

Navegando en los sistemas de salud

Perspectiva Sector Salud Publico



Ruben Gennero Riganti
Director Hospital La Florida
21.04.2018

Qué
hacer?

Elementos de un Sistema de Salud

-Rectoría



-Financiamiento



-Prestador



-Fiscalización

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

-Pacientes



Navegando

Cámara de Diputados aprueba plan AUGE

Las intensas jornadas de ayer, donde el Gobierno jugó sus últimas cartas para lograr el consenso entre sus propios parlamentarios, dieron hoy sus frutos cuando 104 diputados se mostraron a favor del proyecto.

El Mercurio en Internet

Martes, 10 de Agosto de 2004, 14:35

0 0 Me gusta 0

Emol
 Me gusta

A 315.605 personas les gusta Emol.



Plug-in social de Facebook

SANTIAGO.- Como un importante triunfo puede celebrar la Administración del Presidente Ricardo Lagos la aprobación del resistido plan AUGE. Con sólo un voto en contra y una abstención, la Cámara de Diputados dio el sí



NOTICIAS MÁS VISTAS

1. EE.UU. envía un destructor cerca de las costas de Corea del Norte
2. Barcelona sin Sánchez y con Vilanova choca con el PSG por la Champions
3. Beto Cuevas es víctima de las burlas del yucateco de la banda mexicana 766

Objetivos: Mejor salud y mas años libres de enfermedad, reducir desigualdades y mejorar salud de los mas desfavorecidos.

Año 2000: Comisión de Estudio de la Reforma

Año 2002: Cinco Proyectos Legislativos (Base Jurídica de la Reforma):

- 1)Derechos y Deberes de los Pacientes
- 2)Financiamiento
- 3)Autoridad Sanitaria y Gestión
- 4)Ley de Isapres
- 5)Régimen de Garantías en Salud

REPUBLICA DE CHILE
Ministerio de Salud

**ESTABLECE UN RÉGIMEN DE
GARANTÍAS EN SALUD.**

L E Y N° 19.966

Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Artículo 2º.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Qué se entiende por las Garantías ...

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el artículo 2°, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

b) Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11

Garantía de Oportunidad y Listas de Espera

de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

Protección Financiera

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

Elaboración Propuesta de Garantías

Desarrollo de Estudios para determinar listado de prioridades en salud

Estudios Epidemiológicos

Evaluación de carga de enfermedad

Revisiones Sistemáticas sobre efectividad de intervención

Evaluaciones Económicas

Demanda Potencial y capacidad oferta sistema salud chileno.

Confección Listado de Condiciones de Salud y Prestaciones

Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario

Resultados son evaluados por Salud y Hacienda y someterán la propuesta a consideración de Consejo Consultivo.

Conformación Consejo Consultivo GES

Consejo será convocado por Ministro cada vez que este interprete que deba ser convocado

Compuesto por nueve miembros de idoneidad en campos de salud pública, economía, medicina, bioética y otros

01 Representante Academia de Medicina

02 Representantes Facultades de Medicina

02 Representantes Facultades de Economía y Administración

01 Representante Facultades de Química y Farmacia

03 Miembros designados por el Presidente de la República

Tres años, una renovación

Un Secretario Ejecutivo

PIÑERA OFICIALIZÓ INGRESO DE 11 NUEVAS PATOLOGÍAS

Auge cubre 60% de enfermedades de los chilenos

Más de nueve millones de compatriotas se beneficiarán con el ingreso de las nuevas patologías, que suman un total de 80.

Tal como se anunció el 4 de febrero pasado, el Presidente Sebastián Piñera, junto al ministro de

Salud, Jaime Mañalich, oficializaron en la jornada de ayer las 11 nuevas patologías que se incorporarán desde el 1 de ju-

lio al Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Auge).

"Las nuevas patologías Auge tendrán garantías de acceso, financiamiento, calidad de tratamiento y será de forma oportuna, para las cerca de nueve millones de personas que podrán acceder", afirmó el Mandatario en la ceremonia que encabezó en el Instituto Nacional del Tórax.

Con el ingreso de estas 11 enfermedades, el sistema Auge cubre el 60 por ciento del

Los costos por beneficiario

La incorporación de las 11 nuevas enfermedades implica un costo promedio anual por beneficiario de \$24.842, es decir, \$7.070 mensuales. En el caso de los usuarios de Fonasa, esto es cubierto por el seguro público, mientras que en el sistema privado, los afiliados pagan una prima mensual. El Auge es un plan de salud universal para todos los afiliados de Fonasa e isapres que garantiza acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad en los procesos.



ARCHIVO GRUPO COPESA

LAS 11 NUEVAS

- Lupus eritematoso sistémico
- Bipolaridad
- Osteosarcoma
- Hipotiroidismo
- Hipoacusia moderada
- Tratamiento válvula aórtica
- Tratamiento válvulas mitral y tricúspide
- Tratamiento de helicobacter pylori
- Cáncer colorectal
- Cáncer de ovario
- Cáncer de vejiga

Beneficios. Los pacientes podrán acceder a tratamientos, consultas médicas y entrega de remedios, entre otras garantías.

total de las patologías más comunes entre los chilenos.

Por su parte, el ministro de Salud, Jaime Mañalich, señaló que "lo que debemos es la culminación de un proceso y quiero agradecer a todos los que han trabajado arduamente en concebir y llevar adelante este nuevo decreto de garantías Auge, que moderniza 56 de las 69 enfermedades ya existentes y agrega otras 11, representadas en las personas que recién han subido al podio".

Diabetes mellitus tipo II



BENEFICIARIOS/AS

PERSONAS DE CUALQUIER EDAD QUE TENGAN NIVELES ELEVADOS DE GLUCOSA EN LA SANGRE, EN FORMA PERSISTENTE.

TIPO DE INTERVENCIÓN SANITARIA GARANTIZADA



DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA

DIAGNÓSTICO:

- Dentro de 45 días desde la primera consulta con glicemia elevada.

TRATAMIENTO:

- Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.
- Atención por especialista dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica.

PROTECCIÓN FINANCIERA Copago a cancelar por arancel GES (*)

FONASA A y B	0%
FONASA C	10%
FONASA D	20%
ISAPRES	20%

(*) Todas las personas beneficiarias del Fonasa de 60 años o más tienen atención gratuita.

PRINCIPALES PRESTACIONES GARANTIZADAS

Consulta de especialistas, Exámenes, Medicamentos, Medidor de glicemia y Curación de la herida-pie diabético.

Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más



BENEFICIARIOS/AS

TODA PERSONA DE 15 AÑOS Y MÁS QUE TENGA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y CONSTANTE

TIPO DE INTERVENCIÓN SANITARIA GARANTIZADA



DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA

DIAGNÓSTICO:

- Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde la primera consulta con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.

TRATAMIENTO:

- Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.
- Atención con especialista: dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica.

PROTECCIÓN FINANCIERA Copago a cancelar por arancel GES (*)

FONASA A y B	0%
FONASA C	10%
FONASA D	20%
ISAPRES	20%

(*) Todas las personas beneficiarias del Fonasa de 60 años o más tienen atención gratuita.

PRINCIPALES PRESTACIONES GARANTIZADAS

Consulta médica, Exámenes y Medicamentos.

Cáncer de mama en personas de 15 años y más



BENEFICIARIOS/AS

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON SOSPECHA, DIAGNÓSTICO O RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA.

TIPO DE INTERVENCIÓN SANITARIA GARANTIZADA



DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA

DIAGNÓSTICO: Atención de especialista en 30 días desde la sospecha por mamografía o en caso de evidencia clínica de cáncer.

Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

TRATAMIENTO: Primario, dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamientos adyuvantes, dentro de 20 días desde la indicación médica.

SEGUIMIENTO: Primer control dentro de 90 días de terminado el tratamiento.

PROTECCIÓN FINANCIERA Copago a cancelar por arancel GES (*)

FONASA A y B 0%

FONASA C 10%

FONASA D 20%

ISAPRES 20%

(*) Todas las personas beneficiarias del Fonasa de 60 años o más tienen atención gratuita.

PRINCIPALES PRESTACIONES GARANTIZADAS

Consulta de especialidades, Hospitalización, Cirugía, Reconstrucción mamaria, Prótesis, Terapia psicológica, Radioterapia y Quimioterapia.

Prestaciones Especificas

7. DIABETES MELLITUS TIPO 2

74

7.1. DIAGNÓSTICO

7.1.1. Confirmación Paciente con DM 2

Código	Glosa	Observaciones
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera y nutricionista
0302047	Glucosa	
0302048	Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO), (dos determinaciones) (no incluye la glucosa que se administra) (incluye el valor de las dos tomas de muestras)	
	Glucosa	Líquido

7.1.2. Evaluación Inicial Paciente con DM 2

Código	Glosa	Observaciones
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología	Oftalmólogo
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera y/o nutricionista

Prestaciones Especificas

7.2. TRATAMIENTO

7.2.1. Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 2

Código	Glosa	Observaciones
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera y/o nutricionista
0103001	Educación de grupo por médico	

Listado Especifico de Prestaciones – Anexo Decreto AUGE

0103002	Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera y/o nutricionista
0301041	Hemoglobina glicosilada	
	Ácido acetilsalisílico	
	Antagonista del receptor angiotensina II	Losartán
	Estatinas	Atorvastatina, Lovastatina, Pravastatina
0302026	Creatinquinasa CK - total	
0302076	Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)	

Prestaciones Especificas

	Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina	
	Insulina humana isofana (NPH)	
	Jeringas	
	Monofilamento	
	Lancetas desechables	Autocontrol
	Cintas reactivas	Autocontrol
	Lancetas desechables	control para uso de los profesionales
	Cintas reactivas	control para uso de los profesionales
	Metformina	
	Sulfonilureas	Tolbutamida; Glibenclamida

7.2.2. Tratamiento a partir del 2º año Pacientes con DM tipo 2

Código	Glosa	Observaciones
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología	Consulta oftalmólogo
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera y nutricionista
0103002	Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista	
0301041	Hemoglobina glicosilada A1c	

Medicamentos

Paciente ---- Diagnostico GES (Fonasa vs Isapre)
Red de Prestadores GES (Publico y Privado)

AUGE/GES

Conoce la excelente red
AUGE/GES



PROBLEMA DE SALUD	REGIÓN	CIUDAD	PRESTADOR
	TODAS	TODAS	SALCOBRAND
	RM	SANTIAGO	INTEGRAMEDICA
	RM	MELIPILLA	CLÍNICA MAITENES
	15	ARICA	ANDREA LARRAZABAL MIRANDA
	15	ARICA	LABORATORIO CLÍNICO DIAGNOTEST
	15	ARICA	CENTRO MEDICO NUMEDIN
	15	ARICA	MEGASALUD
	1	IQUIQUE	ROBERTO MELLA SALAS
	1	IQUIQUE	MEGASALUD
	1	IQUIQUE	LABORATORIO HERMAC: SOLO EXAMENES
	1	IQUIQUE	SOCIEDAD DE INVERSIONES NORTE GRANDE (ECG)
	1	IQUIQUE	RESCARD
	1	IQUIQUE	ORLANDO TORRES SOTO (OFTALMOLOGO)
	1	IQUIQUE	NILO CARVAJAL GONZALEZ
	2	ANTOFAGASTA	CENTRO MEDICO BAQUEDANO
	2	ANTOFAGASTA	CLINLAB: SÓLO EXAMENES
	2	CALAMA	MEGASALUD
	3	COPIAPÓ	DR. AMUDIO
	3	COPIAPÓ	LILIANA ALIAGA (NUTRICIONISTA)
	3	COPIAPÓ	LABORATORIO ARAUCO SALUD (EXAMENES)
	3	COPIAPÓ	INV Y ANALISIS CLINICO (ECG)

Fondo Auxilio Extraordinario



Ministerio de
Salud

FONDO AUXILIO EXTRAORDINARIO

La administración del Fondo de Auxilios Extraordinarios radica en el Gabinete de la máxima autoridad Ministerial, a través de este fondo es posible otorgar aportes en el financiamiento de prestaciones complejas.

Este beneficio extraordinario podría tener un carácter preferentemente parcial en relación al costo de la prestación y su financiamiento total, podría generarse con aportes de la persona, su familia, la comunidad de origen, el gobierno local, provincial, regional, central y la entidad patrocinadora de la solicitud entre otros.

Se hace necesario que cada establecimiento y Dirección de Servicio, evalúen y analicen previamente los requerimientos, enviando los casos de acuerdo a los criterios señalados en el presente documento, priorizando a su vez en su nivel, la demanda montos solicitados, buscando otras fuentes de financiamiento.

Criterios de asignación y exclusión del fondo

Requisitos básicos

- ✓ Sólo Usuarios Fonasa.
- ✓ Indicación de tratamiento bajo Modalidad Institucional.
- ✓ Solicitudes con documentación completa.
- ✓ La solicitud debe especificar el monto exacto solicitado.
- ✓ Se pueden solicitar ayudas técnicas, exámenes o procedimientos, insumos y medicamentos.
- ✓ Solicitudes que superen los \$500.000, deberán incluir gestiones en la red social del gobierno, especificando institución, monto solicitado y persona de contacto para realizar coordinaciones en caso que sea necesario.

Criterios de Exclusión

- ✓ Tratamientos de usuarios FONASA bajo la modalidad libre elección.
- ✓ Tratamientos permanentes, alimentación especial (superior a 6 meses).
- ✓ Todo lo cubierto por GES.
- ✓ Aquellas financiadas por programas FONASA
- ✓ Solicitudes cuyo monto es inferior a \$ 100.000.
- ✓ Solicitudes de exámenes que pueden ser financiados en el extra-sistema, a través de compra de servicios.
- ✓ Financiamiento retroactivo.

Antecedentes a presentar

I. Antecedentes Clínicos

- Informe Médico: Resumen de la historia clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento efectuado o a efectuarse. Considerar la justificación del tratamiento avalado por un protocolo conocido. En caso de requerir un tratamiento que no esté estandarizado por protocolo, deberá ser justificado por el médico tratante y el Jefe del Servicio de la especialidad requerida.
- Receta: Proporciona el detalle del tratamiento solicitado, permite verificar junto a la cotización y realizar cálculo del aporte que realizará el fondo.

II. Antecedentes Sociales

- Informe Social: emitido por una o un Asistente Social¹ da fe de la condición social del paciente y justifica el requerimiento en lo médico, social y económico.
- Identificación de red de apoyo gestionada: desde el nivel local provincial, regional y nacional (familia, comunidad, municipalidad, Gobernación, Intendencia, Ministerio del Interior entre otras), esto debe ser informado en formulario adjunto.

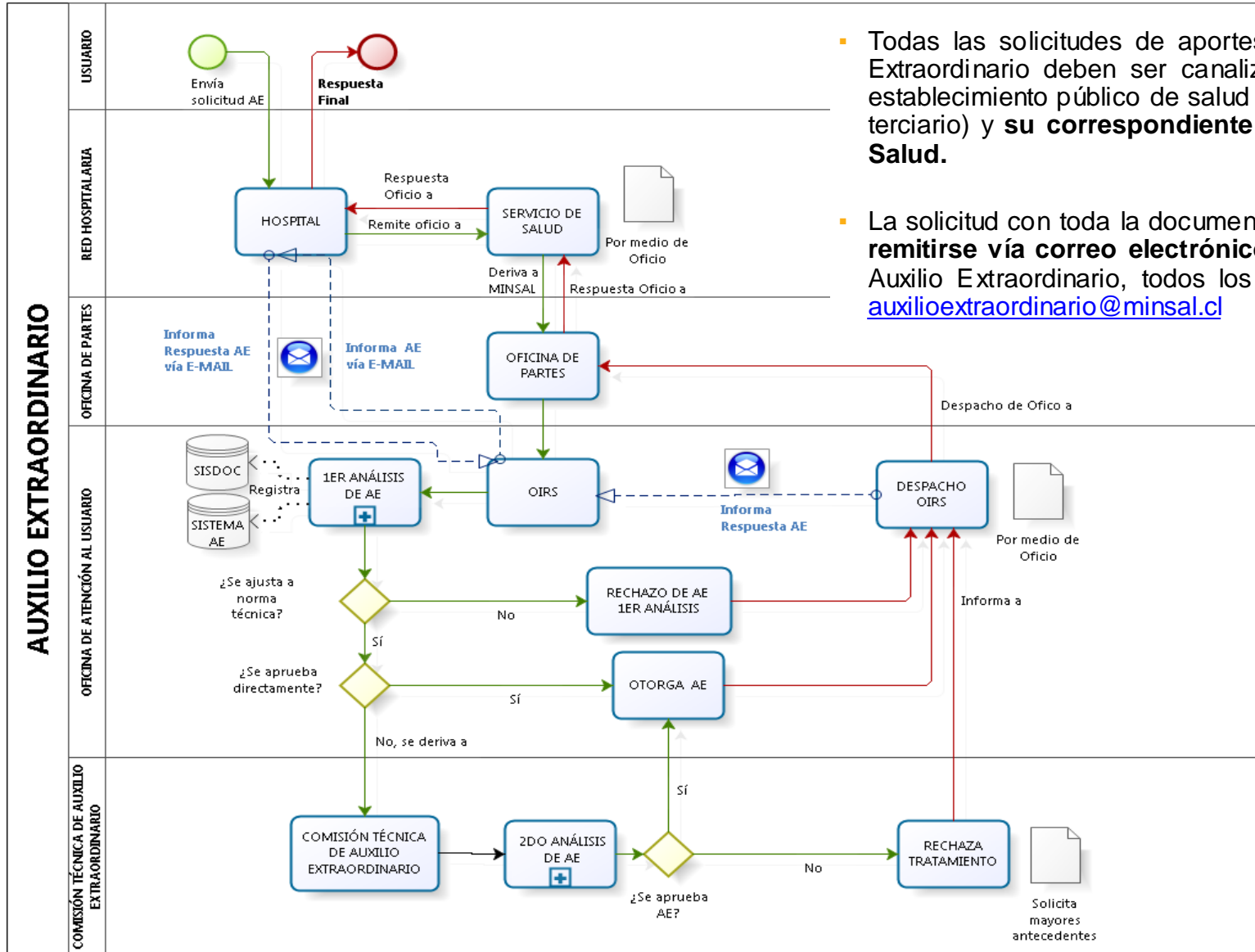
III. Otros antecedentes Obligatorios

- Cotización

IV. Antecedentes Administrativos

- Ordinario conductor: La Dirección del establecimiento envía la postulación mediante ordinario conductor al Director(a) del Servicio de Salud. La Dirección del Servicio de Salud supervisa los antecedentes y posteriormente dirige la solicitud de Auxilio Extraordinario al Señor Ministro de Salud mediante ordinario.

Proceso de evaluación de la solicitud



- Todas las solicitudes de aportes al Fondo de Auxilio Extraordinario deben ser canalizadas a través de un establecimiento público de salud (de nivel secundario y terciario) y **su correspondiente copia al Servicio de Salud**.
- La solicitud con toda la documentación requerida podrá **remitirse vía correo electrónico** a la Unidad OIRS y Auxilio Extraordinario, todos los días lunes, al correo auxilioextraordinario@minsal.cl

Requerimientos para tratamientos de cáncer

I. Requisitos

- Se aportará financiamiento sólo de aquellos tratamientos que se encuentren en protocolos y/o guías clínicas definidas por el Ministerio de Salud.
- Toda solicitud deberá adjuntar la opinión competente del Comité Oncológico del Servicio de Salud respectivo.
- Para aquellas solicitudes en que no exista protocolo, deberá adjuntar evidencia científica que permita analizar la solicitud técnicamente.

II. Antecedentes Clínicos

- A los antecedentes solicitados se debe agregar el formulario **INFORME MÉDICO PACIENTES CON CÁNCER PARA SOLICITUD DE AUXILIOS EXTRAORDINARIOS.**

Sector Publico - Auxilios Extraordinarios

Antecedentes a Presentar

PROTOCOLO AUXILIO EXTRAORDINARIO

INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS EXTRAORDINARIOS

I. Antecedentes Personales

Nombres		Apellidos	
Fecha del informe	Rut	Edad	

II. Descripción médica

Enfermedad del sistema... (especialidad)
Diagnóstico
Tratamiento
Evolución del cuadro
Pronóstico de recuperación

III. Justificación de la intervención, tratamiento o procedimiento que se solicita financiar²

--

NOMBRE MÉDICO TRATANTE :

RUT :

FIRMA Y TIMBRE:

Terapias no convencionales, excepcionales, experimentales, etc. se requiere que sean justificadas por la opinión escrita del médico tratante y del Jefe de Servicio de la especialidad. Es necesario consignar el pronóstico y el beneficio aportado por el procedimiento alternativo.

PROTOCOLO AUXILIO EXTRAORDINARIO

INFORME MÉDICO PACIENTES CON CANCER PARA SOLICITUD DE AUXILIOS EXTRAORDINARIOS

I. Antecedentes Personales/demográficos

Nombres		Apellidos	
Fecha del informe	Rut	Edad	
Comuna de residencia	Años de estudio	Tramo previsual	

II. Descripción médica

Fecha de inicio de la enfermedad	Diagnóstico inicial
Estadio o etapa	Resultado de biopsia escaneado
Cronología de tratamientos efectuados y sus respuestas:	
Diagnóstico actual	Etapa actual
Dependiendo del tipo de cáncer o localización del mismo se requerirán otros resultados escaneados del original	
Tratamiento solicitado: denominación farmacéutica común, presentación, dosis	
Evolución del cuadro con el tratamiento solicitado	
Pronóstico de recuperación, si el tratamiento es paliativo debe adjuntar fotocopia del consentimiento informado.	

III. Justificación de la intervención, tratamiento o procedimiento que se solicita financiar³

--

NOMBRE MÉDICO TRATANTE :

RUT :

FIRMA Y TIMBRE:

Terapias no convencionales, excepcionales, experimentales, etc. se requiere que sean justificadas por la opinión escrita del médico tratante y del Jefe de Servicio de la especialidad. Es necesario consignar el pronóstico y el beneficio aportado por el procedimiento alternativo.

Sector Publico - Auxilios Extraordinarios

Antecedentes a Presentar

PROTOCOLO AUXILIO EXTRAORDINARIO



INFORME SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo			
Cédula de Identidad		Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Comuna			
Teléfonos (al menos 2)			
Correo electrónico			
Puntaje FPS		Ingreso mensual	
Estado Civil		Escolaridad	
Actividad			
Previsión de salud			

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (quienes comparten presupuesto de alimentación)

Nombre	A. paterno	A. materno	Rut	Edad	Estado Civil	Parentesco	Actividad	Ingresos

Total Ingresos mensuales Familiares \$	
Ingreso mensual Per Cápita \$	

III. SITUACIÓN ECONÓMICA (Descripción de la situación económica, detallando los egresos permanentes del grupo familiar, incluir endeudamiento y motivo de la deuda)

IV. SITUACIÓN SOCIAL (Descripción la situación social de la familia, considerando las situaciones de vulnerabilidad familiar, por ejemplo presencia de: Alcoholismo, drogadicción, discapacidad, adulto mayor sola, trastorno de salud mental, paciente con alta dependencia, VIF, etc.)

PROTOCOLO AUXILIO EXTRAORDINARIO

V. SITUACIÓN DE SALUD (Descripción de la situación de salud del solicitante y su grupo familiar)

VI. SITUACIÓN HABITACIONAL (Descripción del tipo de vivienda, la tenencia, saneamiento, tipo de construcción, equipamiento, hacinamiento, estado de conservación, estado servicios básicos)

VII. PETICIÓN (explicitar producto solicitado, monto total y monto requerido, otros aportes solicitados y comprometidos, además de aporte familiar; evidenciar claramente cómo se financiará la diferencia del monto solicitado; manifestar nombre y rut del proveedor)

VIII. SÍNTESIS Y OPINIÓN PROFESIONAL (Síntesis de la situación de vulnerabilidad, focalizada en el aporte requerido, de manera simple, contundente y autosuficiente, justificando la pertinencia de la ayuda)

Firma y Timbre Asistente Social

Nombre Asistente Social	
Cargo	
Servicio o Institución	
Teléfono	
Correo Electrónico	
Fecha Elaboración Informe	

Sector Publico - Auxilios Extraordinarios

Antecedentes a Presentar

PROTOCOLO AUXILIO EXTRAORDINARIO

INFORME DE LA RED DE APOYO

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nombre de la Fuente de apoyo	Nombre Contacto	Teléfono	Monto solicitado \$
Ministerio del Interior			
Intendencia			
Gobernación Provincial			
FONADIS			
Servicio de Salud			
Aportes familiares			
Municipalidad			
Otros Cual? 1			
Otros 2 Cual?			
Total		\$	

Nombre Asistente Social
Firma
Fecha

A considerar:

Receta Médica

- ✓ Indicar tratamiento total

Llenado de planillas

- ✓ Incluir el total de recursos que serán aportados
- ✓ Aporte solicitado al MINSAL ojalá no sea por el total del tratamiento

Documentos adjuntos

- ✓ Informe médico
- ✓ Si no hay guías chilenas hay posibilidad de incluir internacionales

Cotización tratamiento

- ✓ Incluir precio con IVA

Ley 20.850 Ricarte Soto

Law 20.850 (a.k.a Ricarte Soto)



- Signed in July 2015, Law 20.850 was the result of an effort conducted by patient's associations led by a TV anchorman (Ricarte Soto) who was suffering from Lung Cancer. He passed away before the law was signed.
- Despite the fact he was a man with resources, he highlighted the fact of the lack of access in terms of high cost treatments and how families were exposed to bankruptcy (or not availability of treatment at all), particularly most vulnerable ones



- Objective is to ensure access to high cost treatments with equity, efficiency and solidarity
- The funding comes from National Treasury (General Taxes) and patients from either the public or private segment are eligible. The fund is limited
- Last October the first decree (first 11 treatments included) was announced.
- The mechanism of inclusion of treatments in this fund is well described in the Law and consist in a mix of clinical evidence and cost effectiveness. Health Economics arguments would be considered and transparency will be important.
- However, the 1st Decree and the current 2nd Decree (announcement expected July 2016) have been driven by economic considerations and lack of consistency in terms of the mechanism of selection.
- On the other hand, implementation has been heavily questioned by Doctors, Patients and manufacturers

No Escrito ...

Gracias