

FORMULACIÓN DE LAS METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL AÑO 2015

I. IDENTIFICACIÓN

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUPERINTENDENCIA DE SALUD	CAPÍTULO	11

II. FORMULACIÓN MEI

Marco	Ambito de Gestión	Area Prioritaria	Objetivos de Gestión	Prioridad	Ponderador
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance		
			I		
Marco MEI	Planificación y Control de Gestión	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	O	Alta	100.00%

III. SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Ambito de Gestión	Area Prioritaria	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 Fiscalizaciones Programadas efectuadas en "Resguardo Directo de los Derechos de las personas"	$(\text{Número de fiscalizaciones programadas efectuadas en "Resguardo Directo de los Derechos de las Personas" en el año t} / \text{Número total de fiscalizaciones programadas efectuadas en el año t} * 100) * 100$	62 %	Alta	8.00	1
2	Porcentaje de cumplimiento del plan de fiscalización a entidades acreditadoras en el año t	$(\text{Número de fiscalizaciones a entidades acreditadoras ejecutadas en el año t} / \text{Número de fiscalizaciones a entidades acreditadoras comprometidas en el año t}) * 100$	90.0 %	Mediana	8.00	2
3	Porcentaje de atenciones presenciales realizadas en máximo 12 minutos	$(\text{Nº de atenciones presenciales realizadas en máximo 12 minutos} / \text{Nº total de atenciones presenciales realizadas}) * 100$	80.0 %	Menor	7.00	3
4	Porcentaje de circulares emitidas, de iniciativa de la Superintendencia de Salud, de beneficio directo a las personas en el año t	$(\text{Número de circulares emitidas, de iniciativa de la Superintendencia de Salud, de beneficio})$	30.0 %	Alta	16.00	4

		directo a las personas en el año t /Número total de circulares emitidas, de iniciativa de la Superintendencia de Salud, en el año t)*100				
5	Porcentaje de Reclamos en las submaterias AUGE y VARIACIÓN DE PRECIO, resueltos en 60 días hábiles o menos en el año t	(Número de Reclamos en las submaterias AUGE y VARIACIÓN DE PRECIO, resueltos en 60 días hábiles o menos en el año t/Número total de Reclamos en las submaterias AUGE y VARIACIÓN DE PRECIO, resueltos en el año t)*100	78.0 %	Mediana	8.00	5
6	Porcentaje de Reclamos en las Submaterias NEGATIVA DE COBERTURA, TÉRMINO DE CONTRATO y CAEC, resueltos en 140 días hábiles o menos, en el año t	(Número de Reclamos en las Submaterias NEGATIVA DE COBERTURA, TÉRMINO DE CONTRATO y CAEC, resueltos en 140 días hábiles o menos, en el año t/Número total de Reclamos en las Submaterias NEGATIVA DE COBERTURA, TÉRMINO DE CONTRATO y CAEC, resueltos en el año t)*100	80.0 %	Mediana	8.00	6
7	Porcentaje de solicitudes de inscripción de títulos o habilitaciones profesionales, especialidades y subespecialidades en el registro de prestadores individuales de salud resueltas en el plazo de 60 días hábiles en el año t	(número de solicitudes de inscripción en el registro resueltas dentro de 60 días hábiles en el año t/número total de solicitudes de inscripción en el registro resueltas en el año t)*100	94.5 %	Alta	8.00	7
8	Porcentaje de solicitudes de acreditación resueltas hasta la etapa de inscripción en el registro, caso corresponda, dentro de un plazo de 120 días hábiles totales	(Número de solicitudes de acreditación resueltas hasta la etapa de inscripción en el registro, cuando corresponda, en un máximo de 120 días hábiles en el año t/Número total de solicitudes de acreditación resueltas hasta la etapa de inscripción en el registro , cuando corresponda, en el año t)*100	88 %	Alta	15.00	8
9	Porcentaje de Prestadores Institucionales Acreditados fiscalizados con plan de mejora aprobado en el año t	(Número de Prestadores Institucionales acreditados fiscalizados con plan de mejora aprobado en el año t/Número	85.0 %	Menor	7.00	9

		de Prestadores Institucionales acreditados fiscalizados en que se instruye presentación de un plan de mejora en el año t por 100)*100				
--	--	---	--	--	--	--

1 - Se entenderá por fiscalización Programada aquellas que se incluyen el plan de trabajo anual, categorizadas como Fiscalización Regular en el referido programa de fiscalización.

- Se entenderá como una fiscalización efectuada en "Resguardo Directo de los Derechos de las personas", aquellas que verifiquen directamente la entrega de un beneficio, una transacción que irroge el financiamiento de una prestación de salud, SIL o regularización de cotizaciones y la correcta tramitación de documentación contractual efectuada por las aseguradoras, considerándose como tales fiscalizaciones las siguientes:

- Verificación de la correcta entrega del financiamiento de las prestaciones de salud en sus distintas modalidades de financiamiento (Plan Complementario, GES, CAEC).
- Re-cálculos de cotizaciones en exceso, excedentes y regularizaciones de cotizaciones mal enteradas.
 - Tramitación de Licencias Médicas y pago de SIL.
 - Tramitación de aspectos contractuales; afiliación, adecuaciones y modificación de contratos, y término de Contratos.
 - Entrega de información asociada a la entrega de un Derecho en Salud sin la cual las personas no podrían acceder a él (Urgencia Vital, Notificación GES, Tramitación de reclamos).

Una misma fiscalización puede ser clasificada como resguardo directo de derechos, dependiendo de la instrucción particular contenida en el Oficio que respalda la ejecución de la fiscalización respectiva.

2 Corresponde al Objetivo Estratégico 8.2 Seguridad y Efectividad de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020

Se aumenta meta a un 90% y también se aumenta el n proyectado en un 37% respecto a las fiscalizaciones del año 2014; es decir a 401 fiscalizaciones a entidades Acreditadoras en las diversas materias que corresponde.

Plan de Fiscalización formalizado al 31 de marzo de 2015

3 - Este indicador mide la gestión del tiempo de espera de las personas para ser atendidos y considera las atenciones presenciales realizadas en las agencias de las 15 regiones.

-La proyección para los meses de septiembre a diciembre de 2014 (promedio 3.680 por mes) se hizo en base al promedio entre junio y agosto del mismo año. Período que incluye un mes con presencia comunicacional del Superintendente (Alza de Precio en planes de Isapre), hecho que lo hace más objetivo. De esa forma se estima que para diciembre se alcance una demanda total de 41.372 atenciones, un 11% más que a mismo período de 2013. Luego, para el año 2015 se proyecta un incremento en la demanda por este canal de 10%, es decir, la demanda llegaría a 45.509 atenciones. Dicha estimación es en base al promedio de los años 2012, 2013 y 2014 (real enero - agosto y proyectado septiembre - diciembre).

La estimación precedente considera los lineamientos comunicacionales de la actual administración, los cuales se centran en difundir a través de los medios de comunicación información de alto impacto en la ciudadanía respecto de sus derechos en salud , tanto para beneficiarios de Fonasa, Isapre y de Establecimientos de Salud.

- Es del caso mencionar que el indicador de tiempo de espera es nacional, aspecto que favorece dado que las Agencias Regionales poseen, por el nivel de demanda, un tiempo de espera para atender a los usuarios menor que en la Región Metropolitana. Es así como a agosto de 2014, el indicador para Agencias Regionales fue de 99% y en Santiago, de 65%. En relación a la distribución de las atenciones presenciales, ésta se concentra en un 56% en Santiago y en un 44% en Regiones.

- Otro punto a considerar es que entre los meses de enero y agosto de 2014, la demanda total de atenciones (todos los canales de contacto con la ciudadanía) fue de 87.483, un 19% más que al mismo período del año 2013, cuya demanda alcanzó las 73.771 atenciones.

- En virtud de lo señalado la propuesta es, y considerando un incremento en la demanda de atenciones (variable externa), mantener el indicador de atención presencial del 80% antes de los 12 minutos de espera.

4 Se entenderá de beneficio directo para las personas, que las Circulares, en alguno de sus puntos, establezcan:

- Interpretaciones normativas que impacten directamente en las bonificaciones y/o coberturas del contrato
- Contribución al acceso a los beneficios
- La facilitación de los trámites que realizan las personas en relación con el contrato de salud, con los beneficios que de él derivan y los reclamos que se originen
- Contribución a la entrega de mayor y mejor información a las personas, sobre sus derechos y beneficios en salud, o de otra naturaleza en la ejecución del contrato

Un mismo tema puede ser clasificado como directo o indirecto, dependiendo de la instrucción particular contenida en la circular respectiva. Un mismo procedimiento puede involucrar tanto a las Aseguradoras como a la Superintendencia de Salud.

5 Las submaterias consideradas en AUGÉ y VARIACIÓN DE PRECIOS corresponden a los códigos 1301, 1302, 1303,

1310, 1601, 1603 Y 1604. El indicador es anual, acumulado, y se calcula sobre la base de reclamos resueltos en el período t para las submaterias indicadas.

6 Las submaterias consideradas en NEGATIVA DE COBERTURA, TÉRMINO DE CONTRATO y CAEC, corresponden a los códigos 0101, 0102, 0104, 0157, 0304, 0308, 0107 y 0110. El indicador es anual, acumulado, y se calcula sobre la base de reclamos resueltos en el período t para las submaterias indicadas.

7 Se disminuye de 65 a 60 días hábiles, además de aumentar la meta de 80 a 85%.
Los años 2011 y 2012 sólo se midieron inscripción de especialidades en el Registro Nacional de Prestadores Institucionales.
El número promedio mensual en un periodo normal es de 3000 solicitudes.

8 La siguiente tabla indica los plazos normativos que se encuentran bajo el control de los Prestadores Institucionales y las Entidades Acreditadoras:

Etapas: EA Acepta designación (prorrogable por otros 5 días en caso de rechazo de la primera designación) entre 05 a 10 días hábiles.

Etapas: Plazo para pago del arancel por parte del Prestador Institucional - 10 días hábiles

Etapas: Plazo para que EA inicie la evaluación en terreno - 40 días hábiles

Etapas: Plazo para que la EA entregue el Informe de Acreditación a la Intendencia de prestadores, (prorrogables por el mismo periodo), entre 30 a 60

Total etapas: 85 a 120 días hábiles

Plazos de responsabilidad de la Intendencia de Prestadores de Salud:

Etapas: Admisibilidad de la solicitud, revisión cumplimiento requisitos normativos - 10 días hábiles

Etapas: Preparación del sorteo para designación aleatoria entre 05 a 10 días hábiles

Etapas: Revisión de Informe de Acreditación entregado por EA entre 05 a 10 días hábiles

Etapas: Elaboración de Resolución exenta final ? revisión y firma de Intendente - 3 días hábiles

Etapas: Inscripción en el Registro Nacional de PI Acreditados - 2 días hábiles

Total etapas: 25-35 días hábiles

Enero a agosto 2014 se han resuelto 61 procesos, no existe un dato específico de la demanda que existirá el año 2015, se estima que pudiera ser un 50% más que el 2014 por la entrada en vigencia de la garantía de calidad el año 2016.

No se tomarán en el indicador los Prestadores Institucionales que hayan desistido del proceso de acreditación.

9 El objetivo de esta fiscalización es la mantención del cumplimiento de las características del estándar por el cual fue acreditado el prestador en resguardo de la seguridad de las atenciones, y la mejora continua de sus procesos para apoyar y conseguir su re acreditación.

Contribuir a fortalecer y mantener la calidad del sistema nacional de acreditación en concordancia con el Objetivo sanitario 08 de la década.

Nos permite monitorear la calidad del trabajo de la Unidad de Fiscalización en acreditación, de la Intendencia de Prestadores, tanto en el trabajo de terreno como en la presentación de los informes de fiscalización de la mantención de los estándares por parte de los prestadores acreditados.

Se incluirá en el denominador de este indicador sólo la primera instrucción de plan de mejora emitida por la IP a través de Ordinario IP.

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

N°	Indicador
1	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t

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

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