PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE REGULA EL PRECIO DE LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y CLÍNICO, ASÍ COMO LA OBLIGATORIEDAD DE INFORMARLO PÚBLICAMENTE.
BOLETÍN N° 13.892-11

TEXTO LEGAL VIGENTE	TEXTO APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN DE SALUD
DECRETO CON FUERZA DE LEY Nº 1, DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD QUE FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469. LIBRO II REGULA EL EJERCICIO DEL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y CREA UN RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD (ARTÍCULO 131 a 169) Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de "libre elección" que se establece en el artículo siguiente, caso en el cual gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida. Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo. Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico. Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones: a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de	PROYECTO DE LEY **“**Artículo único.- El precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico realizados ambulatoriamente, de urgencia o electiva, tanto en horario hábil, como inhábil, no podrá ser superior al 50% del valor asignado en el Arancel Modalidad Institucional del Fondo Nacional de Salud, regulado en el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2763 de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933. Por su parte, el precio de estas prestaciones realizadas en atención cerrada, tanto en horario hábil como inhábil, no podrá ser superior al 40% del referido arancel. Adhirió Los Prestadores Institucionales de Salud tendrán la obligación de informar el precio de cada examen y procedimiento de apoyo diagnóstico y clínico que realicen. Los valores deberán estar previamente publicados, en sus propios sitios electrónicos, y en formato físico a disposición del público general. La publicación se hará a través de un listado que compare el precio ofrecido por el Prestador, el Arancel del Fondo Nacional de Salud y la diferencia que se produce entre ellos. Los precios de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico cobrados por los Prestadores Institucionales de Salud, en sus distintas modalidades de cobertura, serán observados y registrada dicha información. Además, se realizarán estudios, análisis, estadísticas y recomendaciones de políticas públicas con la información recopilada que contribuyan a generar una mayor transparencia y fortalecer el acceso a ellos. El Ministerio de Salud, reglamentará lo señalado en el inciso anterior.”.

TEXTO LEGAL VIGENTE	TEXTO APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN DE SALUD
atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 159 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo; b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección. Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%. No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior. Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución	

TEXTO LEGAL VIGENTE	TEXTO APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN DE SALUD
mayor a la del arancel. La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud. Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo. De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones. Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción. El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad. Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que	

TEXTO LEGAL VIGENTE	TEXTO APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN DE SALUD
hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme. Artículo 144.- La modalidad de "libre elección", a que se refieren los artículos 142 y 143, se aplicará a la atención odontológica, en la forma que determine el reglamento y en la medida que exista disponibilidad presupuestaria. - - - - - Artículo 158.- Sin perjuicio de los recursos que establezcan las leyes, el Régimen se financiará, además, con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten. La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad. Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos. Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento. Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto. Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor,	

TEXTO LEGAL VIGENTE	TEXTO APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN DE SALUD
fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquél en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 162. Artículo 159.- Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud. Artículo 160.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos: Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020. Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad. Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C. Artículo 161.- El Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá al financiamiento de las prestaciones médicas a que se refiere esta ley, en un porcentaje del valor señalado en el arancel fijado en conformidad al artículo 159. Dicho porcentaje se determinará, cada vez que así se requiera, por los Ministerios de Salud y Hacienda; cubrirá el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B, y no podrá ser inferior al 75% respecto del Grupo C, ni al 50% respecto del grupo D. Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán	

TEXTO LEGAL VIGENTE	TEXTO APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN DE SALUD
establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes de los señalados en el inciso precedente. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes. El porcentaje de contribución del Fondo a la atención del parto no podrá ser inferior al 75% para el grupo D. La diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre el Fondo y el valor de la prestación será cubierta por el propio afiliado. Con todo, el Director del Fondo Nacional de Salud podrá, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar, total o parcialmente, la diferencia de cargo del afiliado, pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.	