

## FORMULARIO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2011

<b>MINISTERIO</b>	MINISTERIO DE SALUD	<b>PARTIDA</b>	16
<b>SERVICIO</b>	FONDO NACIONAL DE SALUD	<b>CAPÍTULO</b>	02

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2007	Efectivo 2008	Efectivo 2009	Efectivo a Junio 2010	Estimación 2012	Meta 2011	Ponderación	Medios de Verificación	Su-pues-tos	No-tas
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Plan de seguro y beneficios</li> <li>-Recaudación</li> </ul>	<p><u>Economía/Producto</u></p> <p>1 Porcentaje de recaudación de cotizaciones del segmento dependientes, en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO</p>	(monto de cotizaciones recaudadas en el año t, para el segmento dependientes/ monto de cotizaciones declaradas en el año t, para el segmento dependientes)* 100	0.0 %	97.6 % (7670370 00000.0/7 85988301 155.0)*10 0	97.6 % (8185720 00000.0/8 38470866 213.0)*10 0	97.6 % (41734100 0000.0/427 787904762. 0)*100	0.0 %	97.7 % (9210801 00000.0/9 43018600 000.0)*10 0	10%	Reportes/Infor mes Reporte extraido del Data Mart de Cotizaciones	1	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Plan de seguro y beneficios</li> <li>-Prestaciones de Salud</li> </ul>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>2 Tasa de crecimiento promedio en el número de intervenciones de salud del arancel PPV año t+2, respecto del arancel PPV año 2009.-</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO</p>	((Numero de intervenciones de salud incluidas en propuesta de arancel PPV año t+2/Numero de intervenciones de salud vigentes en arancel PPV año 2009)- 1)*100	0.0 %	0.0 % ((532.0/5 32.0)- 1)*100	18.4 % ((630.0/5 32.0)- 1)*100	29.9 % ((691.0/532 .0)-1)*100	0.0 %	35.5 % ((721.0/5 32.0)- 1)*100	10%	Reportes/Infor mes Propuesta de arancel PPV año t+1, enviada a M. Hacienda	2	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mecanismos de control y de pago a Prestadores</li> <li>-Fiscalización de prestaciones</li> </ul>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>3 Porcentaje de medidas administrativas o sanciones aplicadas a prestadores de la Modalidad de Libre Eleccion (MLE)por</p>	(Número de medidas administrativas o sanciones aplicadas a prestadores de la Modalidad de Libre	0 %	22 % (214/960) *100	N.M.	4 % (58/1450)* 100	0 %	10 % (160/1600 ) *100	10%	Reportes/Infor mes Registro en planillas rutificadas por prestador, fiscalizador y resultado. El	3	3

	fiscalización en el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	Elección (MLE) por fiscalización en el año t/Número total de fiscalizaciones en la Modalidad de Libre Elección (MLE) en el año t)*100								registro se hará en sistema URF (Unidad de Registro de Fiscalización M.L.E.) a nivel nacional.  <u>Reportes/Informes</u> Informe de consolidación y evaluación Nacional		
•Canales de Atención	<u>Calidad/Productos</u>  4 Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su Seguro de Salud  Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI	(N° de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su seguro de salud/N° total de usuarios FONASA encuestados en el año t)*100	0.0 %  H: 0.0 M: 0.0	85.0 % (680.0/800.0)*100  H: 0.0 (0.0/0.0)*100 M: 0.0 (0.0/0.0)*100	86.0 % (1128.0/1312.0)*100  H: 83.2 (308.0/370.0)*100 M: 87.1 (820.0/942.0)*100	N.C.	0.0 %  H: 0.0 M: 0.0	87.0 % (1141.0/1312.0)*100  H: 84.1 (311.0/370.0)*100 M: 88.1 (830.0/942.0)*100	10%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de Encuesta de Satisfacción usuaria realizada por empresa externa	4	4
•Plan de seguro y beneficios	<u>Eficacia/Productos</u>  5 Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas en el año t  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	(N° de Garantías de Protección Financiera cumplidas en el año t/ N° de Garantías de Protección Financiera registradas en el año t)*100	N.M.	N.M.	0 % (0/0)*100	S.I.	100 % (1070855/1070855)*100	100 % (796929/796929)*100	15%	<u>Reportes/Informes</u> Informes generado por Subdepto. Programación Financiera con base a la información registradas por los Sistema GGPF y de Reclamos de FONASA  <u>Reportes/Informes</u> Reporte de	5	5

										Reclamos		
<p>●Plan de seguro y beneficios</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>6 Porcentaje de garantías de acceso cumplidas en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: NO</p>	<p>(N° de Garantías de Acceso cumplidas en el año t/N° de Garantías de Acceso registradas en el año t)*100</p>	<p>100 % (1571344/ 1571344) *100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>100 % (2002499/ 2002499) *100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>0 % (0/0)*100</p> <p>H: 100 (829426/ 829426)*100</p> <p>M: 100 (1244139/ 1244139) *100</p>	<p>100 % (912941/ 912941)*100</p> <p>H: 100 (365176/ 365176)*100</p> <p>M: 100 (547765/ 547765)*100</p>	<p>100 % (1500000/ 1500000)*100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>100 % (2282352/ 2282372) *100</p> <p>H: 100 (912941/ 912941)*100</p> <p>M: 100 (1369411/ 1369411) *100</p>	<p>15%</p>	<p><u>Reportes/Infor mes</u> Reportes/Infor mes. Sistema SIGGES.</p> <p><u>Reportes/Infor mes</u> Reporte de Reclamos.</p> <p><u>Reportes/Infor mes</u> Informe de Evaluación AUGE.</p>	<p>6</p>	<p>6</p>
<p>●Plan de seguro y beneficios</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>7 Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: NO</p>	<p>(N° de Garantías de Oportunidad de Tratamiento cumplidas en el año t / N° de Garantías de Oportunidad de Tratamiento registradas en el año t)*100</p>	<p>96 % (3585169/ 3737780) *100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>98 % (5301932/ 5437036) *100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>0 % (0/0)*100</p> <p>H: 100 (2977640/ 2977640) *100</p> <p>M: 100 (4284896/ 4284896) *100</p>	<p>100 % (792696/ 792696)*100</p> <p>H: 100 (301225/ 301225)*100</p> <p>M: 100 (491471/ 491471)*100</p>	<p>100 % (7500000/ 7500000)*100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>100 % (7426665/ 7426665) *100</p> <p>H: 100 (2970666/ 2970666) *100</p> <p>M: 100 (4455999/ 4455999) *100</p>	<p>10%</p>	<p><u>Base de Datos/Software</u> Base de datos con fuente SIGGES</p> <p><u>Reportes/Infor mes</u> Informe Reclamos Depto. Operaciones</p> <p><u>Reportes/Infor mes</u> Informe Final de Resultados del Departamento</p>	<p>7</p>	<p>7</p>
<p>●Plan de seguro y beneficios -Recaudación</p> <p>●Mecanismos de control y de pago a Prestadores</p>	<p><u>Economía/Producto</u></p> <p>8 Porcentaje de recuperación de cotizaciones adeudadas en</p>	<p>(Monto de cotizaciones adeudadas recuperadas en el año t/Monto total de</p>	<p>0 %</p>	<p>33 % (6265000/ 18951301155) *100</p>	<p>36 % (7081700/ 19898866213) *100</p>	<p>39 % (40670000/ 10446904762)*100</p>	<p>0 %</p>	<p>39 % (8556015/ 21938500000) *100</p>	<p>10%</p>	<p><u>Reportes/Infor mes</u> Informe del Subdepto. Rec. Y Fisc. De Cotizaciones</p>	<p>8</p>	<p>8</p>

-Fiscalización de cotizaciones	el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	cotizaciones adeudadas en el año t)*100										
•Plan de seguro y beneficios	<u>Economía/Producto</u>  9 Porcentaje de recuperación de préstamos médicos en el año t sobre el monto total de préstamos médicos otorgados en el año t  Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	(Monto de Préstamos Médicos recuperados en el año t/Monto de Préstamos Médicos otorgados en el año t)*100	84.9 % (6634225 020.0/781 7128115. 0)*100	79.8 % (6595555 093.0/826 2159232. 0)*100	88.6 % (6360283 448.0/717 6706906. 0)*100	94.9 % (30223934 19.0/31838 23351.0)*1 00	90.0 % (72200000 00.0/80220 00000.0)*1 00	93.0 % (7460000 000.0/802 2000000. 0)*100	10%	Reportes/Infor mes Reportes Data Warehouse del Sistema de información del Seguro Público, módulo Préstamos Médicos.	9	9

Notas:

1 El monto de cotizaciones recaudadas no incorpora la recaudación de períodos anteriores

2 Por intervención de salud se entiende una prestación o grupo de prestaciones que participa de la resolución de un problema de salud en particular.

El Arancel PPV se define en marzo de cada año, de allí que el medio de prueba se define en función de la propuesta enviada en diciembre de cada año a las autoridades ministeriales (Salud y Hacienda).

La medición de este indicador se realiza tomando como base el año 2009.

3 Como resultado de una fiscalización a prestadores se puede aplicar medidas administrativas o sanciones. Las medidas administrativas se aplican a los convenios con prestadores MLE pudiendo derivar en modificación o cierre de convenio según sea su causal: falta de equipamiento, autorización sanitaria deficiente, sumarios sanitarios, etc. Las sanciones son por casos de infracción a causales establecidas por ley, con posibilidad de aplicar amonestación, suspensión, cancelación y multas de hasta 500 UF. En estos casos, el proceso administrativo se inicia con la fiscalización FONASA y puede llegar hasta la Corte de Apelaciones.

4 La encuesta se aplica anualmente, por lo que no hay mediciones intermedias. Se utilizará una escala de 1 a 7, donde 6 a más se considerará como satisfactorio. Se realizará un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio.

Se concluye que un usuario encuestado se siente protegido por su seguro de salud ya que es una pregunta específica de la encuesta.

5 La Garantías de Protección Financiera Cumplidas = (Nº de GPF registradas - Nº de reclamos de GPF ha lugar, no resueltos dentro de los plazos legales). La Garantía de Protección Financiera es medida a través de las cuentas Cuentas GES creadas y/o actualizadas. Se considera la Garantía de Protección Financiera cumplida cuando las cuentas GES están correctamente creadas y/o actualizadas, esto es: sin un reclamo asociado ha lugar o con un reclamo ha lugar resuelto dentro de los plazos legales, para el periodo anual en el cual fue creada la cuenta GES. Cuenta GES se refiere al registro en una Cuenta Corriente de todos los movimientos asociados a prestaciones GES con sus respectivos copagos calculados según tramo y aplicados según Deducible del periodo y Cobertura Financiera. Las Cuentas GES creadas corresponden a las cuentas GES registradas en el sistema de Gestión Garantía Protección Financiera (GGPF) e informadas a sus titulares a través de los medios que FONASA disponga para tal efecto; cartas, web, sucursales, entre otros. Los reclamos de Garantía de Protección Financiera ha lugar son aquellos que impliquen errores en el cálculo del % de copago y aquellos copagos aplicados que sobrepasen el Deducible calculado de la cuenta; no se consideran de ésta Garantía aquellos reclamos referidos a; Cobros indebidos del prestador, Prestaciones mal imputadas por el prestador y errores en las bases que alimentan al sistema GGPF. Con todo deberán ser calificados ha lugar por los encargados del área del nivel central, previo escalamiento desde el nivel regional. El numerador y denominador serán determinados según las cuentas registradas en el sistema GGPF en el año t y los reclamos ha lugar dentro del periodo t, asociados a las cuentas GES creadas en el año t, registrados al momento del corte para la medición del indicador. Los reclamos son capturados y registrados en los distintos canales de atención de beneficiarios e ingresados al Sistema de Reclamos de FONASA, donde son derivados a las instancias pertinentes. En el caso de reclamos que afecten esta garantía, para ser declarados ha lugar

deberán ser escalados a los encargados nacionales del tema, dada la naturaleza centralizada de su gestión. La Cuenta GES se deriva del registro del o los problemas de salud que presente los asegurados de un Titular (afiliado). Por lo anterior, la Cuenta GES puede tener asociada una o más Garantías de Protección Financiera.

6 La Garantías de Acceso Cumplidas = (Nº de Acceso registradas - Nº de reclamos de Garantías de Acceso ha lugar, no resueltos dentro de los plazos legales). La Garantía de Acceso es medida a través de los casos GES creados. Se considera la Garantía de Acceso cumplida cuando los casos GES están correctamente creados, esto es: cuando un asegurado con problemas de salud GES y que cumple con los criterios de inclusión, accede a la Red de Salud y no existe un reclamo asociado ha lugar o con un reclamo ha lugar resuelto dentro de los plazos legales, para el periodo anual en el cual fue creado el caso GES. El numerador y denominador serán determinados según los casos registradas en el sistema SIGGES en el año t y los reclamos ha lugar dentro del periodo t, asociados a los casos GES creados en el año t, registrados al momento del corte para la medición del indicador. Los reclamos son capturados y registrados en los distintos canales de atención de beneficiarios e ingresados al Sistema de Reclamos de FONASA, donde son derivados a las instancias pertinentes. En el caso de reclamos que afecten esta garantía, para ser declarados ha lugar deberán ser escalados a los encargados nacionales del tema, dada la naturaleza centralizada de su gestión. Los reclamos de la garantía de acceso ha lugar, son aquellos que cumplen con las condiciones y/o requisitos de acceso definidos en el decreto supremo que aprueba las Garantías Explícitas en Salud y la normativa asociada. Los plazos según normativa legal definidos para dar respuesta a los reclamos son 15 días hábiles (en términos generales). Los plazos se encuentran normados de acuerdo a la Ley N°19.880, de procedimientos administrativos, además de circulares provenientes de la SIS y el MINSAL.

7 La Garantías de Oportunidad de Tratamiento Cumplidas = (Nº de Garantías de Oportunidad de Tratamiento registradas - Nº de reclamos de Garantías de Oportunidad de Tratamiento ha lugar, no resueltos dentro de los plazos legales). Se considera la Garantía de Oportunidad de Tratamiento cumplida cuando no existe un reclamo asociado ha lugar o con un reclamo ha lugar resuelto dentro de los plazos legales, para el periodo anual en el cual fue creada la garantía de oportunidad de tratamiento. El numerador y denominador serán determinados según las garantías de oportunidad de tratamiento registradas en el sistema SIGGES en el año t y los reclamos ha lugar dentro del periodo t, asociados a las garantías de oportunidad de tratamiento creadas en el año t, registrados al momento del corte para la medición del indicador. Los reclamos son capturados y registrados en los distintos canales de atención de beneficiarios e ingresados al Sistema de Reclamos de FONASA, donde son derivados a las instancias pertinentes. En el caso de reclamos que afecten esta garantía, para ser declarados ha lugar deberán ser escalados a los encargados nacionales del tema, dada la naturaleza centralizada de su gestión. La medición de cumplimiento de garantías de oportunidad de tratamiento, se inició en el año 2005 con la entrada en aplicación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud. A partir del año 2010 se incorpora al indicador la medición de gestión FONASA, en la resolución de reclamos de beneficiarios por incumplimiento de garantía oportunidad de tratamiento. El reclamo por garantía incumplida de oportunidad tratamiento, es aquel que se realiza dentro de las 72 horas de cumplido el plazo indicado en el respectivo decreto y el plazo legal para la resolución de los reclamos ha lugar es de 15 días hábiles.

8 Este indicador considera como cotizaciones adeudadas el total de las DNP del periodo t.

Las cotizaciones se consideran adeudadas cuando, habiendo sido descontadas desde las rentas de los trabajadores dependientes, no han sido enteradas por el empleador en la entidad recaudadora correspondiente. Es decir, han sido declaradas y no pagadas (DNP) o han sido evadidas por el empleador (No declaradas), constituyéndose en este último caso, en sujeto de actas de fiscalizaciones en terreno.

9 Debido a las acciones realizadas para la recuperación de Préstamos, este indicador ha aumentado desde el año 2000 a la fecha. Lo anterior, es reforzado por un aumento de bonificación en prestaciones lo que implica que ya no se solicitará financiamiento por esta vía.

#### Supuesto Meta:

1 Una variable externa que podría afectar el cumplimiento de este indicador tiene relación con los períodos de decrecimiento económico, lo podría afectar los flujos financieros de los Entes Afectos a Pago

2 La aprobación del arancel PPV no depende exclusivamente de FONASA. Intervienen en esta aprobación actores externos (M. Salud y M. Hacienda), por lo que el indicador se considera como cumplido cuando dicha propuesta de arancel PPV es enviada a estos ministerios.

3 Se asume que no cambiarán las prioridades ministeriales en lo relativo a fiscalización de prestadores. El compromiso ministerial, bajo este mandato presidencial, de eliminar las listas de espera en salud en un plazo máximo de dos años, puede exigir cambio de foco y priorización en la fiscalización para FONASA.

4 Se espera que los Servicios de Salud cumplan con lo establecido contractualmente, de manera tal que respondan adecuadamente a las necesidades de salud de la población asegurada por FONASA. Se espera que la Autoridad Sanitaria mantenga las condiciones normativas en ambas modalidades de atención. Se espera que el efecto colateral de otras campañas comunicacionales y otros entes del sector o entes externos (como Colegio Médico, etc.) no afecten el resultado comunicacional global esperado.

5 La medición de este indicador depende del registro de prestaciones GES otorgadas a beneficiarios del Seguro Público de Salud, que debe efectuar la Red Pública de Prestadores en el sistema SIGGES, esta información es la base para crear y actualizar las Cuentas GES. Los plazos según normativa legal definidos para dar respuesta a los reclamos son 15 días hábiles (en términos generales). Los plazos se encuentran normados de acuerdo a la Ley N°19.880, de procedimientos administrativos, además de circulares provenientes de la SIS y el MINSAL.

6 Ministerio de Hacienda y Salud priorizan el Programa y por tanto se dispone de su financiamiento total.

7 La medición de este indicador depende del registro oportuno por parte de la Red Pública en el sistema de registros SIGGES; de la oferta efectiva disponible para la resolución FONASA de reclamos por incumplimiento de garantía de oportunidad de tratamiento y de la demanda de beneficiarios por atención en GES. El Ministerio de Hacienda y Salud priorizan el Programa, por lo tanto se dispone de su financiamiento total.

8 Una variable externa que afectaría el cumplimiento de este indicador, se relaciona a períodos con decrecimiento económico, que afecte los flujos financieros de los Entes Afectos a Pago.

9 El cumplimiento de este indicador depende de los siguientes factores: 1) de los porcentajes de cobro sobre la renta imponible establecidos y 2) de cambios en los niveles de renta y nivel de empleo de los beneficiarios de préstamos.