

# FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AÑO 2015

## I. IDENTIFICACIÓN

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

## II. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión	Prioridad	Ponderador
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance		
			I		
Marco Básico	Planificación y Control de Gestión	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	O	Alta	100.00%

## III. SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Tipo	Etapa	Justificación/ Modificación contenido etapa
-------	----------------------	----------	------	-------	---

## IV. INDICADORES DE DESEMPEÑO

1. Indicadores de desempeño de los productos estratégicos (bienes y/o servicios). Ponderación objetivo 1: 85.00%

Nº	Indicador	Formula	Meta	Prioridad	Ponderador	Nota
1	Porcentaje de Hospitales de Mayor complejidad incorporados a mecanismo de pago GRD	(Número de Hospitales de Mayor complejidad incorporados a mecanismo de pago GRD, en año t/Total de Hospitales de Mayor complejidad)*100	17 %	Alta	25.00	1
2	Porcentaje de Recaudación electrónica de cotizaciones trabajadores dependientes, año t	(Monto de recaudación electrónica segmento trabajadores dependientes, año t/Total de recaudación segmento trabajadores dependientes, año t)*100	81 %	Mediana	20.00	2
3	Porcentaje de reclamos por calidad de atención de personas en sucursales, respecto al total de reclamos, año t	(Total de reclamos por calidad de atención de personas en sucursales, año t/Total de reclamos recibidos, año t)*100	4.0 %	Mediana	20.00	3
4	Porcentaje de reclamos GES resueltos por FONASA en plazo legal respecto del total de reclamos recibidos en año t	(Número total de reclamos GES resueltos por FONASA dentro de plazo legal, en año t/Número total de reclamos GES recibidos por FONASA, en año t)*100	95 %	Mediana	20.00	4

- 1 Los hospitales de mayor complejidad deben codificar sus egresos por GRD (Grupo relacionado a Diagnóstico) y enviar la información a FONASA.  
Este indicador busca mejorar la asignación de recursos, en base al riesgo y complejidad de los casos tratados por cada hospital.  
Cabe señalar que no existe un único mecanismo de pago y FONASA busca relevar aquel mecanismo donde está puesto su foco estratégico. El GRD es un nuevo mecanismo de pago, tal como lo son el PPV o el PPI, sin ser un subconjunto de aquellos.  
Un hospital puede considerarse dentro de la medición cuando el 70% del total de sus egresos hospitalarios los registra mediante GRD. Esto incluye los egresos de pacientes Hospitalizados, de acuerdo a la definición de Hospitalización que entrega el Ministerio de Salud. Se excluye atención ambulatoria y posibles egresos desde urgencia.  
Este porcentaje irá en aumento desde el 2016 al 2018 en un 75%, 80% y 90% respectivamente.  
La fuente de información que se usará como sistema de verificación para conocer el 100% de los egresos hospitalarios y determinar el 70% considerado en la medición, será el DEIS del Ministerio de Salud. En caso que esta información no esté al día, en forma alternativa, se utilizará informe de egreso que elabora la Subsecretaría de Redes.  
El objetivo es que los 60 hospitales públicos de mayor complejidad de la red sanitaria del país (que suponen más del 80% de la actividad total de ésta) cuenten con esta forma de pago.  
En esa línea, la lógica es que de 2015 a 2018 se incorporen progresivamente a este mecanismo, partiendo inicialmente por 10 hospitales; luego 25 al 2016, 40 al 2017 y finalmente 60 al final del periodo.  
Se firmará un adendum de convenio con los 10 hospitales considerados para 2015, con este nuevo mecanismo de pago.
- 2 El indicador es relevante para la Gestión Financiera del Seguro, toda vez que, en la medida que se incentive la Recaudación Electrónica en las Cotizaciones de Salud, se podrá mejorar sustancialmente la oportunidad, completitud y calidad de la información de nuestros asegurados, facilitando el acceso a los beneficios.
- 3 Respecto al concepto de Calidad de Atención en Sucursales, se mide en su detalle los siguientes conceptos:
1. Procedimiento Burocráticos.
  2. Trato del Personal.
  3. Información Errónea.
  4. Demora en la Atención.
  5. No Aplica Procedimiento.
  6. Servicio no disponible.
  7. Carece de Información.
  8. Documentos mal Emitidos.
  9. Cambio de Horario en Sucursales.
  10. Falta de Personal.
  11. Instalaciones e infraestructura.
  12. Error de cobro/vuelto.
- 4 El indicador considera los reclamos AUGE gestionados y resueltos en plazo legal, clasificados según la garantía explícita en salud (GES) involucrada: Oportunidad o Acceso.  
Además se incluye los reclamos GES clasificados como NO GES que se refiere a aquellos reclamos que teniendo un Problema de Salud AUGE, una vez analizado el requerimiento, no involucra garantía explícita de Salud (Oportunidad, Acceso, Protección Financiera o Calidad).  
Los reclamos por oportunidad incluye la siguiente clasificación: Incumplida, Vencida, Exceptuada, Vigente, En Riesgo de incumplimiento y Cumplida.  
No se incorporarán los reclamos de Protección financiera ya que nunca se ha ingresado un reclamo por GES de Protección Financiera incumplida o vulnerada (mal cálculo del deducible). Los reclamos que ingresan por Protección Financiera, egresan con la siguiente clasificación: No GES-Cobro Indebido y No GES-Cobro bien efectuado.  
Los reclamos por acceso se clasifican únicamente en Acceso: Prestación Garantizada.  
Los reclamos clasificados como NO GES tienen el siguiente desglose: Insatisfacción Usuaria, Prestación de Salud No garantizada, No Cumple criterio GES, Prestación de salud garantizada No Indicada, Etapa No garantizada, Ingreso a la Red Pública, No corresponde Cobertura GES en Extrasistema, Cobro Indebido, Cobro Bien efectuado, Post derivación 2° prestador y Problema de Salud No AUGE.  
Respecto de NO GES: Los reclamos AUGE que se gestionan pueden involucrar una garantía de Acceso u Oportunidad, pero también siendo un reclamo con un problema de salud AUGE, no necesariamente tienen una garantía involucrada. Por lo tanto, No GES se refiere a la clasificación de egreso que se otorga a un reclamo AUGE con un Problema de Salud AUGE sin garantía explícita en salud (GES) involucrada, por ejemplo:  
- Reclamo AUGE por Hernia del núcleo pulposo que reclama porque no ha sido evaluado por especialista o no lo han operado; una vez gestionado se clasifica como No GES: Etapa no garantizada (este problema de salud ingresa al AUGE sólo una vez que se indica la cirugía, la etapa de sospecha no tiene garantía)  
- Reclamo AUGE por Artritis reumatoide que reclama porque no le han entregado un medicamento xxxx. Una vez gestionado se clasifica como No GES: Prestaciones de Salud No garantizada (es decir el medicamento no se encuentra en el listado de prestaciones para este problema de salud)  
- Reclamo AUGE por Diabetes Mellitus 2 que exige se le entregue el medidor de glicemia y sus insumos, una vez gestionado se clasifica como No GES: Prestaciones de Salud Garantizada No indicada (es decir se encuentra en el listado de prestaciones para este problema de salud, debe ser indicada por el médico de la red pública para poder exigir su entrega)  
- Reclamo AUGE por Insuficiencia Renal etapa 4 y 5 que reclama por la atención deficiente de un Centro de diálisis, una vez gestionado se clasifica como No GES: Insatisfacción usuaria.  
Es por ello que los NO GES se deben sumar al numerador y denominador.

RESUELTOS: Son los reclamos AUGE en estado ¿solucionados? (es cuando se ha resuelto el requerimiento una vez gestionado) de acuerdo a la clasificación del sistema único de registro de solicitudes ciudadanas (BACK), cuya fecha de solución (inmodificable) y campos de clasificación son auditables y cuyo medio de verificación es la base de reclamos proporcionada por el sistema y que se presenta en base Excel.

RESUELTOS EN PLAZO: Son aquellos reclamos AUGE solucionados dentro de los plazos legales definidos en el punto

2.5 de la Circular IF/N° 4 ?"IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE TRAMITACION DE RECLAMOS ANTE EL FONDO NACIONAL DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL".

?2.5 Plazo de respuesta

Por regla general el plazo para emitir la respuesta a los reclamos será de 15 días hábiles contados desde el día hábil siguiente a su recepción. Excepcionalmente en el evento que deban requerirse antecedentes a terceros- ajenos a la entidad reclamada y con los cuales no tenga convenios vigentes-y que se estimen determinantes para responder el reclamo el mencionado plazos será de 30 días hábiles transcurrido el cual, la entidad deberá responder con los antecedentes que disponga.?

2. Indicadores de desempeño transversales (Objetivo 2). Ponderación Objetivo 2: 15.00%

N°	Indicador
1	Tasa de siniestralidad por incapacidades temporales en el año t
2	Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año t
3	Porcentaje de trámites digitalizados respecto del total de trámites identificados en el catastro de trámites del año 2014
4	Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t
5	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t
6	Porcentaje de licitaciones sin oferente en el año t
7	Porcentaje de actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizadas en el año t
8	Porcentaje de compromisos del Plan de Seguimiento de Auditorías implementados en el año t
9	Porcentaje de controles de seguridad de la información implementados respecto del total definido en la Norma NCh-ISO 27001 en el año t
10	Porcentaje de iniciativas para la descentralización del Plan de Descentralización implementadas en el año t

3. Indicadores de desempeño transversales (Objetivo 3). Ponderación Objetivo 3: 0.00%

N°	Indicador	Meta	Prioridad	Ponderador
----	-----------	------	-----------	------------