REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
CCC / CRFJ / JCAL / TV / CPV / ACR / NOH / CGC / CSB / GAH

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por $.....
Imputación.....
Anot. por .....
Imputación.....
.....
Deduc.Dcto.....

11641/2016

FIJA AREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2017 PARA PAGO DE BONIFICACION POR DESEMPEÑO COLECTIVO INSTITUCIONAL A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 37 DE LA LEY Nº 19.664

SANTIAGO, 30 SET. 2016

EXENTO N° 323 /

VISTOS: Los artículos 28 d) y 37 de la Ley 19.664 y artículos 4, 5, 6 y 7 del Decreto 849/2000 del Ministerio de Salud, reglamento para el pago de la bonificación de desempeño colectivo institucional; Artículo 32 N°6 del Decreto Supremo N°100 del 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República. Resolución N°1600, de 2008, de Contraloría General de la República. Ordinario N°2428 de fecha 27 de Septiembre del 2016 del Sr. Ministro de Hacienda, dicto el siguiente.

Considerando:

1. Que los profesionales funcionarios tendrán derecho a percibir una bonificación por desempeño colectivo institucional que tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud.
2. Que las áreas prioritarias de mejoramiento de atención y los objetivos globales o compromisos que corresponden cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, sin perjuicio de los objetivos que, en particular, se establezcan para uno o más Servicios, deberán definirse mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministro de Hacienda.
3. Que, sobre la base del decreto del considerando anterior, en la forma y plazo legal, los Directores de Servicios de Salud deben celebrar uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, que a su vez deben ser consistentes con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo. Este convenio debe contener el programa anual de trabajo para el año siguiente, ya sea para cada unidad de trabajo o para el establecimiento en su conjunto.
4. Que, los convenios deben contemplar programas de trabajo constituidos por un conjunto de actividades formuladas de manera sistemática que deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales.

DECRETO

Artículo 1º.- Establézcanse las áreas prioritarias y objetivos que a continuación se indican, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2017, por los Servicios de Salud:

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE GESTION
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

Áreas prioritarias para los Servicios de Salud:

1. Área Atención Médica a Usuarios

Objetivo: Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención y garantizar una atención médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera:

a. Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.

b. Contribuir a satisfacer las necesidades de atención médica de la población y procurar una atención resolutiva.

c. Mejorar la calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias y eficacia en el uso de los recursos.

2. Área Atención Hospitalaria a Usuarios.

Objetivo: Disponer de una estructura organizacional que permita articular los componentes involucrados en la red para la gestión de camas a lo largo del país.

3. Área Coordinación de Red Asistencial

Objetivo: Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial a través de la acción de los profesionales de los Servicios de Salud y cumplir las garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.

COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Área Atención Médica a Usuarios.

N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2017	Prioridad	Medio de Verificación
1.1	Eficacia	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (< 140/90 mmHg) bajo control en el grupo de 15 y más años en el nivel primario, año t.	(N° pacientes hipertensos de 15 y mas años bajo control en el nivel primario, con P.A. < 140/90 mmHg, año t/Total de pacientes hipertensos de 15 y mas años bajo control en el nivel primario en año t)*100	≥ 65%	Alta	REM P04, SECCION B/A
1.2	Eficacia	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (HbA1c < 7) bajo control en el grupo de 15 y más años en el nivel primario, año t	(N° de pacientes diabéticos en el grupo de 15 y más años bajo control en el nivel primario con HbA1c < 7, año t / Total de pacientes diabéticos de 15 y mas años bajo control en el nivel primario en año t)*100	≥ 42%	Alta	REM P04, SECCION B/A
1.3	Eficacia	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente* en el grupo de 15 años y más en el nivel primario año t	(N° de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente en el grupo de 15 años y más en el nivel primario año t / Total de pacientes diabéticos bajo control del grupo de 15 años y más en el nivel primario año t) *100	≥ 67%	Alta	Numerador: REM P04, SECCION C.
1.4	Eficacia	Reducción de la mediana de días de espera de la LE quirúrgica mayor electiva (tiempo que espera el usuario) por intervenciones quirúrgicas en el año t.	[(Mediana de días de espera de la LE quirúrgica mayor electiva total del año t-1 - Mediana de días de espera de la LE quirúrgica total del año t) / Mediana de días de espera de la LE quirúrgica total del año t-1]*100 Línea Base: acumulada a diciembre del año anterior (2016)	5% de Reducción	Alta	Registro Nacional de listas de espera (RNLE).
1.5	Eficacia	Porcentaje de ambulatorización de cirugías trazadoras definidas en el año t. (Hernias umbilicales, inguinales, crurales, línea blanca; Colecistectomías por video laparoscopias) en pacientes mayores de 15 años.	((Número de egresos en tipo de actividad CMA trazadoras en pacientes mayores de 15 años en el periodo)/(N° total de egresos de cirugías trazadoras electivas (programadas) en pacientes mayores de 15 años en el periodo)) x 100 ; Línea Base: 31 de diciembre 2016 La medición debe hacerse en forma separada hernias y Colecistectomías	Para establecimientos con: -porcentaje < a 50% = aumento 7% sobre su línea base -porcentaje >50% = mantener o aumentar sobre su línea de base	Media	Base de datos IR-GRD versión y norma en uso, validado por equipo Minsal.

MINISTERIO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE GESTION DIRECCION DE PRESUPUESTOS

2. Área de Atención Hospitalaria a Usuarios.

N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2017	Prioridad	Medio de Verificación
2.1	Eficacia	Índice Funcional, eficiencia relativa de cada hospital en el uso de camas respecto del estándar nacional.	EMAC, en año t/ EM Norma, en año t.	≤ 1	Alta	Informe GRD Certificado por la Unidad de Análisis GRD del MINSAL.
2.2	Eficacia	Oportunidad de Hospitalización para pacientes desde UEH.	(N° de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de 12 horas, desde la indicación, en año t / Total de pacientes ingresados a los servicios clínicos con indicación de hospitalización, en el año t)*100	Disminución anual de 5% de pacientes con espera > 12 horas	Alta	Resumen Estadístico Mensual A08 SECCION G. Numerador: Columna C fila 70+Columna 71. Denominador: Columna C filas 69 a 71
2.3	Eficacia	Porcentaje días camas ocupados por pacientes con nivel de riesgo dependencia D2 D3 en el año t.	(Número de días cama ocupados en pacientes con nivel de riesgo dependencia D2-D3 en el periodo/ Total de días cama ocupados por pacientes categorizados según nivel de riesgo dependencia en el periodo) x 100	≤ 8% del total Categorizado	Alta	Resumen Estadístico mensual 20

3. Área Coordinación de Red Asistencial.

N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2017	Prioridad	Medio de Verificación
3.1	Eficacia	Promedio de días de Hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el sistema privado	Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema / Número total de pacientes trasladados vía UGCC al extrasistema.	≤ 8,5 días	Alta	Informe generado por el sistema UGCC.
3.2	Eficacia	Porcentaje de casos de Garantías Explícitas en Salud con indicación de inicio de tratamiento, en los casos que se cumplen las Garantías de Oportunidad de Inicio de Tratamiento, en el año t.	(N° de casos de Garantías Explicitas en salud con indicación de tratamiento, en los que se cumplen las garantías de oportunidad de Inicio de tratamiento año t / N° total de casos de Garantías Explicitas en salud con indicación de tratamiento año t) * 100	100%	Mediana	Reportes del SS y/o Informe del sistema de Información que esté en aplicación para estos efectos
3.3	Eficacia	Porcentaje de atenciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas según lo programado de atenciones trazadoras de tratamiento GES en contrato PPV para el 2017.	(N° de atenciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas dentro del año 2017 / N° de atenciones trazadoras de tratamiento programadas en el contrato PPV GES para el año 2017) * 100	100%	Mediana	Reportes del SS y/o Informe del sistema de Información que esté en aplicación para estos efectos

NOTAS DE LOS INDICADORES

1.1 Se entiende por paciente hipertenso compensado aquel que habiendo sido diagnosticado con presión arterial persistentemente elevada (> o = a 140/90 mmgh) registra una presión arterial menor a PA<140/90 mmHg en ultimo control vigente. Los pacientes hipertensos bajo control son aquellos que están adscritos al programa de salud cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04 sección A/B

1.2 Se entiende por paciente diabético compensado aquel que habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2, presenta una HbA1c <7 según ultimo control vigente. Los pacientes diabéticos bajo control son aquellos que están adscritos al programa de salud cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04 sección A/B.

1.3 La fuente de información para el numerador el REM P04, sección C y para el denominador REM P04, sección A.

1.4 Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera (tiempo que espera el usuario), según la demanda por intervenciones quirúrgicas asociadas al establecimiento, de acuerdo a los pacientes en espera del Registro Nacional de Listas de Espera. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente. La fuente de datos para este indicador es el Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE). Para esta meta la línea base a utilizar sería la que se exporte en enero del 2017 con fecha de corte 31/12/2016.

1.5 Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación, vuelve a su domicilio el mismo día. Se considerarán también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menor o igual a 23.59 horas y que ésta se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria. Se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia.

MINISTERIO DE HACIENDA · DEPARTAMENTO DE GESTION · DIRECCION DE PRESUPUESTOS

Intervención Quirúrgica: Es la actividad terapéutica efectuada preferentemente en pabellón quirúrgico y por personal calificado, que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico.

2.1 Este indicador refleja la eficiencia relativa de cada hospital en el uso de sus camas respecto del estándar nacional.
Este estándar y/o también llamado "Norma de comportamiento de las estadías hospitalarias" permite poner en igualdad la condición clínica y la complejidad de los casos para su comparación. Cuando el valor del IF es menor de 1, se dice que el hospital es más eficiente que el estándar en término de uso de sus camas y a la inversa, si es mayor que 1 será menos eficiente que el estándar.
El índice funcional (IF), es el cociente entre la estancia media ajustada por casuística (EMAC) y la estancia media del estándar y/o de la norma. Aplicable sólo a Establecimientos con sistema operativo GRD, en el periodo correspondiente a la evaluación.
El Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión, MINSAL es quien valida este dato al cierre de año de evaluación.

Fórmula:

IF = EMAC / EM Norma o Estándar

Observaciones:

- El resultado es entregado por la herramienta informática
- EMAC, es la estancia media que habría tenido el hospital tratando los pacientes del estándar con la estancia media por GRD propia del hospital (es decir como si hubiera tenido la misma casuística del estándar)

2.2 Este indicador mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a una cama en un tiempo menor a 12 horas.

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización.

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos:

- Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.
- Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado

La demora en el ingreso a una cama hospitalaria implica un retraso en la entrega de los cuidados y tratamientos necesarios para una pronta recuperación, afectando directamente el pronóstico de los pacientes atendidos en un servicio de urgencia. Además, entorpece el adecuado flujo de pacientes, al tener bloqueada una camilla de atención. La fuente de datos son REM A08 sección G (Numerador: Columna C Fila 69. Denominador: Columna C filas 69 a 71).

2.3 Este indicador mide el porcentaje de las camas, que se encuentran ocupadas por pacientes categorizados D2 y D3. Dicha categoría, debe determinarse mediante la aplicación de la pauta de categorización de pacientes hospitalizados vigente (CUDYR) y como pre-requisito se exige la categorización del 90% del total de las camas del establecimiento.

Se solicita como requisito adicional, una evaluación cruzada del Proceso de Categorización entre servicios clínicos, para evaluar la consistencia y concordancia del registro, según las orientaciones enviadas por DIGERA.

Este indicador no considera las camas de obstetricia (puerperio y alto riesgo), psiquiatría y pensionado. Para efectos de la aplicación de la fórmula, se deben excluir estos servicios del numerador y denominador

Fuente de datos:
Para el numerador se obtienen los datos del Sistema REM 20 y para el denominador, utilizar registro o planilla propia, que entregue el total de días cama ocupados, sólo de aquellos pacientes que fueron categorizados, según pre-requisito y pauta CUDYR vigente, cuyo resultado sea concordante con los datos del sistema REM 20.

3.1 Este indicador mide el Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema en relación al Número total de pacientes trasladados vía UGCC al sistema privado. El Universo del indicador incluye: Todo paciente derivado vía UGCC al sector privado que sigue el flujo habitual de búsqueda, solicitado desde un hospital público. Este indicador aplica a la Dirección del Servicio de Salud.

Se excluyen: Los casos de pacientes crónicos (que se trasladan por convenios establecidos), los derivados por convenios directos y casos especiales que no siguen los flujos habituales de derivación o que el SS considere como tal y finalmente se excluye toda derivación realizada al sistema privado que utilice como mecanismo de pago el GRD. Durante el año 2016, (hasta agosto) llevamos un promedio de días de estada en el extrasistema de 8.9 días.

3.2 Los casos con Garantías Explicitas en Salud (GES) correspondientes a los problemas de salud que se encuentren vigentes al 1° de Enero del 2016 se evaluarán a contar de dicha data hasta el 31 de diciembre del mismo año, el universo de garantías incluye solo las referidas a inicio de tratamiento.

a) El número de garantías GES cumplidas (numerador) en el año T corresponden al total de garantías activadas en el año T que se tipifican como incumplidas, incumplidas con evento y exceptuada dentro de plazo.
b) Se definen como garantías GES totales (denominador) a la suma de las garantías cumplidas, incumplidas con evento, exceptuadas dentro de plazo, incumplidas sin evento y exceptuadas fuera de plazo.
c) Respecto a las garantías incumplidas sin evento y en complemento con el punto b), no solo se consideran las generadas en el año T sino que se suman igualmente las acumuladas de periodos anteriores.
d) No se incluirán las garantías nombradas como "No Definidas"
e) No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
f) El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T.

Las Garantías Explicitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el régimen GES. Para este indicador se consideran Garantías Retrasadas a aquellas que no cumplen con la garantía explicita de oportunidad: referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma, condiciones que determina el Decreto respectivo.

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE GESTION
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

3.3 Aplica considerando en el denominador el contrato PPV. Considera todas las atenciones realizadas (prestaciones realizadas) desde el 01/01/2017 al 31/12/2017. Considera todas las atenciones realizadas de tratamiento incluidas en el PPV respectivos reconocido entre ambas partes, establecimiento / Servicio y el FONASA. Según macro red vigente. El denominador podrá ser modificado por la reprogramación del contrato PPV, hasta el 31 de octubre del 2017, siempre y cuando el FONASA emita un informe en donde señale las causales de dicha. Si esta se debe a causales externas de la institución se considerará en el denominador la reprogramación, por el contrario si las causales son por problemas de gestión interna no será posible modificar la programación inicial en el denominador. El medio verificador será el informe de actividades programadas/cumplidas mensual por establecimiento emitido y derivado por FONASA a los Servicios de Salud, en donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de Prestaciones Valoradas GES.

Artículo 2º: Los compromisos son priorizados, clasificándolos en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores deberán ser priorizados de acuerdo a lo establecido en este decreto. Los indicadores con ALTA prioridad deben tener individualmente una ponderación mayor que un indicador de MEDIA prioridad. Por otra parte, ningún indicador deberá tener una ponderación inferior a 5%, debiendo en todo caso sumar 100% para el total de cada establecimiento o Servicio de Salud. Cada establecimiento **deberá suscribir el convenio con el Servicio de Salud contemplando todos los indicadores de desempeño que les sean aplicables.**

Artículo 3º: Aquellos Servicios de Salud que en 2015 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2017, deben comprometer a lo menos la mantención de dicha cifra.

Artículo 4º: El cumplimiento de los compromisos suscritos en el convenio de desempeño de los Servicios de Salud, dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios del establecimiento de salud o unidad de trabajo que corresponda una bonificación por desempeño colectivo institucional de acuerdo a la siguiente indicación:

a) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 90%:
Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM

b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 90%
Porcentaje de Bonificación = 50% del PBM

c) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%
Porcentaje de Bonificación = 0% del PBM

Nota: PBM = es el porcentaje de bonificación máximo que se establecerá en el decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año 2018.

Artículo 5º: El porcentaje de cumplimiento global del establecimiento se calculará multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sumándose luego cada uno de estos resultados parciales para todos los indicadores señalados en el convenio del establecimiento. ***El Porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador se encuentra entre 75% a 94% se asignará el ponderador proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.***

Artículo 6º: Los Directores de establecimientos deberán celebrar convenios con los Directores de Servicios de Salud para el cumplimiento de estos objetivos, dentro de las áreas prioritarias señaladas, fijándose las metas por cada establecimiento o unidad de trabajo, convenios que deberán ser consistentes con los que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.

Artículo 7º: El Ministerio de Salud deberá certificar el porcentaje de cumplimiento de los compromisos fijados para los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

POR ORDEN DE LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

RODRIGO VALDÉS PULIDO
MINISTRO DE HACIENDA

DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD