| **TEXTO VIGENTE** | **PROYECTO DE LEY** | **INDICACIONES** |
| --- | --- | --- |
|   DFL 1 FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469. | “Artículo único.- Introdúcense, al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones: |  |
| 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, y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro, 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. |  | **1. Del diputado Lilayu** para agregar en el inciso segundo del artículo 107 la siguiente frase final: “Adicionalmente, fiscalizará la entrega de información que requiera desde el Fondo Nacional de Salud para el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario establecido el párrafo 6° del Título II del Libro III de la presente ley.”. |
| Artículo 170.- Para los fines de este Libro se entenderá: a) La expresión "Superintendencia" por Superintendencia de Salud; b) La expresión "Institución" o "ISAPRE", por Institución de Salud Previsional; c) La expresión "Patrimonio", por el patrimonio mínimo establecido en el artículo 178 de esta ley; d) La expresión "Garantía", por la garantía establecida en el artículo 181 de esta ley; e) La expresión "Administradora", por Administradora de Fondos de Pensiones; f) Las expresiones "cargas", "grupo familiar" o "familiares beneficiarios", indistintamente, por las personas a que hacen referencia las letras b) y c) del artículo 136 de esta Ley; g)La expresión "Registro", corresponde a la inscripción de una persona jurídica en la Superintendencia de Salud para poder operar como ISAPRE; h) La expresión "cotización para salud", corresponde a las cotizaciones a que hace referencia el artículo 137 de esta Ley, o a la superior que se pacte entre el cotizante y la Institución; i) La expresión "cotizante cautivo", para los efectos de lo dispuesto en los artículos 219 y 221, por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional; j) La expresión "prestador de salud" corresponde a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria; k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud; l)La expresión "agente de ventas", por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción, modificación o terminación de los contratos de salud previsional; m) La expresión "precio base", por el precio asignado por la Institución a cada plan de salud. Se aplicará idéntico precio base a todas las personas que contraten el mismo plan. El precio final que se pague a la Institución de Salud Previsional por el plan contratado, excluidos los beneficios adicionales, se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores, y n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.**(\*)**  | 1) Modifícase el artículo 170 en el siguiente sentido:a) Suprímese el literal i), readecuándose el orden correlativo de los literales siguientes.b) Agrégase, a continuación del literal n) que ha pasado a ser m), el siguiente literal n), nuevo:“n) La expresión “CAEC” por Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.”. |  |
| Artículo 181.- Las Instituciones mantendrán, en alguna entidad autorizada por ley para realizar el depósito y custodia de valores, que al efecto determine la Superintendencia, una garantía equivalente al monto de las obligaciones que se señalan a continuación:(…)**(\*)** | 2) Agrégase, a continuación del artículo 181, el siguiente artículo 181 bis, nuevo:“Artículo 181 bis.- Toda Institución de Salud Previsional deberá contar con un reaseguramiento, otorgado por compañías de seguro o reaseguro nacionales, que cubra aquellos riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, según determine la Superintendencia de Salud cada cinco años mediante instrucciones de carácter general, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero. Estas mismas instrucciones establecerán las condiciones mínimas del reaseguro. El reaseguro no confiere al beneficiario de la Institución ninguna obligación ni derecho. La Institución será la única que tiene derechos y obligaciones con quien lo otorgue. El reaseguro en caso alguno exonerará a la Institución de sus obligaciones con el beneficiario.”. |  |
| Párrafo 4°De las PrestacionesArtículo 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.(…) | **(\*)** | **2. Del diputado Lagomarsino** para agregar un nuevo artículo 189 bis a continuación del título “Párrafo 4° De las Prestaciones” del siguiente tenor: “Artículo 189 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional estarán en la obligación de establecer un fondo de compensación de riesgo entre ellas que estará regulado a través de un reglamento dictado por el Ministerio de Salud. En este fondo se utilizarán las variables de sexo, edad, diagnósticos y cualquier otro que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud para calcular los ajustes de las primas y las transferencias de recursos a realizar entre las Instituciones. Las variables que se utilizarán deberán ser previamente autorizadas por la Superintendencia de Salud. Igualmente, todas las transferencias de recursos que se produzcan a propósito de este fondo deberán ser informadas al regulador.” |
| Párrafo 6ºDe la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo. El referido Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 200 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la Institución de Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia. Artículo 211.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento. Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad. Las primas a que se refiere este artículo, serán puestas en conocimiento de las Instituciones de Salud Previsional para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas. Si alguna de ellas formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución. Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional, en partes iguales. Artículo 212.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional. Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine. Artículo 213.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las obligaciones que establece este Párrafo. En caso que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, dicho organismo, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 181 de esta Ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 221 y 222 de este mismo texto legal. Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado. Artículo 214.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita. Artículo 215.- El Reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda. | **(\*)** | **3. Del diputado Lilayu** para reemplazar el párrafo 6° del Título II del Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud por el siguiente: “Párrafo 6ºDe la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación Solidario cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios con relación a las prestaciones y beneficios del plan común de salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo. El referido Fondo será supervigilado y regulado por la Superintendencia. Artículo 211.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, por las diferencias en los factores de riesgo de la cartera afiliada a cada institución.  La forma de cálculo y ponderadores de los factores usados para estimar el riesgo se determinarán conforme al Reglamento. Con todo, ellos considerarán, a lo menos, las variables de sexo, edad y condición de salud. Para la determinación de estos últimos, la Superintendencia podrá usar sus bases de datos y solicitar información al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional. La información así obtenida no podrá ser utilizada por la Superintendencia para fines distintos a los referidos en el presente artículo.  Si el Fondo Nacional de Salud o alguna de las Instituciones de Salud Previsional formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, según sea el caso, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, según corresponda. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución. Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, según corresponda, en partes iguales. Artículo 212.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada institución. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine. Artículo 213.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento de las obligaciones que establece este Párrafo. En caso que el Fondo Nacional de Salud o alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, se procederá de la siguiente manera:  Las Instituciones de Salud Previsional lo harán con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de esta ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de este mismo texto legal. El Fondo Nacional de Salud lo hará con cargo al presupuesto de su Dirección Nacional. Lo anterior es sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan. Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado. Artículo 214.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita. Artículo 215.- El Reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.". |
| Párrafo 7°Disposiciones Generales Artículo 216.- Las Instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes: 1.- Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales; 2.- Domicilio, agencias y sucursales; 3.- Fecha de su registro en la Superintendencia; 4.- Duración de la sociedad; 5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia; 6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía; 7.- Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trienal, con indicación del monto y el motivo; **8.- Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios.** **En el caso de los beneficiarios, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes, y** 9.- Nómina de los agentes de ventas de la Institución de Salud Previsional correspondiente, por ciudades. La información referida podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia. | **3) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 216, el numeral 8º por el siguiente:****“El plan común de salud disponible, con indicación de su prima, prestaciones, beneficios y red preferente.”.** | **4. De la diputada Gazmuri** para reemplazar el numeral 3) del artículo único, por el siguiente:  “3) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 216, el numeral 8º por el siguiente:  “El plan común de salud disponible, con indicación de su prima, prestaciones, beneficios, red preferente y gastos de administración y venta.”. |
|  Artículo 219.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán transferir la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, a una o más ISAPRES que operen legalmente y que no estén afectas a alguna de las situaciones previstas en los artículos 221 y 223. De considerarse dos o más ISAPRES de destino en esta transferencia, la distribución de los beneficiarios, entre dichas Instituciones, no deberá implicar discriminación entre los beneficiarios ya sea por edad, sexo**,** cotización pactada o condición de cautividad. Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraran vigentes en virtud del contrato que se cede, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. Las Instituciones cesionarias deberán notificar este hecho a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al Régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley o a otra ISAPRE con la que convengan. La notificación se entenderá practicada a contar del tercer día hábil siguiente a la expedición de la carta. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo. Para todos los efectos legales, la fecha de celebración del contrato cedido será la misma del contrato original. **La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto.** La Institución de Salud que desee hacer uso del mecanismo de traspaso de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos de esta disposición, deberá publicar, en forma previa a la ejecución de la mencionada transferencia, un aviso en tres diarios de circulación nacional, en diferentes días, su propósito de transferir sus contratos de salud, indicar la Institución a la cual pretende transferir y las condiciones societarias, financieras y de respaldo económico de la misma. | 4) Modifícase el inciso primero del artículo 219 en el siguiente sentido:a) Reemplázase la coma que antecede la expresión “cotización pactada” por la letra “o”. b) Suprímese la expresión “o condición de cautividad”. | **5. De la diputada Gazmuri** para reemplazar el inciso 3° del artículo 219, por el siguiente:  “La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto, entre las cuáles establecerán la regulación de los Gastos de Administración y Venta, estableciendo un porcentaje máximo de ingresos destinados a este concepto y nuevos mecanismos de pago a prestadores basados en la resolución de problemas de salud, como los Grupos Relacionados por Diagnóstico, pagos asociados y pagos basados en resultados”. |
| Artículo 221.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento al indicador de liquidez definido en el artículo 180, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo. La Superintendencia deberá aplicar este mismo régimen cuando el patrimonio o la garantía disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181. En todo caso, una vez subsanada la situación de incumplimiento de que se trate, se alzarán las medidas adoptadas en virtud de este régimen de supervigilancia y control. Detectado por la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados precedentemente, ésta representará a la ISAPRE la situación y le otorgará un plazo no inferior a diez días hábiles para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia, que podrá versar, entre otras cosas, sobre aumento de capital, transferencias de cartera, cambio en la composición de activos, pago de pasivos, venta de la Institución y, en general, acerca de cualquier medida que procure la solución de los problemas existentes. La Superintendencia dispondrá de un plazo máximo de diez días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia presentado, ya sea aprobándolo o rechazándolo. Si la Superintendencia aprueba el Plan de Ajuste y Contingencia presentado por la Institución, éste deberá ejecutarse en un plazo no superior a ciento veinte días, al cabo del cual deberá evaluarse si éste subsanó el o los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación. La Superintendencia podrá, por resolución fundada, prorrogar el referido plazo hasta por sesenta días. En caso de que la Superintendencia, mediante resolución fundada, rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado, quedará facultada para nombrar un administrador provisional en los términos que más adelante se señalan, o bien para formular observaciones al referido Plan. En este último caso, la Superintendencia otorgará a la ISAPRE un plazo de cinco días hábiles, contados desde la notificación de la resolución respectiva, para presentar un nuevo Plan de Ajuste y Contingencia, el cual deberá ser aprobado o rechazado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su presentación. En el evento de que la Superintendencia rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado o si, habiéndolo aprobado, éste se incumple o transcurre el plazo de ejecución previsto sin que se haya superado el problema informado o detectado, el Superintendente deberá nombrar en la ISAPRE, por resolución fundada, un administrador provisional por el plazo de cuatro meses, el que podrá ser prorrogado por igual término por una sola vez. Los honorarios del administrador provisional serán de cargo de la ISAPRE, salvo si fuere funcionario de la Superintendencia, caso en el cual no percibirá honorarios por dicho cometido. El administrador provisional tendrá las facultades que la ley confiera al directorio, al gerente general u órgano de administración de la ISAPRE, según corresponda, con el solo objetivo de lograr una solución con efecto patrimonial para superar los problemas detectados o informados, pudiendo, entre otras cosas, citar a Junta Extraordinaria de Accionistas u órgano resolutivo de la ISAPRE y negociar la transferencia de la cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos del artículo 219. Con todo, el administrador provisional no podrá, en ningún caso, vender la Institución, salvo que haya sido autorizado por la mencionada Junta u órgano resolutivo. Solucionados los problemas detectados o informados, cesará la administración provisional. **En caso que no se logren solucionar los problemas, el** **Superintendente dará inicio, mediante resolución fundada, al procedimiento de cancelación del registro de la ISAPRE, el que se desarrollará del siguiente modo y estará a cargo del administrador provisional, aun cuando haya transcurrido el plazo de su nombramiento:** **a.- El administrador provisional procederá a la transferencia de la totalidad de la cartera de afiliados a una o más ISAPRES a través de una licitación pública, la que deberá realizarse en no más de ciento veinte días contados desde la fecha de la resolución mencionada precedentemente.** **b.- Para los efectos de la indicada licitación, el Superintendente podrá, a solicitud del administrador provisional o de oficio, suspender la celebración de nuevos contratos con la Institución y las desafiliaciones de la misma.** **c.- Las bases de licitación podrán disponer que, con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 181 de esta ley, se pague un valor a la ISAPRE adjudicataria en caso que se proceda a licitar la cartera de afiliados y beneficiarios al menor pago. Este valor deberá considerar, entre otras variables, las características de riesgo, la cotización pactada y la condición de cautividad de los cotizantes de la ISAPRE cuya cartera se licita. Dicho valor se imputará total o parcialmente a dicha garantía, dependiendo de la preferencia indicada en el artículo 226.** **d.- No podrán participar en la licitación aquellas Instituciones que se encuentren en alguna de las situaciones descritas en el inciso primero de este artículo, en el último semestre precedente a la licitación.** **Licitada la cartera o cuando la licitación haya sido declarada desierta, el Superintendente procederá a cancelar el registro de la ISAPRE.** Con todo, si la Institución comunicare a la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados en el inciso primero antes que ésta lo detectare, dispondrá de un plazo mayor de cinco días hábiles al indicado en el inciso segundo para presentar el Plan de Ajuste y Contingencia, el cual podrá ser prorrogado por la Superintendencia. Las Instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la ISAPRE a la que se le aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes en alguno de sus planes de salud actualmente vigentes cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización pactada al momento de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan un plan distinto. Las Instituciones no podrán, en caso alguno, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones o exclusiones que las que ya se encontraren vigentes en virtud del contrato que mantenían con la Institución de anterior afiliación, ni exigir una nueva declaración de salud. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días ábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley o a otra ISAPRE con la que convengan. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo. | 5) Modifícase el artículo 221 en el siguiente sentido:a) Reemplázase los incisos octavo y noveno por el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual inciso décimo a ser noveno:“En caso de que no se logren solucionar los problemas, el Superintendente de Salud procederá a cancelar el registro de la ISAPRE y, mediante resolución, abrirá un período especial de hasta sesenta días para que los afiliados de la respectiva ISAPRE puedan cambiarse a otra Institución, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 241.”.b) Suprímese el actual inciso décimo primero. |  |
| Artículo 223.- La Superintendencia podrá cancelar, mediante resolución fundada, el registro de una Institución en cualquiera de los siguientes casos: 1.- Cuando la cartera de afiliados de una ISAPRE haya sido adquirida por otra u otras Instituciones de Salud Previsional o cuando la licitación a que se refiere el artículo 221 haya sido declarada desierta. 2.- En caso de incumplimientograve y reiterado dentro de un período de doce meses de las obligaciones que establece la ley o de las instrucciones que imparta la Superintendencia, debidamente observado o sancionado en cada oportunidad por ésta. 3.- Por encontrarse en un procedimiento concursal de liquidación. 4.- Por pérdida de la personalidad jurídica de la Institución. 5.- A solicitud de la propia Institución, en los términos que establecen los artículos 224 y 227. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, la Institución no podrá celebrar nuevos contratos de salud previsional y sus afiliados podrán desahuciar los contratos vigentes, aún cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 197. | 6) Suprímese, en el numeral 1 del artículo 223, la frase “o cuando la licitación a que se refiere el artículo 221 haya sido declarada desierta”. |  |
| Artículo 228.- El que falsifique u oculte información a la Superintendencia, incurrirá en las penas que establece el artículo 210 del Código Penal. | 7) Agrégase, a continuación del artículo 228, el siguiente Título III, nuevo, readecuándose el orden correlativo de los artículos siguientes: |  |
| **(\*)** | “TÍTULO IIIDel plan común de saludPárrafo 1°De las prestaciones y beneficiosArtículo 229.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma este Libro, las personas indicadas en el artículo 184 deberán contratar el plan común de salud a que se refiere este Título con la Institución de Salud Previsional que elijan.Artículo 230.- Las prestaciones y beneficios del plan común de salud serán los siguientes:a) Las prestaciones contempladas en la modalidad de atención institucional del Fondo Nacional de Salud.b) Las prestaciones contempladas en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud.c) Las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley N°19.966 que establece dicho régimen. d) El beneficio de CAEC, en los términos definidos en el artículo 231 de este título.e) Las atenciones de emergencia de conformidad a los incisos quinto y sexto del artículo 173.f) Las prestaciones contempladas en el artículo 194.g) El subsidio por incapacidad laboral de que trata el artículo 149.Lo anterior es sin perjuicio de los derechos que tienen quienes contraten un plan común de salud de acceder a las prestaciones y coberturas definidas bajo el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo de la ley Nº20.850.Artículo 231.- Todo beneficiario de un plan común de salud accederá a una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en virtud del cual tendrá derecho a una protección financiera especial que se activará, cuando los copagos que se originan por un mismo problema de salud superan, dentro de un mismo período anual, el monto máximo de gasto por beneficiario definido en el decreto supremo a que se refiere el artículo 234.Esta cobertura adicional cubrirá todos los copagos derivados de un problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el monto indicado en el inciso anterior.La cobertura adicional operará en toda la red de prestadores definida en el plan común de salud contratado.La cobertura adicional deberá ser activada por la Institución de Salud Previsional de forma automática, una vez que los copagos devengados superen el monto indicado en el inciso primero.En el evento que algún beneficiario del contrato del plan común de salud efectúe gastos que excedan el monto máximo de gasto por beneficiario, la Institución de Salud Previsional estará obligada a devolver la diferencia entre los gastos incurridos por el afiliado al plan y el monto máximo de gasto por beneficiario. Este monto deberá ser devuelto al afiliado por la respectiva Institución de Salud Previsional, en la forma y plazos que determine la Superintendencia de Salud mediante instrucciones de general aplicación. |  |
|  | Párrafo 2°De la cobertura financiera de las Instituciones de Salud PrevisionalArtículo 232.- La cobertura financiera que otorgan las Instituciones de Salud Previsional para las prestaciones y beneficios del plan común de salud será la misma para todos sus afiliados, con independencia de la Institución que elijan. Esa cobertura será definida en el decreto supremo a que alude el artículo 234 en los términos que se indican en el presente párrafo.Para la cobertura en la red preferente del plan común de salud, el decreto definirá el copago que deberá efectuar el beneficiario por prestación o grupo de prestaciones que reciba en dicha red. Este copago deberá expresarse en un porcentaje de un valor determinado en un arancel de referencia para el plan común de salud. Esta cobertura no podrá ser inferior a la señalada en el artículo 190.No obstante lo anterior, cada Institución de Salud Previsional deberá cubrir al prestador que corresponda el valor total convenido, por sobre el dicho copago, de las prestaciones de sus beneficiarios. Para la cobertura financiera fuera de la red preferente, el decreto definirá aquella que deberá efectuar cada ISAPRE por prestación o grupo de prestaciones que reciba un beneficiario en prestadores no incluidos en dicha red. Esta contribución deberá expresarse en un porcentaje de un valor determinado en el arancel de referencia para el plan común de salud.El arancel deberá definir una cobertura financiera mayor cuando las prestaciones se otorguen en la red preferente del plan común de salud definida por cada Institución de Salud Previsional.Artículo 233.- El decreto al que hace referencia el artículo 234 deberá mantener las coberturas de las Garantías Explícitas en Salud definidas de conformidad a la ley N°19.966.Sin perjuicio de las coberturas que se definan conforme al artículo 232 las prestaciones incluidas en el artículo 194 serán gratuitas para los afiliados y beneficiarios del plan común de salud. Respecto a las prestaciones que se deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente a su red preferente, el decreto establecerá una cobertura financiera otorgada por las ISAPRE de un 90%, siempre y cuando se califique dichas atenciones como tal. |  |
|  | Párrafo 3°Del procedimiento de aprobación y modificación del plan común de saludArtículo 234.- El plan común de salud que deben ofrecer las Instituciones de Salud Previsional será definido mediante un decreto supremo dictado por intermedio del Ministerio de Salud, suscrito también por la o el Ministro de Hacienda. Este decreto contendrá las prestaciones y los beneficios del plan común de salud, como también la cobertura financiera de cada una de ellas.El arancel del plan común deberá estar expresado en unidades de fomento. Con todo, el arancel de las prestaciones incluidas en las Garantías Explicitas en Salud será el que corresponda a dicho régimen conforme a lo dispuesto en la ley Nº19.966.Artículo 235.- Para la aprobación o modificación de las coberturas financieras del plan común de salud, el Ministerio de Salud deberá convocar previamente a un Consejo Consultivo, de carácter técnico, que tendrá como función asesorar en la definición de dichas coberturas, tanto para la atención en la red preferente como fuera de ella.El Consejo Consultivo estará constituido por siete personas, de vasta y comprobada experiencia profesional y/o académica en materias de salud pública o economía de salud. Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:a) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas.b) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas.c) Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con el nombramiento de estos consejeros, le serán aplicables las normas reglamentarias del Consejo Consultivo de la ley Nº19.966. A estos consejeros les serán aplicables las inhabilidades e incompatibilidades definidas en el 130 quater y 130 quinquies de esta ley. También les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa en los términos del artículo 130 septies de esta ley. Asimismo, serán causales de cesación en el cargo las establecidas en el artículo 130 sexies de esta ley. 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.Los consejeros tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de ciento noventa y cinco unidades de fomento anuales, la cual será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero. Artículo 236.- Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de cinco 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.La o el Ministro 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 Subsecretaría de Salud Pública, 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 Subsecretaria de Salud Pública brindará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.Los consejeros deberán presentar una propuesta al Ministerio de Salud en materia de coberturas financieras del plan común de salud. Para cumplir su cometido, tendrán un plazo de tres meses contado desde su convocatoria. Los consejeros cesarán en su cargo una vez cumplido su cometido. La propuesta que el Consejo Consultivo presente al Ministerio de Salud deberá considerar las observaciones que se hayan recogido en un proceso de consulta pública que el mismo Consejo haya llevado al efecto de conformidad a la ley N° 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.Artículo 237.- El plan común de salud tendrá una vigencia de tres años. Si no se hubiera modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderá prorrogado por el mismo periodo, y así sucesivamente.Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación del plan común de salud antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece la presente ley.Artículo 238.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, cada vez que la autoridad, en ejercicio de las facultades previstas en el Párrafo 3° de la ley N°19.966, modifique las Garantías Explícitas en Salud se entenderá por el solo ministerio de la ley modificado el contenido del plan común de salud.Del mismo modo, cada vez que la autoridad incorpore modificaciones en las prestaciones de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud se entenderán, por el solo ministerio de la ley, modificadas las prestaciones incluidas en el plan común de salud, no pudiendo negarse el acceso a estas prestaciones desde su incorporación al arancel de la modalidad respectiva del Fondo.Con todo, dentro de los treinta días corridos siguientes a una modificación en las prestaciones de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud, la autoridad competente deberá modificar el decreto supremo que aprueba el plan común de salud a fin de incorporar la cobertura financiera a la nueva prestación, la que podrá operar con efecto retroactivo respecto de las prestaciones otorgadas dentro de ese período. | **6. Del diputado Lilayu** para reemplazar los artículos 235 y 236, propuestos por el numeral 7 del artículo único, por los siguientes: “Artículo 235.- El Ministerio de Salud aprobará o modificará las coberturas financieras del plan común de salud luego de considerar las recomendaciones del Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud respecto de la definición de su contenido y cobertura, tanto para la atención en la red preferente como fuera de ella, que incluirán una estimación de costos asociados al cumplimiento de dicho plan. El Ministerio de Salud podrá desestimar, de manera fundada una o más recomendaciones del Instituto. En este caso, previo a la aprobación o modificación de las coberturas financieras, el Instituto deberá remitir al Ministerio de Salud una nueva estimación de los costos asociados al cumplimiento de este plan.  El Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud será un organismo público, técnico y permanente, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Se relacionará con el Presidente de la República mediante el Ministerio de Salud. Su domicilio será la ciudad de Santiago.  El Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud estará constituido por siete personas, de vasta y comprobada experiencia profesional y/o académica en materias de salud pública o economía de salud. Sus miembros serán nombrados de la siguiente manera:a) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades acreditadas en Chile, elegidos por sus decanos.b) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades acreditadas en Chile, elegidos por sus decanos.c) Tres miembros designados por el Presidente de la República a propuesta de ternas designadas por el Sistema de Alta Dirección Pública, establecido en el título VI de la ley N° 19.882. En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con el nombramiento de estos miembros, le serán aplicables las normas reglamentarias del Consejo Consultivo de la ley Nº19.966.  A ellos les serán aplicables las inhabilidades e incompatibilidades definidas en los artículos 130 quater y 130 quinquies de esta ley. También les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa en los términos del artículo 130 septies de esta ley. Asimismo, serán causales de cesación en el cargo las establecidas en el artículo 130 sexies de esta ley.  Les corresponderá a los miembros del Instituto designar a uno de ellos como presidente del mismo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del organismo. Los miembros del Instituto tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de ciento noventa y cinco unidades de fomento anuales, la cual será compatible con otros ingresos que perciban. Serán funciones del Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud:a) Evaluar, a solicitud del Ministerio de Salud, tecnologías sanitarias, tales como productos sanitarios y servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.b) Realizar recomendaciones sobre priorización en el financiamiento de las tecnologías sanitarias evaluadas en el marco de un proceso sistemático, científicamente robusto, participativo y transparente.c) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de protocolos, guías, normas y vías de práctica clínica, que describan el uso adecuado de las tecnologías sanitarias priorizadas a partir de la mejor evidencia disponible y procesos de atención que generen valor para el paciente. d) Definir los estándares metodológicos y de procedimiento para conducir las evaluaciones de tecnologías sanitarias, así como para la elaboración de los instrumentos asociados a la calidad de la atención por parte de los proveedores de servicios de salud.e) Realizar recomendaciones respecto de la definición del contenido y cobertura financiera, tanto para la atención en la red preferente como fuera de ella, del plan común de salud, incluyendo estimaciones de costos de estas recomendaciones. f) Realizar estimaciones de costos del plan común de salud definido por el Ministerio de Salud.g) Las demás funciones que la ley le encomiende.  Artículo 236.- Para sesionar, el Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud requerirá un quórum mínimo de cinco integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los miembros del organismo tendrán derecho a voz y voto. El organismo 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 voto dirimente. De los acuerdos que adopte el organismo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría. El Ministro de Salud tendrá derecho a ser oído por el Instituto cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones. El Instituto contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por éste. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Instituto, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento, lo que incluirá la contratación de estudios para el cumplimiento de sus obligaciones. La propuesta que el Instituto presente al Ministerio de Salud deberá considerar las observaciones que se hayan recogido en un proceso de consulta pública que el mismo organismo haya llevado al efecto de conformidad a la ley N° 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. Para todos los efectos legales, este organismo reemplazará y será el continuador legal del Consejo Consultivo creado en el artículo 20 de la ley N°19.966.”. |
|  | Párrafo 4°Del contrato del plan común de salud**Artículo 239.- Cada Institución de Salud Previsional ofrecerá el plan común de salud, determinando previamente la red preferente de prestadores y la prima que cobrará por este plan. Tanto la prima como la red preferente deberán ser las mismas para todos sus afiliados y cargas de una Institución. Las Garantías Explícitas en Salud y la CAEC deberán otorgarse en cualquier prestador de la red preferente que tenga oferta disponible, a elección del beneficiario.** Los afiliados al Régimen que establece el Libro II que contraten el plan común de salud deberán imputar su cotización legal para salud al pago de la prima correspondiente en los términos dispuesto en el inciso primero del artículo 171. Si su cotización legal es insuficiente para financiar el plan común de salud **(\*)**, se entenderá que el cotizante acuerda una cotización superior con la Institución. Si la cotización legal es superior **a la prima**, la diferencia deberá ser destinada por la Institución al financiamiento de las prestaciones y beneficios de los afiliados y beneficiarios.Artículo 240.- Los contratos de salud a que hace referencia este título, deberán ser pactados por tiempo indefinido, y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por incumplimiento de las obligaciones contractuales o por mutuo acuerdo. Sin perjuicio de lo anterior, la Institución deberá acceder a la desafiliación si es solicitada y se fundamenta en la cesantía o en la variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución. El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato, para lo cual bastará una comunicación escrita a la Institución con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación. El cotizante y sus cargas quedarán afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios del Libro II de esta Ley, sin perjuicio de la posibilidad de contratar un nuevo plan común de salud en la oportunidad prevista en el inciso segundo del artículo 241. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente. Artículo 241.- Las Instituciones de Salud Previsional no podrán comercializar planes adicionales de salud o beneficios que mejoren la cobertura prevista en su plan común de salud o que otorgue cobertura a prestaciones no incluidas en este. Con todo, las Instituciones podrán celebrar convenios con compañías de seguros, seleccionadas previo proceso público, transparente y competitivo, cuya única finalidad sea ofrecer a sus afiliados acceso a seguros de salud que estas comercialicen. Los beneficios ofrecidos en virtud de dichos convenios deberán quedar disponibles para la totalidad de las personas beneficiarias a la ISAPRE respectiva, en las mismas condiciones de precio y coberturas. En ningún caso las Instituciones de Salud Previsional podrán supeditar la afiliación de una persona a la contratación de algún seguro de salud.Artículo 242.- Las Instituciones de Salud Previsional no podrán negar la afiliación y no podrán requerir que el cotizante y sus beneficiarios informen condiciones de salud preexistentes. Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia no incluidos en el decreto que define el contenido del plan común de salud. Los afiliados a una Institución de Salud Previsional solo podrán cambiarse de Institución en el mes de junio de cada año, debiendo suscribir el contrato correspondiente con la nueva Institución en el mes inmediatamente anterior. De igual modo, en la misma oportunidad, los cotizantes del Fondo Nacional de Salud podrán contratar un plan común de salud con una Institución de Salud Previsional.  Para la celebración de un contrato de salud, las ISAPRE no podrán considerar como condición el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores. Esta prohibición no será aplicable a aquellos contratos de salud a que se refiere el inciso final del artículo 200.Artículo 243.- El contrato del plan común de salud contendrá:a) El nombre del o los prestadores que comprenderán la red preferente y a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias.b) El nombre del o los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia, aplicándose a estos efectos lo dispuesto en el artículo 189.c) El derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el literal a), a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas previstas en el número 4) del artículo 189.d) La forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios, por incorporación o retiro de beneficiarios legales, o no, de acuerdo con el artículo 202. Los nuevos beneficiarios que se incorporen al plan común de salud de un cotizante no devengarán prima sino una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad. Con todo, por este nuevo beneficiario, el afiliado sí deberá pagar el precio de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere el párrafo 5° del Título II de la presente ley.e) La prima del plan común de salud y la unidad en que se pactará. La prima del plan común estará compuesta por el precio de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere el párrafo 5° del Título II y el precio por los demás beneficios del plan común señalados en el artículo 230. Ambos valores deberán informarse en términos claros e independientes.f) Los montos máximos de los beneficios y restricciones de cobertura solo en el caso que estén contemplados en el decreto supremo que defina el plan común de salud. Las Instituciones financiarán las prestaciones y las coberturas incluidas en el plan común sin establecer períodos de carencia, exclusiones o restricción de cobertura adicionales, y no podrán incluir en el contrato ningún tipo de disposición que restrinja, limite o condicione sus beneficios.Artículo 244.- El contrato de plan común de salud estará sujeto a las siguientes reglas:a) La cobertura por prestaciones otorgadas fuera de la red preferente del plan común de salud sólo opera en caso de que el beneficiario opte voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la Institución de Salud Previsional para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan. Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud por fuera de la red preferente cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo con el plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella.b) El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas.c) Anualmente, cada Institución de Salud Previsional podrá adecuar la composición de la red de prestadores preferentes, en los términos previstos en el artículo 245 de este título, e informando de este cambio a los afiliados. En la misma oportunidad, cada Institución deberá poner en conocimiento de los afiliados las adecuaciones que la autoridad pueda haber hecho al plan común de salud vigente durante la última anualidad de conformidad al artículo 238.  d) La prima del plan común de salud solo podrá variar una vez al año, en los términos dispuestos en el artículo 245 o cuando la autoridad haga modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud, en los términos dispuestos en el artículo 206.  El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° del Título II de la presente ley. e) Todo afiliado a un plan común de salud y sus beneficiarios podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa en los términos dispuestos en el artículo 189. Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud del plan común de salud contratado, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio, en los términos dispuestos en los incisos finales del artículo 189.Artículo 245.- Anualmente, en el mes de junio de cada año, las Instituciones de Salud Previsional podrán modificar la prima de su plan común de salud. En la misma oportunidad podrán modificar la red de prestadores preferente del plan común de salud que comercializa. **(\*)** Para estos efectos, dentro de los cinco primeros días del mes de marzo de cada año, las Instituciones deberán informar a sus afiliados y a la Superintendencia de Salud, la nueva prima del plan común de salud, que entrará en vigencia a partir del mes de junio. Con todo, aquellos contratos que a dicha fecha tengan menos de un año de vigencia, mantendrán el valor de su prima. **(\*)** En la misma oportunidad, las Instituciones deberán informar a sus afiliados y a la Superintendencia de Salud si existen modificaciones en la red de prestadores preferentes del plan común, las que, asimismo, entrarán en vigencia en el mes de junio. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato bajo las nuevas condiciones definidas por la Institución de Salud Previsional o desahuciarlo. Si a junio del respectivo año el afiliado no ha ejercido su derecho a cambiarse de Institución de Salud Previsional conforme a lo previsto en el artículo 241, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución.  Para que las ISAPRE puedan efectuar una variación en la prima del plan común de salud que comercializan, conforme a lo establecido en el inciso primero, deberán haber dado cumplimiento a las exigencias de metas de salud preventivas establecidas en el artículo 198 bis de esta ley.Artículo 246.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 240 y 241, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explicitas en Salud o de sus posteriores modificaciones, el afiliado podrá desahuciar el contrato del plan común de salud o cambiarse de ISAPRE.  Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato o cambiarse de ISAPRE sujetándose a las reglas generales del presente título. | **7. Del diputado Lilayu** para reemplazar el inciso primero del artículo 239, propuesto por el numeral 7 del artículo único, en el siguiente sentido “Artículo 239.- Cada Institución de Salud Previsional ofrecerá el plan común de salud, determinando previamente hasta tres redes preferentes de prestadores y las primas respectivas que cobrará por este plan en cada red. La prima deberá ser la misma para todos sus afiliados y cargas que elijan una misma red preferente dentro de cada Institución. Las Garantías Explícitas en Salud y la CAEC deberán otorgarse en cualquier prestador de la red preferente elegida que tenga oferta disponible, a elección del beneficiario.”.**8. Del diputado Lilayu** para modificar el inciso segundo del artículo 239, propuesto por el numeral 7 del artículo único, en el siguiente sentido: a) Intercalase entre la frase “insuficiente para financiar el plan común de salud” y “, se entenderá”, la frase “del afiliado y sus cargas, cuando corresponda”. b) Reemplazase la expresión “a la prima” por la frase“a la suma de la prima del afiliado y sus cargas, cuando corresponda,”.**9. Del diputado Lilayu** para agregar en el inciso primero del artículo 245, propuesto por el numeral 7 del artículo único, luego del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente oración:  “Asimismo, en esta oportunidad podrán modificar las primas de ingreso definidas de acuerdo al artículo 247.”.**10. Del diputado Lilayu** para agregar, en el inciso segundo del artículo 245 propuesto por el numeral 7 del artículo único, luego del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente oración:  “También en dicha oportunidad deberán informar a la Superintendencia de Salud si deciden modificar las primas de ingreso.”. |
|  | **(\*)** | **11. Del diputado Lilayu** para intercalar un artículo 247 nuevo, luego del artículo 246 que se propone en el numeral 7 del artículo único, pasando el actual a ser artículo 248, del siguiente tenor: “Artículo 247.- Respecto de los nuevos afiliados que no pertenecieran previamente a una Institución de Salud Previsional, en calidad de afiliados o cargas, las aseguradoras podrán cobrar una prima de ingreso. Esta se podrá cobrar solo por una vez, y será la misma para todos los afiliados que ingresen a una misma institución.  Respecto de las cargas, cada institución solo podrá cobrar una misma prima de ingreso, que no podrá ser superior a la establecida en el inciso anterior. No se podrá cobrar esta prima a aquellas cargas que al momento de su incorporación no hayan cumplido dos años.  El precio de la prima de ingreso tendrá una vigencia de al menos un año, pudiendo ser modificada por la institución de salud previsional tras informar a la Superintendencia de Salud en la misma oportunidad establecida en el artículo 245. La prima de ingreso deberá estar siempre disponible en la página web de cada institución.”. |
|  | Artículo 247.- En todo lo no regulado en este título, al plan común de salud que contraten los afiliados le serán aplicables las normas del título II de esta ley que les sean compatibles. |  |
|  | **(\*)** | **12. Del diputado Lilayu** para agregar un párrafo 5°, nuevo, luego del párrafo 4° incorporado por el numeral 7 del artículo único, del siguiente tenor:“Párrafo 5°De la información a los usuarios Artículo 248.- La Superintendencia de Salud deberá mantener un sistema de información de la calidad de la atención de las aseguradoras y prestadores de salud regulados por esta ley.  Este sistema será público, se actualizará semestralmente y deberá estar siempre disponible a través de su sitio web. El sistema deberá informar, a lo menos, sobre tiempos de espera promedio de atención médica, tasa de reclamos de los afiliados, realizar y dar a conocer encuestas de satisfacción a usuarios, índices comparativos de precios, entre otros.”. |
|  | DISPOSICIONES TRANSITORIASArtículo primero transitorio.- El primer decreto que aprueba el plan común de salud, además de las prestaciones y beneficios señalados en el artículo 230 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, podrá incorporar dentro del contenido del plan, las prestaciones no incluidas en los aranceles de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud que se encuentren reconocidas en la cobertura de los planes de salud vigentes de las Instituciones de Salud Previsional.  Para la elaboración del primer decreto, se deberá seguir el procedimiento establecido en los artículos 235 y 236 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para proponer las coberturas financieras del primer decreto del plan común de salud, el Consejo Consultivo dispondrá de un plazo de seis meses contados desde su convocatoria. Los integrantes del **Consejo**, para la elaboración del primer decreto al que se refiere el artículo 234 tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de trescientas noventa unidades de fomento anuales. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero. | **13. De la diputada Gazmuri** para reemplazar en el artículo 1° transitorio el término “Consejo” por “Superintendencia”. |
|  | Artículo segundo transitorio.- Las modificaciones a los artículos 170, 216, 219, 221 y 223 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, efectuadas por los numerales 1, 3, 4, 5 y 6, respectivamente, del artículo único de la presente ley, entrarán en vigencia conjuntamente con la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud. |  |
|  | Artículo tercero transitorio.- El artículo 229 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, entrará en vigencia junto con el decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, fecha a partir de la cual las Instituciones de Salud Previsional solo podrán ofrecer el plan común de salud en los términos dispuestos en esta ley.  Con todo, los planes de salud vigentes a la fecha de entrada en vigencia del referido decreto supremo subsistirán y continuarán regulándose conforme a las normas del título II del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, y las demás que resulten pertinentes. |  |
|  | Artículo cuarto transitorio.- Dentro de los doce meses siguientes a la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, todas las Instituciones de Salud Previsional abiertas deberán contar con el reaseguro de que trata el artículo 181 bis del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, introducido por el numeral 7 de la presente ley. | **14. De la diputada Gazmuri** para reemplazar el artículo 4° transitorio por el siguiente:  “Artículo cuarto transitorio.- Dentro de los doce meses siguientes a la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, todas las Instituciones de Salud Previsional abiertas podrán iniciar el proceso de transición a seguros complementarios que les permita mantener una participación prioritaria en las licitaciones de la modalidad de cobertura complementaria del Fondo Nacional de Salud, manteniendo su cartera de beneficiarios y las coberturas ofertadas de acuerdo a lo establecido en la Ley N°21.674”. |
|  | **(\*)** | **15. De la diputada Gazmuri** para incorporar un artículo 5° transitorio nuevo, pasando el actual artículo 5° a ser 6°, del siguiente tenor:  “Dentro del periodo legislativo 2025 el Ministerio de Salud, en conjunto con la Superintendencia de Salud, el Fondo Nacional de Salud formarán una Mesa de Trabajo que determinen los mecanismos cómo las Isapres co financiarán la estrategia y política pública de atención primaria de salud universal, transfiriendo al menos el per cápita correspondiente a sus afiliados a medida que se implemente la estrategia en las comunas respectivas. Esto, con el fin de financiar los cuidados integrales de quienes se atienden en la red pública independiente del sistema de salud en el que coticen”. |
|  | Artículo quinto transitorio.- 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.”.  |  |
|  | **(\*)** | **16. Del diputado Lilayu** para agregar el siguiente artículo transitorio nuevo: “Artículo transitorio.- Para cumplir lo establecido en el inciso primero del artículo 235, respecto del primer plan común de salud, el Instituto tendrá un plazo de seis meses desde su constitución, la que deberá efectuarse dentro de tres meses desde la publicación de esta ley. En caso de ser necesario el establecimiento de una nueva estimación de costos, en el supuesto del inciso primero de dicho artículo, tendrá un plazo de un mes adicional de plazo. Posteriormente, hará los estudios que permitan ir actualizando el plan común de salud en los plazos establecidos en el artículo 237 de la presente ley, así como lo dispuesto en el artículo 238 de la presente ley. |
|  | **(\*)****(\*)** | **17. Del diputado Lilayu** para agregar los siguientes artículos transitorios, nuevos:  “Artículo transitorio.- Las modificaciones establecidas al párrafo 6° del Título II del Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, entrarán en vigencia seis meses después que se haya publicado el plan común de salud que se establece en el artículo 229 de la presente ley.  Artículo transitorio.- Mientras el plan común de salud establecido en esta ley no sea aplicable a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, el Fondo de Compensación Solidario previsto en el párrafo 6° del Título II del Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud sólo operará entre las Instituciones de Salud Previsional.  Una vez que el plan común de salud sea aplicable a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, lo previsto en el párrafo 6° del Título II de la ley N° 18.933 aplicará también para el Fondo Nacional de Salud.”. |