| **Texto vigente** | **Proyecto de ley** | **Indicaciones** |
| --- | --- | --- |
|  | “Artículo 1°.- Introdúcense, en el decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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: |  |
| Artículo 50.- Serán funciones del Fondo:  (…)  **(\*)**  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. | 1) Intercálase, en el inciso primero del artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando los actuales literales g) y h) a ser literales h) e i), respectivamente:  “g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponderá, entre otras funciones, elaborar **(\*)** la o las pólizas de seguro que deberán observar las compañías de seguro que otorguen la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda, sobre compañías de seguro, sociedades anónimas y bolsas de comercio.  Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podrá ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contratación del seguro por las personas beneficiarias señaladas en el artículo 144 bis;”. | 1. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el literal g), incorporado por el numeral 1) del artículo 1, entre la palabra “elaborar” y las palabras “la o las pólizas de seguro”, la expresión “los requisitos mínimos de”. |
| 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.  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, de libre elección, **(\*)** lo que la ley establezca como Garantías Explícitas en Salud y al Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.  Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.  De la misma manera, le corresponde el control y supervigilancia del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Para estos efectos, podrá 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, Policía de Investigaciones y Gendarmería de Chile. | 2) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre las frases “de libre elección,” y “lo que la ley establezca”, lo siguiente: “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”. |  |
|  | 3) Incorpóranse, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, y los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies, 130 octies y 130 nonies, nuevos, que lo integran:  “CAPÍTULO VIII” (Parece que es séptimo)  Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud |  |
|  | Artículo 130 bis.- Créase un Consejo **(\*)** Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud **en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional**.  Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud.  **(\*)**  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.  **(\*)** | 2. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso primero del artículo 130 bis la expresión “en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional” por la expresión: “en el proceso de restitución de los cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por ellas mismas y distintas a la Tabla Única de Factores”.  3. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso primero, la palabra “Autónomo” luego de la palabra “Consejo”.  4. De los diputados **Bravo y Lilayu** para eliminar el inciso segundo del artículo 130 bis.  5. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso segundo de artículo 130 bis.  6. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar un nuevo inciso segundo del siguiente tenor:  “En el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente en los siguientes ámbitos:  a) Evaluar y monitorear el cálculo del Índice de Costos de Salud, según las metodologías, procedimientos y demás normas establecidas para el efecto.  b) Evaluar y monitorear los cálculos que se requieran, según las metodologías, procedimientos y demás normas establecidas para el efecto, en el proceso de determinación de los precios que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, así como para su reajuste.  c) Formular observaciones y proponer al Ministerio de Salud y a la Superintendencia cambios metodológicos para el cálculo de lo dispuesto en las letras a) y b) precedentes.  d) Manifestar su opinión sobre propuestas de revisión metodológicas y procedimientos que puedan presentarse con ocasión del proceso de determinación del precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explicitas en Salud o en la determinación del Índice de Costos de Salud.  e) Proponer al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud medidas regulatorias y/o administrativas que contribuyan a la contención de costos del sistema.  f) Las demás que se establezcan por ley”.  7. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso tercero, luego de “Superintendencia de Salud” y antes del punto seguido (“.”), la expresión “que deberá tenerlos en consideración al fundar su toma de decisiones”.  8. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para incorporar un inciso final en el artículo 130 bis, del siguiente tenor:  “La Superintendencia de Salud, deberá justificar de forma clara y precisa en su pronunciamiento la circunstancia de no integrar o rechazar las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo, el cual deberá estar a disposición del público a través su página web institucional, en el plazo máximo de treinta días corridos desde que se dicta la resolución.” |
|  | 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.**  Los consejeros durarán en su cargo **tres años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse hasta por un período sucesivo, por una sola vez.**  **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.**  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. | 9. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso primero del artículo 130 ter por el siguiente tenor:  “Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por siete personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario, que se distribuirán del siguiente modo: Dos de estas personas serán nombradas por el Ministro de Salud; dos por la Comisión de Salud de la Cámara; dos por la Comisión de Salud del Senado; y por el Superintendente de Salud. Este último será el encargado de presidir la instancia.”  10. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso primero del artículo 130 ter, la oración: “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” por “Serán nombrados por el Presidente de la República y ratificados por mayoría simple en el Senado”.  11. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso segundo del artículo 130 ter, la frase: “tres años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse hasta por un período sucesivo, por una sola vez” por “ocho años, sin posibilidad de prorrogar su nombramiento y se renovarán por parcialidades”.  12. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar el inciso tercero del artículo 130 ter, por el siguiente:  “Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a un ingreso mínimo mensual por cada sesión a la que asistan, con un máximo de cuatro ingresos mínimos mensuales por cada mes calendario. La dieta que perciba cada consejero, no será compatible con otros ingresos que deriven de otros cargos públicos. Las incompatibilidades a que hace referencia este inciso serán aquellas reguladas en la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo y la Ley Orgánica Constitucional de las Bases Generales de la Administración del Estado”.  13. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso final del artículo 130 bis propuesto sobre la designación del Presidente del Consejo. |
|  | 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. | 14. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar el artículo 130 quáter por el siguiente:  “Artículo 130 quáter: La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de ministro de Estado, subsecretarios, los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, secretario y relator del Tribunal Constitucional, miembros de los demás tribunales creados por ley, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos y los casos contemplados en la Ley Nº 18.834 que aprueba estatuto administrativo y la Ley Nº18.575 Orgánica Constitucional de las Bases Generales de la Administración del Estado. |
|  | Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.  No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:  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.  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 éstas 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 sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.  3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.  4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.  Para efectos de lo establecido en el numeral 3) 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.  **(\*)** | 15. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar en el numeral 1) del artículo 130 quinquies, la frase “Si en los últimos dos años han ocupado” por “Quienes hayan ocupado”.  16. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar en el numeral 2) del artículo 130 quinquies, la frase “Si en los últimos dos años,” por “Quienes”.  17. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar un inciso final nuevo en el artículo 130 quinquies del siguiente tenor:  “Todas las inhabilidades contenidas en este Artículo serán aplicadas por dos años posterior a dejar el cargo de Consejero.” |
|  | Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:  a) Expiración del período para el que fue nombrado.  b) Renuncia voluntaria.  c) Condena a pena aflictiva.  d) El fallecimiento de la persona.    e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.  f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.  g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.  h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.  El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.  La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.  Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de noventa 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. |  |
|  | [[1]](#footnote-1)Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley Nº 1/19.653, promulgado en 2000 y publicado en 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 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.  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, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios. | 18. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para incorporar en el artículo 130 septies entre la frase “orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado,” e “y” lo siguiente: “Ley Nº 18.834, que, Aprueba Estatuto Administrativo”. |
|  | Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses **(\*)**. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.  Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de **tres** integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.  El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.  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.  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 pública.  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. | 19. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el artículo 130 octies a continuación de la expresión “una vez cada dos meses” y previo al punto seguido la frase “mientras dure el proceso de restitución de los cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por ellas mismas y distintas a la tabla única de factores”.  20. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso segundo del artículo 130 octies la cifra “tres” por “cuatro”.  21. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso tercero del artículo 130 octies. |
|  | 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.”. |  |
| 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. | 4) Reemplázase el artículo 142 por el siguiente:  “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.”. | 22. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el numeral 4) del artículo 1°. |
| 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. | 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: |  |
|  | “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 los artículos 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.  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.  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 pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo. | 23. De diputado **Lagomarsino** para incorporar en el artículo 144 bis a continuación de la palabra “grupos” la expresión “A,”. |
|  | Artículo 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 artículo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de **obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada**, obligándose al pago de una prima complementaria.  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 deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud **(\*)**, por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.  **Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compañía 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.** **(\*)**  **Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda. (\*)**  Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.  **(\*)** | 24. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el artículo 144 ter la oración “obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada” por la siguiente oración “cubrir parcial o totalmente copagos en la Modalidad de Libre Elección y Pago Asociado a Diagnóstico, contar con una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y acceder a prestaciones no aranceladas por el Fondo Nacional de Salud”.  25. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el inciso segundo del artículo 144 ter, la expresión “Asimismo, las” por “Las”.  26. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar en el inciso segundo del artículo 144 ter la expresión “Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo,”.  27. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar, en el segundo inciso del artículo 144 ter, entre la frase “cotización legal para salud” y la coma, lo siguiente: “en la misma forma que ésta, siéndole aplicable, en lo pertinente, las mismas normas”.  28. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para incorporar en el inciso tercero del artículo 144 ter, a continuación del punto final que pasa a ser punto seguido lo siguiente:  “Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria también podrán ser financiadas por otras entidades que presten servicios de reembolso.”  29. Del diputado **Ejecutivo** para reemplazar el inciso tercero por el siguiente:  “Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas por el Fondo Nacional de Salud de conformidad con el arancel que se fije al efecto, y en la parte que le corresponda; por la cobertura financiera complementaria que otorgue la compañía de seguros en los términos que establece la póliza; y por el copago al que concurra la persona beneficiaria. La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezca en la póliza.”.  30. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso cuarto del artículo 144 ter por el siguiente:  “Una resolución del Ministerio de Salud dictada al 30 de Mayo de 2024 establecerá los copagos que serán cubiertos parcial o totalmente en Modalidad Libre Elección y Pago Asociado a Diagnósticos, además de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y las prestaciones no aranceladas. En el caso de las enfermedades catastróficas deberá indicar el deducible para estas. Esta resolución deberá ser actualizada previo a una nueva licitación.”  31. De los diputado **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso cuarto del nuevo artículo 144 ter, luego del punto aparte, la siguiente oración: “Para la determinación de este arancel se deberá considerar el arancel para personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley, a que se refiere el artículo 24 de la Ley N° 18.681, y el valor de las prestaciones cubiertas por esta Modalidad en los establecimientos de salud privados, del año inmediatamente anterior.”.  32. Del **Ejecutivo** para agregar, a continuación del inciso quinto, el siguiente inciso sexto, nuevo:  “Las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano se regirán por las reglas del inciso segundo del artículo 141 y del literal a) del inciso tercero del artículo 143, según corresponda.”. |
|  | **Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos (\*) derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro *de un año calendario*, el deducible respectivo.**  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.  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**. **(\*)**  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.  **Asimismo,** la resolución a que hace referencia el inciso cuarto del artículo anterior podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico. | 33. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso primero del artículo 144 quáter por el siguiente:  “Artículo 144 quáter.- La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas a la que hace referencia el Artículo 144 ter dará derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los gastos para las patologías catastróficas incluidas en la resolución a la que hace referencia el inciso cuarto del mismo artículo pagando el deducible definido.”  34. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el inciso primero entre la frase “cubrirá todos los copagos” y “derivados de un problema de salud” lo siguiente: “, hasta un monto máximo definido en la licitación”.  35. De los diputado **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso primero la frase “de un año calendario” por “un año de vigencia de la póliza respectiva”.  36. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso segundo del artículo 144 quáter.  37. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para incorporar al final del inciso tercero del artículo 144 quáter, lo siguiente:  “La protección financiera especial también podrá ser de cargo de otras entidades que presten servicios de reembolso, que otorguen la cobertura financiera complementaria.”  38. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso tercero del artículo 144 quáter la frase: “una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible” por la oración “una vez que haya cumplido el requisito mínimo de cotizaciones de salud a las que hace referencia el artículo 144 bis”.  39. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el inciso tercero, la expresión “protección financiera especial” por “cobertura del seguro catastrófico”.  40. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el inciso quinto, la frase “Asimismo, la”, por “La”.  41. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso final del artículo 144 quáter. |
|  | Artículo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo 144 ter deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N° 20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.  Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá́ pagar una prima por sí y por cada persona inscrita **(\*)**. Las primas complementarias constituirán ingreso para **la compañía de seguros que otorgue** la cobertura financiera complementaria y no constituirán, en ningún caso, ingreso fiscal ni formarán parte del presupuesto público.  **(\*)**  **La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna. (\*)**  El valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento y se determinará en la forma establecida en las Bases de Licitación. El Director del Fondo Nacional de Salud deberá adecuar **(\*)** mediante una resolución el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y **(\*)** los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitación y en conformidad a la fórmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones serán aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovación de la inscripción en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificación **por parte de la compañía de seguros,** por medios electrónicos o carta certificada, la que deberá realizarse con treinta días de anticipación a dicha renovación.  **La inscripción de la persona afiliada en la modalidad será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por periodos iguales, y podrá renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones.** Excepcionalmente, la persona afiliada podrá, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en cesantía, en 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.  Las personas que incumplan el pago **(\*)** de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período 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.  **En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, sólo podrá volver a inscribirse en aquella transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores.**  **(\*)** | 42. Del **Ejecutivo** para reemplazar, el inciso segundo, por el siguiente:  “Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita, que constituirá ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirá, en ningún caso, ingreso fiscal ni formará parte del presupuesto público; la cual se podrá enterar a través de entidades que recauden cotizaciones de seguridad social.”.  43. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para reemplazar en el inciso segundo del artículo 144 quinquies, la frase “la compañía de seguros que otorgue” por “la compañía de seguros u otra entidad que presten servicios de reembolso, que otorgue”.  44. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el inciso segundo del artículo 144 quáter luego de la expresión “por cada persona inscrita” la expresión “, salvo para los menores de dos años de edad”  45. Del **Ejecutivo** para agregar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual a ser cuarto y así sucesivamente:  “Las y los empleadores podrán celebrar convenios o contratos colectivos con sus trabajadores para efectos de aportar al pago de la prima complementaria para quienes se encuentren afiliados al Fondo Nacional de Salud, y a sus grupos familiares.”.  46. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso tercero del artículo 144 quinquies por uno del siguiente tenor:  “La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, salvo para los mayores de 65 años de edad para quienes será la mitad de la prima establecida.”  47. Del **Ejecutivo** para agregar, en el actual inciso tercero, que ha pasado a ser cuarto, el siguiente párrafo final:  “Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.”.  48. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para reemplazar en el inciso cuarto, del artículo 144 quinquies, la frase “por parte de la compañía de seguros,” por “por parte de la compañía de seguros u otra entidad que presten servicios de reembolso,”  49. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el inciso cuarto, entre las expresiones “deberá adecuar” y “mediante una resolución” la expresión “una vez al año”.  50. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar en el inciso cuarto del artículo 144 quinques la expresión “las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y”.  51. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el inciso cuarto del artículo 144 quinquies, entre la frase “del artículo 144 ter y” y el artículo “los”, lo siguiente: “/o”.  52. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso quinto del artículo 144, la primera oración hasta el punto seguido quinquies por uno del siguiente tenor:  “La inscripción de la persona afiliada en la modalidad durará hasta la próxima resolución de adecuación de prima señalada en el inciso anterior, renovable automáticamente por períodos de un año, y podrá renunciar a esta voluntariamente informando al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones.”  53. Del diputado **Ejecutivo** para reemplazar el actual inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, por el siguiente:  “Las personas beneficiarias que incumplan el pago de la prima complementaria no se encontrarán amparados por la cobertura en el mes respectivo. Asimismo, en el caso que, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejen de dar cumplimiento al pago de la prima, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, lo que deberá ser notificado por la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos hasta el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada 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.”.  54. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para reemplazar en el inciso 6°, la frase “notificándoles la compañía de seguros” por “notificándoles la compañía de seguros u otra entidad que preste servicios de reembolso” y la frase “no inhibe a la compañía de seguros” por “no inhibe a la compañía de seguros u otra entidad que presten servicios de reembolso,”.  55. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el inciso sexto del artículo 144 quinquies, entre las frase “que incumplan el pago” y “de la prima complementaria” lo siguiente: “, total o parcialmente,”.  56. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso final del artículo 144 quinquies por uno del siguiente tenor:  “Ante el no pago, para inscribirse nuevamente deberá haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores.”  57. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para incorporar un inciso final nuevo del siguiente tenor:  “Que la persona afiliada haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, no implicará la afectación de su afiliación ni acceso a coberturas a través del Fondo Nacional de Salud. |
|  | Artículo 144 sexies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicará mediante licitación pública el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.  El proceso de licitación se regirá por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deberán ser públicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.  Las Bases de Licitación para cada proceso serán establecidas por el Fondo Nacional de Salud, **mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos.**  Estas Bases contendrán las condiciones necesarias para la adjudicación de la licitación y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:  a) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del contrato respectivo.  b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas.  c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima **(\*)**.  d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras.  e) **El plazo de duración del contrato (\*).**  f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria **y de la protección financiera especial**, incluyendo el deducible conforme al artículo 144 quáter, el que deberá establecerse en proporción a la prima complementaria.  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 Nº 251, de 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.  h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación.  i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos.  **j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de esta última.**  k) Cualquier otra condición que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria. | 58. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar en el inciso tercero del artículo 144 sexies la expresión “, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos”.  59. De los diputado **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso tercero del artículo 144 sexies, la expresión “, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos” por la frase “y deberán ser aprobadas por el Ministerio de Salud mediante decreto supremo”.  60. Del **Ejecutivo** para intercalar, en el literal c), entre la palabra “prima” y el punto aparte, la siguiente frase: “, un monto de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares”.  61. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar la letra e) del artículo 144 sexies por la siguiente:  “e) El plazo de duración del contrato que serán seis años”.  62. De los diputado **Bravo y Lilayu** para intercalar en la letra e) del artículo 144 sexies, entre la palabra “contrato” y el punto aparte, la siguiente frase: “, el que no podrá ser superior a cuatro años”.  63. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar la letra f) del artículo 144 sexies por la siguiente:  “f) Las condiciones de otorgamiento de las coberturas para los copagos, sean estas parcial o totalmente, en Modalidad Libre Elección y Pago Asociado a Diagnósticos, además de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, incluyendo su deducible, y las prestaciones no aranceladas, incluidas en la resolución a la que hace referencia el Artículo 144 ter.”  64. Del **Ejecutivo** para reemplazar en el literal f) la expresión “y de la protección financiera especial” por “y del seguro catastrófico”.  65. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma,** para reemplazar en el literal g) del artículo 144 sexies, la frase: “Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros” por la oración “Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros u otra entidad que preste servicios de reembolso”.  66. Del **Ejecutivo** para reemplazar el literal j) por el siguiente:  “j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de la misma, un monto mínimo referencial de tope de cobertura financiera complementaria anual, las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares.”. |
|  | Artículo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 sexies.  Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que éste fije mediante una resolución **(\*)** que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos **(\*)**.  En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si éste se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes **(\*)**. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.  En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguirán afectas al Régimen a que se refiere el Libro II de esta ley. | 67. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso segundo del artículo 144 septies.  68. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso segundo la palabra “fundada” luego de la palabra “resolución”.  69. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar antes del punto aparte la frase “y publicada en su sitio web institucional”.  70. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso tercero del artículo 144 septies, luego de la palabra “vigentes”, la expresión “por una sola vez”.  71. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar en el inciso tercero del artículo 144 septies la oración “De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.” |
|  | Artículo 144 octies.- En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”. | 72. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el artículo 144 octies, un inciso primero, nuevo, pasando el actual a ser inciso segundo, del siguiente tenor:  “Vencido el plazo del contrato adjudicado a la compañía de seguros por la licitación, o en caso de término por cualquier otro motivo, y si la nueva licitación es adjudicada a una compañía de seguros distinta, los beneficiarios con contratos vigentes continuarán afiliados a estos, hasta el vencimiento de sus respectivas pólizas, tras lo cual podrán optar entre continuar afiliados a esta modalidad de cobertura complementaria, en los términos ofrecidos por la nueva compañía de seguros, o renunciar a ella, con al menos diez días de anterioridad al vencimiento de sus pólizas.”.  73. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo 144 octies. |
| 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.  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.  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.  No se considerarán ingresos para los efectos de esta Ley, aquéllos señalados en el artículo 17 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, con excepción de los N°s. 17, 19, 26 y 27 y de las situaciones indicadas en el artículo 18 del mismo cuerpo legal. Tampoco se considerarán como ingresos, las asignaciones de movilización, de pérdida de caja, de desgaste de herramientas, colación, viáticos y las prestaciones familiares legales.  En el caso que ambos cónyuges sean afiliados, sus hijos y demás cargas de familia se considerarán pertenecientes al grupo que corresponda al cónyuge cuyo ingreso mensual sea más elevado, aunque el otro cónyuge perciba las respectivas asignaciones familiares.  Corresponderá al Fondo Nacional de Salud determinar el ingreso mensual del beneficiario, para lo cual podrá exigir una declaración jurada de los beneficiarios, como asimismo, requerir de los empleadores, entidades de previsión y cualquier organismo de la Administración del Estado, las informaciones que estime pertinentes con ese objeto.  En el caso de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 89 del decreto ley N° 3.500, de 1980, la renta mensual corresponderá al 80% del conjunto de las rentas brutas anuales gravadas por el artículo 42, N° 2º, 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.  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 **(\*)**. | 6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación de la expresión “y éste lo reclasificará”, el siguiente texto: “, 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 período 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 impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión”. |  |
|  | **(\*)** | 74. Del diputado **Rosas** para incorporar en el artículo 1, un nuevo numeral 7), pasando el actual a ser 8) y así sucesivamente, del siguiente tenor:  “7) Sustituyese el actual artículo 178 por el siguiente: “Artículo 178. Las Instituciones deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a noventa mil unidades de fomento. Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a treinta y seis mil unidades de fomento. 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. En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a noventa mil unidades de fomento. La Superintendencia deberá dictar un reglamento en el que se precisen las condiciones que serán exigidas para hacer aplicable esta norma a las Instituciones ya constituidas.” |
| Artículo 188.- Toda vez que se produjeren excedentes de la cotización legal en relación con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido, en los términos a que se refiere el inciso siguiente, esos excedentes serán de propiedad del afiliado, inembargables e incrementarán una cuenta corriente individual que la Institución deberá abrir a favor del afiliado, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento. El afiliado sólo podrá 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 carácter general.  Cualquier estipulación en contrario a lo señalado, establecida en el contrato de salud previsional, se tendrá por no escrita.  Para los efectos de determinar los excedentes a que se refiere este artículo, se considerará como cotización legal la percibida por la Institución y aquella que haya sido declarada, aun cuando no se haya enterado efectivamente.  INCISO SUPRIMIDO  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:  1.- Para cubrir las cotizaciones en caso de cesantía;  2.- Copago, esto es, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado;  3.- Para financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato;  4.- Para pagar las cuotas de los  préstamos de salud que la Institución de Salud Previsional le hubiese otorgado al afiliado;  5.- Para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, y  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.  En cualquier momento, el afiliado podrá resolver el destino de los excedentes de su cuenta corriente, de acuerdo al inciso precedente.  Con todo, anualmente la Institución de Salud Previsional deberá 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 pagará en la forma que señale la Superintendencia de Salud mediante norma de carácter general.  Para ello, cada Institución de Salud Previsional deberá habilitar un sistema en línea que permita a los afiliados verificar sus excedentes y determinar su uso y destino libremente, entre todas las alternativas descritas en este artículo. Cada afiliado podrá siempre optar por el prestador con el cual hará uso de sus excedentes, sin que la Institución de Salud Previsional pueda limitar o restringir esa decisión. Los prestadores tendrán derecho a recibir en línea el pago de estas prestaciones, con cargo al saldo disponible que cada afiliado posea en su cuenta individual de excedentes.    **(\*)**  **(\*)**  **(\*)**  Al momento de celebrarse el contrato de salud, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual no podrá ser superior al 10% de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según 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 estará obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al plan actualmente convenido; en ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir el plan de salud lternativo. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del usuario.  Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Indice 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.  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, debidamente actualizado. Igual liquidación deberá ser puesta en conocimiento del afiliado con a lo menos tres meses de anticipación al cumplimiento de la anualidad.  Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumularán para el período siguiente.  En el evento en que se ponga  término al contrato de salud y el interesado se incorpore a otra ISAPRE, deberán traspasarse dichos fondos a la respectiva Institución 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 deberán ser traspasados a dicho fondo. | 7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser inciso undécimo, y así sucesivamente:  “Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.  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 cotización legal para salud, la Institución de Salud Previsional estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva 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. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la Institución de Salud Previsional. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.  Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales a que hace referencia el inciso anterior no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”. | 75. Del diputado Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el numeral 7) del artículo 1° por el siguiente:  “7. Elimínese el Artículo 188.” |
| Artículo 189.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 184 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan.  En este contrato, las partes convendrán libremente **(\*)** las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:  **(\*)** | **8) Intercálase, en el encabezamiento del inciso segundo del artículo 189, entre la palabra “libremente” y la expresión “las prestaciones”, la siguiente frase: “el plan de salud, el cual podrá considerar bonificación de prestación a prestación o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar”.** | 76. Del **Ejecutivo** para reemplazar el numeral 8) del artículo 1°, por el siguiente:  “8) Modíficase el artículo 189 de la siguiente forma:    a) Intercálase, en el encabezamiento del inciso segundo del artículo 189, entre la palabra “libremente” y la expresión “las prestaciones”, la siguiente frase: “el plan de salud, el cual podrá considerar bonificación de prestación a prestación o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar”.  b) Agrégase, a continuación del inciso séptimo, el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual a ser noveno y así sucesivamente:  “Con el solo objetivo de que las ISAPRE puedan revisar la correcta emisión de las cuentas cobradas por los prestadores de salud con los que tienen convenios de pago a través de paquetes de prestaciones, los prestadores deberán poner a disposición de la Institución de Salud Previsional el detalle de las prestaciones otorgadas a las personas beneficiarias que han requerido la atención de salud mediante esta modalidad.”.”. |
|  | **(\*)** | 77. Del **Ejecutivo** para intercalar, a continuación del numeral 8), el siguiente numerales 9), pasando el actual a ser 10), y así sucesivamente:  “9) Agrégase, a continuación del inciso primero del artículo 190, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual inciso segundo a ser inciso tercero, y así sucesivamente:  “Lo señalado en el inciso anterior no será aplicable a los planes complementarios cuya bonificación esté definida en copago fijo o a través de mecanismos de pago al prestador por paquetes de prestaciones, tales como, pago asociado al diagnóstico o grupos relacionados por el diagnóstico. En ningún caso, las coberturas que otorguen las Instituciones de Salud Previsional podrán ser inferiores a aquellas que otorgue el Fondo Nacional de Salud por la misma prestación contenida en los mencionados mecanismos de pago.”.”. |
| Artículo 198.- Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:  1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las Instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio base de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.  2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:  a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.  Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente. **(\*)**  b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás 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.  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.  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.  El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.  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.  **En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.**  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. | 9) Modifícase el artículo 198 de la siguiente forma:  a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del inciso primero, a continuación del punto y aparte, que pasa a ser punto y seguido, la siguiente oración:  “También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.  b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:  “En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”. | 78. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar la letra a) del numeral 9) del artículo 1°. |
|  | **(\*)** | 79. Del diputado **Lagomarsino** para agregar una nueva letra c) al numeral 9) del artículo 1° del siguiente tenor:  “c. Reemplácese el artículo 199 por uno del siguiente tenor:  “Artículo 199.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores de riesgo que corresponden a cada beneficiario, de acuerdo a la siguiente tabla única de factores de riesgo:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Tramo de Edad** | **Cotizantes** | **Cargas** | | 2 a menos de 20 años | 0,6 | 0,6 | | 20 a menos de 25 años | 0,9 | 0,7 | | 25 a menos de 35 años | 1,0 | 0,7 | | 35 a menos de 45 años | 1,3 | 0,9 | | 45 a menos de 55 años | 1,4 | 1,0 | | 55 a menos de 65 años | 2,0 | 1,4 | | 65 y más años | 2,4 | 2,2 |   Las Instituciones de Salud Previsional no podrán realizar cobros por las cargas no natas y menores de dos años de edad.  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.” |
| 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.  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.  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.  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.  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. | **10) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por la siguiente: “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.** | 80. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el numeral 10) del artículo 1° por el siguiente:  “10) Reemplácese el inciso quinto del artículo 206 por los siguientes:  “Cuando varíe el precio cobrado por las Garantías Explícitas en Salud, el Superintendente de Salud fijará mediante resolución, cada tres años, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado, un indicador que será un máximo para las Instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio, conforme al procedimiento establecido en el numeral 2 del Artículo 198 aplicado para las prestaciones incorporadas en la Garantías Explícitas en Salud y sin considerar los indicadores del subsidio de incapacidad laboral.  Las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de realizar este proceso de reajuste de precios dentro de los 15 días hábiles siguientes a la publicación de la resolución a la que hace referencia el inciso anterior. En dicha comunicación, en el caso que haya informado que se acogerá a este reajuste, deberá señalar y justificar el porcentaje de alza, incluyendo todos los antecedentes necesarios para llegar a dicha alza.  Cumplidos 5 días hábiles después de vencido el plazo para informar por las Instituciones de Salud Previsional indicado en el inciso anterior, la Superintendencia de Salud deberá informar del proceso de verificación de los porcentajes de ajuste en base a los antecedentes aportados. Por esta comunicación se autorizará la aplicación del porcentaje de ajuste verificado por la Superintendencia de Salud a todos los precios cobrados por las Garantías Explícitas en Salud de la Institución de Salud Previsional respectiva, que en ningún caso podrá ser superior al indicador del inciso ante anterior.  La Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante una Circular dictada al efecto, detallará la forma de informar cada uno de los antecedentes antes indicados.”  81. Del **Ejecutivo** para reemplazar el actual numeral 10) que ha pasado a ser 11), por el siguiente:  “11) Modifícase el inciso segundo del artículo 206 de la siguiente forma:  a) Sustitúyese, en el párrafo primero, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por la siguiente: “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.  b) Intercálase, en el párrafo tercero, entre la expresión “cada Institución de Salud Previsional” y el punto seguido, la frase “, conjuntamente con los montos resultantes de la verificación realizada de conformidad al artículo 206 bis.”.”. |
|  | **(\*)** | 82. Del **Ejecutivo** para intercalar, a continuación del numeral 10) que ha pasado a ser 11), el siguiente numeral 12), nuevo, pasando el actual a ser 13), y así sucesivamente:  “12) Agrégase, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:  “Artículo 206 bis.- La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, verificará el precio que las ISAPRE cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud, de conformidad al siguiente procedimiento:  a) En el plazo de quince días corridos, contando desde la publicación del decreto que contemple o modifique las Garantías Explícitas de Salud, las ISAPRE deberán informar a la Superintendencia de Salud, los precios que cobrarán por dichas garantías a sus afiliados. En dicha comunicación, las ISAPRE deberán señalar y justificar el precio que cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud, acompañando todos los antecedentes técnicos que sirven de base para el cálculo.  La Superintendencia de Salud mediante circular dictada al efecto, determinará la información, así como la forma de presentar cada uno de los antecedentes técnicos antes indicados.  b) Con tales antecedentes, la Superintendencia de Salud verificará el precio que corresponde a cada ISAPRE.  La verificación de los precios informados por las ISAPRE deberá considerar la variación de los costos de las prestaciones de salud, y de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas. Asimismo, deberá observar el costo de las prestaciones incluidas en las canastas de Garantías Explícitas de Salud, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas de Salud por parte de los beneficiarios, y el estudio de verificación de costos regulado en la ley N° 19.996 que establece un Régimen de Garantías en Salud.  c) Durante los treinta días corridos, contados desde la publicación del decreto que hace referencia el literal a) anterior, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá la verificación de los precios informados por las ISAPRE y, el precio que cobrará cada una de ellas por las Garantías Explícitas de Salud a sus afiliados. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.  Los precios que cobrarán las ISAPRE por las Garantías Explícitas de Salud así fijados se entenderán justificados para todos los efectos legales. Estos precios entrarán en vigencia junto con el decreto que hace referencia el literal a)”.”. |
| 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 Superintendencia deberá pagar las obligaciones que aquélla cauciona, dentro de un plazo no superior a noventa días. Dicha garantía se utilizará para solucionar:  1.- En primer término, los subsidios por incapacidad laboral que hayan provenido de licencias médicas ya concedidas a la fecha de cancelación del registro, íntegramente de ser suficientes los fondos mantenidos en garantía o a prorrata en caso de no serlo. Se exceptúan los subsidios que digan relación con las licencias maternales que se pagan con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares, caso en el cual corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social su pago;  2.- Una vez solucionados los créditos a que alude el número 1 de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se procederá 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 Institución de Salud Previsional a que se hubieran afiliado los cotizantes de aquélla cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, todo lo anterior íntegramente o a prorrata, según sea el caso;  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.  **(\*)**  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;  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;  5.- Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, la Superintendencia lo girará en favor de quienes representen a la Institución dentro del cuarto día hábil siguiente contado desde el término de la liquidación, perdiendo dicho saldo su inembargabilidad.  La Superintendencia designará la o las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez que visarán las licencias médicas que correspondan y que no hayan sido autorizadas por la Institución cuyo registro se cancela.  Las deudas mencionadas en el inciso primero se acreditarán del siguiente modo:  a) La Superintendencia comunicará, a través de medios electrónicos, los créditos que a la fecha de cancelación del registro adeude la Institución de Salud Previsional.  Para estos efectos, las Instituciones deberán remitir a la Superintendencia, con la periodicidad que ésta determine, la información actualizada y pormenorizada de las deudas cubiertas con la garantía.  b) Efectuada la comunicación a que se refiere el literal precedente, los interesados tendrán un plazo de sesenta días para hacer valer sus créditos no considerados en ella o para reclamar del monto informado.  c) Dentro de los quince días siguientes al vencimiento del plazo anterior, la Superintendencia calculará el pago que corresponda a cada uno de los créditos, de acuerdo a las reglas del inciso primero, y pondrá en conocimiento de los interesados el resultado de dicho cálculo, por carta certificada.  Los interesados podrán impugnar los cálculos dentro de los diez días siguientes a la notificación, la que se entenderá practicada el tercer día hábil siguiente a la recepción de la carta por la oficina de correos.  d) Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, la Superintendencia pagará las deudas, en un término no superior a noventa días.  Cuando la garantía resulte insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de una Institución de Salud Previsional cuyo registro haya sido cancelado y se encuentre sometida a un procedimiento concursal de liquidación, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá emitir una resolución que contenga la identificación del afiliado o el prestador y el monto adeudado. Dicha resolución tendrá mérito ejecutivo y será remitida al liquidador, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del deudor. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados y prestadores de hacer valer directamente sus acreencias en **la procedimiento concursal** de liquidación.  En aquella parte que no haya podido ser solucionada con la garantía, los créditos contenidos en el numeral 2 del inciso primero de este artículo gozarán del privilegio concedido a los créditos del número 6 del artículo 2.472 del Código Civil, los que, en todo caso, se pagarán con preferencia a aquéllos, rigiendo en todo lo demás lo dispuesto en el artículo 2.473 del mismo Código. | 11) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:  **a) Agrégase, en el numeral 3 del inciso primero, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual párrafo segundo a ser párrafo tercero:**  **“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.”.**  b) Reemplázase, en el inciso penúltimo, la expresión “la procedimiento concursal” por “el procedimiento concursal”. | 83. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar la letra a) del numeral 11, por el siguiente:  “a. Reemplácese el inciso primero del numeral 3 por uno del siguiente tenor:  “3. Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud no relacionados con la Institución de Salud Previsional afectada, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.”  84. De los diputados **Bravo y Lilyau,** para eliminar el nuevo párrafo segundo, incorporado por el literal a) del numeral 11.  85. Del diputado **Lagomarsino** para agregar una nueva letra b) pasando la actual a ser c), del siguiente tenor:  “b. Incorporese un nuevo numeral 4) del siguiente tenor:  “4. Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud relacionados con la Institución de Salud Previsional afectada, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.” |
|  | **Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.**  Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:  1) La obligación de adecuar el precio 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.**    Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigentes.  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 previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.  2) La obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos años de edad.  **(\*)**  3) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los **numerales precedentes**, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral **uno o dos precedentes**.  4) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 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 adecuación de tabla de factores.  5) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1 de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.  **(\*)**  **(\*)**  Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral 1) 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.  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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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.  La circular a que se refiere el presente artículo también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de 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. | 86. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el artículo 2° por el siguiente:  “Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud deberá publicar a más tardar el 30 de Mayo de 2024 una circular dictada especialmente para estos efectos que determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional no apliquen el Artículo 199 al momento de promulgada esta Ley. Esta Circular deberá contener:  1. La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de este Artículo resulten con un precio final diferente al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la indiferencia ocurre por aplicación del inciso primero o segundo.  2. La forma y plazo en que las Instituciones de Salud Previsional notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en este artículo.  Las obligaciones contenidas en esta circular deberán ser aplicadas junto al proceso de reajuste de planes base a que hace referencia el Artículo 2° bis.”  87. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para reemplazar el inciso 1° del artículo segundo, por el siguiente:  “Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo en que las Instituciones de Salud Previsional deberán pagar los montos cobrados en exceso a sus afiliados en todos los contratos de salud previsional en que se aplicó una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.”  88. De los diputado **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el numeral 1) del artículo 2, la oración “de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo” por la expresión “de aprobado el plan de pago y ajuste contenido en el artículo 3".  89. Del **Ejecutiv**o para eliminar el numeral 2), pasando el actual numeral 3) a ser 2) y así sucesivamente.  90. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para incorporar el siguiente numeral 3), nuevo, pasando el actual N°3 a ser 4 y así sucesivamente:  “3) La obligación de adecuar la prima cobrada en exceso por cobertura de garantías explícitas de salud con ocasión de la entrada en vigencia del D.S. N° 72 de 1 de octubre de 2022.  91. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para reemplazar en el numeral 3) que ha pasado a ser 4) la frase “uno o dos precedentes” por “uno, dos o tres precedentes”.  92. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el numeral 3), la frase “de los numerales precedentes” por “del numeral precedente”; y elimínase la expresión “; especificando si la diferencia ocurre por la aplicación del numeral uno o dos precedentes”.  93. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para incorporar un nuevo numeral 6) que indique:  “6) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, producto del procedimiento de adecuación de la prima cobrada por cobertura de garantías explícitas de salud”.  94. De los diputados y diputadas **Joanna Pérez, Miguel Ángel Calisto, Érika Olivera, Jorge Saffirio, Héctor Ulloa, Andrés Celis, Danisa Astudillo, Tomás Lagomarsino y María Luisa Cordero,** para incorporar un numeral 6 nuevo en el inciso segundo del artículo 2, del siguiente tenor:  “6) La forma en que se podrán acoger los afiliados y hacer efectivo el mecanismo voluntario y excepcional de cumplimiento de las obligaciones establecidas en los numerales 4) y 5), de conformidad al Artículo 9 de la presente ley.”.  95. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para reemplazar en el inciso final del artículo segundo, la frase: “señaladas en los numerales 1) y 2)” por “ señaladas en los numerales 1), 2) y 3),” |
|  |  | 96. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar un nuevo artículo 2° bis del siguiente tenor:  “Artículo 2 bis°.- La Superintendencia de Salud deberá publicara más tardar el 30 de Mayo de 2024 una circular que habilitará la realización de un proceso único y extraordinario de reajuste de precio base para todos los contratos que cada una de las Instituciones de Salud Previsional administren con el objetivo de recuperar el equilibrio financiero que eventualmente podría perderse por la aplicación de la circular a la que hace referencia el Artículo 2° de tal forma de garantizar ingresos suficientes para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarios. Esta circular deberá contener la metodología para determinar el porcentaje o monto de alza necesario para recuperar el equilibrio financiero y asegurar la continuidad de coberturas.  Las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de realizar este proceso de reajuste de precios base dentro de los 15 días hábiles siguientes a la publicación de la circular a la que hace referencia el inciso anterior. En dicha comunicación, en el caso que haya informado que se acogerá a este reajuste, deberá señalar y justificar el porcentaje o monto de alza de acuerdo a la metodología comunicada por la Superintendencia, incluyendo todos los antecedentes necesarios para llegar a dicha alza.  Cumplidos 5 días hábiles después de vencido el plazo para informar por las Instituciones de Salud Previsional indicado en el inciso segundo de este artículo, la Superintendencia de Salud deberá informar del proceso de verificación de los porcentajes o montos de ajuste en base a los antecedentes aportados. Por esta comunicación se autorizará la aplicación del porcentaje o monto de ajuste verificado por la Superintendencia de Salud a todos los planes base de la Institución de Salud Previsional respectiva.  La resolución mencionada en el inciso anterior deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.  En el plazo de diez días corridos, contado desde la notificación de la resolución de la Superintendencia de Salud que contiene el porcentaje de ajuste verificado, las Isapres comunicarán a sus afiliados por correo electrónico o, en caso de no disponer de éste, por carta certificada, sobre el aumento porcentual o monto que afectará a sus planes.  La comunicación a sus afiliados que realice la institución de salud previsional deberá contener, a lo menos, la decisión de adecuar los planes, el porcentaje o monto de tal adecuación, los antecedentes que la justifican y la resolución de la Superintendencia de Salud que verifica el porcentaje de alza de la respectiva institución. En la misma comunicación deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.  Dentro del mes siguiente 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.  Respecto de este proceso de adecuación de planes base, no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de Noviembre de 2022 y deberá considerar la eliminación del Artículo 188 del 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”. |
|  | 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:  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 de devolución; las modalidades de devolución **(\*)**; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.  Para el cálculo de dicha deuda, cada Institución de Salud Previsional deberá calcular, para la totalidad de contratos que cada una administraba al 30 de noviembre de 2022, la diferencia entre el monto efectivamente cobrado y lo que hubiese cobrado si todos sus afiliados y beneficiarios hubieran empleado la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Dicha diferencia corresponderá al cobro en exceso que realizó cada Institución de Salud Previsional.  Dicho cobro en exceso se distribuirá a prorrata entre los afiliados cuyos pagos fueron superiores a los que se hubieran realizado de haberse empleado la Tabla Única a la que hace referencia el párrafo anterior.  **(\*)**  b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución. **(\*)**  **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.**  Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta **diez** años **(\*)**.**(\*)**  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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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°.  Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas. **(\*) (\*) (\*)**  **Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, ésta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.**  La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. **En particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.**  Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de diez días contado desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.  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.  Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, **previa consulta al Consejo Consultivo** sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.  La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.  El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de éste, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso noveno. | 97. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el artículo 3°, por el siguiente:  “Artículo 3°.- La Superintendencia de Salud, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos y que deberá publicar a más tardar el 30 de Mayo de 2024, determinará:  1. La obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional entre el 1 de Abril de 2020 y la fecha de aplicación de la Tabla Única de Factores de Riesgo.  2. La obligación de restituir las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1 de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.  3. La obligación de las Instituciones de Salud Previsional de presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes que contenga:  a. Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en los dos numerales anteriores, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la contenida en el Artículo 199 y en la Circular IF N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, y por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad. 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 de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.  b. Una propuesta de capitalización que realizarán los propietarios de la Institución de Salud Previsional para salvaguardar el pago de la deuda.  c. Una propuesta de transición de bonificación de prestación a prestación a bonificación de paquete de prestaciones a fin de contener costos según lo establecido en el Artículo 189 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud.  d. Una propuesta de emisión de bonos de deuda según lo establece el artículo respectivo.  e. Una propuesta de reducción de costos de la Institución.  Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.  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 requerirles para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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°.  Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán:  1. Ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.  2. Ofrecer un mecanismo, especial, voluntario y excepcional de compensación a los afiliados al que hace referencia los Artículos 9 al 18.  La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional.  Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de diez días contado desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.  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.  Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.  La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.  El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de éste, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso noveno.  98. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar la letra a) del artículo tercero, por el siguiente:  “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 y de los cobros realizados en exceso producto del procedimiento de adecuación de la prima por cobertura de garantías explícitas de salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, la actualización de los estados financieros de la institución previsional de que se trate, incluyendo los movimientos que se encuentren pendientes con grupos relacionados; 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 de devolución; las modalidades de devolución que deberán contar siempre con la aprobación de la persona afiliada, y todos los demás antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda. En caso que la devolución se proponga en cuotas, éstas serán expresadas en unidades de fomento y se contabilizarán los intereses que se devenguen de acuerdo al artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”  99. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el primer párrafo de la letra a) del artículo 3, entre la palabra “devolución” y el punto y coma, lo siguiente: “, que podrá incluir compensación de deudas que mantenga el afiliado con la institución, cuando corresponda”.  100. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar los incisos segundo y tercero de la letra a) del artículo 3°.  101. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar una nueva letra a) bis al artículo 3, del siguiente tenor:  “a bis) Para el cálculo de las cantidades percibidas en exceso, cada Institución de Salud Previsional deberá usar como referencia de cálculo la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/Nº 343, de 11 de diciembre de 2019, y el precio base correspondiente a dicha tabla, es decir, el costo para un cotizante de entre 25 y 34 años.”.  102. Del diputado **Rosas** para incorporar en la letra b), luego del punto aparte que pasa a ser seguido, lo siguiente:  “Esta propuesta deberá incluir necesariamente un mecanismo de contención de gastos administrativos, de venta y de operaciones; incluyendo un sistema de pago eficiente hacia los prestadores, el establecimiento de atención progresiva y una política de transparencia de los gastos para los afiliados. La Superintendencia deberá dictar un reglamento que regule en detalle las exigencias mencionadas en el inciso anterior.  103. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para eliminar la letra c).  104. Del **Ejecutivo** para reemplazar el literal c) por el siguiente:  “c) Una propuesta para incorporar en todos los contratos que administre la Institución, una prima extraordinaria correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.”.  105. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el párrafo segundo de la letra c) del artículo 3, antes del punto final, la siguiente oración: “, debiendo priorizarse la devolución a los adultos mayores”.  106. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el párrafo cuarto de la letra c) del artículo 3, después del punto final, la siguiente oración:  “El afiliado podrá solicitar el pago anticipado de la deuda y podrá transigir con la Institución de Salud Previsional el saldo insoluto mediante un pago único acordado entre las partes, cuyo monto corresponderá a la diferencia entre el saldo insoluto de la deuda menos una tasa de descuento por la preferencia temporal de pago.”.  107. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar en el inciso 2°del artículo tercero, el término “diez” por “siete”.  108. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para agregar al inciso 2° del artículo 3, luego del punto aparte, la siguiente frase:  “En el caso de que la persona afiliada tenga al momento de la publicación de esta ley, 60 años cumplidos o más, indistintamente su género, el plazo a que hace referencia este inciso, no podrá ser mayor a 5 años.”  109. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para intercalar en el inciso 3° del artículo 3, entre la frase: “podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas” y la frase “en forma de excedentes”, la siguiente oración: “,si éstas manifestaran su voluntad en ese sentido,”  110. Del diputado **Rosas** para incorporar al final del inciso 4°, luego del punto aparte, que pasa a ser seguido, la siguiente frase:  “Para realizar esta oferta, deberán considerar de manera prioritaria a los afiliados y a afiliadas mayores de 60 años, de manera que no podrá ofrecer acelerar el pago de la deuda total o parcialmente, mientras no hayan propuesto el pago acelerado de la deuda total a todos sus afiliados y afiliadas mayores de 60 años”.  111. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para incorporar en el inciso 4°, luego del punto final, la siguiente frase: “Para proceder en este sentido se requerirá la manifestación de voluntad de la persona afiliada.”  112. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para eliminar el inciso 5 del artículo 3.  113. Del **Ejecutivo** para reemplazar el inciso quinto, por el siguiente:  “Respecto de la prima establecida en el literal c) anterior, ésta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022. Asimismo, la referida prima no podrá implicar un alza mayor al 10% respecto de la cotización para salud descontada de la remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, correspondientes al mes de julio de 2023, o a la cotización descontada al momento del alza si el contrato fuese posterior a dicha fecha.”.  114. Del **Ejecutivo** para eliminar, en el inciso sexto, toda la frase que sigue a continuación de la expresión “Institución de Salud Pevisional.”.  115. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para eliminar la segunda parte del inciso 6°.  116. Del diputado **Rosas** para reemplazar la última parte del inciso 6, desde el punto seguido, por lo siguiente:  “estableciendo el máximo del alza. Esta metodología deberá considerar los siguientes componentes: los costos operacionales, aumentos de patrimonio y las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan, debiendo existir un equilibrio entre estos componentes con el solo objeto de permitir el financiamiento del costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.”  117. De los diputados **Bravo y Lilayu** para suprimir en el inciso sexto del artículo 3, la oración: “En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.”.  118. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso ante penúltimo del artículo 3, la expresión “previa consulta al Consejo Consultivo” por la expresión “previa consulta y tomando en consideración las opiniones del Consejo Consultivo”. |
|  | Artículo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Institución de Salud Previsional de conformidad al literal c) del artículo anterior, respecto de los contratos afectos al párrafo segundo del numeral 1) del artículo 2° de esta ley, se deberá aplicar sobre el **precio final** del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es 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.  En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.  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. | 119. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para eliminar el artículo 4.  120. Del diputado **Rosas** para reemplazar en el inciso primero del artículo 4, la expresión “precio final” por “precio base”  121. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso final del artículo 4, la palabra “seis” por “tres”. |
|  | 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.  Esta cuenta no podrá ser cerrada sino 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.  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.  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.  Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.**(\*)**  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.  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 6 del artículo 2472 del Libro Cuarto del Código Civil. **(\*)** | 122. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar el inciso cuarto del artículo 5, por el siguiente:  “Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con 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. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste e interés en la cuenta de la persona afiliada  123. Del diputado **Rosas** para incorporar al final del inciso quinto, luego del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la siguiente frase:  “Sin perjuicio de lo anterior, esta deuda debe quedar registrada en los estados financieros reportados regularmente por las Isapres según la normativa vigente”  124. Del diputado **Rosas** para incorporar al final del inciso séptimo, luego del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la siguiente frase:  “Sin perjuicio de lo anterior el o los mayores accionistas o aportadores de capital de la Isapre serán solidariamente responsable de los pasivos remanentes impagos. En caso que el controlador, participe de la propiedad de una nueva Institución de Salud Previsional, se aplicará la prohibición del inciso 1° del artículo 6° de la presente ley, hasta el pago total de la deuda referida en este artículo.” |
|  | Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional **(\*)** podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo 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.  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 ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución.  La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.  Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional **(\*),** en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podrá imponer una de las siguientes sanciones:  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.  b) Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.  Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo, y todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.  Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los **cargos a la Institución de Salud Previsional afectada**, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.  Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.  En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.  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, éstas 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**.  En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley Nº 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.  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 solidaria con la Institución. | 125. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para intercalar en el inciso primero del artículo 6, entre la frase: “Las Instituciones de Salud Previsional” y la frase “podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades”, los términos: “y sus grupos relacionados”.  126. De los diputados **Bravo y Lilayu** para suprimir en el inciso tercero del artículo 6 la frase: “y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional”.  127. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para intercalar en el inciso cuartodel artículo 6, entre la frase: “Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional” y la frase “en sesión o junta” los términos: “o sus grupos relacionados”.  128. De los diputados **Bravo y Lilayu** para suprimir en el inciso quinto del artículo 6 las siguientes frases: “el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional;” “y la intencionalidad en la comisión de la infracción;”.  129. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para reemplazar en el inciso sexto la frase: “cargos a la Institución de Salud Previsional afectada” por: “cargos a la Institución de Salud Previsional afectada y/o grupo relacionado afectado”.  130. De los diputados **Bravo y Lilayu** para suprimir el inciso octavo del artículo 6 del proyecto de ley.  131. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para reemplazar en el inciso noveno la frase: “a la Institución de Salud Previsional infractora” por: “ a la Institución de Salud Previsional o grupo relacionado infractor”  132. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma,** para reemplazar en el inciso de undecimo la frase: “y directivos de la Institución de Salud Previsional” por: “y directivos de la Institución de Salud Previsional y/o grupo relacionado”. |
|  | Artículo 7°.- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes establecidos en el artículo 3º será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la autorización referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha autorización.  El que, dentro del año 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 algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución **y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma**, la pena aumentará en un grado.  **El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniere en la perpetración del delito será castigado como autor, inductor o cómplice, según las circunstancias.** | 133. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para reemplazar en el inciso segundo del artículo 7, la frase “posteriores la reorganización o liquidación de la misma” por la siguiente: “anteriores a la dictación de la resolución de liquidación a la que se refiere la ley N° 20.720, que Sustituye el régimen concursal vigente por una ley de reorganización y liquidación de empresas y personas, y perfecciona el rol de la superintendencia del ramo, o durante el tiempo que medie entre la notificación de la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la respectiva resolución.”.  134. Del diputado **Rosas** para reemplazar en el inciso segundo del artículo 7, la frase “y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma”, por: “y se dictare dentro de los dos años posteriores la resolución de liquidación a que se refiere la ley N°20.720 o durante el tiempo que medie entre la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la resolución de liquidación”.  135. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para sustituir el inciso final por el siguiente:  “Los delitos señalados en los incisos precedentes serán considerados delitos de primera categoría, de conformidad con el artículo 1 de la ley 21.595 sobre delitos económicos.”. |
|  | Artículo 8°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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 cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.  Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.  Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1) y 2) de dicho artículo.  Previo a hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá 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.  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.  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.  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. | 136. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo 8.  137. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para eliminar el artículo 8.  138. De los diputados **Lilayu y Lagomarsino** para reemplazar en el inciso cuarto del artículo 8 del proyecto de ley, la palabra “seis” por “tres”. |
|  | **(\*)** | 139. De los diputados y diputadas **Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero,** para incorporar, luego del artículo 8, el siguiente párrafo I nuevo:  “Párrafo I  Del mecanismo Especial, voluntario y excepcional de compensación”. |
|  |  | 140. De los diputados y diputadas **Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero,** para incorporar dentro del Párrafo I nuevo los siguientes artículos 9 al 22, nuevos, pasando el actual 9 a ser 23, y así sucesivamente, del siguiente tenor:  “Artículo 9.- Establézcase un mecanismo especial, voluntario y excepcional de compensación a los afiliados de las Instituciones reguladas en la presente ley, cuya finalidad es compensar las obligaciones informadas en virtud de los numerales 4 y 5 del artículo 2, entregando al afiliado acreedor la posibilidad de elegir voluntariamente entre la compensación a través del otorgamiento de títulos accionarios o acciones, o la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures, ambos regidos y regulados en todo lo que no sea contrario a la presente ley por la Ley N°18.045 del Mercado de Valores.  Artículo 10.- Las Instituciones que se encuentren en las condiciones establecidas en los artículos precedentes, deberán entregar a sus afiliados la información precisa y pormenorizada de los montos de deuda que tuvieren con aquellos, de conformidad a las directrices establecidas en virtud del Artículo 2. Dicha información deberá contener a lo menos la individualización del afiliado y sus cargas, el plan de salud al que está acogido este, el monto total de la deuda y el monto anual acumulado desde el hecho que origina la deuda.  Artículo 11.- Publicidad de los mecanismos de elección. Las Instituciones mencionadas en el artículo precedente, deberán establecer en sus correspondientes sitios corporativos y de atención virtual de los afiliados, un apartado dedicado exclusivamente para informar respecto de los mecanismos de elección que podrán acogerse estos en el proceso de compensación que establece esta ley. Dicho espacio deberá entregar información efectiva, veraz y apropiada al usuario de los dos métodos de compensación a los cuales el afiliado podrá optar, indicando la cantidad de títulos que pudiere adquirir en cada caso al valor nominal del día anterior a la consulta. Dicha información deberá estar disponible en los espacios señalados anteriormente de manera amigable, clara y de fácil acceso, y deberá informarse y publicarse en un plazo no mayor a treinta días hábiles desde la publicación de la presente ley.  Artículo 12.- Mecanismo de elección. Las Instituciones en un plazo de treinta días hábiles desde la publicación de esta ley, deberán poner a disposición de sus afiliados un apartado especial en sus sitios corporativos donde el afiliado podrá elegir el mecanismo de compensación que desee para el cumplimiento de las obligaciones señaladas anteriormente.  El apartado al que se refiere el inciso precedente deberá estar disponible por un periodo no menor a 30 días hábiles e indicará de forma clara:  1. La individualización exacta del afiliado y su plan de salud.  2. Los montos adeudados al afiliado al día de la elección del método;  3. Las formas que la Institución que preste servicios de utilidad pública compensará dicha deuda, debiéndose elegir entre compensación a través del otorgamiento de títulos accionarios o acciones; o la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures.  4. La cantidad de títulos, en caso de elegir la entrega de acciones, o debentures, en caso de elegir los instrumentos de deuda, que equivale al monto total de la deuda y que podrá optar el afiliado.  Estas instituciones deberán elaborar un informe indicando el número de afiliados que prefiriera cada una de las opciones de compensación, estableciendo los montos en moneda nacional de cada una de las opciones y la cantidad de afiliados por opción.  Artículo 13.- En los casos en que los afiliados soliciten el otorgamiento de títulos accionarios o acciones, la Institución deberá entregar las correspondientes inscripciones de los títulos a que se refiere este inciso en un plazo no mayor a treinta días hábiles desde aprobada la capitalización.  En los casos que los afiliados soliciten la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures, la Institución que preste servicios de utilidad pública deberá entregar los correspondientes instrumentos en un plazo no mayor a cuarenta y cinco días hábiles desde la capitalización.  Artículo 14.- Capitalización. Las Instituciones en un plazo de diez días desde cumplido el plazo establecido en el artículo 2 de la presente ley, deberán realizar una Junta Especial de Accionistas con la finalidad de conocer el mecanismo de capitalización de la deuda en forma de acciones con valor nominal.  Dicha capitalización se regirá por las reglas especiales definidas en la presente ley.  Artículo 15.- De la Junta de capitalización. La capitalización a que se refiere el artículo precedente se efectuará con la concurrencia de la mayoría simple de sus socios con derecho a voto, e incrementará el capital social hasta el monto total de la deuda contraída por la Institución que preste servicios de utilidad pública en virtud de los socios que soliciten títulos accionarios equivalentes a la deuda producto de las adecuaciones irregulares de planes de salud contratados por los afiliados.  En el proceso de incremento de capital señalado en el inciso precedente, la Institución deberá emitir acciones nominales que correspondan al valor total de la deuda indicada, la que será puesta a disposición de los afiliados conforme al mecanismo de compensación definido en esta ley.  Artículo 16.- De la deuda. Para efectos de determinar la deuda como activo financiero, las Instituciones podrán excluir de su contabilidad dicha deuda, asignándola como activo financiero con objeto de la capitalización indicada en los artículos anteriores.  Respecto de los instrumentos de inversión de deuda señalados en el artículo 18, el total de los montos asignados a los afiliados que hubieren optado por la emisión de debentures, será consignado como activo en los balances financieros que correspondan.  Para efectos de lo señalado en los incisos anteriores, las Instituciones deberán recapitalizar las utilidades anuales obtenidas por las operaciones totales hasta el monto total de la deuda, pudiendo asimismo incorporar nuevos capitales con la finalidad de reducir la deuda total.  Artículo 17.- De la compensación. Las Instituciones deberán entregar a los afiliados acreedores títulos accionarios de primera clase equivalentes al valor total adeudado. Dichos títulos serán entregados de conformidad a lo señalado en el artículo 13 de la presente ley.  Las Instituciones deberán a su costo realizar las inscripciones en los registros que correspondan dentro del plazo de cinco días hábiles desde la adquisición de dichos títulos por parte de los afiliados.  Artículo 18.- Instrumentos de inversión de deuda. La Junta Especial de Accionistas a que se refiere el artículo 14 deberá establecer, de conformidad a los afiliados que hubieren solicitado la adquisición de debentures establecido en el artículo 12, el número de bonos de deuda correspondiente al total de la deuda nominal con cada uno de ellos.  Los instrumentos de inversión de deuda señalados en el inciso anterior tendrán un plazo de cinco años contados desde la fecha de emisión para su liquidación y se determinarán a cada afiliado por el total de la deuda contraída por las Instituciones a la deuda producto de las adecuaciones irregulares de planes de salud contratados por los afiliados.”. |
|  | Artículo 9°.- 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.  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.  **(\*)** | 141. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo 9.  142. De los diputados y diputadas **Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero,** para incorporar en el artículo 9, el siguiente inciso final:  “La fiscalización de las normas del Párrafo I de la presente ley se realizará de conformidad a las normas generales del Mercado de Valores en todo lo que corresponda a la emisión, transacción y registro de valores.”. |
|  | Artículo 10.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación **(\*)** de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. 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.  En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121, número 11, y 220 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. | 143. Del **Ejecutivo** para intercalar, en el artículo 10, entre la palabra “aplicación” y la expresión “de la presente ley”, la frase “de los artículos 2° y siguientes”. |
|  |  | 144. Del diputado **Aedo** para agregar a continuación del artículo 11, los siguientes artículos nuevos:  “Artículo 12: Se autoriza a las instituciones de salud previsional, con la finalidad exclusiva de dar cumplimiento y solución a las obligaciones informadas en virtud de los numerales 4 y 5 del artículo 2 de esta ley, a emitir bonos equivalentes a la suma correspondiente a la deuda que tengan estas instituciones para con personas acreedoras o bien a la emisión de acciones, en ambos casos por el monto a que hace referencia el literal a) del artículo 3 de esta ley.  Artículo 13: Tratándose tanto de la emisión de bonos o de la emisión de acciones señalado en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional, para dar cumplimiento a estas alternativas, deberán llevar a cabo un proceso de capitalización conforme a las siguientes reglas:  a) Deberán, dentro del plazo de 15 días contados desde el plazo indicado en el artículo 2 de la presente ley, llevar a cabo una Junta Extraordinaria de Accionistas, cuya materia a tratar será adoptar el mecanismo de capitalización de la deuda a través de la emisión de acciones con valor nominal y la emisión de bonos de deuda.  b) Dicha Junta extraordinaria de accionistas, se llevará a cabo con la concurrencia de la mayoría simple de los accionistas con derecho a voto o sus representantes debidamente mandatados al efecto.  c) En esta Junta, deberá aprobarse un incremento de capital por el monto total de la deuda contraída por la Institución de Salud Previsional, de lo cual deberán emitirse acciones nominales que se correspondan al valor total de la deuda indicada, los cuales serán puestos a disposición de los afiliados para que hagan efectiva la opción a que se refiere el artículo 14 de la presente ley.  d) Respecto a la emisión de bonos equivalentes al monto de la deuda de la institución de salud previsional con los afiliados, esta junta deberá aprobar el referido mecanismo, autorizando a su emisión.  Artículo 14: A partir de la fecha de la Junta Extraordinaria de Accionistas referida en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional, dentro del plazo de 30 días hábiles siguientes, deberán informar, de forma clara y comprensible a los afiliados, el monto total de la deuda de la cual son acreedores, la individualización del plan respectivo, la opción que les asiste para entender cumplida las obligaciones informadas como pendientes, las características de una u otra alternativa junto con la forma en que se ejercerá este derecho de opción, todo ello conforme a las instrucciones particulares que al efecto impartirá la Superintendencia de Salud.  Artículo 15: Tratándose de los bonos equivalentes a la deuda de la institución con el afiliado serán estos extendidos en soporte material o electrónico, nominativamente en favor de quienes sean acreedores y por el monto total de su acreencia, sin perjuicio de que puedan ser cedidos, vendidos y transferidos por éste a terceras personas. La cesión, venta y transferencia de estos bonos se realizará mediante una escritura privada, suscrita ante notario público.  Artículo 16: Se establece un plazo de 5 años en el cual dichos bonos de deuda no podrán ser exigibles a la institución de salud previsional emisora, sin perjuicio de que puedan ser negociables entre particulares. En el caso de ser negociados entre particulares, sólo serán exigibles ante la institución en el mismo plazo de 5 años contados desde su respectiva emisión. Transcurrido el plazo de 5 años, el titular de la deuda o el tercero a quien se haya hecho la cesión, venta o transferencia, podrá exigir el pago de la acreencia directamente ante la entidad emisora del respectivo bono, exhibiendo materialmente el documento o la escritura privada que dé cuenta de su adquisición por cesión, venta o transferencia, pago que se verificará dentro de un plazo máximo de 30 días hábiles.  Artículo 17: Sin perjuicio de la emisión de los bonos ante la institución emisora, el acreedor podrá optar por que esta institución le financie, con cargo al monto que representa el bono, servicios o prestaciones de carácter médico hasta el total del monto a que asciende su acreencia para con la institución de salud previsional”.  Artículo 18: Respecto de aquellos afiliados que hayan optado por recibir acciones, las instituciones de salud previsional deberán entregar a éstos, los títulos respectivos que den cuenta de ellas, equivalentes al total adeudado a cada uno de ellos, lo cual se llevará a cabo en un plazo que no exceda de 30 días hábiles desde la fecha en que se haya ejercido la opción en los términos indicados en el artículo 13 de esta ley.  Artículo 19: Las instituciones de salud previsional, podrán excluir de su contabilidad dicha deuda, asignándola como activo financiero, sólo para los efectos de llevar a cabo la capitalización indicada en el artículo 16 de esta ley. En cuanto a los bonos, el total de los montos asignados a los afiliados que hayan optado por esta alternativa, será consignado como activo en los balances respectivos. |
|  | DISPOSICIONES TRANSITORIAS |  |
|  | Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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 contado desde la publicación de esta ley**. | 145. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el artículo primero transitorio la frase “dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley” por “a más tardar el 30 de mayo de 2024”. |
|  | 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 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.  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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, luego de dieciocho meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.  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.  Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter y 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. | 146. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo segundo transitorio.  147. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Palma y Rosas,** para reemplazar en el inciso primero del artículo segundo transitorio, la frase “con una o más compañías de seguros” por la oración “una o más compañías de seguros u otra entidad que preste servicios de reembolso |
|  | **(\*)** | 148. Del **Ejecutivo** para agregar, a continuación del artículo segundo transitorio, el siguiente artículo tercero transitorio, nuevo, pasando el actual a ser cuarto transitorio y así sucesivamente:  “Artículo transitorio tercero. El artículo 144 quáter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud incorporado por el numeral 5) del artículo 1°, entrará en vigencia a contar del tercer año de la publicación de esta ley. Previo a ello, la Modalidad de Cobertura Complementaria no incluirá al seguro catastrófico, y los inscritos en la modalidad no adquirirán derecho alguno sobre tal protección financiera especial.    Todas las referencias al seguro catastrófico en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud no serán aplicables a los procesos de licitación que se realicen con anterioridad a la entrada en vigor del artículo 144 quáter, ni al contrato directo para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria señalado en el artículo segundo transitorio de esta ley.”. |
|  | **Artículo tercero.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º de la presente ley, deberá dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.** | 149. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo tercero transitorio.  150. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar el artículo tercero transitorio por el siguiente:  “Las circulares que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º y artículo 3º de la presente ley, deberán dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley. |
|  | Artículo cuarto.- A partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3°, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que éstas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.  El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.  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. | 151. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo cuarto transitorio.  152. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso final del artículo cuarto transitorio la frase: “dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo” por la siguiente: “serán aplicables a dicha Institución”. |
|  | 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:  1) Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.  2) Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.  Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1) anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimento a los plazos prescritos en el artículo 3º. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.  Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882. En su lugar, dentro de los **diez** días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al Congreso Nacional, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.  Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de **diez** días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.  En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de **diez** días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:  a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputados.  b) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.    Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente. **(\*)**  El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.  Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.  Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente período.  El Ministerio de Salud deberá presentar al Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda y de Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contado desde la fecha de publicación de esta ley.  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 sólo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.  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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. | 153. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo quinto transitorio.  154. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el artículo quinto transitorio la palabra “diez” por “cinco” todas las veces que aparece.  155. De los diputado **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso sexto del artículo quinto transitorio, luego del punto aparte, una oración del siguiente tenor:  “En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la respectiva nómina, el Presidente de la República deberá presentar una nueva nómina a la Cámara que la hubiera rechazado, que será votada en conformidad a las reglas de este inciso.”. |
|  | 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, por el numeral 3) del artículo 1° de la presente ley. | 156. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el artículo sexto transitorio por el siguiente:  “Artículo sexto.- El Ministerio de Salud deberá dictar, a más tardar el 30 de mayo de 2024 el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, por el numeral 3) del artículo 1° de la presente ley.” |
|  | 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 artículo 5° de la presente ley, ésta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición. |  |
|  | 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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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 artículo 11 de la ley Nº 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.  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.  Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, seguirán corriendo sin interrupción. |  |
|  | Artículo noveno.- 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. |  |
|  | **(\*)** | 157. Del **Ejecutivo** para agregar, a continuación del artículo noveno transitorio, el siguiente artículo décimo transitorio, nuevo, pasando el actual a ser undécimo transitorio y así sucesivamente:  “Artículo décimo transitorio.- Respecto de las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional a las que ésta no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, y 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 de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan solicitado expresamente a la Institución esta cobertura, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al tratamiento, manteniendo el prestador o derivándolo a otro que asegure condiciones sanitarias similares. Para estos efectos el Fondo podrá celebrar los convenios correspondientes.”. |
|  | Artículo décimo.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos octavo **y noveno**, transitorios, de la presente ley. | 158. Del Ejecutivo para reemplazar la expresión “y noveno” por “, noveno y décimo”. |
|  | Artículo undécimo.- **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.  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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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 **(\*)**.  **(\*)** | 159. Del diputado **Rosas** para sustituir el artículo undécimo transitorio por el siguiente:  “Artículo undécimo: 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 avanzar hacia una modalidad de seguros complementarios.  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 fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud y eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, 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."  160. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso primero del artículo undécimo transitorio, la expresión “Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024” por “Antes del 1 de octubre de 2024”.  161. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso primero la expresión “fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud” por “transformar el Fondo Nacional de Salud en una Institución de Seguridad Social en Salud Pública”.  162. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el inciso segundo entre la expresión “destinados a” y “las preexistencias” la frase “transformar las Instituciones de Salud Previsional en Instituciones de Seguridad Social en Salud Privadas,”.  163. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el inciso segundo previo al punto final la expresión “y crear un Fondo de Compensación de Riesgo Inter Instituciones de Seguridad Social en Salud”.  164. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar un inciso final del siguiente tenor:  “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 crear un Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral y un Fondo de Promoción y Prevención”. |
|  | Artículo duodécimo.- Auméntase la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos. |  |
|  | Artículo decimotercero.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”. |  |
|  |  | 165. De los diputados y diputadas **Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero,** para incorporar un artículo transitorio, nuevo, del siguiente tenor:  “Artículo Transitorio.- Los costos asociados a la inscripción, registro, transferencia y cualquiera de los derivados del cumplimiento de las normas del Párrafo I de la presente ley serán de cargo de las Instituciones.”. |
|  |  | 166. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas,** para incorporar el siguiente artículo Décimo Cuarto Transitorio, nuevo:  “Artículo transitorio.- La Superintendencia de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, deberán disponer y comunicar de forma oportuna, clara y permanente, en todos sus medios de comunicación, entre ellos sitios web, redes sociales, correos electrónicos, oficinas y cualquier otro medio o lugar destinado para fines de información, los derechos y deberes garantizados por esta Ley como toda la información contenida en esta ley a las personas afiliadas y público.  En el caso de las personas afiliadas con discapacidad, las Instituciones de Salud Previsional, deberán comunicarse de manera directa con aquellas, brindando de manera clara y oportuna la información a través de todas las formas de comunicación, formatos y tecnologías accesibles, tales como en lengua de señas y Braille.” |

1. LOC [↑](#footnote-ref-1)