

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 43.262

Jueves 26 de Mayo de 2022

Página 1 de 6

Normas Generales

CVE 2133098

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales / Servicio de Salud Coquimbo Región de Coquimbo / Hospital de La Serena

RESOLUCIÓN A PACIENTES PARTICULARES AÑO 2022

(Resolución)

Núm. 4.871 exenta.- La Serena, 3 de mayo de 2022.

Vistos:

El DFL N° 1/2005 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2.763/79; DFL N° 29/2004, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.834/89 sobre Estatuto Administrativo; el DS N° 140/2004 sobre Reglamentos Orgánicos de los Servicios de Salud; el decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud que fijó el Reglamento de los establecimientos de menor complejidad y de los establecimientos de Autogestión en Red; la Norma General Administrativa N° 2, sobre Atención de Pacientes Particulares, aprobada por resolución exenta N° 368 del Minsal de 12 de febrero 2010; la resolución 06/2019 de la Contraloría General de la República que fija normas sobre la exención del trámite de toma de razón; resolución exenta N° 428/145/2020 16-12-2020 de Servicio de Salud Coquimbo.

Considerando:

El Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud Libro II DFL N° 1, de 2005, en la Modalidad de Libre Elección y sus posteriores modificaciones.

La necesidad de modificar los aranceles para prestaciones de Salud a personas no Beneficiarias de la ley N° 18.469 y beneficiarios de la misma que opten por la modalidad de libre elección.

Las facultades que me confiere el Art. 36 letra p) del DFL N° 1 y el Art. 23 letra p) del decreto N° 38/2005, que otorgan a los Directores de los Establecimientos Autogestión la atribución de establecer en forma autónoma un Arancel para las atenciones de personas no beneficiarias de la ley N° 18.469, resolución exenta N° 5.112 de 30/06/2021 del Hospital de La Serena, y sus modificaciones, dicto lo siguiente:

Resolución:

1. Déjese sin efecto resolución exenta N° 5.112 del 30/06/2021 y sus modificaciones.
2. Apruébese para las prestaciones que se otorguen a los no beneficiarios de la ley 18.469 y beneficiarios de la misma que opten por la modalidad Libre Elección, para el Hospital de La Serena, los siguientes aranceles:

PRESTACIONES ESPECÍFICAS ATENCIÓN ABIERTA:

CODIGO	PRESTACION	VALOR
01-01-330	Consulta Médica Integral de Urgencia.	\$35.330
01-01-300	Consulta Médica de otras Especialidades.	\$ 35.330
01-01-006	Asistencia de Cardiólogo a Cirugías No Cardiacas.	\$ 61.270
01-01-007	Atención Médica del recién nacido en sala de parto o pabellón quirúrgico c/s reanimación cardiorespiratoria.	\$ 61.270

CVE 2133098

Director Interino: Jaime Sepúlveda O.
Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: 600 712 0001 Email: consultas@diarioficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

01-01-008	Visita por Médico Tratante a paciente Hospitalizado.	\$ 38.640
01-02-001	Curación Simple Técnico en Enfermería.	\$ 15.790
01-02-002	Curación Simple por Profesional No Médico.	\$ 16.890
01-02-003	Curación Simple por Medico	\$ 17.990
01-02-006	Tratamiento inyectable (procedimiento intramuscular).	\$ 16.890
01-02-007	Limpieza Catéter.	\$ 16.000
01-02-008	Colocación Suero o Similar.	\$ 18.770
01-02-009	Tratamiento Inyectable (procedimiento intravenoso).	\$ 17.110
01-02-010	Consulta o control Profesional No Médico.	\$ 20.980

A. DERECHO PABELLÓN (VER CÓDIGO ADICIONAL EN PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS).

TIPO PABELLON	VALOR PARTICULAR
SALA DE PROCEDIMIENTOS 1	\$ 90.310
SALA DE PROCEDIMIENTOS 2	\$ 90.310
SALA DE PROCEDIMIENTOS 3	\$ 90.310
PABELLON 4	\$ 90.310
PABELLON 5	\$ 406.390
PABELLON 6	\$ 406.390
PABELLON 7	\$ 406.390
PABELLON 8	\$ 406.390
PABELLON 9	\$ 1.080.520
PABELLON 10	\$ 1.080.520
PABELLON 11	\$ 1.080.520
PABELLON 12	\$ 1.823.070
PABELLON 13	\$ 1.823.070
PABELLON 14	\$ 1.823.070

B. DERECHO PABELLÓN A PACIENTES QUE OPTEN POR M.L.E.

Los pacientes que opten por M.L.E. se cobrará con la orden de atención (bono) emitido por Fonasa más la diferencia descrita en el siguiente cuadro.

TIPO PABELLON	VALOR PARTICULAR
SALA DE PROCEDIMIENTOS 1	\$ 24.410
SALA DE PROCEDIMIENTOS 2	\$ 24.410
SALA DE PROCEDIMIENTOS 3	\$ 24.410
PABELLON 4	\$ 24.410
PABELLON 5	\$ 109.840
PABELLON 6	\$ 109.840
PABELLON 7	\$ 109.840
PABELLON 8	\$ 109.840

PABELLON 9	\$ 292.030
PABELLON 10	\$ 292.030
PABELLON 11	\$ 292.030
PABELLON 12	\$ 492.720
PABELLON 13	\$ 492.720
PABELLON 14	\$ 492.720

C. PORCENTAJE DE RECARGO AL ARANCEL FONASA M.L.E., POR GRUPO DE PRESTACIONES:

PRESTACION	VALOR
Grupo 03	M.L.E. Nivel 1 + 360%
Grupo 04	M.L.E. Nivel 1 + 360%
Grupo 05	M.L.E. Nivel 1 + 360%
Grupo 06	M.L.E. Nivel 1 + 360%
Grupo 07	M.L.E. Nivel 1 + 360%
Grupo 08	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 09	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 10	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 11	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 12	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 13	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 14	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 15	M.L.E. Nivel 1 + 360%
Grupo 16	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 17	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 18	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 19	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 20	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 21	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 22	M.L.E. Nivel 1 + 270%
Grupo 23	M.L.E. Nivel 1 + 100%
Grupo 27	M.A.I. + 360%

D. ATENCIÓN CERRADA:

CODIGO	PRESTACION	VALOR
02-02-601	Día Cama Hospitalización Pensionado C (sala 3 camas).	\$ 127.530
02-02-602	Día Cama Hospitalización Pensionado B-1 (sala 2 camas c/baño).	\$ 201.490
02-02-603	Día Cama Hospitalización Pensionado B-2 (Sala 2 camas s/baño).	\$ 161.170

02-02-604	Día Cama Hospitalización Pensionado Suite (1 cama c/baño).	\$ 338.620
02-03-001	Día Cama Hospitalización Sala Común (Servicios Clínicos).	\$ 184.740
02-01-201	Día Cama de Hospitalización Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCI).	\$ 1.320.240
02-01-203	Día Cama de Hospitalización Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI).	\$ 630.600
02-01-301	Día Cama de Hospitalización de Tratamiento Intermedio Adulto (UTI).	\$ 895.990
02-01-303	Día Cama de Hospitalización de Tratamiento Intermedio Neonatal (UTIN).	\$ 296.840
02-01-302	Día Cama de Hospitalización de Tratamiento Intermedio Pediátrica (UTIP).	\$ 295.760
02-01-403	Día Cama Hospitalización Sala Cuna.	\$ 85.990
02-02-008	Día Cama de Observación en Urgencia.	\$ 80.530
02-02-010	Día Cama de Hospitalización Aislamiento.	\$ 208.180
02-01-407	Día Cama Observación en UCMA.	\$ 79.240
02-02-012	Día Cama de Observación Sala Común (Servicios Clínicos).	\$ 80.530
02-04-012	Día Cama de Observación Pensionado C (Sala 3 camas).	\$ 81.990
02-04-013	Día Cama de Observación Pensionado B-1 (Sala 2 camas c/baño).	\$ 124.850
02-04-014	Día Cama de Observación Pensionado B-2 (Sala 2 camas s/baño).	\$ 102.020
02-04-015	Día Cama de Observación Pensionado Suite.	\$ 212.180
02-04-016	Día Cama de Observación FONASA M.L.E. Pensionado B-1	\$ 80.530
02-04-017	Día Cama de Observación FONASA M.L.E. Pensionado B-2	\$ 81.860
02-04-018	Día Cama de Observación FONASA M.L.E. Pensionado C.	\$ 63.160
02-02-501	Día Cama Acompañante (Incluye desayuno).	\$ 37.650
02-04-019	Día Cama FONASA M.L.E. Pensionado B-1 (sala 2 camas c/baño).	\$ 121.460
02-04-020	Día Cama FONASA M.L.E. Pensionado B-2 (Sala 2 camas s/baño).	\$ 104.690
02-04-021	Día cama FONASA M.L.E. Pensionado C (Sala 3 camas).	\$ 83.200

E. TRASLADOS:

	TRASLADO EN AMBULANCIA	VALOR
	AMBULACION M-1 (Incluye Tec. Paramédico).	
24-02-061	Radio Urbano.	\$ 72.460
24-02-062	Santiago – Valparaíso - Viña del Mar.	\$ 1.930.350
24-02-063	Otras localidades.	\$ 17.340 + \$ 1.430. por Km. recorrido.
	AMBULANCIA M-2 (Incluye Servicio Enfermería).	VALOR
24-02-064	Radio Urbano.	\$ 170.430
24-02-065	Santiago – Valparaíso – Viña del Mar.	\$ 2.205.110
24-02-066	Otras localidades.	Base \$ 86.950 + \$ 1.860. por Km. Recorrido.

AMBULANCIA M-3 (Incluye Enfermería y Médico).		VALOR
24-02-067	Radio Urbano.	\$ 195.930
24-02-068	Santiago – Valparaíso – Viña del Mar.	\$ 2.481.050
24-02-069	Otras localidades.	Base \$ 130.030 + \$ 1.860 por Km. Recorrido.
TRASLADOS AEREO 2021		VALOR
24-01-071	SANTIAGO – VALPARAISO.	\$ 4.762.240

F. EXCEPCIONES:

1) PRESTACIONES.

CODIGO	PRESTACIONES	VALOR
12-02-057	Retinoplastia Proliferativa.	\$ 721.420
12-02-067	Discisión de Capsula Posterior con Yag Laser.	\$ 351.290
12-02-068	Iridotomía con Laser Argón o Yag Laser.	\$ 351.290
12-02-069	Trabeculoplastía o Iridoplastía.	\$ 351.290
04-03-110	Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de Retina.	\$ 98.170
04-03-111	Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de Nervio Óptico.	\$ 68.560
12-02-060	Derecho de Pabellón VITRECTOMIA (incluye kit de insumos).	\$ 1.342.460
15-02-048	Mamoplastía Aumento Unilateral o Bilateral Ambulatoria.	\$ 605.690
15-02-049	Mamoplastía Reducción Unilateral o Bilateral.	\$ 662.830
17-03-072	Implante de desfibrilador con resincronizador VVI (incluye dispositivo)	\$ 8.181.940
17-03-073	Implante de desfibrilador con resincronizador DDD (incluye dispositivo)	\$ 10.114.670
18-01-006	Colonoscopia Larga.	\$ 101.700
18-02-081	Colecistectomía Vía Laparoscópica.	\$ 1.286.800
18-01-018	Colangiopancreatografía retrógrada0 c/s papilotomía	\$ 645.930
19-02-055	Adenoma Prostático RTU.	\$ 770.020
27-03-019	Derecho de Pabellón Cirugías Maxilofacial (Prestaciones del grupo 27 sin código adicional).	\$ 158.500
19-02-090	*Litiasis Renal (Litotripsia extra corpórea).	\$ 1.929.050

2) EXÁMENES DE LABORATORIO.

CODIGO	PRESTACIONES	VALOR
03-06-070	Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u.	\$ 23.970
03-05-005	Anticuerpos antinucleares (ANA), antimitocondriales, anti DNA (ADNA), anti músculo liso, anticentrómero, u otros, c/u.	\$ 33.060
03-01-027	Fibrinógeno, productos de degradación del (DIMERO D).	\$ 21.320
03-02-082	PKU.	\$ 63.560

3) MEDICAMENTOS E INSUMOS.

Tendrán un recargo del 150% sobre su valor total, todos los insumos y medicamentos que se utilicen para la atención de pacientes particulares o beneficiarios de Fonasa Libre Elección.

4) DERECHO A PABELLÓN.

Tendrán un recargo sobre su valor total el Derecho a Pabellón de las siguientes prestaciones:

PRESTACION	PORCENTAJE DE RECARGO
PRESTACIONES DE HEMODINAMIA	300%
PRESTACIONES DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA.	200%

5) ATENCIÓN DOMICILIARIA.

CODIGO	PRESTACIONES	VALOR
01-01-004	Visita Domiciliaria en Horario Hábil	\$ 50.160
01-01-005	Visita Domiciliaria en Horario Inhábil.	\$ 75.310

G. PRECIO PROMEDIO PONDERADO DE MEDIO DE CONTRASTE PARA TAC (TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA).

Medios de Contraste para TAC.	VALOR
	\$ 42.750

3. El valor de las prestaciones en lo que corresponda, se encuentra basado en la resolución exenta N° 48/09 del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial con fecha 7 de febrero de 2009.

4. Para los efectos de la aplicación de los aranceles fijados en la presente Resolución se distinguirá entre prestaciones otorgadas en horario hábil y fuera de él. Se entiende por horario hábil el comprendido entre las 08:00 hrs. y 20:00 hrs., de lunes a viernes de días no festivos y entre las 08:00 hrs. y las 13:00 hrs. de días sábado no festivos. Para las prestaciones Códigos 20-04-003, 20-04-010, 20-04-011 y 20-04-013 el horario hábil de lunes a viernes de días no festivos, será el comprendido entre las 08:00 hrs. y 22:00 hrs.

Tendrán un recargo de 50% las prestaciones que, de acuerdo a calificación médica deban efectuarse de inmediato fuera de horario hábil con excepción de las prestaciones tipificadas en la letra b de la resolución exenta N° 48 del 30 de enero de 2009.

Para aplicar el recargo señalado en el inciso anterior, será necesario que las prestaciones se inicien fuera del horario hábil, sin perjuicio de que el término de ellas se produzca dentro del horario hábil. Sin embargo, en la atención de parto normal, se considerará como referencia la hora de nacimiento.

5. Déjase establecido que los derechos de pabellón quirófono o sala de procedimiento estará determinado por el Código Adicional de la prestación respectiva cuyos valores se encuentran indicados en esta resolución.

Anótese, comuníquese.- Celia Moreno Chamorro, Director Hospital La Serena.
Transcrito fielmente, Marcela Guines Molina, Ministra de Fe.