i), respectivamente:  “f) El conviviente civil del afiliado;  g) El cónyuge que carezca de ingresos propios;” |  |
| Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.  Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.  Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. ~~La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones~~:  ~~a)~~ Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 159 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;  ~~b)~~ Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y    ~~c)~~ Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.  Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.  No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.  Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el ~~Ministerio de Salud, mediante~~ decreto supremo **(\*)**, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.  La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.  Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.  De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.  ~~Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.~~  El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.  Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme. | 3) Modifícase el artículo 143 de la siguiente manera:  a) Suprímese la segunda parte del inciso tercero y las letras a), b) y c).  b) Sustitúyese los incisos cuarto y quinto por los siguientes, reordenándose los incisos siguientes de manera correlativa:  “Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará el Fondo para financiar los aranceles a los que se refiere el artículo 159 de la presente ley. En este mismo decreto se podrán establecer valores diferenciados de cobertura para las distintas prestaciones que se otorguen a través de la modalidad de libre elección, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero.  Para estos efectos, el Fondo Nacional de Salud presentará, a dichos ministerios, conjuntamente con la propuesta de decreto supremo, un informe con los cambios en los porcentajes de bonificación solicitados y su impacto fiscal.  El decreto a que se refiere el inciso cuarto se dictará una vez publicada la Ley de Presupuestos para el Sector Público del año respectivo. Lo mismo se aplicará para todas sus modificaciones posteriores.”.  c) En el inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo:  i. Suprímese la expresión “Ministerio de Salud, mediante”.  ii. Agrégase a continuación de la expresión “decreto supremo”, la frase “al que se refiere el inciso anterior”.  e) Suprímese el inciso décimo, que ha pasado a ser décimo primero, reordenándose los incisos siguientes de manera correlativa. |  |
|  | DISPOSICIONES TRANSITORIAS  ARTÍCULO PRIMERO TRANSITORIO.- La presente ley comenzará a regir el primer día hábil del mes subsiguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Los decretos, reglamentos y resoluciones a que se refiere esta ley, deberán dictarse en el plazo de 90 días contado desde la publicación de la misma en el Diario Oficial. |  |
|  | ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes el mayor gasto se financiará con cargo a lo que dispongan las respectivas Leyes de Presupuestos del Sector Público. |  |
|  | ARTÍCULO TERCERO TRANSITORIO.- Mientras no entre en vigencia el decreto supremo a que se refiere el nuevo inciso cuarto del artículo 143 del decreto con fuerza de ley Nº 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, regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación de la presente ley.”. |  |