

FORMULARIO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2012

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	FONDO NACIONAL DE SALUD	CAPÍTULO	02

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2008	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo a Junio 2011	Estimación 2012	Meta 2012	Ponderación	Medios de Verificación	Supuestos	Notas
•Gestión Financiera -Gestión de Convenios con Prestadores en Salud (Público/Privado)	<u>Eficacia/Proceso</u> 1 Porcentaje de cumplimiento de actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas, según contrato, en el año t	(N° total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t, en cumplimiento a lo establecido en Contrato/N° total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas, según Contrato, en el año t)*100	0 %	98 % (12741602/13066873)*100	99 % (12589661/12706682)*100	45 % (2298667/5056524)*100	100 % (5056524/5056524)*100	100 % (5157654/5157654)*100	10%	<u>Reportes/Infor mes</u> Reporte consolidado Facturación SIGGES <u>Reportes/Infor mes</u> Programación Servicios de Salud <u>Reportes/Infor mes</u> Reporte de porcentaje de cumplimientos trimestrales PPV	1	1
•Gestión Financiera -Fiscalización de Prestaciones y Licencias Médicas	<u>Eficacia/Producto</u> 2 Porcentaje de asegurados atendidos correctamente por prestadores fiscalizados en la MLE, año t	(Número de asegurados con bono fiscalizado atendidos correctamente en año t/Número total de asegurados con bono fiscalizado en la MLE, año t)*100	0.0 %	N.M.	81.6 % (36353.0/44574.0)*100	N.M.	83.0 % (46552.0/56087.0)*100	85.0 % (57460.0/67600.0)*100	8%	<u>Reportes/Infor mes</u> Reporte de base de datos de fiscalización <u>Reportes/Infor mes</u> Informe Dpto. Control y Calidad de Prestaciones	2	2

•Atención al Asegurado	<u>Calidad/Productos</u> 3 Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente a FONASA Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI	(N° de encuestados que evalúa satisfactoriamente a FONASA / N° total de encuestados)*100	0 % H: 0 M: 0	S.I.	N.M.	N.C.	59 % (1194/2024)*100 H: 58 (466/809)*100 M: 60 (728/1215)*100	62 % (1256/2024)*100 H: 60 (494/824)*100 M: 64 (762/1200)*100	8%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de Encuesta de Satisfacción usuaria realizada por empresa externa	3	3
•Plan de Salud	<u>Eficacia/Productos</u> 4 Tasa de crecimiento promedio en el número de intervenciones de salud del arancel PPV año t+1, respecto del arancel PPV año 2009.- Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	((Numero de intervenciones de salud incluidas en propuesta de arancel PPV año t+1/Numero de intervenciones de salud vigentes en arancel PPV año 2009)-1)*100	0.0 % ((532.0/532.0)-1)*100	18.4 % ((630.0/532.0)-1)*100	9.8 % ((538.0/490.0)-1)*100	N.C.	35.5 % ((664.0/490.0)-1)*100	40.0 % ((745.0/532.0)-1)*100	8%	<u>Reportes/Informes</u> Propuesta de arancel PPV año t+1, enviada a M. Hacienda	4	4
•Gestión Financiera -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	<u>Economía/Productos</u> 5 Porcentaje de recaudación de cotizaciones del segmento dependientes, en el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	(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	97.6 % (76703700000.0/785988301155.0)*100	97.6 % (81857200000.0/838470866213.0)*100	97.6 % (896084000.0/918120000.0)*100	98.0 % (90089353692.0/91927870435.0)*100	97.7 % (921080100000.0/943018600000.0)*100	98.0 % (101896000000.0/1039755000000.0)*100	8%	<u>Reportes/Informes</u> Informe realizado por el Subdepto. Recaudación y Cobranzas	5	5
•Atención al Asegurado	<u>Calidad/Productos</u> 6 Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el	(N° de usuarios FONASA encuestados en el año t que se	85.0 % (680.0/800.0)*100	86.0 % (1128.0/1312.0)*100	85.5 % (479.0/560.0)*100	N.C.	87.0 % (1141.0/1312.0)*100	87.0 % (1141.0/1312.0)*100	8%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de Encuesta de Satisfacción	6	6

	año t que se sienten protegidos por su Seguro de Salud Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: SI	sienten protegidos por su seguro de salud/N° total de usuarios FONASA encuestados en el año t)*100	H: 0.0 (0.0/0.0)* 100 M: 0.0 (0.0/0.0)* 100	H: 83.2 (308.0/370.0)*100 M: 87.1 (820.0/942.0)*100	H: 0.0 (0.0/0.0)* 100 M: 0.0 (0.0/0.0)* 100		H: 84.1 (311.0/370.0)*100 M: 88.1 (830.0/942.0)*100	H: 84.1 (311.0/370.0)*100 M: 88.1 (830.0/942.0)*100		usuario realizada por empresa externa		
•Plan de Salud -Garantías Explícitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 7 Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los Asegurados en el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	(N° de Garantías de Protección Financiera cumplidas a los asegurados en el año t/N° de Garantías de Protección Financiera registradas a los asegurados en el año t)*100	N.M.	0 % (0/0)*100	100 % (809723/809723)*100	100 % (939502/939502)*100	100 % (796929/796929)*100	100 % (836752/836752)*100	10%	<u>Reportes/Informes</u> Informe generado por Subdepto. Recaudación y Cobranzas basado en la información registrada en el Sistema GGPF y en el Sistema de Reclamos de FONASA <u>Reportes/Informes</u> Reporte de Reclamos	7	7
•Plan de Salud -Garantías Explícitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 8 Porcentaje de garantías de acceso cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas a los Asegurados en el año t Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: NO	(N° de Garantías de Acceso cumplidas a los Asegurados en el año t/N° de Garantías de Acceso registradas a los Asegurados en el año t)*100	100 % (2002499/2002499)*100	0 % (0/0)*100 H: 100 (829426/829426)*100 M: 100 (1244139/1244139)*100	100 % (1919275/1919283)*100 H: 0 M: 0	100 % (530737/530737)*100 H: 100 (212295/212295)*100 M: 100 (318442/318442)*100	100 % (2282352/2282372)*100 H: 100 (912941/912941)*100 M: 100 (1369411/1369411)*100	100 % (2282352/2282352)*100 H: 100 (912941/912941)*100 M: 100 (369411/369411)*100	10%	<u>Reportes/Informes</u> Reportes/Informes. Sistema SIGGES. <u>Reportes/Informes</u> Reporte de Reclamos. <u>Reportes/Informes</u> Informe de Evaluación AUGE.	8	8

<p>●Plan de Salud -Garantías Explícitas en Salud (Auge)</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>9 Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas a los Asegurados 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 a los Asegurados en el año t /N° de Garantías de Oportunidad de Tratamiento registradas a los Asegurados en el año t)*100</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 % (1857845/1858438)*100</p> <p>H: 0 M: 0</p>	<p>99 % (455603/462492)*100</p> <p>H: 99 (186797/189622)*100</p> <p>M: 99 (268806/272870)*100</p>	<p>100 % (7426665/7426665)*100</p> <p>H: 100 (2970666/2970666)*100</p> <p>M: 100 (4455999/4455999)*100</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/Informes</u> Informe Reclamos Depto. Operaciones</p> <p><u>Reportes/Informes</u> Informe Final de Resultados del Departamento</p>	<p>9</p>	<p>9</p>
<p>●Gestión Financiera -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones</p>	<p><u>Economía/Producto</u></p> <p>10 Porcentaje de recuperación de cotizaciones adeudadas en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO</p>	<p>(Monto de cotizaciones adeudadas recuperadas en el año t/Monto total de cotizaciones adeudadas en el año t)*100</p>	<p>33 % (626500000/18951301155)*100</p>	<p>36 % (708170000/19898866213)*100</p>	<p>51 % (108720000/2130542000)*100</p>	<p>55 % (306230000/5568069288)*100</p>	<p>39 % (8556015000/21938500000)*100</p>	<p>50 % (11596033000/23192066000)*100</p>	<p>10%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Informe realizado por el Subdepto. Recaudación y Cobranzas</p>	<p>10</p>	<p>10</p>
<p>●Gestión Financiera -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones</p>	<p><u>Economía/Producto</u></p> <p>11 Porcentaje de recuperación de préstamos médicos en el año t sobre el monto total de préstamos médicos otorgados en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO</p>	<p>(Monto de Préstamos Médicos recuperados en el año t/Monto de Préstamos Médicos otorgados en el año t)*100</p>	<p>79.8 % (6595555093.0/8262159232.0)*100</p>	<p>88.6 % (6360283448.0/7176706906.0)*100</p>	<p>92.0 % (5957238534.0/6477581314.0)*100</p>	<p>93.0 % (1487250973.0/1599194595.0)*100</p>	<p>93.0 % (746000000.0/8022000000.0)*100</p>	<p>93.0 % (6136011000.0/6597862000.0)*100</p>	<p>10%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Reporte de Estado de Resultados Devengados del SIGFE.</p>	<p>11</p>	<p>11</p>

Notas:

1 Considerando que la actividad finalmente comprometida a realizar durante el año 2012, se obtiene de procesos de negociación a realizar en meses futuros, las cantidades se consignan como estimaciones que solo podrán ser reemplazadas por datos reales luego de concluida la referida negociación y Contrato. Pese a ello, durante el año también sufren cambios derivados de los procesos de evaluación, reprogramación, reasignación y liquidación (esto último válido también para el año 2011). La programación inicial se realiza con proceso de negociación FONASA-Subsecretaría de redes -Servicios, durante el mes de enero, y concluye con la suscripción de un Contrato entre las partes a fines del mes de enero. Los primeros meses de febrero, este Contrato firmado es enviado formalmente a las partes, a través de Oficio del Director de FONASA.

2 Se entenderá por prestadores de la MLE, aquellas personas naturales o jurídicas que suscriben un convenio con el Fondo, para otorgar prestaciones de salud a asegurados en la Modalidad de Libre Elección, quedando incorporados al Rol que para ese efecto administra FONASA.

Se entenderá por bono fiscalizado a la orden de atención presentada a cobro por los prestadores de la MLE, según definición anterior.

3 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 la satisfacción respecto del servicio global que entrega FONASA, a través de una pregunta específica de la encuesta.

4 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.

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

6 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.

7 La Garantías de Protección Financiera Cumplidas a los Asegurados = (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 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 el titular afiliado y sus cargas asociadas. No obstante lo anterior, cada Cuenta GES corresponde a una sola Garantías de Protección Financiera.

8 La Garantías de Acceso Cumplidas a los Asegurados = (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 Nº19.880, de procedimientos administrativos, además de circulares provenientes de la SIS y el MINSAL.

9 La Garantías de Oportunidad de Tratamiento Cumplidas a los Asegurados = (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.

10 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.

11 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 Que la demanda efectiva sea concordante con la demanda proyectada, para cada problema de salud. Que la oferta de servicios de salud no se contraiga y que no exista una repriorización por parte de la Autoridad Sanitaria por efecto de Pandemia.

2 La medición de este indicador podría verse afectada por cambios legales o normativos, o políticas gubernamentales o sectoriales que impacten los recursos disponibles para el área de fiscalización de prestadores en la MLE.

3 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, Gobierno, etc.) no afecten el resultado comunicacional global esperado.

4 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.

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

6 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, Gobierno, etc.) no afecten el resultado comunicacional global esperado.

7 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 Nº19.880, de procedimientos administrativos, además de circulares provenientes de la SIS y el MINSAL.

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

9 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.

10 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.

11 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.