



**FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN FISCALÍA
DPTO. DE ASESORÍA JURÍDICO ADMINISTRATIVA**



RESOLUCIÓN EXENTA 3G N° 14772 / 2020

MAT.: AUTORIZA TRATO DIRECTO, APRUEBA TÉRMINOS DE REFERENCIA Y CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPO RELACIONADO POT EL DIAGNÓSTICO (GRD) SUSCRITO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y CLÍNICA ATACAMA SPA.

SANTIAGO , 22/09/2020

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1/2005 del Ministerio de Salud; Ley N° 19.886; Decreto Supremo N° 250/2004, del Ministerio de Hacienda; la Ley N° 21.192, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el presupuesto del sector público para el año 2020; las facultades que me confiere el Decreto Supremo N° 27/2018 del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N° 28/2019 del Fondo Nacional De Salud; lo señalado en la Resolución N° 7/2019, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que el Fondo Nacional de Salud, es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que depende del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes deberá someterse en el ejercicio de sus actividades.
2. Que, entre otras funciones, conforme al Art. 50, letra b), DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, le corresponde financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen, en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.
3. Que, mediante decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio de la República para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019 (2019nCoV)". En virtud del artículo 6° N°2 del decreto en referencia se facultó al Fondo Nacional de Salud para efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para el manejo de esta urgencia, la cual, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° letra c) de la ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios, quedará liberada de los procedimientos de licitación, sin perjuicio de su publicación posterior en el portal www.mercadopublico.cl.
4. Que, asimismo, en razón del déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes que se ve superada por la demanda del sistema, como ocurre durante el invierno, acrecentada por la alerta sanitaria indicada en el considerando precedente, se justifica la medida de realizar la compra de servicios de salud campaña de invierno 2020.
5. Que, para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público, el Fondo Nacional de Salud requiere realizar la compra de servicios de resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por GRD, para así complementar la oferta pública, y dar respuesta a la necesidad de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1/ 2005, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional, y que son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (U.G.C.C.) del Ministerio de Salud (MINSAL).
6. Que, la prestación de salud indicada de servicios de resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por GRD por alerta sanitaria por coronavirus y campaña de invierno 2020 para pacientes derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (U.G.C.C.) del Ministerio de Salud (MINSAL), en razón del déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes que se ve superada por la demanda del sistema.
7. Que, lo anterior justifica la medida de contar con un número de proveedores adicionales, que a todo evento puedan satisfacer las necesidades descritas.
8. Que, en ese tenor la **CLÍNICA ATACAMA SPA**, cuenta con la capacidad técnica y administrativa para dar cumplimiento a la prestación de los servicios encomendados de resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por GRD.
9. Que, la contratación a que se refiere esta Resolución, se realiza sin la concurrencia de los requisitos para la licitación pública y privada, es decir, sin aquel procedimiento de carácter concursal mediante el cual se realiza un llamado público convocando a los interesados; todo ello en conformidad a lo señalado en el artículo 8° letra c) de la ley N° 19.886; y artículo 10 N° 3 del Reglamento de la ley N° 19.886, esto es, en casos de emergencia, urgencia o imprevisto, calificados mediante resolución fundada del jefe superior de la entidad contratante, sin perjuicio de las disposiciones especiales para los casos de sismo y catástrofe contenida en la legislación pertinente; en efecto, dado el déficit de oferta existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes, acrecentado por la propagación a nivel mundial del Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV), como ocurre durante el invierno, efectuar un proceso licitatorio atendida la naturaleza de la prestación y los montos involucrados, no permiten cumplir de manera eficiente el rol de FONASA poniendo así en riesgo la salud y bienestar de la ciudadanía.
10. Que, con el objeto de garantizar el fiel cumplimiento del contrato la **CLÍNICA ATACAMA SPA**, entregó una Boleta de Garantía, del Banco de Crédito e Inversiones N° 5340448 a la vista y de carácter irrevocable, emitida a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto de \$22.500.000.- (veintidós millones quinientos mil pesos), equivalente al 5% del monto total estimado del contrato, con vigencia al día 30 de noviembre de 2020, quedando en custodia del Subdepto. Tesorería de esta Institución.
11. Que, por razones de buen servicio y en el uso de mis facultades legales dicto la siguiente;

RESOLUCIÓN:

1° AUTORIZA TRATO O CONTRATACIÓN DIRECTA por los Servicios de salud alerta sanitaria por Coronavirus y campaña de invierno 2020 a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), en virtud de la causal establecida en la letra c) del artículo 8° de

la ley 19.886; y Art. 10 N° 3 del Reglamento de Compras, con el siguiente proveedor:

- **CLÍNICA ATACAMA SPA**, RUT N° 76.938.510-K, con domicilio en calle Infante N° 861, comuna y ciudad de Copiapó.

2° APRUEBANSE los términos de referencia para la prestación de Servicios de salud alerta sanitaria por Coronavirus y campaña de invierno 2020 a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), cuyo texto son del siguiente tenor literal:

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)

1. ANTECEDENTES GENERALES DE LA CONTRATACIÓN.

Mediante decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio de la República para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV)". En virtud del artículo 6° N°2 del decreto en referencia se facultó al Fondo Nacional de Salud para efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para el manejo de esta urgencia, la cual, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° letra c) de la ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios, quedará liberada de los procedimientos de licitación, sin perjuicio de su publicación posterior en el portal www.mercadopublico.cl.

Asimismo, en razón del déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes que se ve superada por la demanda del sistema, como ocurre durante el invierno, acrecentada por la alerta sanitaria indicada en el párrafo precedente, justifica la medida de realizar la compra de servicios de salud campaña de invierno 2020.

En consecuencia, y para los efectos señalados en los párrafos precedentes, así como para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público, el Fondo Nacional de Salud requiere realizar la compra de servicios de resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por GRD, para así complementar la oferta pública, y dar respuesta a la necesidad de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1/ 2005, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional, y que son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (U.G.C.C.) del Ministerio de Salud (MINSAL).

2. CONTRATO Y DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL.

Para la ejecución de los servicios, el prestador deberá sujetarse a las condiciones pactadas en los presentes Términos de Referencia y a los siguientes documentos, que se entienden forman parte integrante de este instrumento para todos los efectos legales, por tanto, las partes les otorgan por este acto plena validez y exigibilidad:

- a. Carta de aceptación de términos de referencia con Oferta Económica del Precio Base.
- b. Cartera de servicios del prestador.
- c. Términos de referencia
- d. Resolución que Autoriza Compra Directa.

FONASA, utilizarán el correo electrónico que el proveedor consigne en el Anexo 3 "Datos del Prestador", como medio para efectuar cualquier comunicación a que diere lugar el respectivo contrato, incluidas las notificaciones propias del procedimiento de aplicación de multas y término anticipado del contrato, en el caso que sea procedente su aplicación.

1. OBJETO DEL CONTRATO.

El prestador deberá suscribir un contrato para el servicio de resolución integral de patologías agudas o agudizadas de pacientes que requieran distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos, derivados por vía UGCC y cuyo mecanismo de pago se realizará a través de GRD, según el precio base que corresponda.

Lo anterior, sin perjuicio de que no existe obligación de un número determinado de resoluciones diagnósticas a contratar por parte del FONASA.

Asimismo, los servicios que se contratan son aquellos que ocupen los pacientes en sus distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos, para dar resolución integral a su estado de salud, requiriendo cualquier tipo de unidades de hospitalización: básica, aguda o de UPC (UCI, UTI) o requerir intervenciones quirúrgicas, las cuales, junto al parto, han sido abordadas para efectos de esta contratación como servicios de apoyo o complementarios en el caso de atención del parto.

A. Categoría Paciente Adulto:

- Resolución de patologías agudas o agudizadas de paciente adulto en estado crítico que requiere atención médica.
- Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente Adulto que requiere atención médico-quirúrgica.

Sin perjuicio de lo señalado en el numeral anterior, el prestador se obliga a prestar el servicio conforme a la descripción que a continuación se explica, de acuerdo a la categoría ofertada.

Categoría Paciente Adulto:

- Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente Adulto que requiere atención médica y atención médico-quirúrgica en sus distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos.

Definición:

Es aquella prestación de salud, definida para la internación y cobertura de atención de 24 horas, para la resolución integral de pacientes Adultos con patología aguda o agudizada que requieran distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos.

Prestación:

Hospitalización en cualquier tipo de unidades de hospitalización de Cuidados Básicos y/o Medios (ex agudos) o Críticos (UCI, UTI) (o en otros casos, unidad de cuidados intensivos coronarios) del Adulto.

4. RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA

El prestador cuenta con los recursos humanos (profesionales médicos y profesionales de salud no médicos) adecuados para el otorgamiento de los servicios de salud a fin de que se garantice que las atenciones en salud alcancen los niveles de calidad exigibles.

El prestador, sin perjuicio de lo anterior, deberá informar a FONASA los cambios en la planta de recursos humanos, en un plazo no superior a 30 días de ocurrido dichos cambios.

Asimismo, cuenta con las exigencias de infraestructura, equipamiento y servicios de apoyo a la operación clínica, establecidos en la normativa y reglamentación vigente necesarios para proveer o prestar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que corresponda de acuerdo a las diferentes atenciones a brindar en relación con la categoría de atención.

5. PROCESO DE DERIVACIÓN, ATENCIÓN Y ALTA

Con el objetivo de facilitar el proceso de derivación, atención y rescate de los beneficiarios cada hospital derivador deberá informar a UGCC el cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del encargado del hospital para solicitar las derivaciones a través de la plataforma ministerial. Además, los Servicios de Salud deben designar un encargado para las derivaciones de todos sus establecimientos dependientes, con el objetivo de intervenir en las derivaciones de casos especiales o en momentos que el hospital derivador no cuente con su referente a cargo.

Así como también, el prestador cuenta con un profesional a cargo de la gestión, monitoreo y reinserción, en caso necesario, a su servicio de salud (Atención Primaria), de los beneficiarios derivados.

Asimismo, el prestador deberá informar a UGCC el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del encargado para gestionar las derivaciones a través de esta plataforma, y los teléfonos de contacto con sus distintas unidades para la solicitud de cama.

Proceso de derivación:

La derivación de pacientes hacia el prestador, será realizada por los hospitales públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud desde cualquier servicio clínico tales como Unidades de emergencias o servicio de Urgencia (SU), Unidades de paciente crítico (UPC), Unidad de Cuidados especiales, etc., y deberán ser intermediadas por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Dicho proceso será efectuado a través de la plataforma UGCC <https://ugcc.minsal.cl>

La Unidad de gestión centralizada de camas derivará de acuerdo a la evaluación previa de la condición clínica del paciente y su necesidad de atención médica en base a la disponibilidad de oferta de camas y un ranking de derivación que se establecerá según criterios aprobados mediante resolución N° 6.378, de 2016, del FONASA además de las siguientes consideraciones:

- a) En el momento que se asigne prestador para la derivación y atención del paciente, éste no podrá solicitar ningún informe médico por escrito del paciente a derivar, si esto sucede puede ser causal de cambio de ranking y la opción de derivación a otro prestador.
- b) La derivación de pacientes se efectúa a través de la plataforma UGCC, la cual cuenta con un manual de procedimientos donde se establece claramente que el contacto para solicitud de antecedentes se realiza de forma telefónica y en acuerdo con ambos profesionales médicos. Cualquier solicitud de informe o de antecedentes médicos del paciente podrá ser solicitada una vez formalizada la derivación, sin perjuicio de que se solicite el traslado del paciente en conjunto con los antecedentes médicos que corresponda. Este traslado será responsabilidad del hospital de origen que derive al paciente, utilizando los medios que el caso y su complejidad requiera.
- c) Aquellos prestadores que no cuenten con la acreditación ante la Superintendencia de salud y no hayan iniciado dicho proceso no podrán recibir derivaciones de pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico establecido de patología con Garantías Explícitas en Salud GES.
- d) En los casos de pacientes que requieran atención por las siguientes Garantías Explícitas en Salud (GES): cardiopatía congénita, Gran Quemado y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud de la presente contratación, toda vez que FONASA cuenta con otros mecanismos para la atención de estas enfermedades específicas.
- e) En el caso de que la cardiopatía congénita sea diagnosticada como hallazgo dentro del proceso de hospitalización, previo a la notificación y en coordinación con el hospital de origen, se activarán los mecanismos dispuestos para el traslado del paciente a su red de atención para la resolución de su patología. Sin embargo, si la Red de atención correspondiente al paciente, no tiene capacidad para dar respuesta a su necesidad de salud, se activarán los mecanismos secundarios dispuestos para otorgar una atención oportuna.
- f) Para aquellos casos de beneficiarios portadores de patologías de origen cardiovascular agudas se dará prioridad de inicio de búsqueda de derivación en prestadores que cuenten con capacidad resolutive médica y médico-quirúrgica, frente a la eventualidad y riesgo que el caso requiera de una resolución de mayor complejidad de su patología.

Suspensión transitoria de derivación: en caso de una disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, se solicitará al proveedor subsanar en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos la falencia, plazo durante el cual FONASA podrá suspender derivaciones al prestador.

Proceso de atención:

a) Derechos y deberes del paciente:

El prestador deberá resguardar, durante el proceso de atención, el cumplimiento de la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud, especialmente en: Informar al paciente sobre el tratamiento que se le otorgue y en general responder a cualquier consulta, orientación e información que éste requiera., otorgarle un trato digno y respetuoso, contar con personal en atención directa con identificación visible, contar con un libro de reclamos y sugerencias visible y accesible a los pacientes, etc.

- Al ingreso del paciente, el prestador deberá informarle a él, a su familiar directo o al representante legal, los alcances de la atención de salud y su modalidad de atención (Modalidad de Atención Institucional, MAI), dejando constancia a través del Formulario de "Consentimiento Informado" firmado por el paciente o quien le represente. Lo expuesto deberá realizarse dentro de los dos días hábiles a contar del ingreso del paciente.
- El prestador deberá otorgar la atención integral sin discriminar por sexo, religión, edad, situación socioeconómica, patología asociada u otros.

b) Registros del proceso de atención:

El prestador, durante la hospitalización deberá mantener y llevar los siguientes registros en UGCC:

- Al ingreso del paciente el prestador deberá registrar anamnesis completa del estado clínico del paciente y luego consignar de forma diaria la evolución de éste en sistema informático UGCC. Dicha evolución debe ser consignada en la pestaña de Observaciones "Derivaciones exitosas" y debe ser una actualización del estado clínico que contenga al menos: cambios en estado de salud o tratamiento, procedimientos y exámenes relevantes, nuevos hallazgos, eventos adversos (UPP, caídas, iatrogenias, IAAS), entre otros. No se aceptará que el prestador adjunte evoluciones diarias en formato Word o PDF.
- Informe médico del estado del paciente toda vez que se requiera por el hospital de origen, Servicio de Salud, FONASA o UGCC MINSAL.
- Creación luego del parto de los casos de recién nacido de madres trasladadas vía UGCC, que requieran de cama neonatológica. Plazo máximo 24 horas hábiles para registro en plataforma UGCC MINSAL, a través de llamado a Call Center.
- Al egreso la epicrisis debe ser adjuntada como documento en formato Word o PDF, en la plataforma UGCC.
- En los casos de derivaciones ocurridas por Amenaza de parto prematuro y requerimiento de frenación, el prestador estará obligado a generar una actualización diaria de la condición clínica de la paciente en la plataforma UGCC y en forma adicional, mantener informado al equipo obstétrico del hospital de origen de la evolución de la paciente, notificando a la brevedad cuando ésta esté en condiciones de alta o rescate en los caso en que se haya concretado la frenación del Parto prematuro.
- Solicitud de autorización para la aplicación de terapia ECMO o Asistencia Ventricular.
- Registro de Ajustes de Tecnología en plataforma UGCC.
- Solicitudes de Gestión y/o Rescate al Hospital de Origen en plataforma UGCC.
- Si durante el proceso de atención, el paciente es diagnosticado con alguna patología GES, el prestador debe realizar la notificación de dicha patología mediante el "Formulario de constancia información al paciente GES", el cuál debe ser correctamente llenado y firmado por el paciente. Paralelamente, debe informar de esta situación al referente GES del Hospital de Origen y enviar el formulario descrito, de forma que éste tome conocimiento del caso e inicie las gestiones que se requieran. Del mismo modo, deberá realizarse las notificaciones que correspondan en caso de encontrarse en alguna de las siguientes situaciones: pacientes en urgencia vital o secuela funcional grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto que contempla la Ley N° 20.850.

Proceso de alta:

a) Egreso.

La presente contratación considera la compra de servicios de salud para beneficiarios que requieren resolución integral de patología aguda o reagudizada, por lo que el beneficiario debe ser dado de alta a domicilio o alta por fallecimiento y cumpliendo los siguientes requisitos:

- Una vez egresado el paciente, es deber del prestador entregarle al paciente o a su acompañante una epicrisis con informe médico que resuma diagnóstico, exámenes, procedimientos, tratamiento efectuado, evolución del cuadro médico.

- En los casos que el paciente requiera control de su patología aguda o crónica, el prestador debe coordinar en el hospital público o APS la fecha y hora de su control y entregar el tratamiento medicamentoso hasta esa fecha.

b) Rescate al hospital de origen.

El prestador puede presentar solicitud de rescate sólo en los siguientes casos:

- Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): Pacientes que por condición clínica (pronóstico ominoso y/o mala calidad de vida), se decide no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas en cuanto a objetivo terapéutico. Decisión médica tomada con consentimiento de familiares (LET firmado) y que se encuentren con medidas de soporte básico, vale decir, requerimiento de cama básica.
- Embarazadas con Frenación del trabajo de parto: Pacientes cuyo diagnóstico de Trabajo de Parto Prematuro ha sido resuelto, es decir, recibieron frenación y ésta resultó exitosa. Dichas pacientes podrán ser rescatadas a su hospital de origen o dadas de alta a domicilio (previa coordinación con el equipo obstétrico) si su condición lo permiten.
- En regiones extremas se evaluarán casos especiales como por ejemplo requerimiento de cirugía cardiovascular con oferta en la red pública local.
- Usuarios con requerimiento de rehabilitación certificado por fisiatra.
- Usuario con patología psiquiátrica, cuyo cuadro clínico que generó la derivación, provocado por una exacerbación de patología mental de base, se encuentra resuelto, pero dada condición basal requiere continuación de tratamiento.

Ante la presencia de esta causal, el prestador deberá informar vía plataforma electrónica (UGCC MINSAL) los requerimientos presentados con sus correspondientes justificaciones, debiendo adjuntar informe médico completo para la solicitud, de forma paralela debe informar a hospital de origen dicha solicitud a través de correo electrónico, con copia al administrador del convenio o a quien se designe para estos efectos.

c. Gestión al hospital de origen para continuidad de tratamiento.

Previo al alta se pudiera presentar algunas situaciones en que el prestador requiriera gestiones específicas por parte del Hospital de origen para asegurar la continuidad del cuidado del beneficiario, es así, que debe solicitar dichas gestiones a través de la plataforma informática de UGCC MINSAL, además de correo electrónico dirigido a hospital de origen, con copia, según corresponda, a referente de Servicio de Salud a cargo de Salud Mental, Salud respiratoria, Rehabilitación y GES. Estas situaciones establecidas por FONASA son las siguientes:

- Usuarios con requerimientos Sociosanitario cuyo cuadro clínico que generó la derivación se encuentra resuelto y no cuenta con redes de apoyo familiares ni sociales para ser dado de alta a su domicilio, situación respaldada con informe social de hospital de origen.
- Usuario con necesidad de Oxígeno domiciliario que se encuentra en condiciones de alta a domicilio, pero con requerimientos bajos de oxígeno a permanencia.
- Usuarios portadores de Insuficiencia renal crónica con necesidad de asignación de centro de diálisis.
- Usuarios oncológicos con necesidad de continuar tratamiento de manera ambulatoria.
- Usuarios con patologías crónicas con requerimiento de cuidados domiciliarios permanentes, entre ellos: Requerimiento de Ventilación Mecánica Invasiva crónica certificada por broncopulmonar, usuario con manejo de ostomías, usuarios postrados (dependencia moderada o severa), usuarios con patologías oncológicas terminales y que requieren cuidados paliativos.

Para las solicitudes de coordinaciones con la Red pública para la continuidad de atención el prestador deberá realizar la solicitud a través de la plataforma UGCC de forma inmediata luego de identificar esta necesidad, siendo el hospital de origen quién debe dar respuesta a la solicitud, de manera de no generar perjuicio ni interrupción del cuidado del paciente.

A su vez el prestador debe contar con la autorización de FONASA y/o UGCC registrado en plataforma para proceder con el traslado del paciente al hospital de origen.

d) Plazo de respuesta de la red pública.

El prestador público contará con 3 días hábiles para realizar las coordinaciones necesarias con su Red de salud, tanto para las causales "Rescate al hospital de origen" y "Gestión al hospital de origen para continuidad de tratamiento"; una vez cumplido ese plazo, el prestador procederá al cierre administrativo del caso por el convenio GRD procediendo a facturar a través de la plataforma Right Now, y desde esa fecha el pago de las prestaciones será efectuado por FONASA con cargo al presupuesto del Hospital derivador o del Servicio de Salud, según corresponda.

e) Pacientes que requieren un segundo tiempo quirúrgico para resolución integral de su problema de salud.

En los casos en que el paciente luego de ser dado de alta del prestador y que por su condición, evolución o técnica quirúrgica requiera de un segundo tiempo quirúrgico, este deberá ser otorgado por el prestador privado que realizó la primera atención, bajo las mismas condiciones de atención, facturación y pago establecidas en esta Licitación, vale decir, el paciente será atendido bajo resolución integral, bajo mecanismo de compra GRD y su pago será realizado por FONASA, según el GRD resultante de la codificación del segundo episodio, por el Precio Base de Referencia ofertado por el prestador que corresponda.

La coordinación de este segundo tiempo quirúrgico debe ser realizada entre el prestador, el hospital de origen del paciente y el Servicio de Salud, en conocimiento permanente de FONASA.

El proceso de facturación y pago se realizará solicitando la misma documentación establecida en el numeral 11, la cual será solicitada mediante correo electrónico.

f) Proceso de cierre derivación:

El prestador deberá registrar en plataforma UGCC MINSAL fecha, hora, tipo de egreso y diagnóstico CIE 10 al momento del egreso del paciente en un plazo máximo de 7 días corridos desde el alta, una vez realizado esto el hospital de origen podrá cerrar el caso en el sistema y la información será traspasada al sistema de pago de FONASA.

Condiciones generales:

El prestador suministrará todos los materiales, accesorios, herramientas, equipos, necesarios para la correcta prestación de los servicios.

FONASA podrá constatar en terreno todo lo ofertado e indicado por el prestador en su oferta.

6. PRECIO Y FORMA DE PAGO.

El precio por los servicios contemplados en estos Términos de Referencia, corresponde al que se detalla a continuación:

Precio Base referencia 1: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea menor o igual a 1,5.

Precio Base referencia 2: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea mayor a 1,5 y menor o igual a 2,5.

Precio Base referencia 3: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea mayor a 2,5.

PRECIO BASE REFERENCIA 1	\$2.000.000
PRECIO BASE REFERENCIA 2	\$3.000.000
PRECIO BASE REFERENCIA 3	\$4.900.000

El Precio Base indicado se aplicará sobre todas las categorías de Resolución a las que haya adscrito el prestador en virtud del contrato.

Para la prestación de servicios de salud para resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), el monto máximo estimado del contrato es de \$450.000.000 (CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS).

Por su parte, se deja constancia que FONASA no estará obligado a contratar un número determinado de resoluciones diagnósticas.

Codificación de grd:

Para efectos del mecanismo de pago a utilizar por la compra de los servicios de salud, se deberá utilizar un sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0 o la utilizada por el MINSAL al momento de contratación.

Dado que la captura, procesamiento y codificación de los datos implican un proceso de registro de información seguro, pertinente y exacto, los prestadores que cuenten con el sistema de codificación deberán tomar los resguardos para mantener la calidad del CMBD, con el fin de realizar la asignación de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 para diagnósticos y CIE 9 MC para codificación de procedimientos.

Asimismo, deberán demostrar que disponen de al menos un profesional con conocimiento para llevar a cabo la función de codificación, acreditando la realización de un curso de capacitación en codificación mediante GRD a través del certificado respectivo. En caso de no contar con unidad de codificación propia, el oferente podrá realizar la compra del servicio, bajo los estándares y normativas vigentes.

Cabe indicar que el estándar definido por MINSAL es un profesional codificador por cada 5.000 egresos hospitalarios.

Codificación de POA: Present on Admission

Se define como las condiciones presentes en el paciente al momento de ser internado en un hospital. El objetivo del indicador POA es diferenciar las condiciones presentes en el momento de la admisión de aquellas condiciones adquirida en el hospital.

Esta condición es posible de identificar al momento de la codificación del egreso, ya que es una solución incorporada por el proveedor del sistema GRD.

El indicador POA se asigna a los diagnósticos principales y secundarios y al momento de codificar se debe asignar uno de las cinco posibilidades:

S = sí (presente en el momento de la hospitalización)

N = no (no presente en el momento de la hospitalización)

D = desconocido (la documentación es insuficiente para determinar si la condición estaba presente en el momento de la admisión)

I = clínicamente indeterminado (el proveedor no puede determinar clínicamente si la afección estuvo presente al ingreso)

E = exento de codificación (listado de categorías exentas)

Para la presente contratación el Fondo nacional de salud solicita la implementación del indicador a todos los prestadores, con el objeto de establecer la magnitud de las HAC (condición adquirida en el hospital), y sus orígenes, no considerando detrimentos económicos.

7. REGLA GENERAL DE PAGO POR GRD

La regla general de pago por GRD aplica en todos aquellos casos donde exista estadías inferiores al Punto de Corte Superior del GRD, establecidos en la Norma MINSAL IR-GRD V3.0 o la Norma MINSAL vigente. De esta manera, corresponde al periodo comprendido entre el día cero o de inicio de la atención y el día correspondiente al día de Punto de Corte Superior.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base Ofertado (*Precio base de referencia 1, 2 o 3 según Peso relativo del egreso*) por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

$$\text{Valor del GRD} = \text{Precio Base Ofertado} * \text{Peso Relativo GRD}$$

8. REGLA DE PAGO EN CASO DE OUTLIERS SUPERIORES

La regla de pago en caso de Outliers superiores se aplica en casos donde existan estadías superiores al Punto de Corte Superior del GRD establecidas en la Norma MINSAL IR-GRD V3.0 o la Norma MINSAL vigente. En todos estos casos, FONASA realizará, a través de su División de Contraloría, una auditoría para la verificación de todos los antecedentes informados en la pre-facturación en forma previa a la autorización de los pagos correspondientes.

Esta regla especial de pago consiste en la aplicación de un deducible al prestador, por aquellos costos originados con posterioridad al Punto de Corte Superior del GRD. Este deducible se manifiesta en un periodo de no pago (o carencia) por parte de FONASA al prestador, al término del cual se reactiva el pago por cada día de estadía hasta el momento del egreso del paciente (post carencia).

El Valor del Outlier Superior se obtiene mediante la siguiente expresión:

$$\text{Valor del GRD} + [\text{Días post carencia} * \text{Peso Relativo GRD} * \text{Precio Base Referencia}] / \text{Días Percentil 75}$$

Dónde:

Valor del GRD: Es el producto entre el Precio Base y el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Precio Base referencia: corresponderá al Precio base referencia 1, 2 o 3 según corresponda.

Días post carencia: Corresponde al periodo comprendido entre el término del periodo de carencia y el momento del egreso del paciente. Durante este periodo se reactiva el pago por parte de FONASA.

Periodo de carencia: Corresponde al período de tiempo comprendido entre el día del Punto de Corte Superior y que se extiende por el número de días establecido en el Percentil 50 del GRD respectivo según la norma. Durante este periodo el prestador no recibe pago por parte de FONASA.

Días Percentil 75: Corresponde al número de días establecido en el Percentil 75 del GRD respectivo según la norma.

Ejemplo:

GRD 041013 (PH VENTILACIÓN MECÁNICA DE LARGO PLAZO CON TRAQUEOSTOMÍA w/MCC)

Estadía (hipotética): 250 días

Percentil 50: 53 días

Percentil 75: 83 días

Punto de Corte Superior: 158 días

Peso Relativo: 11,7045

Valor del GRD = Precio Base * 11,7045

En este caso el Valor del GRD, correspondería al producto entre el precio referencia 3 (considerando el Peso Relativo de egreso de este ejemplo), por el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Periodo de carencia: (Punto de Corte Superior + N° días Percentil 50 del GRD)

(158 + 53 días)

211 días

Días post carencia: Periodo entre el término del periodo de carencia y el egreso del paciente.

(Día egreso del paciente - día término período carencia)

(250 – 211)

39 días**Valor Outlier Superior =****Valor del GRD + [Días post carencia * Peso Relativo GRD * Precio Base Referencia 1] / Días Percentil 75***(Precio Base referencia 3 * 11,7045) + (39 * (11,4075 * Precio Base referencia 1) / 83]*

De acuerdo con esta regla de pago en caso de Outliers superiores, el Valor del GRD correspondiente al periodo previo al Punto de Corte Superior ya se encuentra incluido, por lo cual no procede cobro adicional por dicho concepto.

9. REGLA DE PAGO EN CASO DE PACIENTES CON ESTADÍA MENOR A 12 HORAS O FALLECIDOS EN MENOS 12 HORAS

La revisión sistemática de todos los pacientes derivados por contrato GRD, y que egresan o fallecen, ha evidenciado que algunos de estos casos permanecen ingresados en el centro privado solo algunas horas (algunos casos solo minutos) y fallecen, recibiendo de parte del equipo médico solo actividades de reanimación.

Independientemente de las auditorías que corresponde efectuar en cada caso, para evaluar tanto la pertinencia del traslado desde el hospital derivador como la atención efectuada en el centro privado, el Fondo Nacional de Salud hace presente la siguiente consideración:

De acuerdo a lo definido, el FONASA contrata la "Resolución integral" de casos de pacientes portadores de una patología aguda, considerando un promedio de días de estada (días de hospitalización), acorde a la complejidad del caso y estándar MINSAL. En aquellos casos en que el paciente permanece menos de 12 horas o fallece a menos de 12 horas del ingreso al centro privado, no se cumple el objetivo anteriormente descrito, debido a que los precios de referencia acordados consideran un consumo de recursos en diagnóstico, tratamiento y días de internación que el paciente no consume.

Con el objeto de mantener la esencia de la compra por solución, que consiste en compartir el riesgo entre el seguro y el prestador, se mantienen las condiciones del Contrato GRD, cambiando el tipo de actividad de hospitalización por actividad de urgencia ambulatoria, la cual tiene sus respectivos Pesos Relativos reescalados, disponibles en la plataforma de pago de FONASA.

En resumen, toda vez que el prestador privado acepte la derivación de un paciente que permanezca o fallezca ante de las doce (12) horas de ingresado, enviará el resumen de codificación GRD, considerando todos los diagnósticos y procedimientos efectuados al paciente, en un ambiente ambulatorio, además de calcular el valor del GRD en base a Pesos Relativos reescalados.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base Ofertado (Precio base de referencia 1, 2 o 3 según Peso relativo GRD reescalado del egreso) por el peso relativo del GRD reescalado respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

Valor del GRD = Precio Base Ofertado * Peso Relativo GRD reescalado**10. REGLA DE PAGO EN CASO DE AJUSTES POR TECNOLOGIA**

La regla de pago en caso de ajustes por tecnología se aplica en caso de que el prestador determine, de acuerdo con criterios estrictamente clínicos, que es necesario realizar al paciente alguna de las siguientes prestaciones, para las cuales FONASA ha establecido valores que se pagarán en forma adicional al valor del GRD respectivo:

Prótesis Aortica (quirúrgica endovascular)	o	\$12.308.767 (por egreso)
--	---	---------------------------

- Plasmaféresis Terapéutica:

N° SESIONES	VALOR
1 – 3 sesiones	\$ 830.467
4 – 6 sesiones	\$ 1.411.788
> o = 7 sesiones	\$ 2.313.710

- Procedimientos de sustitución renal continuos: Hemodiálisis, Hemofiltración, Hemodiafiltración

HORAS DE USO	VALOR
6 - 9 hrs	\$513.043
10 - 18 hrs	\$769.566
19 - 32 hrs	\$1.026.089
33 - 48 hrs	\$1.282.612
49 – 60 hrs máximo	\$1.539.135

Los procedimientos de sustitución renal continuos serán autorizados para pago, en cuanto se verifique que efectivamente corresponde a un procedimiento continuo y no una hemodiálisis convencional y que las horas efectivas registradas en el protocolo de atención del paciente sean coincidentes con el registro de la UGCC (en la pestaña Ajustes de Tecnologías) y con la pre facturación.

No se autorizarán para pago, procedimientos de sustitución renal continua cuya duración sea inferior a 6 horas. Así mismo, las horas de uso de eventos múltiples, se pagarán de acuerdo a la sumatoria total de horas de uso, con tope máximo de pago de 60 horas.

Ejemplo:

Un paciente recibe 7 eventos de Hemodiafiltración:

- * 15 de diciembre 2 horas
- * 16 de diciembre 6 horas
- * 17 de diciembre 8 horas
- * 18 de diciembre 12 horas
- * 19 de diciembre 18 horas
- * 20 de diciembre 15 horas

La sumatoria de horas corresponde a 84 horas, sin embargo, los eventos menores de 6 horas no se consideran como continuos, ni se contabilizan, es decir, el 15 de diciembre, no se paga.

Las horas de uso de eventos de procedimientos continuos corresponde a 59 horas, el tope máximo es de 60 horas, por lo que el pago corresponde a \$1.539.135.-

- Dispositivos cardiacos:

Desfibrilador VVI	\$ 11.880.110 (por egreso)
Desfibrilador DDD	\$ 13.949.370 (por egreso)
Desfibrilador VVI con resincronización cardiaca	\$ 17.545.630 (por egreso)
Desfibrilador DDD con resincronización cardiaca	\$ 17.863.950 (por egreso)

Instalación de uno o más Dispositivo Coils para tratamiento de Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales, Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales.	\$ 3.284.400 (por egreso)
--	---------------------------

Los precios señalados anteriormente se pagarán por una sola vez por cada egreso.

Finalmente, se deja establecido que los ajustes de tecnología se regirán de acuerdo a los protocolos vigentes que al efecto establece el Ministerio de Salud Minsal.

11. PRE-FACTURACIÓN Y FACTURACIÓN.**a) Pre-facturación.**

El prestador deberá iniciar el proceso de pre facturación de cada egreso hospitalario en el sistema informático vigente para ello u otro que el FONASA establezca durante la duración del contrato.

Pre facturación por sistema Informático:

El prestador deberá adjuntar siguientes documentos en los sistemas correspondientes:

a) CMBD se adjunta en sitio SFTP (Filezilla): Se deberá enviar los primeros 5 días hábiles del mes el CMBD correspondiente a la totalidad de los egresos del mes anterior o los pendientes de envío, en el formato y campos obligatorios que el FONASA determine. Dicha carga deberá ser debidamente informada a través de correo electrónico al referente de FONASA encargado de dicho proceso.

Será responsabilidad del prestador enviar la información correcta, validada y en los formatos solicitados.

En el caso de existir rechazos en el CMBD, esto será informado y devuelto al prestador en su totalidad. El cumplimiento del envío y validación del CMBD será requisito para iniciar el proceso de validación y pago en los sistemas que FONASA establezca.

b) Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (Formato DEIS- MINSAL), por cada paciente en Sistema Right Now.

c) Epicrisis médica en Sistema Right Now.

d) En caso de pacientes fallecidos, se debe adjuntar en Sistema Right Now, una copia del Acta de Defunción del paciente.

e) En caso de paciente con Ajustes de Tecnología, deberán ser adjuntados en Sistema Right Now, los protocolos médicos, quirúrgicos o de enfermería que acrediten la terapia y su duración.

f) Informe de Codificación por GRD (Informe de Resultado del Episodio por Sistema de Codificación GRD), por cada paciente, en Sistema Right Now, el cual debe contener:

- Nombre completo
- RUT
- Fecha de ingreso
- Fecha de egreso
- Días de estadía
- Diagnóstico principal
- Código del diagnóstico principal
- Procedimiento principal
- Código del procedimiento principal
- Ajuste de tecnología (si/no) y detalle.
- Código del GRD
- Descripción del GRD
- Peso relativo del GRD
- Outlier Superior (si/no)
- Días de estadía por sobre Punto de Corte Superior (en caso de Outlier superior).

De existir reparos u observaciones por parte del Fondo Nacional de Salud, éstas serán comunicadas al prestador, para que éste, dentro de un plazo de 5 días hábiles posteriores a la fecha de despacho de la comunicación, subsane o aclare los reparos formulados, y presente una nueva pre-facturación. De lo contrario, la pre-facturación será rechazada.

b) Facturación.

De no existir observaciones a la pre-facturación por parte del Fondo Nacional de Salud, el prestador podrá emitir la respectiva factura exenta de IVA.

La factura exenta de IVA deber incluir el N° de Orden de Compra respectivo y debe ser enviada por correo electrónico en formato XML en la casilla de correo informada al SII intercambio@fonasa.cl

El pago de la factura exenta de IVA se realizará mediante transferencia electrónica y dentro de los 30 días corridos de presentada la factura en Oficina de Partes, previo Informe y V°B° del Administrador del Contrato. De ser rechazada por contener errores o por mantener el prestador obligaciones pendientes que deban ser descontados de ésta, se retendrá su pago hasta que sean enmendados dichos errores y/u obligaciones pendientes.

Se hace expresamente presente a los oferentes que el pago de los servicios sólo podrá efectuarse una vez que la Resolución que apruebe el Contrato respectivo, se encuentre totalmente tramitada.

Cabe señalar que el Fondo Nacional de Salud no realizará ningún tipo de anticipos, bajo ninguna circunstancia.

c) Plazo de devolución de facturas.

Para los efectos de lo dispuesto en la ley 19.983, que regula la transferencia y otorga mérito ejecutivo a copia de la factura, se deja establecido que el FONASA dispondrá de 8 días corridos para reclamar del contenido de la factura. La sola presentación de la oferta supondrá aceptación de este plazo.

d) Determinación de cuentas pendientes de pago al término de las derivaciones.

Sólo podrán derivarse pacientes al prestador hasta el día en que termine el periodo de duración del contrato.

Finalizado el período de duración del contrato, el Administrador del Contrato determinará la nómina de pacientes derivados al prestador para el otorgamiento de las prestaciones de salud contratadas, cuyas cuentas no han sido cobradas y pagadas a dicha fecha. La información para determinar esta nómina será obtenida de los sistemas de derivación y registro que se utilicen en la gestión del contrato. La nómina contendrá el folio del caso, el nombre del paciente y su RUT.

Dicha nómina será comunicada al prestador mediante correo electrónico al Administrador del Contrato, el cual tendrá un plazo de quince días hábiles para aprobarla o formular los reparos que le parezcan. Si el prestador no formula reparos a la nómina indica, se entenderá irrevocablemente aprobada.

En el evento de que el prestador formule reparos a dicha nómina, el FONASA tendrá un plazo de diez días hábiles para resolver los reparos formulados.

Una vez aprobada la nómina por el prestador, expresa o tácitamente, o resueltos los reparos por el Administrador del Contrato, el FONASA dictará una resolución que fije definitivamente la nómina de pacientes derivados al prestador para el otorgamiento de las prestaciones de salud contratadas, cuyas cuentas no han sido cobradas y pagadas a la fecha de término del período de duración del contrato. Dicha resolución será notificada al Administrador del Contrato del prestador por correo electrónico.

Una vez finalizado el período de duración del contrato, el prestador sólo podrá presentar a cobro las cuentas correspondientes a los pacientes incluidos en la nómina aprobada por la resolución señalada en el párrafo que antecede.

El FONASA pagará dichas cuentas con cargo al monto máximo estimado del contrato vigente a la fecha del pago. En el evento de que el saldo del monto máximo estimado del contrato para el pago de tales cuentas fue insuficiente, el Administrador del Contrato aprobará el pago con el mérito del contrato inicial, la orden de compra asociada al mismo, la resolución que aprueba la nómina de pacientes señalada en los párrafos que anteceden y el certificado de disponibilidad presupuestaria que se emita para respaldar dicho pago.

12. DURACIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO.

El contrato que se suscriba comenzará su vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que dicte FONASA aprobándolo. No obstante la vigencia señalada, y por razones de buen servicio, las partes acuerdan que las prestaciones se otorgarán a contar de la fecha de suscripción del contrato, y tendrá una duración de 6 (seis) meses contados desde tal fecha, quedando todo pago postergado hasta la total tramitación de la resolución que aprueba el contrato.

El contrato podrá ser prorrogado, por razones sanitarias de emergencia y/o catástrofe, hasta por un plazo de seis meses, en la medida que exista disponibilidad presupuestaria.

En caso de acordarse la prórroga del contrato, antes del vencimiento de la vigencia original, deberá suscribirse el acuerdo respectivo y ser aprobado por acto administrativo totalmente tramitado y entregarse una nueva garantía o extender la vigente por el plazo de la prórroga en los términos indicados en el numeral 13.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

13. GARANTÍA DE FIEL Y OPORTUNO CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y DE OBLIGACIONES LABORALES Y PREVISIONALES.

Para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento de los servicios, y el pago de las obligaciones laborales y sociales de sus trabajadores, el prestador deberá entregar una garantía de fiel y oportuno cumplimiento del contrato, que asegure el pago de manera rápida y efectiva, a la vista y de carácter irrevocable, emitida a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto de \$22.500.000.- (veintidós millones quinientos mil pesos), equivalente al 5% del monto total estimado del contrato cuya glosa indica "GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)", con vencimiento que exceda en 120 días hábiles a la vigencia del contrato.

En el evento que la garantía se otorgue de manera electrónica, deberá ajustarse a la ley N° 19.799, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dichas firmas.

Esta garantía de fiel y oportuno cumplimiento, garantiza cualquier incumplimiento o infracción a las obligaciones que emanan del contrato, lo que será constatado, ponderado y evaluado por el Administrador del Contrato. También cauciona el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores en los términos señalados en el artículo 11 de la ley 19.886. Sin perjuicio de lo anterior, también se hará efectiva esta garantía sin más trámite, en caso que el contrato que garantiza termine anticipadamente por causa imputable al prestador, conforme lo previene el numeral 16, y para el pago de multas, según lo previene el numeral 14.

Esta garantía será custodiada por el Subdepartamento de Tesorería del FONASA, por el período de su vigencia, y se devolverá al término de su vencimiento, salvo que se resuelva el término anticipado del contrato o si hubiesen situaciones pendientes que ameriten hacer efectiva la misma.

En caso de prórroga del contrato, si correspondiere, deberá remplazarse la mencionada garantía, por el mismo plazo que se prorrogue, aumentado en noventa días, en las mismas condiciones y términos señaladas precedentemente.

El hecho que la mencionada garantía, no se renueve o reemplace, en el plazo señalado en el párrafo precedente, facultará a FONASA para poner término anticipado al contrato, tal como lo señala en el numeral referido a término anticipado del contrato.

14. CAUSALES DE MULTAS.

El Fondo Nacional de Salud, previa proposición del Administrador del Contrato, estará facultado para aplicar multas clasificadas como muy graves, graves y leves, por las infracciones y por los montos que se señalan a continuación:

Muy Graves 100 UF	Graves 60 UF	Leves 20 UF
--------------------------	---------------------	--------------------

<p>1. En caso de errores* de codificación detectados en revisiones que FONASA realice:</p> <p>1.1 Omisión de asignación de códigos de diagnósticos y procedimientos.</p> <p>1.2 Codificación de diagnósticos y procedimientos no registrados.</p> <p>1.3 Aumento arbitrario de la complejidad de un procedimiento.</p>	<p>1. Cobro indebido de prestaciones al FONASA: Sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados indebidamente. Se define como cobro indebido, a la presentación de facturas de pacientes que ya han sido pagadas por el FONASA o por alguno de los establecimientos de la red pública, facturas por cuentas de pacientes derivados en el marco de otros convenios, facturas de cuentas de pacientes atendidos en el marco de la ley de urgencia o GES</p>	<p>1. Incumplimiento en la entrega de información, relativa a la atención de los pacientes beneficiarios, y otras solicitadas en los presentes Términos de referencia, por cada evento, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No entregar la información al paciente en relación con los cuidados recibidos. - No acreditar la devolución de cobros indebidos a beneficiarios. - Errores de registro tales como: fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de egreso, registros de ajustes de tecnología, solicitudes de gestión y/o rescate, creación del caso de Recién Nacido (RN) en UGCC, cambio en fecha de nacimiento de RN, campos obligatorios del CMBD y todos aquellos que impacten el costo final del egreso.
<p>2. En caso de incumplimiento de los servicios y/o requisitos señalados en los Términos de referencia específicas para cada tipo de paciente establecido en las características técnicas específicas para cada unidad (revisar con estándar) para realizar los servicios de salud contratados. Lo anterior sin perjuicio de la realización de la prestación.</p>	<p>2. En caso de que la cantidad de egresos codificados como outliers supere el 7% del total de derivaciones semestrales del prestador.</p>	<p>2. Incumplimiento en la entrega de información solicitada por el gestor comercial, requerida para la Auditorías de casos Outlier, dentro del plazo de 10 días hábiles.</p>
<p>3. En las auditorías realizadas por FONASA tanto Outlier como Inlier, si se detecta error* de sobre codificación (que implique un aumento del valor del egreso) se aplicará multa por cada egreso con error de codificación detectado.</p>	<p>3. En caso de reclamos de los beneficiarios atendidos por el prestador, y que éstos hayan sido acogidos por FONASA, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencialidad, derecho a la información, atención profesional adecuada, y en general cualquier vulneración de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. Por cada reclamo acogido por FONASA se aplicará al prestador una multa.</p>	<p>3. Incumplimiento en el plazo de registro en plataforma UGCC MINSAL de la fecha, hora, tipo de egreso y diagnóstico CIE 10 al momento del egreso del paciente en un plazo mayor a los 7 días hábiles desde el alta.</p>
	<p>4. Incumplimiento de las restantes obligaciones del prestador de conformidad a lo que los presentes Términos de referencia establecen.</p>	<p>4. En caso de detectar que el prestador no se encuentra adscrito al sistema de Licencia Médica Electrónica en caso de haberlo declarado o no adscribirse en caso de que se haya comprometido a aquello en el plazo de 18 meses contados desde el inicio del plazo de duración del contrato.</p>
	<p>5. En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado.</p>	

OTRAS MULTAS	Cobros realizados al beneficiario con objeto de esta contratación.	500% del valor cobrado; sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados al beneficiario. Deberá acreditar dicha devolución, entregando copia del comprobante a FONASA.
---------------------	--	--

(*) El Fondo Nacional de Salud establece para efectos de aplicación de multas, que un error de codificación hace referencia a lo siguiente:

- a) Omisión de procedimientos efectivamente realizados o codificación de procedimientos no realizados o sin registro durante el episodio y que en ambos casos, correspondan al procedimiento que influye directamente en la agrupación del GRD.
- b) Omisión de diagnósticos registrados en la ficha clínica y que se relacionen con algún tratamiento o consumo de recursos durante el episodio. Codificación de diagnósticos no registrados. En ambos casos, el análisis de este tipo error se realizará independientemente de que dichos diagnósticos modifiquen o no la agrupación del GRD.
- c) Omisión de complicaciones o eventos adversos registrados en la documentación clínica.

La aplicación de multas se realizará por episodio y por causal de multa pesquisada, es decir, si en un episodio se pesquisan dos eventos atribuibles a una misma causal de multa, se cursará sólo una multa a dicho episodio según la causal esgrimida. Asimismo, si en un mismo episodio se pesquisan dos eventos atribuibles a dos causales de multa distintas, se cursarán dos multas, cada una según la causal correspondiente.

En todos los casos anteriores, en que el valor de la multa esté expresado en UF, la transformación a moneda de curso legal para efectos de pago de éstas, deberá ser de acuerdo al valor de la UF correspondiente al día del pago.

Las multas deberán ser enteradas por el prestador infractor en Tesorería de FONASA, en el Nivel Central, dentro del plazo que se indique en la respectiva resolución una vez que aquella quede ejecutoriada. En caso de incumplimiento, el Fondo podrá descontar las multas directamente del estado de pago o hacer efectiva la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, por el monto respectivo. Procederá esta última situación cuando los estados de pago sean inferior a las multas aplicadas y a firme.

En caso de hacer efectiva la Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento de Contrato producto de la situación anteriormente descrita, el prestador deberá reponer la Garantía por la totalidad del monto y por el mismo plazo de vigencia que la que reemplaza, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde el cobro de la primera, so pena del término anticipado del contrato indicado en la letra h) del numeral 16, sin derecho a indemnización alguna.

15. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE MULTAS.

El procedimiento para la aplicación de las multas será informado a través del correo electrónico, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Detectada una situación que amerite la aplicación de multas por parte de FONASA, el Administrador del contrato notificará al coordinador del contrato del prestador, mediante oficio remitido por vía electrónica, la causal de aplicación de la multa, los hechos que la constituyen y el monto probable de la multa.
- b) A contar de la fecha del despacho de la notificación electrónica precedente, el prestador tendrá un plazo de 10 (diez) días hábiles para efectuar sus descargos por escrito, acompañando todos los antecedentes que estime pertinentes. Presentados los descargos o vencido el plazo para ello, se podrá abrir un término probatorio conforme con las disposiciones de la ley N° 19.880.
- c) Una vez recibidos los descargos, o vencido el plazo para ello, o vencido el término probatorio en caso de haberse dispuesto, FONASA tendrá un plazo de 20 (veinte) días hábiles para adoptar la decisión definitiva, dictando la correspondiente resolución que será notificada por vía electrónica al coordinador del contrato del prestador.
- d) A contar de la fecha de la notificación de la resolución a que refiere el literal anterior, el prestador podrá interponer los recursos establecidos en la ley N° 19.880, en los plazos y en la forma que para cada caso corresponda.

16. TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.

No obstante la vigencia contractual señalada en el presente contrato, el Fondo Nacional de Salud, podrá modificar o terminar anticipadamente el contrato en los siguientes casos:

- a. Quiebra o estado de notoria insolvencia del prestador, verificada por el Fondo Nacional de Salud, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.
- b. Disolución de la Sociedad del prestador.
- c. Resciliación o mutuo acuerdo entre FONASA y el prestador.
- d. Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, y no subsanado en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos, plazo durante el cual FONASA evaluará suspender derivaciones al prestador.
- e. Por caso fortuito o fuerza mayor.
- f. Por exigirle el interés público o la seguridad nacional.
- g. Incumplimiento de la obligación de confidencialidad señalada en el numeral 23.
- h. No reponer oportunamente la totalidad de la Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato, dentro de los plazos, como consecuencia de renovación de Contrato, cobro de multas, todo en virtud de lo señalado en el numeral 12 y 14 de estos términos de referencia.
- i. Registrar saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, a la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses.
- j. Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- k. Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- l. Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- m. Si los representantes o el personal dependiente del prestador, no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- n. El monto total de las multas exceda el 30% del valor total del contrato.
- o. Si la cantidad de errores de codificación supera el 40% de las derivaciones semestrales, FONASA podrá poner término anticipado del contrato sin mayor trámite. Lo anterior, sin perjuicio de las correcciones de las codificaciones auditadas con errores y de los ajustes de los montos cobrados indebidamente. En este último caso, deberá subsanar durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación. De no subsanarse en el plazo, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.
- p. Incumplimiento por parte del prestador de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- q. Cambio no autorizado en los servicios entregados.
- r. Incumplimiento de lo establecido en los numerales 21 y 22 referidos a Subcontratación y Cesión del Contrato, respectivamente.
- s. No acompañar a los Estados de Pago, la documentación que acredite el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, según el numeral 20.
- t. Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público.
- u. Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador, entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del contrato, y que genere al FONASA un perjuicio en el

cumplimiento de sus funciones.

- v. En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado y no sea subsanada durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud, y hará efectiva sin más trámite, la Garantía de Fianza de Fiel Cumplimiento; salvo que la causal invocada sea la señalada en la letra c), e) y f). Con todo el Fondo Nacional de Salud, podrá poner unilateralmente término anticipado al contrato, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

Para la aplicación de todas las causales de término anticipado previamente señaladas, salvo las de los literales c), e) y f), procederá el procedimiento de aplicación de multas regulado en el numeral 15 denominado "Procedimiento de Aplicación de Multas".

En todos los casos señalados anteriormente, no operará indemnización alguna para el prestador.

De concurrir cualquiera de las causales arriba aludidas, excepto la de los literales c), e) y f), además del término anticipado del contrato, procederá el cobro de la garantía de fiel cumplimiento por parte de FONASA.

17. ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento del contrato, para lo cual se designa como Administrador del Contrato al Jefe del Departamento de Gestión Comercial Complementaria, o quien le subroge.

Las funciones del administrador del contrato incluirán, entre otras:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el prestador.
- Resolver los descargos en el caso de aplicación de multas y término anticipado.
- Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del contrato, en todos sus aspectos, en coordinación con la División de Contraloría de FONASA
- Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de los servicios convenidos.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el prestador deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso especialmente a lo requerido por el Administrador del Contrato.

18. COORDINADOR DEL CONTRATO.

El prestador deberá designar un Coordinador del Contrato, el que tendrá como función, a lo menos, las siguientes:

- Representar al prestador, en la discusión de las materias relacionadas con la ejecución del convenio.
- Establecer procedimientos para el control de la información manejada por las partes.
- Coordinar las acciones que sean pertinentes para la operación de este contrato.

Todo cambio, relativo a la designación del Coordinador, deberá ser informado al Administrador del Contrato, por el Representante Legal, dentro de las 24 horas siguientes, de efectuado el cambio.

FONASA utilizará el **correo electrónico** que el prestador consignó en su Anexo N° 3, sobre Datos del Prestador, como medio para efectuar cualquier comunicación a que diera lugar la ejecución y la terminación del contrato si procediera, incluidas las notificaciones propias del procedimiento de aplicación de multas que establece la numeral 15 de éstos términos de referencia, en el caso que sea procedente su aplicación.

19. MECANISMOS DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el prestador deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso, especialmente a lo requerido por el Administrador del Contrato.

FONASA realizará, revisiones de los casos inliers detallados bajo los siguientes criterios:

- a) Pacientes fallecidos en menos de 24 horas.
- b) Egresos con Peso Relativo mayor o igual a 5.
- c) Pacientes con uso de Ajustes de Tecnología.
- d) Todo beneficiario que requiera ser derivado a un segundo prestador por condición clínica que exceda capacidad resolutoria del primer prestador.
- e) Otros casos que FONASA determine por su impacto significativo en el valor a pagar del egreso.

Con el fin de realizar la validación de los datos codificados por el prestador que cuente con el sistema de codificación de GRD, FONASA realizará auditorías de casos inliers codificados durante el periodo de convenio, de los beneficiarios atendidos por el prestador y según el procedimiento interno que FONASA tenga para tales efectos, y de acuerdo a la planificación anual del Departamento de control. Esto con el fin de generar una relación coordinada en el desarrollo del mecanismo de pago y de su correcta utilización.

FONASA realizará, previo a la visación de la factura, auditorías al 100% de los casos Outlier.

Para los todos los casos descritos en este numeral, el prestador deberá poner a disposición del Fondo Nacional de Salud toda la información que éste requiera para estos efectos.

20. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES Y PREVISIONALES.

El prestador deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, los trabajadores del prestador no tendrán ninguna relación o vínculo laboral con FONASA. En caso de que el prestador registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del contrato deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el prestador acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran pagadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado, según letra i) del numeral 16 de los presentes términos de referencia.

El Fondo Nacional de Salud tendrá la facultad de exigir al prestador que acredite mediante documentos fidedignos el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores. En el caso que éste no acredite el cumplimiento íntegro de dichas obligaciones, el Fondo podrá retener los dineros necesarios para poder pagar lo adeudado a los trabajadores o a la institución previsional acreedora, conforme a lo establecido en el Código del Trabajo.

Se deja expresa constancia que no habrá vínculo laboral, ni relación de dependencia o subordinación de ninguna especie entre el personal que el contratista emplee en la ejecución de los servicios y FONASA.

21. FACULTAD PARA SUBCONTRATAR.

El prestador podrá subcontratar uno o más de los servicios de apoyo necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la presente contratación. En ningún caso podrá subcontratarse el servicio contratado.

Debe someterse a análisis y autorización del Fondo Nacional de Salud toda subcontratación propuesta por el prestador, tanto al presentar su Propuesta como posteriormente, durante la vigencia del contrato.

El Subcontratista deberá estar inscrito en el registro de proveedores de la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas, para que el Fondo Nacional de Salud pueda autorizar su subcontratación.

La autorización que otorgue el Fondo Nacional de Salud el prestador para subcontratar, se efectuará mediante carta remitida al prestador suscrita por el Director del Fondo Nacional de Salud, o por quién este delegue. En todo caso, será el prestador quien tendrá la responsabilidad ante el Fondo Nacional de Salud, por la calidad, contenido y oportunidad de los productos exigidos.

La contratación de terceros por parte del prestador en calidad de subcontratistas que trabajen con él en las materias de esta contratación, así mismo sólo puede referirse a una parcialidad del contrato y no libera al prestador de la responsabilidad ante el Fondo Nacional de Salud en relación a los plazos, contenido y calidad de los servicios, productos u otras materias subcontratadas. El Fondo Nacional de Salud, así como puede rechazar la solicitud del prestador, en cuanto a contratar a algún subcontratista, también puede exigir fundadamente su reemplazo, en caso de servicio deficientemente otorgado.

En caso que el prestador utilice los servicios de terceros, arriendo de computadores u otros equipos, o de especialistas de cualquier índole, será la única y total responsable por dichos servicios, del cumplimiento de los plazos y de la correcta y oportuna coordinación de los mismos con los trabajos que efectúa directamente y del pago de las sumas de dinero que puedan adeudarse o anticiparse a los subcontratistas por tales servicios, como igualmente de los impuestos de cualquier naturaleza que los pudieran gravar, y responsabilidades laborales, así como de los daños que ellos ocasionasen a las instalaciones o intereses del Fondo Nacional de Salud. Todo lo anterior sin perjuicio de la aplicación de la ley de subcontratación.

22. PROHIBICIÓN DE CESIÓN.

El prestador no podrá ceder el contrato, ni total ni parcialmente a ninguna persona natural o jurídica, de igual modo no podrá subcontratar una vez contratado los servicios, sin perjuicio de lo señalado en los presentes Términos de Referencia en lo referente a servicios de apoyo.

23. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

La información y todos los antecedentes que el prestador obtenga con motivo de esta contratación, tienen carácter de estrictamente confidencial y privado, razón por la cual está expresamente prohibido comentarla o difundirla por cualquier medio y bajo cualquier circunstancia; reservándose el Fondo Nacional de Salud, el ejercicio de acciones civiles y penales en caso de infracción. Igual obligación le asistirá al oferente o prestador durante la vigencia del contrato y aún después de su término.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Contrato son de propiedad exclusiva del Fondo Nacional de Salud. El prestador, no podrá disponer de ese material ni usarlo en forma alguna, sin la autorización por escrito del Administrador del Contrato.

24. DECLARACIÓN DE LA EMPRESA Y CONSTANCIA.

En este mismo acto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley N° 19.886, el prestador viene en declarar bajo juramento que no se encuentra afecta a ninguna de las inhabilidades previstas en la aludida norma, no teniendo entre sus socios a una o más personas que tengan la calidad de funcionarios directivos de FONASA, ni que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; ni constituir una sociedad de personas de las que aquéllos o éstas formen parte, ni una sociedad comandita por acciones o anónimas cerradas en la que aquéllos o éstas sean accionistas, ni una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas. Como, asimismo, que no ha sido condenada por infracción a los derechos fundamentales del trabajador, dentro de los anteriores dos años. Declara además, que no se encuentra condenada a alguna de las penas establecidas en el artículo 8° de la Ley N° 20.393, que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho.

En este mismo acto, el prestador declara no registrar deudas fiscales.

Asimismo, declara que no presenta condenas en el Registro de "Empresas Condenadas Por Prácticas Antisindicales", que lleva la Dirección del Trabajo, por prácticas de tal naturaleza, dentro de los dos años anteriores.

25. INEXISTENCIA DE VÍNCULO CONTRACTUAL.

Todo el personal del prestador, cuya dependencia sea directa, con motivo de la ejecución de los servicios materia de la presente contratación, no tendrá vínculo contractual alguno con FONASA, ni relación laboral, vínculo de subordinación y/o dependencia, siendo obligación del prestador el cumplimiento de todas las disposiciones legales con sus empleados, especialmente en lo relativo a normativas laborales, previsionales y de seguridad.

El personal dependerá laboral y funcionalmente del prestador, quien en su calidad de único empleador, está obligado a cumplir puntualmente con el pago de las remuneraciones, cotizaciones previsionales, impuesto al trabajo y demás obligaciones laborales y tributarias que impone la ley.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de FONASA de verificar el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores del prestador, conforme lo establece la legislación vigente.

26. DOMICILIO Y COMPETENCIA.

Para todos los efectos legales, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago y se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de Justicia.

Cualquier disputa, controversia o diferencia relativa al significado, interpretación, aplicación, ejecución, cumplimiento o incumplimiento de las cláusulas, obligaciones y derechos que emanen de este contrato, estarán sujetas y serán resueltas de acuerdo con el ordenamiento jurídico de la República de Chile.

ANEXO N°1

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

“SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)”

Yo, _____, C.N. N° _____ en mi calidad de Representante Legal de la empresa _____ declaro:

Que en nombre de la empresa que represento, haber estudiado y tomado conocimiento de los términos de referencias y sus Anexos, y de haberlas comprendido y de encontrarse conforme con todos sus términos y condiciones.

La presente declaración se entenderá formulada con la sola presentación de la propuesta.

Proveedor :

Rut Proveedor :

Nombre Representante Legal:

C.I. Representante Legal :

Firma Representante Legal :

Fecha :

ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURADA DE INHABILIDADES

“SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)”

Yo,..... C.I. N°..... en mi calidad de Representante Legal de la empresa.....declaro:

1. Que ninguno de nuestros socios, es un funcionario directivo del Ministerio de Salud ni del Fondo Nacional de Salud, ni se encuentra unido a alguno de los mencionados funcionarios por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la ley N° 18.575, ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, hoy refundida en el DFL 1/19653 de Ministerio secretaría general de la Presidencia del año 2000, ni es socio de una sociedad de personas en que aquéllos ni dichos parientes formen parte, ni tienen participación en sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o sus parientes sean accionistas, ni es socio en una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstos sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni es gerente, administrador, representante o director de cualquiera de las sociedades antedichas.
2. Que la empresa que represento no ha sido condenada por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador, en los dos años previos a la presentación de la propuesta.
3. Que la empresa que represento no ha sido condenada por delitos concursales, según la nueva ley de quiebras (art. 401, ley 20.720), dentro de los dos años anteriores al momento de presentar la oferta, formular la propuesta o suscribir el contrato.
4. Que la empresa que represento no ha incurrido en las conductas previstas por la Ley N° 20.393, en los artículos 8 y 10, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos de cohecho que indica.
5. Que la empresa que represento no ha sido condenada por las conductas previstas en la letra a) del artículo 3° del Decreto Ley N°211 de 1973, con la pena de prohibición de contratar a cualquier título con órganos de la administración centralizada o descentralizada del Estado, con organismos autónomos o con instituciones, organismos, empresas o servicios en los que el Estado efectúe aportes, con el Congreso Nacional y el Poder Judicial, así como tampoco tiene la prohibición de adjudicarse cualquier concesión otorgada por el Estado, hasta por el plazo de cinco años contado desde que la sentencia definitiva quede ejecutoriada; de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26, letra d), del Decreto Ley N°211 de 1973.

Oferente :

Nombre Representante Legal:

Rut Representante Legal :

Firma Representante Legal :

Fecha:

FONASA se reserva el derecho de verificar todos los antecedentes presentados.

ANEXO N° 3**DATOS DEL PRESTADOR****“SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)”**

a) DATOS DEL OFERENTE	
RUT	
NOMBRE RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE FANTASÍA	
DIRECCIÓN COMERCIAL	
COMUNA	
FONO FIJO	
FONO CELULAR	

b) DATOS REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRE	
RUT	
CORREO ELECTRÓNICO	

c) DATOS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO	
NOMBRE	
FONO FIJO	
FONO CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN	

Oferente :

Nombre Representante Legal :

Rut Representante Legal :

Firma Representante Legal :

Fecha :

FONASA se reserva el derecho de verificar todos los antecedentes presentados.

3° APRUÉBASE, el contrato de Prestación de Servicios de Salud alerta Sanitaria Coronavirus y Campaña de Invierno 2020 a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), suscrito entre el Fondo Nacional de Salud y la **CLÍNICA ATACAMA SPA**, cuyo texto del siguiente tenor literal:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)**ENTRE**

FONDO NACIONAL DE SALUD

Y

CLÍNICA ATACAMA SPA

En Santiago, a 03 de marzo de 2020, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, persona jurídica de Derecho Público, creada por el Decreto Ley N° 2.763 de 1979, RUT N° 61.603.000-0, representado para estos efectos, según se acreditará, por su Director Nacional, don **Marcelo Mosso Gómez**, cédula nacional de identidad N° 9.086.743-1, ambos con domicilio en calle Monjitas N° 665, comuna y ciudad de Santiago, en adelante "FONASA", y la **CLÍNICA ATACAMA SPA**, RUT N° 76.938.510-K, representada por don **Luis Gutiérrez Rojas**, [REDACTED], ambos con domicilio en calle Infante N° 861, comuna y ciudad de Copiapó, en adelante, "el prestador"; y en conjunto denominadas "las partes", expresan que han convenido el siguiente contrato de prestación de servicios, el que se regirá de conformidad a las estipulaciones que a continuación se expresan

PRIMERO: Antecedentes Generales de la contratación.

Mediante decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio de la República para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV)". En virtud del artículo 6° N°2 del decreto en referencia se facultó al Fondo Nacional de Salud para efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para el manejo de esta urgencia, la cual, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° letra c) de la ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios, quedará liberada de los procedimientos de licitación, sin perjuicio de su publicación posterior en el portal www.mercadopublico.cl.

Asimismo, en razón del déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes que se ve superada por la demanda del sistema, como ocurre durante el invierno, acrecentada por la alerta sanitaria indicada en el párrafo precedente, justifica la medida de realizar la compra de servicios de salud campaña de invierno 2020.

En consecuencia, y para los efectos señalados en los párrafos precedentes, así como para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público, el Fondo Nacional de Salud requiere realizar la compra de servicios de resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por GRD, para así complementar la oferta pública, y dar respuesta a la necesidad de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1/ 2005, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional, y que son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (U.G.C.C.) del Ministerio de Salud (MINSAL).

SEGUNDO: Contrato y documentos que integran la relación contractual.

Para la ejecución de los servicios, el prestador deberá sujetarse a las condiciones pactadas en el presente contrato y a los siguientes documentos, que se entienden forman parte integrante de este instrumento para todos los efectos legales, por tanto, las partes les otorgan por este acto plena validez y exigibilidad:

- a. Carta de aceptación de términos de referencia con Oferta Económica del Precio Base.
- b. Cartera de servicios del prestador.
- c. Términos de referencia.
- d. Resolución que Autoriza Compra Directa.

FONASA, utilizarán el correo electrónico que el proveedor consigne en el Anexo 3 "Datos del Prestador", como medio para efectuar cualquier comunicación a que diere lugar el respectivo contrato, incluidas las notificaciones propias del procedimiento de aplicación de multas y término anticipado del contrato, en el caso que sea procedente su aplicación.

TERCERO: Objeto del Contrato.

El prestador deberá otorgar el servicio de resolución integral de patologías agudas o agudizadas de pacientes que requieran distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos, derivados por vía UGCC y cuyo mecanismo de pago se realizará a través de GRD, según el precio base que corresponda.

Lo anterior, sin perjuicio de que no existe obligación de un número determinado de resoluciones diagnósticas a contratar por parte del FONASA.

Asimismo, los servicios que se contratan son aquellos que ocupen los pacientes en sus distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos, para dar resolución integral a su estado de salud, requiriendo cualquier tipo de unidades de hospitalización: básica, aguda o de UPC (UCI, UTI) o requerir intervenciones quirúrgicas, las cuales, junto al parto, han sido abordadas para efectos de esta contratación como servicios de apoyo o complementarios en el caso de atención del parto.

CUARTO: Descripción de los Servicios.

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula anterior, el prestador se obliga a prestar el servicio conforme a la descripción que a continuación se explica:

a. Categoría Paciente Adulto:

- Resolución de patologías agudas o agudizadas de paciente adulto en estado crítico que requiere atención médica.
- Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente Adulto que requiere atención médico-quirúrgica.

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula anterior, el prestador se obliga a prestar el servicio conforme a la descripción que a continuación se explica, de acuerdo con la categoría ofertada.

Categoría Paciente Adulto:

- Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente Adulto que requiere atención médica y atención médico-quirúrgica en sus distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos.

Definición:

Es aquella prestación de salud, definida para la internación y cobertura de atención de 24 horas, para la resolución integral de pacientes Adultos con patología aguda o agudizada que requieran distintos niveles de cuidados: Básicos y/o Medios y/o Críticos.

Prestación:

Hospitalización en cualquier tipo de unidades de hospitalización de Cuidados Básicos y/o Medios (ex agudos) o Críticos (UCI, UTI) (o en otros casos, unidad de cuidados intensivos coronarios) del Adulto.

1. RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA.

El prestador cuenta con los recursos humanos (profesionales médicos y profesionales de salud no médicos) adecuados para el otorgamiento de los servicios de salud a fin de que se garantice que las atenciones en salud alcancen los niveles de calidad exigibles.

El prestador, sin perjuicio de lo anterior, deberá informar a FONASA los cambios en la planta de recursos humanos, en un plazo no superior a 30 días de ocurrido dichos cambios.

Asimismo, cuenta con las exigencias de infraestructura, equipamiento y servicios de apoyo a la operación clínica, establecidos en la normativa y reglamentación vigente necesarios para proveer o prestar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que corresponda de acuerdo con las diferentes atenciones a brindar en relación con la categoría de atención.

2. PROCESO DE DERIVACIÓN, ATENCIÓN Y ALTA.

Con el objetivo de facilitar el proceso de derivación, atención y rescate de los beneficiarios cada hospital derivador deberá informar a UGCC el cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del encargado del hospital para solicitar las derivaciones a través de la plataforma ministerial. Además, los Servicios de Salud deben designar un encargado para las derivaciones de todos sus establecimientos dependientes, con el objetivo de intervenir en las derivaciones de casos especiales o en momentos que el hospital derivador no cuente con su referente a cargo.

Así como también, el prestador cuenta con un profesional a cargo de la gestión, monitoreo y reinserción, en caso necesario, a su servicio de salud (Atención Primaria), de los beneficiarios derivados.

Asimismo, el prestador deberá informar a UGCC el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del encargado para gestionar las derivaciones a través de esta plataforma, y los teléfonos de contacto con sus distintas unidades para la solicitud de cama.

Proceso de derivación:

La derivación de pacientes hacia el prestador será realizada por los hospitales públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud desde cualquier servicio clínico tales como Unidades de emergencias o servicio de Urgencia (SU), Unidades de paciente crítico (UPC), Unidad de Cuidados especiales, etc., y deberán ser intermediadas por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Dicho proceso será efectuado a través de la plataforma UGCC <https://ugcc.minsal.cl>

La Unidad de gestión centralizada de camas derivará de acuerdo con la evaluación previa de la condición clínica del paciente y su necesidad de atención médica en base a la disponibilidad de oferta de camas y un ranking de derivación que se establecerá según criterios aprobados mediante resolución N° 6.378, de 2016, del FONASA además de las siguientes consideraciones:

- a) En el momento que se asigne prestador para la derivación y atención del paciente, éste no podrá solicitar ningún informe médico por escrito del paciente a derivar, si esto sucede puede ser causal de cambio de ranking y la opción de derivación a otro prestador.
- b) La derivación de pacientes se efectúa a través de la plataforma UGCC, la cual cuenta con un manual de procedimientos donde se establece claramente que el contacto para solicitud de antecedentes se realiza de forma telefónica y en acuerdo con ambos profesionales médicos. Cualquier solicitud de informe o de antecedentes médicos del paciente podrá ser solicitada una vez formalizada la derivación, sin perjuicio de que se solicite el traslado del paciente en conjunto con los antecedentes médicos que corresponda. Este traslado será responsabilidad del hospital de origen que derive al paciente, utilizando los medios que el caso y su complejidad requiera.
- c) El prestador sino cuenta con la acreditación ante la Superintendencia de salud y no haya iniciado dicho proceso no podrán recibir derivaciones de pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico establecido de patología con Garantías Explícitas en Salud GES.
- d) En los casos de pacientes que requieran atención por las siguientes Garantías Explícitas en Salud (GES): cardiopatía congénita, Gran Quemado y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud de la presente contratación, toda vez que FONASA cuenta con otros mecanismos para la atención de estas enfermedades específicas.
- e) En el caso de que la cardiopatía congénita sea diagnosticada como hallazgo dentro del proceso de hospitalización, previo a la notificación y en coordinación con el hospital de origen, se activarán los mecanismos dispuestos para el traslado del paciente a su red de atención para la resolución de su patología. Sin embargo, si la Red de atención correspondiente al paciente, no tiene capacidad para dar respuesta a su necesidad de salud, se activarán los mecanismos secundarios dispuestos para otorgar una atención oportuna.
- f) Para aquellos casos de beneficiarios portadores de patologías de origen cardiovascular agudas se dará prioridad de inicio de búsqueda de derivación en prestadores que cuenten con capacidad resolutoria médica y médico-quirúrgica, frente a la eventualidad y riesgo que el caso requiera de una resolución de mayor complejidad de su patología.

Suspensión transitoria de derivación: en caso de una disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, se solicitará al proveedor subsanar en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos la falencia, plazo durante el cual FONASA podrá suspender derivaciones al prestador.

Proceso de atención:

a. Derechos y deberes del paciente:

El prestador deberá resguardar, durante el proceso de atención, el cumplimiento de la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud, especialmente en: Informar al paciente sobre el tratamiento que se le otorgue y en general responder a cualquier consulta, orientación e información que éste requiera., otorgarle un trato digno y respetuoso, contar con personal en atención directa con identificación visible, contar con un libro de reclamos y sugerencias visible y accesible a los pacientes, etc.

- Al ingreso del paciente, el prestador deberá informarle a él, a su familiar directo o al representante legal, los alcances de la atención de salud y su modalidad de atención (Modalidad de Atención Institucional, MAI), dejando constancia a través del Formulario de "Consentimiento Informado" firmado por el paciente o quien le represente. Lo expuesto deberá realizarse dentro de los dos días hábiles a contar del ingreso del paciente.
- El prestador deberá otorgar la atención integral sin discriminar por sexo, religión, edad, situación socioeconómica, patología asociada u otros.

b. Registros del proceso de atención:

El prestador, durante la hospitalización deberá mantener y llevar los siguientes registros en UGCC:

- Al ingreso del paciente el prestador deberá registrar anamnesis completa del estado clínico del paciente y luego consignar de forma diaria la evolución de éste en sistema informático UGCC. Dicha evolución debe ser consignada en la pestaña de Observaciones "Derivaciones exitosas" y debe ser una actualización del estado clínico que contenga al menos: cambios en estado de salud o tratamiento, procedimientos y exámenes relevantes, nuevos hallazgos, eventos adversos (UPP, caídas, iatrogenias, IAAS), entre otros. No se aceptará que el prestador adjunte evoluciones diarias en formato Word o PDF.
- Informe médico del estado del paciente toda vez que se requiera por el hospital de origen, Servicio de Salud, FONASA o UGCC MINSAL.
- Creación luego del parto de los casos de recién nacido de madres trasladadas vía UGCC, que requieran de cama neonatológica. Plazo máximo 24 horas hábiles para registro en plataforma UGCC MINSAL, a través de llamado a Call Center.

- Al egreso la epicrisis debe ser adjuntada como documento en formato Word o PDF, en la plataforma UGCC.
- En los casos de derivaciones ocurridas por Amenaza de parto prematuro y requerimiento de frenación, el prestador estará obligado a generar una actualización diaria de la condición clínica de la paciente en la plataforma UGCC y en forma adicional, mantener informado al equipo obstétrico del hospital de origen de la evolución de la paciente, notificando a la brevedad cuando ésta esté en condiciones de alta o rescate en los casos en que se haya concretado la frenación del Parto prematuro.
- Solicitud de autorización para la aplicación de terapia ECMO o Asistencia Ventricular.
- Registro de Ajustes de Tecnología en plataforma UGCC.
- Solicitudes de Gestión y/o Rescate al Hospital de Origen en plataforma UGCC.
- Si durante el proceso de atención, el paciente es diagnosticado con alguna patología GES, el prestador debe realizar la notificación de dicha patología mediante el "Formulario de constancia información al paciente GES", el cual debe ser correctamente llenado y firmado por el paciente. Paralelamente, debe informar de esta situación al referente GES del Hospital de Origen y enviar el formulario descrito, de forma que éste tome conocimiento del caso e inicie las gestiones que se requieran. Del mismo modo, deberá realizarse las notificaciones que correspondan en caso de encontrarse en alguna de las siguientes situaciones: pacientes en urgencia vital o secuela funcional grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto que contempla la Ley N° 20.850.

Proceso de alta:

a. Egreso.

La presente contratación considera la compra de servicios de salud para beneficiarios que requieren resolución integral de patología aguda o reagudizada, por lo que el beneficiario debe ser dado de alta a domicilio o alta por fallecimiento y cumpliendo los siguientes requisitos:

- Una vez egresado el paciente, es deber del prestador entregarle al paciente o a su acompañante una epicrisis con informe médico que resuma diagnóstico, exámenes, procedimientos, tratamiento efectuado, evolución del cuadro médico.
- En los casos que el paciente requiera control de su patología aguda o crónica, el prestador debe coordinar en el hospital público o APS la fecha y hora de su control y entregar el tratamiento medicamentoso hasta esa fecha.

b. Rescate al hospital de origen.

El prestador puede presentar solicitud de rescate sólo en los siguientes casos:

- Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): Pacientes que por condición clínica (pronóstico ominoso y/o mala calidad de vida), se decide no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas en cuanto a objetivo terapéutico. Decisión médica tomada con consentimiento de familiares (LET firmado) y que se encuentren con medidas de soporte básico, vale decir, requerimiento de cama básica.
- Embarazadas con Frenación del trabajo de parto: Pacientes cuyo diagnóstico de Trabajo de Parto Prematuro ha sido resuelto, es decir, recibieron frenación y ésta resulto exitosa. Dichas pacientes podrán ser rescatadas a su hospital de origen o dadas de alta a domicilio (previa coordinación con el equipo obstétrico) si su condición lo permiten.
- En regiones extremas se evaluarán casos especiales como por ejemplo requerimiento de cirugía cardiovascular con oferta en la red pública local.
- Usuarios con requerimiento de rehabilitación certificado por fisiatra.
- Usuario con patología psiquiátrica, cuyo cuadro clínico que generó la derivación, provocado por una exacerbación de patología mental de base, se encuentra resuelto, pero dada condición basal requiere continuación de tratamiento.

Ante la presencia de esta causal, el prestador deberá informar vía plataforma electrónica (UGCC MINSAL) los requerimientos presentados con sus correspondientes justificaciones, debiendo adjuntar informe médico completo para la solicitud, de forma paralela debe informar a hospital de origen dicha solicitud a través de correo electrónico, con copia al administrador del convenio o a quien se designe para estos efectos.

c. Gestión al hospital de origen para continuidad de tratamiento.

Previo al alta se pudiera presentar algunas situaciones en que el prestador requiriera gestiones específicas por parte del Hospital de origen para asegurar la continuidad del cuidado del beneficiario, es así, que debe solicitar dichas gestiones a través de la plataforma informática de UGCC MINSAL, además de correo electrónico dirigido a hospital de origen, con copia, según corresponda, a referente de Servicio de Salud a cargo de Salud Mental, Salud respiratoria, Rehabilitación y GES. Estas situaciones establecidas por FONASA son las siguientes:

- Usuarios con requerimientos Sociosanitario cuyo cuadro clínico que generó la derivación se encuentra resuelto y no cuenta con redes de apoyo familiares ni sociales para ser dado de alta a su domicilio, situación respaldada con informe social de hospital de origen.
- Usuario con necesidad de Oxígeno domiciliario que se encuentra en condiciones de alta a domicilio, pero con requerimientos bajos de oxígeno a permanencia.
- Usuarios portadores de Insuficiencia renal crónica con necesidad de asignación de centro de diálisis.
- Usuarios oncológicos con necesidad de continuar tratamiento de manera ambulatoria.
- Usuarios con patologías crónicas con requerimiento de cuidados domiciliarios permanentes, entre ellos: Requerimiento de Ventilación Mecánica Invasiva crónica certificada por broncopulmonar, usuario con manejo de ostomías, usuarios postrados (dependencia moderada o severa), usuarios con patologías oncológicas terminales y que requieren cuidados paliativos.

Para las solicitudes de coordinaciones con la Red pública para la continuidad de atención el prestador deberá realizar la solicitud a través de la plataforma UGCC de forma inmediata luego de identificar esta necesidad, siendo el hospital de origen quién debe dar respuesta a la solicitud, de manera de no generar perjuicio ni interrupción del cuidado del paciente.

A su vez el prestador debe contar con la autorización de FONASA y/o UGCC registrado en plataforma para proceder con el traslado del paciente al hospital de origen.

d. Plazo de respuesta de la red pública.

El prestador público contará con 3 días hábiles para realizar las coordinaciones necesarias con su Red de salud, tanto para las causales "Rescate al hospital de origen" y "Gestión al hospital de origen para continuidad de tratamiento"; una vez cumplido ese plazo, el prestador procederá al cierre administrativo del caso por el convenio GRD procediendo a facturar a través de la plataforma Right Now, y desde esa fecha el pago de las prestaciones será efectuado por FONASA con cargo al presupuesto del Hospital derivador o del Servicio de Salud, según corresponda.

e) Pacientes que requieren un segundo tiempo quirúrgico para resolución integral de su problema de salud.

En los casos en que el paciente luego de ser dado de alta del prestador y que por su condición, evolución o técnica quirúrgica requiera de un segundo tiempo quirúrgico, este deberá ser otorgado por el prestador privado que realizó la primera atención, bajo las mismas condiciones de atención, facturación y pago establecidas en esta Licitación, vale decir, el paciente será atendido bajo resolución integral, bajo mecanismo de compra GRD y su pago será realizado por FONASA, según el GRD resultante de la codificación del segundo episodio, por el Precio Base de Referencia ofertado por el prestador que corresponda.

La coordinación de este segundo tiempo quirúrgico debe ser realizada entre el prestador, el hospital de origen del paciente y el Servicio de Salud, en conocimiento permanente de FONASA.

El proceso de facturación y pago se realizará solicitando la misma documentación establecida en la cláusula quinta numeral 5, la cual será solicitada mediante correo electrónico.

1. Proceso de cierre derivación:

El prestador deberá registrar en plataforma UGCC MINSAL fecha, hora, tipo de egreso y diagnóstico CIE 10 al momento del egreso del paciente en un plazo máximo de 7 días corridos desde el alta, una vez realizado esto el hospital de origen podrá cerrar el caso en el sistema y la información será traspasada al sistema de pago de FONASA.

Condiciones generales:

El prestador suministrará todos los materiales, accesorios, herramientas, equipos, necesarios para la correcta prestación de los servicios.

FONASA podrá constatar en terreno todo lo ofertado e indicado por el prestador en su oferta.

QUINTO: Precio y Forma de pago.

El precio por los servicios contemplados en este contrato corresponde al que se detalla a continuación:

Precio Base referencia 1: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea menor o igual a 1,5.

Precio Base referencia 2: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea mayor a 1,5 y menor o igual a 2,5.

Precio Base referencia 3: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea mayor a 2,5.

PRECIO BASE REFERENCIA 1	\$ 2.000.000
PRECIO BASE REFERENCIA 2	\$ 3.000.000
PRECIO BASE REFERENCIA 3	\$4.900.000

El Precio Base indicado se aplicará sobre todas las categorías de Resolución a las que haya adscrito el prestador en virtud del contrato.

Para la prestación de servicios de salud para resolución integral de patologías a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), el monto máximo estimado del contrato es de **\$450.000.000 (CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS)**.

Por su parte, se deja constancia que FONASA no estará obligado a contratar un número determinado de resoluciones diagnósticas.

Codificación de grd:

Para efectos del mecanismo de pago a utilizar por la compra de los servicios de salud, se deberá utilizar un sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0 o la utilizada por el MINSAL al momento de la contratación.

Dado que la captura, procesamiento y codificación de los datos implican un proceso de registro de información seguro, pertinente y exacto, los prestadores que cuenten con el sistema de codificación deberán tomar los resguardos para mantener la calidad del CMBD, con el fin de realizar la asignación de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 para diagnósticos y CIE 9 MC para codificación de procedimientos. Asimismo, deberán demostrar que disponen de al menos un profesional con conocimiento para llevar a cabo la función de codificación, acreditando la realización de un curso de capacitación en codificación mediante GRD a través del certificado respectivo. En caso de no contar con unidad de codificación propia, el oferente podrá realizar la compra del servicio, bajo los estándares y normativas vigentes.

Cabe indicar que el estándar definido por MINSAL es un profesional codificador por cada 5.000 egresos hospitalarios.

Codificación de POA: Present on Admission

Se define como las condiciones presentes en el paciente al momento de ser internado en un hospital. El objetivo del indicador POA es diferenciar las condiciones presentes en el momento de la admisión de aquellas condiciones adquirida en el hospital.

Esta condición es posible de identificar al momento de la codificación del egreso, ya que es una solución incorporada por el proveedor del sistema GRD.

El indicador POA se asigna a los diagnósticos principales y secundarios y al momento de codificar se debe asignar uno de las cinco posibilidades:

S = sí (presente en el momento de la hospitalización)

N = no (no presente en el momento de la hospitalización)

D = desconocido (la documentación es insuficiente para determinar si la condición estaba presente en el momento de la admisión)

I = clínicamente indeterminado (el proveedor no puede determinar clínicamente si la afección estuvo presente al ingreso)

E = exento de codificación (listado de categorías exentas)

Para la presente contratación el Fondo nacional de salud solicita la implementación del indicador a todos los prestadores, con el objeto de establecer la magnitud de las HAC (condición adquirida en el hospital), y sus orígenes, no considerando detrimentos económicos.

1. REGLA GENERAL DE PAGO POR GRD.

La regla general de pago por GRD aplica en todos aquellos casos donde exista estadías inferiores al Punto de Corte Superior del GRD, establecidos en la Norma MINSAL IR-GRD V3.0 o la Norma MINSAL vigente. De esta manera, corresponde al periodo comprendido entre el día cero o de inicio de la atención y el día correspondiente al día de Punto de Corte Superior.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base Ofertado (*Precio base de referencia 1, 2 o 3 según Peso relativo del egreso*) por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

$$\text{Valor del GRD} = \text{Precio Base Ofertado} * \text{Peso Relativo GRD}$$

2. REGLA DE PAGO EN CASO DE OUTLIERS SUPERIORES.

La regla de pago en caso de Outliers superiores se aplica en casos donde existan estadías superiores al Punto de Corte Superior del GRD establecidas en la Norma MINSAL IR-GRD V3.0 o la Norma MINSAL vigente. En todos estos casos, FONASA realizará, a través de su División de Contraloría, una auditoría para la verificación de todos los antecedentes informados en la pre-facturación en forma previa a la autorización de los pagos correspondientes.

Esta regla especial de pago consiste en la aplicación de un deducible al prestador, por aquellos costos originados con posterioridad al Punto de Corte Superior del GRD. Este deducible se manifiesta en un periodo de no pago (o carencia) por parte de FONASA al prestador, al término del cual se reactiva el pago por cada día de estadía hasta el momento del egreso del paciente (post carencia).

El Valor del Outlier Superior se obtiene mediante la siguiente expresión:

$$\text{Valor del GRD} + [\text{Días post carencia} * \text{Peso Relativo GRD} * \text{Precio Base Referencia}] / \text{Días Percentil 75}$$

Dónde:

Valor del GRD: Es el producto entre el Precio Base y el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Precio Base referencia: corresponderá al Precio base referencia 1, 2 o 3 según corresponda.

Días post carencia: Corresponde al periodo comprendido entre el término del periodo de carencia y el momento del egreso del paciente. Durante este periodo se reactiva el pago por parte de FONASA.

Periodo de carencia: Corresponde al período de tiempo comprendido entre el día del Punto de Corte Superior y que se extiende por el número de días establecido en el Percentil 50 del GRD respectivo según la norma. Durante este periodo el prestador no recibe pago por parte de FONASA.

Días Percentil 75: Corresponde al número de días establecido en el Percentil 75 del GRD respectivo según la norma.

Ejemplo:

GRD 041013 (PH VENTILACIÓN MECÁNICA DE LARGO PLAZO CON TRAQUEOSTOMÍA w/MCC)

Estadía (hipotética): 250 días

Percentil 50: 53 días

Percentil 75: 83 días

Punto de Corte Superior: 158 días

Peso Relativo: 11,7045

Valor del GRD = Precio Base * 11,7045

En este caso el Valor del GRD, correspondería al producto entre el precio referencia 3 (considerando el Peso Relativo de egreso de este ejemplo), por el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Periodo de carencia: (Punto de Corte Superior + N° días Percentil 50 del GRD)

(158 + 53 días)

211 días

Días post carencia: Periodo entre el término del periodo de carencia y el egreso del paciente.

(Día egreso del paciente - día término periodo carencia)

(250 – 211)

39 días

Valor Outlier Superior =

Valor del GRD + [Días post carencia * Peso Relativo GRD * Precio Base Referencia ₁] / Días Percentil 75

*(Precio Base referencia ₃ * 11,7045) + (39 * (11,4075 * Precio Base referencia ₁) / 83]*

De acuerdo con esta regla de pago en caso de Outliers superiores, el Valor del GRD correspondiente al periodo previo al Punto de Corte Superior ya se encuentra incluido, por lo cual no procede cobro adicional por dicho concepto.

3. REGLA DE PAGO EN CASO DE PACIENTES CON ESTADÍA MENOR A 12 HORAS O FALLECIDOS EN MENOS 12 HORAS.

La revisión sistemática de todos los pacientes derivados por contrato GRD, y que egresan o fallecen, ha evidenciado que algunos de estos casos permanecen ingresados en el centro privado solo algunas horas (algunos casos solo minutos) y fallecen, recibiendo de parte del equipo médico solo actividades de reanimación.

Independientemente de las auditorías que corresponde efectuar en cada caso, para evaluar tanto la pertinencia del traslado desde el hospital derivador como la atención efectuada en el centro privado, el Fondo Nacional de Salud hace presente la siguiente consideración:

De acuerdo con lo definido, el FONASA contrata la "Resolución integral" de casos de pacientes portadores de una patología aguda, considerando un promedio de días de estada (días de hospitalización), acorde a la complejidad del caso y estándar MINSAL. En aquellos casos en que el paciente permanece menos de 12 horas o fallece a menos de 12 horas del ingreso al centro privado, no se cumple el objetivo anteriormente descrito, debido a que los precios de referencia acordados consideran un consumo de recursos en diagnóstico, tratamiento y días de internación que el paciente no consume.

Con el objeto de mantener la esencia de la compra por solución, que consiste en compartir el riesgo entre el seguro y el prestador, se mantienen las condiciones del Contrato GRD, cambiando el tipo de actividad de hospitalización por actividad de urgencia ambulatoria, la cual tiene sus respectivos Pesos Relativos reescalados, disponibles en la plataforma de pago de FONASA.

En resumen, toda vez que el prestador privado acepte la derivación de un paciente que permanezca o fallezca ante de las doce (12) horas de ingresado, enviará el resumen de codificación GRD, considerando todos los diagnósticos y procedimientos efectuados al paciente, en un ambiente ambulatorio, además de calcular el valor del GRD en base a Pesos Relativos reescalados.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base Ofertado (Precio base de referencia 1, 2 o 3 según Peso relativo GRD reescalado del egreso) por el peso relativo del GRD reescalado respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

Valor del GRD = Precio Base Ofertado * Peso Relativo GRD reescalado

4. REGLA DE PAGO EN CASO DE AJUSTES POR TECNOLOGIA.

La regla de pago en caso de ajustes por tecnología se aplica en caso de que el prestador determine, de acuerdo con criterios estrictamente clínicos, que es necesario realizar al paciente, alguna de las siguientes prestaciones, para las cuales FONASA ha establecido valores que se pagarán en forma adicional al valor del GRD respectivo:

Prótesis Aortica (quirúrgica endovascular)	o	\$12.308.767 (por egreso)
--	---	---------------------------

- Plasmaféresis Terapéutica:

N° SESIONES	VALOR
1 – 3 sesiones	\$ 830.467
4 – 6 sesiones	\$ 1.411.788
> o = 7 sesiones	\$ 2.313.710

- Procedimientos de sustitución renal continuos: Hemodiálisis, Hemofiltración, Hemodiafiltración

HORAS DE USO	VALOR
6 - 9 hrs	\$513.043
10 - 18 hrs	\$769.566
19 - 32 hrs	\$1.026.089
33 - 48 hrs	\$1.282.612
49 – 60 hrs máximo	\$1.539.135

Los procedimientos de sustitución renal continuos serán autorizados para pago, en cuanto se verifique que efectivamente corresponde a un procedimiento continuo y no una hemodiálisis convencional y que las horas efectivas registradas en el protocolo de atención del paciente sean coincidentes con el registro de la UGCC (en la pestaña Ajustes de Tecnologías) y con la pre facturación.

No se autorizarán para pago, procedimientos de sustitución renal continua cuya duración sea inferior a 6 horas. Así mismo, las horas de uso de eventos múltiples, se pagarán de acuerdo con la sumatoria total de horas de uso, con tope máximo de pago de 60 horas.

Ejemplo:

Un paciente recibe 7 eventos de Hemodiafiltración:

- * 15 de diciembre 2 horas
- * 16 de diciembre 6 horas
- * 17 de diciembre 8 horas
- * 18 de diciembre 12 horas
- * 19 de diciembre 18 horas
- * 20 de diciembre 15 horas

La sumatoria de horas corresponde a 84 horas, sin embargo, los eventos menores de 6 horas no se consideran como continuos, ni se contabilizan, es decir, el 15 de diciembre, no se paga.

Las horas de uso de eventos de procedimientos continuos corresponde a 59 horas, el tope máximo es de 60 horas, por lo que el pago corresponde a \$1.539.135.-

- Dispositivos cardiacos:

Desfibrilador VVI	\$ 11.880.110 (por egreso)
Desfibrilador DDD	\$ 13.949.370 (por egreso)
Desfibrilador VVI con resincronización cardiaca	\$ 17.545.630 (por egreso)
Desfibrilador DDD con resincronización cardiaca	\$ 17.863.950 (por egreso)
Instalación de uno o más Dispositivo Coils para tratamiento de Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales, Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales.	\$ 3.284.400 (por egreso)

Los precios señalados anteriormente se pagarán por una sola vez por cada egreso.

Finalmente, se deja establecido que los ajustes de tecnología se registrarán de acuerdo con los protocolos vigentes que al efecto establece el Ministerio de Salud Minsal.

PRE-FACTURACIÓN Y FACTURACIÓN.

Pre-facturación.

El prestador deberá iniciar el proceso de pre facturación de cada egreso hospitalario en el sistema informático vigente para ello u otro que el FONASA establezca durante la duración del contrato.

5. Pre facturación por sistema Informático:

El prestador deberá adjuntar siguientes documentos en los sistemas correspondientes:

- a) CMBD se adjunta en sitio SFTP (Filezilla): Se deberá enviar los primeros 5 días hábiles del mes el CMBD correspondiente a la totalidad de los egresos del mes anterior o los pendientes de envío, en el formato y campos obligatorios que el FONASA determine. Dicha carga deberá ser debidamente informada a través de correo electrónico al referente de FONASA encargado de dicho proceso.

Será responsabilidad del prestador enviar la información correcta, validada y en los formatos solicitados.

En el caso de existir rechazos en el CMBD, esto será informado y devuelto al prestador en su totalidad. El cumplimiento del envío y validación del CMBD será requisito para iniciar el proceso de validación y pago en los sistemas que FONASA establezca.

- b) Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (Formato DEIS- MINSAL), por cada paciente en Sistema Right Now.

- c) Epicrisis médica en Sistema Right Now.

d) En caso de pacientes fallecidos, se debe adjuntar en Sistema Right Now, una copia del Acta de Defunción del paciente.

e) En caso de paciente con Ajustes de Tecnología, deberán ser adjuntados en Sistema Right Now, los protocolos médicos, quirúrgicos o de enfermería que acrediten la terapia y su duración.

f) Informe de Codificación por GRD (Informe de Resultado del Episodio por Sistema de Codificación GRD), por cada paciente, en Sistema Right Now, el cual debe contener:

- Nombre completo
- RUT
- Fecha de ingreso
- Fecha de egreso
- Días de estadía
- Diagnóstico principal
- Código del diagnóstico principal
- Procedimiento principal
- Código del procedimiento principal
- Ajuste de tecnología (si/no) y detalle.
- Código del GRD
- Descripción del GRD
- Peso relativo del GRD
- Outlier Superior (si/no)
- Días de estadía por sobre Punto de Corte Superior (en caso de Outlier superior).

De existir reparos u observaciones por parte del Fondo Nacional de Salud, éstas serán comunicadas al prestador, para que éste, dentro de un plazo de 5 días hábiles posteriores a la fecha de despacho de la comunicación, subsane o aclare los reparos formulados, y presente una nueva pre-facturación. De lo contrario, la pre-facturación será rechazada.

b. Facturación.

De no existir observaciones a la pre-facturación por parte del Fondo Nacional de Salud, el prestador podrá emitir la respectiva factura exenta de IVA.

La factura exenta de IVA deber incluir el N° de Orden de Compra respectivo y debe ser enviada por correo electrónico en formato XML en la casilla de correo informada al SII intercambio@fonasa.cl

El pago de la factura exenta de IVA se realizará mediante transferencia electrónica y dentro de los 30 días corridos de presentada la factura en Oficina de Partes, previo Informe y V°B° del Administrador del Contrato. De ser rechazada por contener errores o por mantener el prestador obligaciones pendientes que deban ser descontados de ésta, se retendrá su pago hasta que sean enmendados dichos errores y/u obligaciones pendientes.

Se hace expresamente presente a los oferentes que el pago de los servicios sólo podrá efectuarse una vez que la Resolución que apruebe el Contrato respectivo, se encuentre totalmente tramitada.

Cabe señalar que el Fondo Nacional de Salud no realizará ningún tipo de anticipos, bajo ninguna circunstancia.

c) Plazo de devolución de facturas.

Para los efectos de lo dispuesto en la ley 19.983, que regula la transferencia y otorga mérito ejecutivo a copia de la factura, se deja establecido que el FONASA dispondrá de 8 días corridos para reclamar del contenido de la factura. La sola presentación de la oferta supondrá aceptación de este plazo.

d) Determinación de cuentas pendientes de pago al término de las derivaciones.

Sólo podrán derivarse pacientes al prestador hasta el día en que termine el periodo de duración del contrato.

Finalizado el período de duración del contrato, el Administrador del Contrato determinará la nómina de pacientes derivados al prestador para el otorgamiento de las prestaciones de salud contratadas, cuyas cuentas no han sido cobradas y pagadas a dicha fecha. La información para determinar esta nómina será obtenida de los sistemas de derivación y registro que se utilicen en la gestión del contrato. La nómina contendrá el folio del caso, el nombre del paciente y su RUT.

Dicha nómina será comunicada al prestador mediante correo electrónico al Administrador del Contrato, el cual tendrá un plazo de quince días hábiles para aprobarla o formular los reparos que le parezcan. Si el prestador no formula reparos a la nómina indica, se entenderá irrevocablemente aprobada.

En el evento de que el prestador formule reparos a dicha nómina, el FONASA tendrá un plazo de diez días hábiles para resolver los reparos formulados.

Una vez aprobada la nómina por el prestador, expresa o tácitamente, o resueltos los reparos por el Administrador del Contrato, el FONASA dictará una resolución que fije definitivamente la nómina de pacientes derivados al prestador para el otorgamiento de las prestaciones de salud contratadas, cuyas cuentas no han sido cobradas y pagadas a la fecha de término del periodo de duración del contrato. Dicha resolución será notificada al Administrador del Contrato del prestador por correo electrónico.

Una vez finalizado el período de duración del contrato, el prestador sólo podrá presentar a cobro las cuentas correspondientes a los pacientes incluidos en la nómina aprobada por la resolución señalada en el párrafo que antecede.

El FONASA pagará dichas cuentas con cargo al monto máximo estimado del contrato vigente a la fecha del pago. En el evento de que el saldo del monto máximo estimado del contrato para el pago de tales cuentas fue insuficiente, el Administrador del Contrato aprobará el pago con el mérito del contrato inicial, la orden de compra asociada al mismo, la resolución que aprueba la nómina de pacientes señalada en los párrafos que anteceden y el certificado de disponibilidad presupuestaria que se emita para respaldar dicho pago.

SEXTO: Duración y Vigencia del Contrato.

El contrato que se suscriba comenzará su vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que dicte FONASA aprobándolo.

No obstante la vigencia señalada, y por razones de buen servicio, las partes acuerdan que las prestaciones se otorgarán a contar de la fecha de suscripción del contrato, y tendrá una duración de 6 (seis) meses contados desde tal fecha, quedando todo pago postergado hasta la total tramitación de la resolución que aprueba el contrato.

El contrato podrá ser prorrogado, por razones sanitarias de emergencia y/o catástrofe, hasta por un plazo de seis meses, en la medida que exista disponibilidad presupuestaria.

En caso de acordarse la prórroga del contrato, antes del vencimiento de la vigencia original, deberá suscribirse el acuerdo respectivo y ser aprobado por acto administrativo totalmente tramitado y entregarse una nueva garantía o extender la vigente por el plazo de la prórroga en los términos indicados en la cláusula séptima.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

SÉPTIMO: Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento.

Para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento de los servicios, y el pago de las obligaciones laborales y sociales de sus trabajadores, el prestador entregó una garantía de fiel y oportuno cumplimiento del contrato, consistente en Boleta de Garantía, del Banco de Crédito e Inversiones N° 5340448 a la vista y de carácter irrevocable, emitida a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto de \$22.500.000.- (veintidós millones quinientos mil pesos), equivalente al 5% del monto total estimado del contrato cuya glosa indica "**GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SERVICIOS DE SALUD ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS Y CAMPAÑA DE INVIERNO 2020 A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)**", con vigencia al día 30 de noviembre de 2020.

Atendida la vigencia de la garantía de fiel y oportuno cumplimiento del contrato, el prestador, deberá reemplazarla por una nueva o extender la vigencia de esta, por un plazo que exceda en 120 días hábiles a la vigencia del contrato.

Lo anterior, a causa del error en la fecha de vigencia de dicho documento y las medidas tomadas por la autoridad producto de la Pandemia de Coronavirus que hacen imposible su reemplazo inmediato.

Esta garantía de fiel y oportuno cumplimiento garantiza cualquier incumplimiento o infracción a las obligaciones que emanan del contrato, lo que será constatado, ponderado y evaluado por el Administrador del Contrato. También cauciona el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores en los términos señalados en el artículo 11 de la ley 19.886. Sin perjuicio de lo anterior, también se hará efectiva esta garantía sin más trámite, en caso de que el contrato que garantiza termine anticipadamente por causa imputable al prestador, conforme lo previene la cláusula décima, y para el pago de multas, según lo previene la cláusula octava.

Esta garantía será custodiada por el Subdepartamento de Tesorería del FONASA, por el período de su vigencia, y se devolverá al término de su vencimiento, salvo que se resuelva el término anticipado del contrato o si hubiese situaciones pendientes que ameriten hacer efectiva la misma.

En caso de prórroga del contrato, si correspondiere, deberá remplazarse la mencionada garantía, por el mismo plazo que se prorrogue, aumentado en noventa días, en las mismas condiciones y términos señaladas precedentemente.

El hecho que la mencionada garantía, no se renueve o reemplace, en el plazo señalado en el párrafo precedente, facultará a FONASA para poner término anticipado al contrato, tal como lo señala en la cláusula referida a término anticipado del presente contrato.

OCTAVO: Causales de Multas.

El Fondo Nacional de Salud, previa proposición del Administrador del Contrato estará facultado para aplicar multas clasificadas como muy graves, graves y leves, por las infracciones y por los montos que se señalan a continuación:

Muy Graves 100 UF	Graves 60 UF	Leves 20 UF
<p>1. En caso de errores* de codificación detectados en revisiones que FONASA realice:</p> <p>1.1 Omisión de asignación de códigos de diagnósticos y procedimientos.</p> <p>1.2 Codificación de diagnósticos y procedimientos no registrados.</p> <p>1.3 Aumento arbitrario de la complejidad de un procedimiento.</p>	<p>1. Cobro indebido de prestaciones al FONASA: Sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados indebidamente. Se define como cobro indebido, a la presentación de facturas de pacientes que ya han sido pagadas por el FONASA o por alguno de los establecimientos de la red pública, facturas por cuentas de pacientes derivados en el marco de otros convenios, facturas de cuentas de pacientes atendidos en el marco de la ley de urgencia o GES</p>	<p>1. Incumplimiento en la entrega de información, relativa a la atención de los pacientes beneficiarios, y otras solicitadas en los presentes Términos de referencia, por cada evento, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No entregar la información al paciente en relación con los cuidados recibidos. - No acreditar la devolución de cobros indebidos a beneficiarios. - Errores de registro tales como: fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de egreso, registros de ajustes de tecnología, solicitudes de gestión y/o rescate, creación del caso de Recién Nacido (RN) en UGCC, cambio en fecha de nacimiento de RN, campos obligatorios del CMBD y todos aquellos que impacten el costo final del egreso.
<p>2. En caso de incumplimiento de los servicios y/o requisitos señalados en los Términos de referencia específicas para cada tipo de paciente establecido en las características técnicas específicas para cada unidad (revisar con estándar) para realizar los servicios de salud contratados. Lo anterior sin perjuicio de la realización de la prestación.</p>	<p>2. En caso de que la cantidad de egresos codificados como outliers supere el 7% del total de derivaciones semestrales del prestador.</p>	<p>2. Incumplimiento en la entrega de información solicitada por el gestor comercial, requerida para la Auditorías de casos Outlier, dentro del plazo de 10 días hábiles.</p>
<p>3. En las auditorías realizadas por FONASA tanto Outlier como Inlier, si se detecta error* de sobre codificación (que implique un aumento del valor del egreso) se aplicará multa por cada egreso con error de codificación detectado.</p>	<p>3. En caso de reclamos de los beneficiarios atendidos por el prestador, y que éstos hayan sido acogidos por FONASA, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencialidad, derecho a la información, atención profesional adecuada, y en general cualquier vulneración de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. Por cada reclamo acogido por FONASA se aplicará al prestador una multa.</p>	<p>3. Incumplimiento en el plazo de registro en plataforma UGCC MINSAL de la fecha, hora, tipo de egreso y diagnóstico CIE 10 al momento del egreso del paciente en un plazo mayor a los 7 días hábiles desde el alta.</p>

	4. Incumplimiento de las restantes obligaciones del prestador de conformidad a lo que los presentes Términos de referencia establecen.	4. En caso de detectar que el prestador no se encuentra adscrito al sistema de Licencia Médica Electrónica en caso de haberlo declarado o no adscribirse en caso de que se haya comprometido a aquello en el plazo de 18 meses contados desde el inicio del plazo de duración del contrato.
	5. En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado.	

OTRAS MULTAS	Cobros realizados al beneficiario con objeto de esta contratación.	500% del valor cobrado; sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados al beneficiario. Deberá acreditar dicha devolución, entregando copia del comprobante a FONASA.
---------------------	--	--

(*) El Fondo Nacional de Salud establece para efectos de aplicación de multas, que un error de codificación hace referencia a lo siguiente:

- Omisión de procedimientos efectivamente realizados o codificación de procedimientos no realizados o sin registro durante el episodio y que en ambos casos, correspondan al procedimiento que influye directamente en la agrupación del GRD.
- Omisión de diagnósticos registrados en la ficha clínica y que se relacionen con algún tratamiento o consumo de recursos durante el episodio. Codificación de diagnósticos no registrados. En ambos casos, el análisis de este tipo error se realizará independientemente de que dichos diagnósticos modifiquen o no la agrupación del GRD.
- Omisión de complicaciones o eventos adversos registrados en la documentación clínica.

La aplicación de multas se realizará por episodio y por causal de multa pesquisada, es decir, si en un episodio se pesquisan dos eventos atribuibles a una misma causal de multa, se cursará sólo una multa a dicho episodio según la causal esgrimida. Asimismo, si en un mismo episodio se pesquisan dos eventos atribuibles a dos causales de multa distintas, se cursarán dos multas, cada una según la causal correspondiente.

En todos los casos anteriores, en que el valor de la multa esté expresado en UF, la transformación a moneda de curso legal para efectos de pago de éstas, deberá ser de acuerdo al valor de la UF correspondiente al día del pago.

Las multas deberán ser enteradas por el prestador infractor en Tesorería de FONASA, en el Nivel Central, dentro del plazo que se indique en la respectiva resolución una vez que aquella quede ejecutoriada. En caso de incumplimiento, el Fondo podrá descontar las multas directamente del estado de pago o hacer efectiva la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, por el monto respectivo. Procederá esta última situación cuando los estados de pago sean inferior a las multas aplicadas y a firme.

En caso de hacer efectiva la Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento de Contrato producto de la situación anteriormente descrita, el prestador deberá reponer la Garantía por la totalidad del monto y por el mismo plazo de vigencia que la que reemplaza, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde el cobro de la primera, so pena del término anticipado del contrato indicado en la letra h) de la cláusula décima, sin derecho a indemnización alguna.

NOVENO: Procedimiento de aplicación de multas.

El procedimiento para la aplicación de las multas será informado a través del correo electrónico, de acuerdo con lo siguiente:

- Detectada una situación que amerite la aplicación de multas por parte de FONASA, el Administrador del contrato notificará al coordinador del contrato del prestador, mediante oficio remitido por vía electrónica, la causal de aplicación de la multa, los hechos que la constituyen y el monto probable de la multa.
- A contar de la fecha del despacho de la notificación electrónica precedente, el prestador tendrá un plazo de 10 (diez) días hábiles para efectuar sus descargos por escrito, acompañando todos los antecedentes que estime pertinentes. Presentados los descargos o vencido el plazo para ello, se podrá abrir un término probatorio conforme con las disposiciones de la ley N° 19.880.
- Una vez recibidos los descargos, o vencido el plazo para ello, o vencido el término probatorio en caso de haberse dispuesto, FONASA tendrá un plazo de 20 (veinte) días hábiles para adoptar la decisión definitiva, dictando la correspondiente resolución que será notificada por vía electrónica al coordinador del contrato del prestador.
- A contar de la fecha de la notificación de la resolución a que refiere el literal anterior, el prestador podrá interponer los recursos establecidos en la ley N° 19.880, en los plazos y en la forma que para cada caso corresponda.

DÉCIMO: Término anticipado del contrato.

No obstante la vigencia contractual señalada en el presente contrato, el Fondo Nacional de Salud, podrá modificar o terminar anticipadamente el contrato en los siguientes casos:

- Quiebra o estado de notoria insolvencia del prestador, verificada por el Fondo Nacional de Salud, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.
- Disolución de la Sociedad del prestador.
- Resciliación o mutuo acuerdo entre FONASA y el prestador.
- Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, y no subsanado en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos, plazo durante el cual FONASA evaluará suspender derivaciones al prestador.
- Por caso fortuito o fuerza mayor.
- Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- Incumplimiento de la obligación de confidencialidad señalada en la cláusula décimo sexta.
- No reponer oportunamente la totalidad de la Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato, dentro de los plazos, como consecuencia de renovación de Contrato, cobro de multas, todo en virtud de lo señalado la cláusula sexta y cláusula octava respectivamente.

- i. Registrar saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, a la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses.
- j. Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- k. Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- l. Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- m. Si los representantes o el personal dependiente del prestador, no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- n. El monto total de las multas exceda el 30% del valor total del contrato.
- o. Si la cantidad de errores de codificación supera el 40% de las derivaciones semestrales, FONASA podrá poner término anticipado del contrato sin mayor trámite. Lo anterior, sin perjuicio de las correcciones de las codificaciones auditadas con errores y de los ajustes de los montos cobrados indebidamente. En este último caso, deberá subsanar durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación. De no subsanarse en el plazo, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.
- p. Incumplimiento por parte del prestador de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- q. Cambio no autorizado en los servicios entregados.
- r. Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas décimo cuarta y décimo quinta referidas a Subcontratación y Cesión del Contrato, respectivamente.
- s. No acompañar a los Estados de Pago, la documentación que acredite el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, según la cláusula décimo tercera.
- t. Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público.
- u. Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador, entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del contrato, y que genere al FONASA un perjuicio en el cumplimiento de sus funciones.
- v. En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado y no sea subsanada durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud, y hará efectiva sin más trámite, la Garantía de Fianza de Fiel Cumplimiento; salvo que la causal invocada sea la señalada en la letra c), e) y f). Con todo el Fondo Nacional de Salud, podrá poner unilateralmente término anticipado al contrato, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

Para la aplicación de todas las causales de término anticipado previamente señaladas, salvo las de los literales c), e) y f), procederá el procedimiento de aplicación de multas regulado en la cláusula novena denominado "Procedimiento de Aplicación de Multas".

En todos los casos señalados anteriormente, no operará indemnización alguna para el prestador.

De concurrir cualquiera de las causales arriba aludidas, excepto la de los literales c), e) y f), además del término anticipado del contrato, procederá el cobro de la garantía de fiel cumplimiento por parte de FONASA.

DÉCIMO PRIMERO: Administrador del Contrato.

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento del contrato, para lo cual se designa como Administrador del Contrato al Jefe del Departamento de Gestión Comercial Complementaria, o quien le subroga.

Las funciones del administrador del contrato incluirán, entre otras:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el prestador.
- Resolver los descargos en el caso de aplicación de multas y término anticipado.
- Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del contrato, en todos sus aspectos, en coordinación con la División de Contraloría de FONASA.
- Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de los servicios convenidos.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el prestador deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso especialmente a lo requerido por el Administrador del Contrato.

1. Coordinador del contrato.

El prestador deberá designar un Coordinador del Contrato, el que tendrá como función, a lo menos, las siguientes:

- Representar al prestador, en la discusión de las materias relacionadas con la ejecución del convenio.
- Establecer procedimientos para el control de la información manejada por las partes.
- Coordinar las acciones que sean pertinentes para la operación de este contrato.

Todo cambio, relativo a la designación del Coordinador, deberá ser informado al Administrador del Contrato, por el Representante Legal, dentro de las 24 horas siguientes, de efectuado el cambio.

FONASA utilizará el **correo electrónico** que el prestador consignó en Anexo N° 3, sobre Datos del Prestador, como medio para efectuar cualquier comunicación a que diera lugar la ejecución y la terminación del contrato si procediera, incluidas las notificaciones propias del procedimiento de aplicación de multas que establece la cláusula novena, en el caso que sea procedente su aplicación.

DÉCIMO SEGUNDO: Mecanismos de fiscalización y control.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el prestador deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso, especialmente a lo requerido por el Administrador del Contrato.

FONASA realizará, revisiones de los casos inliers detallados bajo los siguientes criterios:

- a) Pacientes fallecidos en menos de 24 horas.
- b) Egresos con Peso Relativo mayor o igual a 5.
- c) Pacientes con uso de Ajustes de Tecnología.
- d) Todo beneficiario que requiera ser derivado a un segundo prestador por condición clínica que exceda capacidad resolutoria del primer prestador.
- e) Otros casos que FONASA determine por su impacto significativo en el valor a pagar del egreso.

Con el fin de realizar la validación de los datos codificados por el prestador que cuente con el sistema de codificación de GRD, FONASA realizará auditorías de casos inliers codificados durante el periodo de convenio, de los beneficiarios atendidos por el prestador y según el procedimiento interno que FONASA tenga para tales efectos, y de acuerdo a la planificación anual del Departamento de control. Esto con el fin de generar una relación coordinada en el desarrollo del mecanismo de pago y de su correcta utilización.

FONASA realizará, previo a la visación de la factura, auditorías al 100% de los casos Outlier.

Para los todos los casos descritos en esta cláusula, el prestador deberá poner a disposición del Fondo Nacional de Salud toda la información que éste requiera para estos efectos.

DÉCIMO TERCERO: Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales.

El prestador deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, los trabajadores del prestador no tendrán ninguna relación o vínculo laboral con FONASA. En caso de que el prestador registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del contrato deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el prestador acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran pagadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado, según letra i) de la cláusula décima.

El Fondo Nacional de Salud tendrá la facultad de exigir al prestador que acredite mediante documentos fidedignos el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores. En el caso que éste no acredite el cumplimiento íntegro de dichas obligaciones, el Fondo podrá retener los dineros necesarios para poder pagar lo adeudado a los trabajadores o a la institución previsional acreedora, conforme a lo establecido en el Código del Trabajo.

Se deja expresa constancia que no habrá vínculo laboral, ni relación de dependencia o subordinación de ninguna especie entre el personal que el contratista emplee en la ejecución de los servicios y FONASA.

DÉCIMO CUARTO: Facultad para Subcontratar.

El prestador podrá subcontratar uno o más de los servicios de apoyo necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la presente contratación. En ningún caso podrá subcontratarse el servicio contratado.

Debe someterse a análisis y autorización del Fondo Nacional de Salud toda subcontratación propuesta por el prestador, tanto al presentar su Propuesta como posteriormente, durante la vigencia del contrato.

El Subcontratista deberá estar inscrito en el registro de proveedores de la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas, para que el Fondo Nacional de Salud pueda autorizar su subcontratación.

La autorización que otorgue el Fondo Nacional de Salud al prestador para subcontratar, se efectuará mediante carta remitida al prestador suscrita por el Director del Fondo Nacional de Salud, o por quién este delegue. En todo caso, será el prestador quien tendrá la responsabilidad ante el Fondo Nacional de Salud, por la calidad, contenido y oportunidad de los productos exigidos.

La contratación de terceros por parte del prestador en calidad de subcontratistas que trabajen con él en las materias de esta contratación, así mismo sólo puede referirse a una parcialidad del contrato y no libera al prestador de la responsabilidad ante el Fondo Nacional de Salud en relación a los plazos, contenido y calidad de los servicios, productos u otras materias subcontratadas. El Fondo Nacional de Salud, así como puede rechazar la solicitud del prestador, en cuanto a contratar a algún subcontratista, también puede exigir fundadamente su reemplazo, en caso de servicio deficientemente otorgado.

En caso que el prestador utilice los servicios de terceros, arriendo de computadores u otros equipos, o de especialistas de cualquier índole, será la única y total responsable por dichos servicios, del cumplimiento de los plazos y de la correcta y oportuna coordinación de los mismos con los trabajos que efectúa directamente y del pago de las sumas de dinero que puedan adeudarse o anticiparse a los subcontratistas por tales servicios, como igualmente de los impuestos de cualquier naturaleza que los pudieran gravar, y responsabilidades laborales, así como de los daños que ellos ocasionasen a las instalaciones o intereses del Fondo Nacional de Salud. Todo lo anterior sin perjuicio de la aplicación de la ley de subcontratación.

DÉCIMO QUINTO: Prohibición de Cesión.

El prestador no podrá ceder el contrato, ni total ni parcialmente a ninguna persona natural o jurídica, de igual modo no podrá subcontratar una vez contratado los servicios, sin perjuicio de lo señalado en este contrato en lo referente a servicios de apoyo.

DÉCIMO SEXTO: Confidencialidad de la Información.

La información y todos los antecedentes que el prestador obtenga con motivo de esta contratación, tienen carácter de estrictamente confidencial y privado, razón por la cual está expresamente prohibido comentarla o difundirla por cualquier medio y bajo cualquier circunstancia; reservándose el Fondo Nacional de Salud, el ejercicio de acciones civiles y penales en caso de infracción. Igual obligación le asistirá al oferente o prestador durante la vigencia del contrato y aún después de su término.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Contrato son de propiedad exclusiva del Fondo Nacional de Salud. El prestador, no podrá disponer de ese material ni usarlo en forma alguna, sin la autorización por escrito del Administrador del Contrato.

DÉCIMO SÉPTIMO: Declaración de la Empresa y Constancia.

En este mismo acto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley N° 19.886, el prestador viene en declarar bajo juramento que no se encuentra afecta a ninguna de las inhabilidades previstas en la aludida norma, no teniendo entre sus socios a una o más personas que tengan la calidad de funcionarios directivos de FONASA, ni que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; ni constituir una sociedad de personas de las que aquéllos o éstas formen parte, ni una sociedad comandita por acciones o anónimas cerradas en la que aquéllos o éstas sean accionistas, ni una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas. Como, asimismo, que no ha sido condenada por infracción a los derechos fundamentales del trabajador, dentro de los anteriores dos años. Declara además, que no se encuentra condenada a alguna de las penas establecidas en el artículo 8° de la Ley N° 20.393, que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho.

En este mismo acto, el prestador declara no registrar deudas fiscales.

Asimismo, declara que no presenta condenas en el Registro de "Empresas Condenadas Por Prácticas Antisindicales", que lleva la Dirección del Trabajo, por prácticas de tal naturaleza, dentro de los dos años anteriores.

DÉCIMO OCTAVO: Inexistencia de vínculo contractual.

Todo el personal del prestador, cuya dependencia sea directa, con motivo de la ejecución de los servicios materia de la presente contratación, no tendrá vínculo contractual alguno con FONASA, ni relación laboral, vínculo de subordinación y/o dependencia, siendo obligación del prestador el cumplimiento de todas las disposiciones legales con sus empleados, especialmente en lo relativo a normativas laborales, previsionales y de seguridad.

El personal dependerá laboral y funcionalmente del prestador, quien en su calidad de único empleador, está obligado a cumplir puntualmente con el pago de las remuneraciones, cotizaciones previsionales, impuesto al trabajo y demás obligaciones laborales y tributarias que impone la ley.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de FONASA de verificar el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores del prestador, conforme lo establece la legislación vigente.

DÉCIMO NOVENO: Domicilio y Competencia.

Para todos los efectos legales, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago y se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de Justicia.

Cualquier disputa, controversia o diferencia relativa al significado, interpretación, aplicación, ejecución, cumplimiento o incumplimiento de las cláusulas, obligaciones y derechos que emanen de este contrato, estarán sujetas y serán resueltas de acuerdo con el ordenamiento jurídico de la República de Chile.

VIGÉSIMO: Ejemplares del Contrato.

El presente contrato se firma en 3 (tres) ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando 2 (dos) en poder de FONASA y uno en poder del prestador.

VIGÉSIMO PRIMERO: Personerías.

La personería de don **Marcelo Mosso Gómez** para representar al Fondo Nacional de Salud consta de su nombramiento como Director, contenido en el Decreto Supremo N° 27, de 15 de marzo de 2018, del Ministerio de Salud.

La personería de don **Luis Gutiérrez Rojas** para representar al prestador, a la fecha de suscripción del presente instrumento se encuentra en tramitación.

Siendo ampliamente conocidos de las partes los instrumentos que dan cuenta de sus respectivas personerías, ambas estiman innecesaria su inserción en el presente contrato.

4° IMPÚTESE, el gasto que irrogue la contratación que por este acto se aprueba, al Subtítulo 24; ítem 01; Asignación 010 Convenio Compras de Prestaciones no AUGE; del Presupuesto vigente del Fondo Nacional de Salud para el año 2020.

5° PUBLÍQUESE la presente Resolución una vez que esté totalmente tramitada, en el portal www.mercadopublico.cl.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE



**MARCELO MOSSO GOMEZ
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

MMG / LBR / CTV / SMN / BLE / JFD / jlh

DISTRIBUCIÓN:

DIVISIÓN FISCALÍA

DPTO. MECANISMOS DE PAGO

DIVISIÓN COMERCIALIZACIÓN

DIVISIÓN ADMINISTRACIÓN

SUBDPTO. OFICINA DE PARTES

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl

CYQjEWcw

Código de Verificación

