

INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2014

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

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo a Junio 2013	Estimado 2013	Meta 2014	Ponderación ¹	Medios de Verificación	Notas
•Gestión Financiera – Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	<u>Economía/Producto</u> Porcentaje de recaudación de cotizaciones del segmento dependientes, en el año t Aplica Desagregación por Sexo: 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 %	97.7 %	96.3 %	n.m.	98.0 %	98.0 %	12%	<u>Reportes/Informes</u> Informe realizado por el Subdepto. Recaudación y Cobranzas	1
•Atención al Asegurado	<u>Calidad/Producto</u> Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente a FONASA Aplica Desagregación por Sexo: SI	((N° de encuestados que evalúa satisfactoriamente a FONASA / N° total de encuestados)*100) Mujeres: Hombres:	n.m.	n.m.	70 %	n.m.	64 %	64 %	12%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de Encuesta de Satisfacción usuaria realizada por empresa externa	2
		Mujeres:	n.m.	n.m.	0%	n.m.	64%	64%			
		Hombres:	n.m.	n.m.	0%	n.m.	64%	64%			

¹ Para aquellos servicios que formulan PMG esta priorización forma parte de los requisitos técnicos señalados en el Documento “Medios de Verificación” del Programa de Mejoramiento de Gestión (PMG) 2006, en la etapa 5 del sistema de Planificación / Control de Gestión.

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo a Junio 2013	Estimado 2013	Meta 2014	Ponderación ¹	Medios de Verificación	No-tas
<p>•Gestión Financiera – Gestión de Convenios con Prestadores en Salud (Público/Privado)</p>	<p><u>Eficacia/Proceso</u></p> <p>Porcentaje de cumplimiento de actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas, según contrato, en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((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)</p>	99 %	100 %	99 %	n.m.	100 %	100 %	12%	<p><u>Reportes/Informes</u> Reporte consolidado Facturación SIGGES</p> <p><u>Reportes/Informes</u> Programación Servicios de Salud</p> <p><u>Reportes/Informes</u> Reporte de porcentaje de cumplimientos trimestrales PPV</p>	3
<p>•Gestión Financiera – Fiscalización de Prestaciones y Licencias Médicas</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de asegurados atendidos correctamente por prestadores fiscalizados en la MLE, año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de asegurados con bono fiscalizado atendidos correctamente en año t/Número total de asegurados con bono fiscalizado en la MLE, año t)*100)</p>	81.6 %	83.0 %	87.2 %	n.m.	85.0 %	87.0 %	12%	<p><u>Reportes/Informes</u> Reporte de base de datos de fiscalización</p> <p><u>Reportes/Informes</u> Informe Dpto. Control y Calidad de Prestaciones</p>	4
<p>•Plan de Salud – Garantías Explícitas en Salud (Auge)</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>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</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((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)</p>	100 %	100 %	100 %	n.m.	100 %	100 %	16%	<p><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</p> <p><u>Reportes/Informes</u> Reporte de Reclamos</p>	5

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo a Junio 2013	Estimado 2013	Meta 2014	Ponderación ¹	Medios de Verificación	No-tas
•Plan de Salud – Garantías Explicitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 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	((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) Mujeres: Hombres:	100 %	100 %	100 %	n.m.	100 %	100 %	12%	<u>Reportes/Informes</u> Reportes/Informes. Reportes de casos del Sistema SIGGES. <u>Reportes/Informes</u> Reporte de Reclamos. <u>Reportes/Informes</u> Informe de Evaluación AUGE.	6
•Plan de Salud – Garantías Explicitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 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 Aplica Desagregación por Sexo: SI	((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) Mujeres: Hombres:	100 %	100 %	100 %	n.m.	100 %	100 %	12%	<u>Base de Datos/Software</u> Base de datos con fuente SIGGES <u>Reportes/Informes</u> Informe Reclamos Depto. Operaciones <u>Reportes/Informes</u> Informe Final de Resultados del Departamento	7
•Gestión Financiera – Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	<u>Economía/Producto</u> Porcentaje de recuperación de cotizaciones declaradas y adeudadas en el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO	((Monto de cotizaciones adeudadas recuperadas en el año t/Monto total de cotizaciones adeudadas en el año t)*100)	51 %	54 %	50 %	n.m.	51 %	51 %	12%	<u>Reportes/Informes</u> Informe realizado por el Subdepto. Recaudación y Cobranzas	8

Notas:

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

2.-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 de Fonasa, a través de una pregunta específica de la encuesta.

3.-Considerando que la actividad finalmente comprometida a realizar durante el año 2014, se obtiene de procesos de negociación a realizar en meses futuros, las cantidades se consignan como estimaciones que sólo 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. La programación inicial se realiza en el mes de Diciembre del año anterior con el proceso de negociación FONASA-Subsecretaría de Redes -Servicios, el cual concluye con la suscripción de un Contrato entre las partes a fines de ese mismo mes. En Enero, este Contrato firmado es enviado formalmente a las partes, a través de Oficio del Director de FONASA y es enviado para toma de razón a la Contraloría General de la República a través de una Resolución del Director de FONASA. Los procesos de Reprogramación son acordados a través de un ADENDUM al Convenio Inicial, el cual también es enviado a las partes y enviado para toma de razón a la CGR a través de una nueva Resolución. Se plantea llevar a cabo al menos 1 proceso de reprogramación en el año.

4.-Se entenderá por prestadores de la MLE (Modalidad Libre Elección), 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 (Modalidad Libre Elección), según definición anterior. Se entenderá que un asegurado es atendido correctamente por un prestador, cuando dicha atención es realizada de acuerdo con las normas Técnico Administrativas. Norma Técnico Administrativa: corresponde a resolución exenta ministerial, que regula la aplicación arancelaria de la MLE, los convenios y sus convenios firmados con FONASA.

5.-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.

6.-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 N°19.880, de procedimientos administrativos, además de circulares provenientes de la SIS y el MINSAL.

7.-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 por el asegurado desde que toma conocimiento de que se ha incumplido la garantía y hasta 30 días de corrido. FONASA, confirmado el incumplimiento dispone de dos días para asignar nuevo prestador, quién efectuará el cumplimiento de garantía dentro de 10 días.

8.-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 sujeta de actas de fiscalizaciones en terreno. Este indicador se centra en la recuperación de las DNP, es decir de las cotizaciones que han sido declaradas y no pagadas.