



Nuevo trámite para acceder a servicios “No POS” y eliminación de los Comités Técnico Científicos

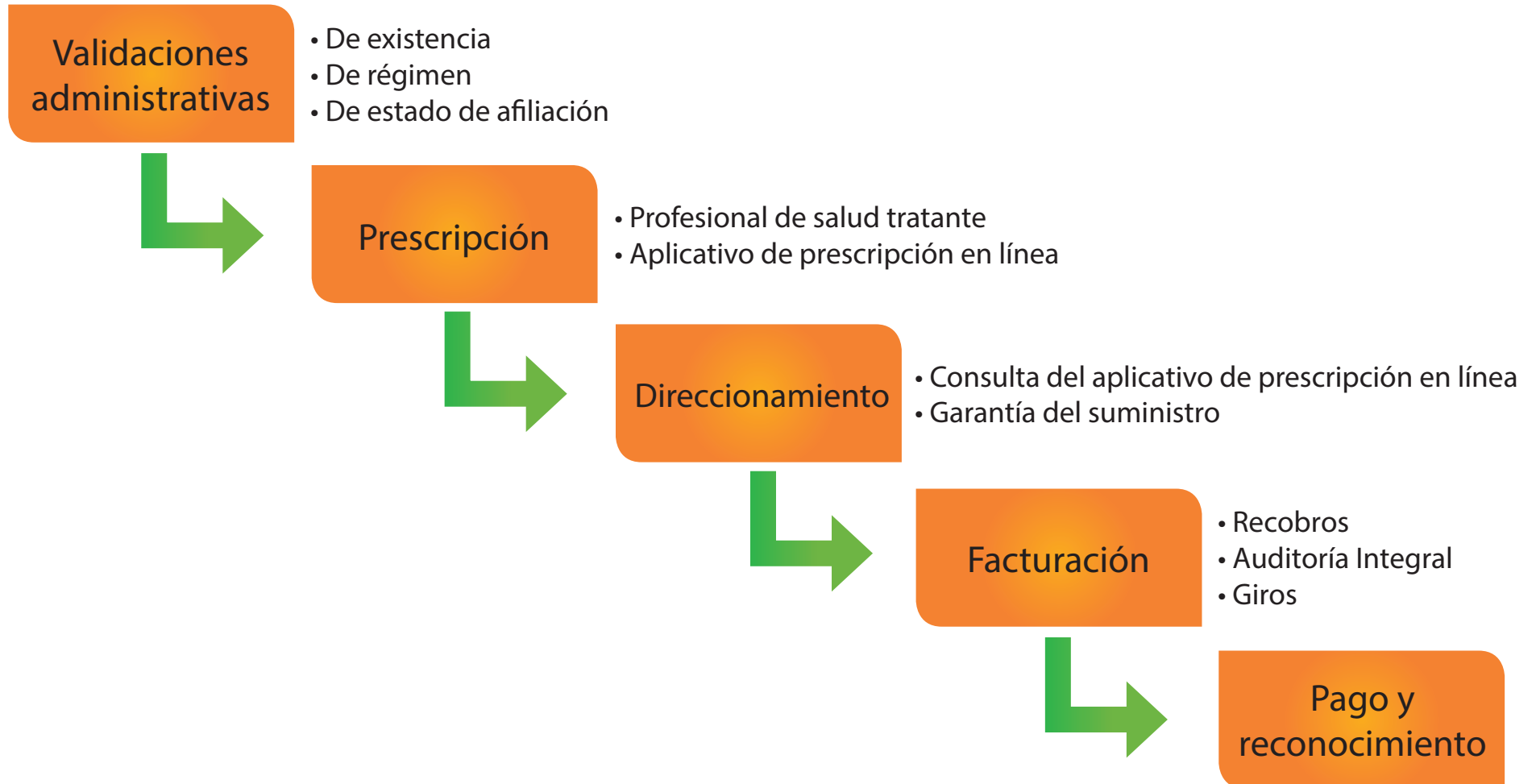
El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución número 1328 de 2016 la cual tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso a servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, así como fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA.

Una de las principales problemáticas que ha afectado el sistema de salud en Colombia, radica en que muchas veces los médicos formulan medicamentos o servicios de salud que no están cubiertos por el plan de beneficios (antes conocido como POS) en virtud de lo cual los pacientes, si no tienen los recursos para pagarlos, tienen que pasar por la revisión de su caso por parte de los Comités Técnico Científicos e incluso acudir a medios judiciales como la Acción de Tutela para que les fueran autorizados.

Frente a esta situación, y con base en la Ley 1751 de 2015 que consagró el acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental en Colombia, el Gobierno Nacional expidió la Resolución 1328 de 2016, a través de la cual dictamina los procedimientos para acceder y reportar las prescripciones de servicios y tecnologías en salud no

cubiertas en el Plan de Beneficios eliminando los Comités Técnico Científicos - CTC a partir del 1 de junio de este año, los cuales serán reemplazados por un sistema de información en línea.







Según la Resolución, que fue expedida el pasado 15 de abril, el profesional de la salud será el encargado de la prescripción de servicios y tecnologías que no se encuentren contempladas en el Plan de Beneficios, el cual, debe estar inscrito en el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS) y habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Para estos efectos, el médico tratante para realizar la prescripción de medicamentos o servicios debe tener en cuenta aspectos como que los mismos sean medicamentos o tecnologías aprobadas por el INVIMA o avaladas por evidencias científicas,

que no sean servicios, medicamentos o tecnologías suntuosas o cosméticas, que se hayan agotado todos los recursos y se haya hecho uso de todas las herramientas dentro del Plan de Beneficios en Salud para manejar la enfermedad.

Así las cosas, si el médico tratante considera que se debe prescribir algún procedimiento o medicamento que no cumpla con los requisitos expuestos, debe consultar el caso con una junta de profesionales de la salud integrada por 3 médicos inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud quienes tomarán la decisión.





Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deberán consultar el aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para garantizar a los afiliados el suministro efectivo de las que hayan sido prescritas por el profesional de la salud tratante, sin que se requiera algún otro trámite, informando oportunamente al paciente la fecha, dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado.

Para estos efectos, la Resolución 1328 dispone que en caso de urgencia, riesgo inminente o atención a víctimas, las entidades encargadas tendrán un máximo de 24 horas para suministrar lo solicitado, en caso de ser un servicio ambulatorio priorizado contarán con 1 día y para todos los demás servicios ambulatorios tendrán un máximo de 5 días.

De esta forma, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se prescriban a partir del 1 de junio de 2016 se realizarán mediante el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud.

Conclusión

La Resolución 1328 del 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, tiene como principal objetivo simplificar los trámites para los pacientes que requieren medicamentos o procedimientos no incluidos en el plan de beneficios de salud, fortalece la autonomía de los médicos en la adopción de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, rediseñando además del sistema de verificación, control y pago de los recobros entre las entidades que hace parte del Sistema de Seguridad Social en Salud.

En ese sentido, la regulación avanza en aras de lograr la materialización efectiva del derecho al acceso a servicios de salud de calidad facilitando a los pacientes acceder a tratamientos o medicamentos que podrían salvar o mejorar la calidad de vida, devolviendo a los médicos la capacidad de brindar el tratamiento que considere adecuado para cada caso, sin que en principio interfieran presiones de índole económica o administrativa.

**Para consultar esta Ley, puede dirigirse al siguiente link:
<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201780%20DEL%2002%20DE%20MAYO%20DE%202016.pdf>**

Para cualquier información adicional puede comunicarse al teléfono 2860555 Ext. 1069 o a través del correo electrónico: investigaciones@codess.org.co