

Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo en Salud - Ley Ricarte Soto

¿Qué hace la ley?

Crea un Sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo como las enfermedades oncológicas, inmunológicas y las raras o poco frecuentes. Este sistema pasa a formar parte del régimen general de garantías en salud.

¿Quiénes son los favorecidos?

Todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile que enfrenten diagnósticos y patologías que impacten de manera catastrófica en el gasto familiar y que estén consideradas en el protocolo reséctivo del Ministerio de Salud. El sistema protegerá a los pacientes de Fonasa y a los de las isapres, Capredena, etc. El encargado de asegurar las coberturas es Fonasa.

¿Qué prestaciones quedan fuera?

Aquellas cubiertas por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y las cubiertas por el seguro automotor obligatorio y las consideradas en la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), otorgada por algunas isapres.

¿Qué deben hacer quienes estén en isapres?

Para acceder a las garantías, deberán solicitar primero la cobertura adicional de enfermedades catastróficas contemplada en los contratos de salud previsual cuando fuere procedente.

El otorgamiento de las prestaciones y la protección financiera del Sistema serán constitutivos de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

¿Qué se entiende por Diagnósticos de alto costo?

Son todas las prestaciones útiles para la confirmación y posterior control y tratamiento de la patología, cuando impactan catastrófica en el gasto del beneficiario.

¿Qué se entiende por tratamiento de alto costo?

Son los medicamentos, alimentos o elementos de uso médico asociados a enfermedades o condiciones de salud y las prestaciones indispensables para su confirmación diagnóstica y seguimiento, que por su costo impiden el acceso a éstos o accediendo, impactan catastrófica en el gasto de los beneficiarios.

¿Qué es el Sistema de Protección Financiera?

La Protección financiera significa el pago del valor total de las prestaciones de diagnósticos y tratamientos de alto costo.

¿Cómo se define la red de prestadores?

La red de prestadores está compuesta por las entidades acreditadas en la Superintendencia de Salud (en las mismas condiciones que establece el sistema AUGE o GES) y aprobadas por el Ministerio de Salud para el otorgamiento de las coberturas de alto costo. Pueden ser hospitales, clínicas o centros de salud (sean estos públicos o privados).

¿Qué pasa si el paciente requiere hospitalización inmediata?

El paciente podrá ser atendido en un establecimiento que no figure entre la red de prestadores si su estado de salud implica una urgencia vital o una secuela funcional grave y requiera hospitalización inmediata e impostergable. Tendrá derecho a las prestaciones hasta que se encuentre en condiciones de ser trasladado a alguno de los prestadores aprobados por el Ministerio de Salud.

Los costos le serán reembolsados por el Fondo Nacional de Salud, con cargo al Fondo de Tratamientos de Alto Costo.

En caso de discrepancias, pueden recurrir Fonasa, los prestadores o los pacientes ante la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.

¿Quién determina cuáles son los tratamientos de alto costo?

Un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministerio de Hacienda, determina cuales son los tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera.

Las 11 patologías consideradas son:

- Mucopolisacaridosis Tipo I (tratamiento con Laronidasa)
- Mucopolisacaridosis Tipo II (tratamiento con Idursulfasa)
- Mucopolisacaridosis Tipo VI (tratamiento con Galsulfasa)
- Tirosinemia Tipo I (tratamiento con Nitisinona)
- Artritis Reumatoide Refractaria a Tratamiento habitual (tratamiento con Abatacept o Rituximab)
- Esclerosis Múltiple Refractaria a Tratamiento Habitual (tratamiento con Fingolimod o Natalizumab)
- Enfermedad de Gaucher (tratamiento con Taliglucerasa o Imiglucerasa)
- Enfermedad de Fabry (tratamiento con Agalsidasa)
- Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I (tratamiento con Iloprost inhalatorio)
- Virus Respiratorio Sincicial en recién nacidos prematuros con displasia broncopulmonar (tratamiento con Palivizumab)
- Cáncer de Mamas que sobreexpresen el gen HER2 (tratamiento con Trastuzumab)

¿Cómo se determina ese umbral o límite de costos?

Los Ministerios de Salud y de Hacienda, cada tres años mediante decreto supremo, fijarán el umbral nacional de costo anual. Si el tratamiento excede el 40 por ciento de los ingresos familiares promedio, descontando los gastos básicos de subsistencia, tendrá cobertura.

Un reglamento del Ministerio de Salud regulará el proceso para establecer el umbral. Los fundamentos para determinarlo serán públicos.

¿Qué es la Comisión de Recomendación Priorizada?

Es una entidad que será creada por resolución del Ministerio de Salud. Estará conformada por 12 miembros de reconocida idoneidad en los campos de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y expertos en fármacos, elementos de uso médico y alimentos. Serán designados por el Ministro de Salud, previa convocatoria pública. Dentro de esta Comisión, la sociedad civil participará a través de dos representantes de las agrupaciones de pacientes registradas. La Comisión será presidida por el Subsecretario de Salud Pública.

La comisión tiene la misión de recomendar qué tratamientos se incorporan.

¿Quién toma la decisión de qué tratamientos se incorporan al sistema?

Los Ministerios de Salud y de Hacienda deben dictar un decreto supremo en el que se explicarán las razones para que ciertos diagnósticos y tratamientos sean cubiertos por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

¿Los diagnósticos y tratamientos con protección financiera son permanentes?

Los diagnósticos y tratamientos de alto costo con protección financiera tendrán una vigencia de tres años. Se entenderán prorrogados por otros tres años, y así sucesivamente, si no se determina lo contrario.

El Presidente o Presidenta de la República podrá disponer, por decreto fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo.

¿Qué pasa si un tratamiento se incorpora al Auge?

En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE) pasará a regirse por esta normativa.

¿Cómo se incorporan los prestadores a la red?

A través de decreto del Ministerio de Salud, se definirá la red que otorgará las prestaciones. Los prestadores deberán suscribir, previamente, un convenio con el Fondo Nacional de Salud.

¿Qué se puede hacer si hay incumplimientos de los prestadores?

El afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud.

¿Qué sanciones se pueden aplicar al prestador que no cumple?

La Superintendencia de Salud podrá aplicar amonestación o multa de diez a mil unidades tributarias mensuales. Si es un establecimiento público, podrá además pedir que se haga un sumario y enviar los antecedentes a Fonasa.

¿Qué es el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo?

Es un fondo monetario destinado al financiamiento total o parcial de diagnósticos y tratamientos de alto costo con Sistema de Protección Financiera. Se financiará con aportes fiscales, donaciones y herencias, cooperación internacional y rentabilidad que genere la inversión de los recursos del propio fondo.

¿Cómo se implementa la ley?

Dentro de los noventa días posteriores a la publicación de la ley, el Ministerio de Hacienda debe establecer los mecanismos, procedimientos y demás normas necesarias para la aplicación de los recursos y rendición de cuentas del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

¿Qué es la Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control?

Es una comisión que tendrá como función asesorar a los ministros de Salud y de Hacienda. Deberá monitorear el funcionamiento del Sistema y hacer recomendaciones. Los miembros de la Comisión serán designados por decreto supremo del Ministro de Salud y durarán cuatro años en sus funciones. Estará integrada por cuatro representantes de asociaciones de pacientes; dos representantes de asociaciones científicas; dos académicos de facultades de medicina de alguna institución de educación superior acreditada, y cuatro expertos del área de la salud designados por el Ministro de Salud, uno de los cuales asumirá la secretaría ejecutiva.