

FORMULARIO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2005

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

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2001	Efectivo 2002	Efectivo 2003	Efectivo a Junio 2004	Estimación 2012	Meta 2005	Ponderación	Medios de Verificación	Supuestos	Notas
<ul style="list-style-type: none"> •Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales <ul style="list-style-type: none"> -Régimen de Garantías Explícitas, AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) 	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>1 Porcentaje de casos AUGE en riesgo de incumplimiento de la Garantías de Oportunidad a la Atención resueltos</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(N° de casos AUGE en riesgo de incumplimiento de garantías de oportunidad a la atención resueltos/N° total de casos AUGE en riesgo de incumplimiento de garantías de oportunidad a la atención)*100	N.C.	N.C.	100 % (19807/19807)*100	N.M.	100 % (1532/1532)*100	100 % (1879/1879)*100	5%	<p><u>Base de Datos/Softwares</u></p> <p>e</p> <p>Informe de evaluación del programa y sistema informático</p>	1	1
<ul style="list-style-type: none"> •Fiscalización del Plan de Salud <ul style="list-style-type: none"> -Fiscalización y Control de Prestaciones 	<p><u>Eficiencia/Producto</u></p> <p>2 Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	N° fiscalizaciones de las prestaciones médicas del Plan de Salud/N° fiscalizadores	112 3906/35	219 7666/35	275 9626/35	N.M.	231 8100/35	276 9660/35	5%	<p><u>Formularios/Fichas</u></p> <p>Reportes de fiscalización efectuadas;</p> <p>Base de datos del Seguro Público de Salud</p>	2	2
<ul style="list-style-type: none"> •Servicios de atención al Beneficiario/a <ul style="list-style-type: none"> -Solución de sugerencias y reclamos 	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>3 Porcentaje de Reclamos por mala calidad de atención en sucursales respecto del total de</p>	(N° de Reclamos por mala calidad del servicio año/N° total de Reclamos realizados	33 % (773/2320)*100	32 % (757/2376)*100	35 % (1422/4080)*100	N.M.	34 % (3050/8853)*100	32 % (3648/11510)*100	3%	<p><u>Formularios/Fichas</u></p> <p>Informes Sistema de Gestión de Reclamos</p>	3	3

	reclamos recibidos Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	año)*100										
•Servicios de atención al Beneficiario/a -Emisión de Ordenes de Atención en Salud	<u>Eficacia/Producto</u> 4 Porcentaje de Bonos Electrónicos emitidos respecto del total de Bonos emitidos en el año. Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° de Bonos electrónicos emitidos/N° de Bonos emitidos)*100	1 % (123735/15954293)*100	8 % (1269740/16125009)*100	14 % (2336002/16685731)*100	N.M.	16 % (2712819/16955119)*100	18 % (3143478/17463772)*100	5%	Reportes/Informes Boletín Estadístico y Reportes Componente Ventas Sistema Información Seguro Público	4	4
•Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales -Modalidad de Atención Institucional (MAD)	<u>Economía/Proceso</u> 5 Porcentaje de Registros rechazados en la Inscripción de beneficiarios per cápita atención primaria Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(1-(N° registros certificados y validados en la atención primaria/N° de registros inscripción beneficiarios atención primaria recibidos))*100	4.12 % (1-(8060245.00/8406439.00))*100	3.40 % (1-(8569917.00/8871777.00))*100	3.99 % (1-(8902294.00/9272304.00))*100	N.M.	2.61 % (1-(9225085.00/9472322.00))*100	2.04 % (1-(9629806.00/9830125.00))*100	8%	Base de Datos/Software e Reporte computacional certificación y verificación. Base per cápita atención primaria.	5	5
•Servicios de atención al Beneficiario/a -Información del Plan de Salud (a través de la Red de Sucursales, Web, Call Center, FONASA - Móvil)	<u>Calidad/Producto</u> 6 Porcentaje de llamadas telefónicas ingresadas al Call Center que corresponden a Consultas y Orientación telefónica. Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	((N° de llamadas telefónicas ingresadas al Call Center que corresponden a consultas y orientación telefónica/N° de llamadas telefónicas ingresadas al Call Center)*100	N.M.	N.M.	N.M.	N.M.	90 % (612000/680000)*100	93 % (694710/747000)*100	5%	Base de Datos/Software e REPORTE DEL CALL CENTER	6	6
•Servicios de atención al Beneficiario/a -Solución de sugerencias y reclamos	<u>Calidad/Producto</u> 7 Porcentaje de Reclamos	(N° de reclamos por mala calidad de atención en	N.M.	N.M.	N.M.	N.M.	90 % (2745/3050)*100	93 % (3393/3648)*100	5%	Base de Datos/Software e Reportes del Sistema de	7	7

	<p>por Mala Calidad de Atención en sucursales, resueltos dentro de 15 días</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>sucursales resueltos dentro de 15 días/N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales)*100</p>								Reclamos		
<p>●Fiscalización del Plan de Salud -Fiscalización y Control de Prestaciones</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>8 Porcentaje de prestadores con formulación de cargos respecto del total de prestadores fiscalizados en áreas críticas</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° total de prestadores con formulación de cargos/N° total de prestadores fiscalizados en áreas críticas)*100</p>	<p>25 % (163/643) *100</p>	<p>26 % (172/655) *100</p>	<p>24 % (140/587) *100</p>	<p>N.M.</p>	<p>24 % (140/587)*100</p>	<p>24 % (140/587) *100</p>	<p>3%</p>	<p><u>Reportes/Infor mes</u> Reportes de fiscalización - Informes consolidados de actividad y bases de datos SPS</p>	<p>8</p>	<p>8</p>
<p>●Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales -Modalidad de Atención Institucional (MAI)</p> <p>●Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales -Modalidad Libre Elección (MLE) -Programa: Préstamos Médicos en Salud Evaluado en: 2003</p>	<p><u>Economía/Resultado Intermedio</u></p> <p>9 Porcentaje de la recuperación de Préstamos Médicos sobre el gasto en Préstamos Médicos</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(Ingresos por recuperación de Préstamos en el año/Monto Préstamos Médicos otorgados en el año)*100</p>	<p>16.0 % (3559389.0/21980310.0)*100</p>	<p>19.2 % (4586026.0/23840231.0)*100</p>	<p>34.8 % (5756744.0/16554862.0)*100</p>	<p>N.M.</p>	<p>46.4 % (6470102.0/13953503.0)*100</p>	<p>45.4 % (6702019.0/14760041.0)*100</p>	<p>8%</p>	<p><u>Reportes/Infor mes</u> Reportes Data Warehouse del Sistema de información del Seguro Público, módulo Préstamos Médicos.</p>	<p>9</p>	<p>9</p>
<p>●Servicios de atención al Beneficiario/a -Información del Plan de Salud (a través de la Red de Sucursales, Web, Call Center, FONASA - Móvil)</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>10 Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>(Encuestados que califica como satisfactorio el servicio entregado por FONASA/Total de encuestados)*100</p>	<p>75 % (766/1021) *100</p>	<p>74 % (3994/5376)*100</p>	<p>76 % (1140/1500)*100</p>	<p>N.M.</p>	<p>76 % (5016/6600) *100</p>	<p>76 % (760/1000) *100</p>	<p>8%</p>	<p><u>Reportes/Infor mes</u> Informes de Encuestas de Satisfacción realizadas por empresas externas</p>	<p>10</p>	<p>10</p>

	Aplica Gestión Territorial: --											
<p>•Servicios de atención al Beneficiario/a</p> <p>-Información del Plan de Salud (a través de la Red de Sucursales, Web, Call Center, FONASA - Móvil)</p>	<p><u>Calidad/Productos</u></p> <p>11 Porcentaje de encuestados que califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Encuestados que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)/Total de encuestados)*100	60 % (614/1021)*100	67 % (3623/5368)*100	67 % (1005/1500)*100	N.M.	68 % (3808/5600)*100	68 % (544/800)*100	8%	Reportes/Informes de Encuestas realizadas por empresas externas	11	11
<p>•Fiscalización del Plan de Salud</p> <p>-Fiscalización de Cotizaciones</p>	<p><u>Eficiencia/Productos</u></p> <p>12 Promedio de empresas fiscalizadas (cotizaciones) por fiscalizador de cotizaciones</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Número total de empresas fiscalizadas/Número total de fiscalizadores de cotizaciones)	209 (2304/11)	198 (2778/14)	190 (3980/21)	N.M.	198 (4160/21)	198 (4160/21)	5%	Reportes/Informe de Fiscalización de Cotizaciones	12	12
<p>•Fiscalización del Plan de Salud</p> <p>-Fiscalización de Cotizaciones</p>	<p><u>Economía/Resultado Intermedio</u></p> <p>13 Porcentaje de recuperación de evasión de cotizaciones</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Monto de cotizaciones evadidas recuperadas/Monto total de cotizaciones evadidas)*100	1.0 % (398807.0/4605140.60)*100	2.7 % (717803.0/2624606.30)*100	3.3 % (1287626.0/3905300.00)*100	N.M.	3.3 % (12887700.0/390536350.0)*100	3.3 % (1405000.0/42201483.0)*100	5%	Reportes/Acta de Fiscalización y Documentos de pago	13	13
<p>•Servicios de atención al Beneficiario/a</p> <p>-Información del Plan de Salud (a través de la Red de Sucursales, Web, Call Center, FONASA - Móvil)</p>	<p><u>Calidad/Productos</u></p> <p>14 Tiempo promedio de respuesta a las consultas por página web</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	Tiempo total de respuesta a las consultas por página web/Total de consultas por página web	N.C.	2 días 5314/2657	1 día 4800/4800	N.M.	1 día 4260/4260	1 día 5112/5112	3%	Reportes/Estadística Call Center y Web master	14	14
<p>•Fiscalización del Plan</p>	<p><u>Eficacia/Productos</u></p>	(N° de	17 %	27 %	25 %	N.M.	28 %	28 %	3%	Reportes/Informes	15	15

de Salud -Fiscalización y Control de Prestaciones	15 Porcentaje de prestadores fiscalizados en la Modalidad Libre Elección en áreas críticas Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados en áreas críticas/N° total de prestadores vigentes según área crítica, de la modalidad libre elección)*100	(643/3868) *100	(655/2384) *100	(587/2384) *100		(587/2127) *100	(587/2127) *100		mes Reportes consolidados de actividad y bases de datos Seguro público de salud		
•Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales	<u>Eficacia/Producto</u> 16 Porcentaje de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Sistema de Salud Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Sistema de Salud/Total de usuarios FONASA encuestados)* 100	N.C.	N.C.	72 % (1080/150 0)*100	N.M.	70 % (4620/6600) *100	71 % (710/1000) *100	5%	Reportes/Infor mes Informe de encuesta de Satisfacción usuaria, realizada por empresas externas	16	16
•Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales -Régimen de Garantías Explícitas, AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas)	<u>Calidad/Producto</u> 17 Porcentaje de casos AUGE en los que se cumplen las garantías AUGE Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° de casos en los que se cumplen las garantías AUGE/N° total de casos AUGE atendidos)*10 0	N.C.	100 % (2560/256 0)*100	100 % (19807/19 807)*100	N.M.	100 % (78000/780 00)*100	100 % (1600000/ 1600000) *100	5%	Reportes/Infor mes Informe de estado de avance piloto AUGE y fichas SEGPRES	17	17
•Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales -Modalidad Libre Elección (MLE)	<u>Economía/Producto</u> 18 Porcentaje del pago PAD Cuenta conocida realizado en la Modalidad Libre Elección respecto del total del pago en la Modalidad Libre Elección Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Monto total del pago PAD Cuenta Conocida realizado en la Modalidad Libre Elección/Mont o total pago en la Modalidad Libre Elección)*100	8.6 % (1683185 3730.0/19 61169366 33.0)*100	9.2 % (1956015 9940.0/21 18273880 24.0)*100	12.5 % (2850913 8800.0/22 76414136 04.0)*100	N.M.	13.7 % (34435925 148.0/2513 57117867.0) *100	15.0 % (4095239 7732.0/27 30159848 79.0)*100	8%	Reportes/Infor mes Informes del Sistema Informático, componente venta de bonos. Informe Gasto por Emisión.	18	18

<p>•Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales</p> <p>-Modalidad de Atención Institucional (MAI)</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>19 Porcentaje de Prestaciones que cumplen con la garantía de tiempos máximo de acceso de 90 días desde la indicación médica en prestaciones incluidas en el Programa de Oportunidad de la Atención No AUGE</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° Prestaciones que cumplen garantía tiempos máximo de acceso de 90 días desde la indicación médica en prestaciones incluidas en el Programa de Oportunidad de la Atención No AUGE/N° de Prestaciones del Programa de Oportunidad de la Atención No AUGE efectuadas)*100</p>	<p>97 % (58616/60429)*100</p>	<p>99 % (49066/49316)*100</p>	<p>99 % (49751/50403)*100</p>	<p>N.M.</p>	<p>100 % (75565/75565)*100</p>	<p>100 % (74886/74886)*100</p>	<p>3%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Informes de estadísticas del S.I.S., Módulo Programas Especiales.</p>	<p>19</p>	<p>19</p>
---	--	--	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------	---	-----------	-----------

Notas:

1 Los casos AUGE en riesgo de incumplimiento corresponde a aquellos casos en que los Servicios de Salud podrían no resolver y que según los Compromisos de Gestión firmados no debe ser superior al 2% de los casos, siempre y cuando se resuelvan dentro de los plazos definidos como críticos (80% de cumplido el tiempo garantizado), ante lo cual FONASA tiene la responsabilidad de resolverlo a través de la función de compra. No existe información para los años anteriores, ya que el piloto AUGE comienza a ser implementado en Agosto del año 2002. Para el año 2003, el FONASA, controla el 100% de los casos AUGE, para los 5 problemas de salud incorporados en el Piloto AUGE. Para el año 2004, se incorporan 12 nuevos problemas de salud. Debido a la cantidad de casos AUGE que se incorporarán paulatinamente en el Piloto, a partir del año 2004, se firman compromisos de gestión con los Servicios de Salud, con el fin que se cumplan las garantías explícitas para los casos AUGE que deban ser resueltos. El indicador se refiere a los 17 problemas vigentes y se complementará con los casos de los nuevos problemas de salud 2005 una vez que se apruebe se determine qué problemas de salud definitivamente se considerarán y su financiamiento.

2 El indicador contempla las fiscalizaciones en ambas modalidades, Atención Institucional y Libre Elección.

3 El aumento de los reclamos por mala calidad del servicio, en el año 2003 es producto de la masificación de los sistemas de captura en los canales de contacto del Fondo Nacional de Salud. Se espera que aumente el número de reclamos recibidos debido a la integración de la Red de Establecimientos Públicos al Sistema de Reclamos. Se consideran Reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales: Tiempos de demora en Atención, cajero cobra de más, Documentos mal emitidos, Falta de Personal, Falta de información / información errónea, instalaciones e Infraestructura, Procedimiento engorroso, Servicio no Disponible, Trato del Personal, otros.

4 El aumento de la Meta 2005, se basa en el esfuerzo del FONASA por masificar la emisión del Bono Electrónico, ya que la adquisición Electrónica de Bonos presenta mayores beneficios para sus Beneficiarios, tanto por la ampliación de la cobertura que ofrece el servicio como por la relación con la simplificación del trámite. La emisión del bono electrónico representa para el año 2004 y 2005 un 14% y un 16% del gasto estimado en la MLE.

5 El objetivo de esta medición es detectar y evitar el acceso de usuarios que no tienen derecho a utilizar la Modalidad de Atención Institucional. No se dispone de información para los años 1999-2000, debido a que no existía el proceso de certificación per cápita. Se considera registro rechazado aquel RUT de persona que, al momento de hacer el corte, se encuentra afiliado a Isapre, Capredena o Particular, así como También RUT's de personas fallecidas. Se considera el número de registros validados, aquel que del total de registros recibidos, elimina los registros duplicados, repetidos, doble inscritos y los registros inválidos como fecha inválida, RUT inválido, código de establecimiento erróneo, entre otros. Esta última operación la realiza el Sistema automáticamente, por tanto, se asegura que el 100% de los registros certificados y validados para el pago APS corresponde a beneficiarios FONASA.

6 Durante los años 2002 y 2003, no existe una clasificación exacta de las llamadas ingresadas por consultas al Call Center, ya que para el 1er. periodo, este funcionó con periodos de ajuste y marcha blanca, consolidándose sólo a contar del año 2003. Para el año 2004 se consideraron mejoras en la aplicación e instrucciones que permitirán una tipificación del tipo de llamadas ingresadas al Call Center.

7 Para los años 2001, 2002 y 2003 no había clasificación de los reclamos que ingresaban al FONASA. A partir del año 2004, se mejoró la aplicación del sistema de reclamos, permitiendo su tipificación. Se considera disminuir el tiempo de resolución de reclamos dentro de 15 días solo a aquellos que son atingentes a la gestión directa de FONASA. Los reclamos por mala calidad de atención en sucursales se clasifican en: Tiempos de demora en Atención, cajero cobra de más, Documentos mal emitidos, Falta de Personal, Falta de información / información errónea, instalaciones e Infraestructura, Procedimiento engorroso, Servicio no Disponible, Trato del Personal, otros.

8 No se cuenta con mediciones durante el año 1999 y 2000. La función de fiscalización fue adoptada en el año 2001. A partir del año 2001 se ha sistematizado la información de prestadores sancionados, por lo tanto, la tendencia esperada para el año 2002 y 2003 es la misma, pudiendo ser modificada con los datos reales. Para el año 2004 y 2005 se focalizarán los esfuerzos institucionales de fiscalización en aquellas áreas que según antecedentes puedan presentar irregularidades.

9 Los montos están expresados en miles de pesos. Debido a las acciones realizadas para la recuperación de Préstamos, este indicador ha aumentado desde el año 2000 a la fecha. Además, considera aumento de bonificación en prestaciones que ya no solicitarán financiamiento por esta vía.

10 La calificación "Satisfactoria" corresponde a las notas desde 6, en una escala de 1 a 7, conforme a encuesta de opinión realizada por Empresa Externa.

11 La calificación "Satisfactoria" corresponde a las notas desde 6, en una escala de 1 a 7 conforme a encuesta de opinión realizada por empresa externa.

12 No existen mediciones para el año 2000, ya que, durante el año 2001 fue asumida la función de fiscalización de cotizaciones solo para la Región Metropolitana. Durante el año 2002 y 2003 se extendió esta función a todas las Direcciones Regionales del país.

13 Los datos están expresados en miles de pesos. El concepto recuperado corresponde a la detección de evasión que implica la generación de un acta de fiscalización la cual el empleador deberá pagar en el INP y dar aviso de actualización de las planillas declaradas y no pagadas al INP. Posterior a ello, se realizan las acciones de cobranza efectuado por el INP, organismo delegado por Fonasa para la gestión de cobranza de estos valores.

14 No existe información para los años 2000 y 2001, por no contar con los sistemas acondicionados para entregar estos datos. Indicador expresado en días.

15 No existen mediciones para el año 2000, ya que, la función de fiscalización fue asumida en el año 2001. Se está reorientando actividad fiscalizadora hacia la MAI y AUGE, por tanto, se mantiene el estimado 2004 para el 2005.

Las áreas críticas corresponden a las prestaciones que representan al menos el 60 % del gasto de la MLE: Consultas, Diálisis, Kinesiología e imagenología. Esta actividad, tiene una mayor focalización a un menor número de prestadores que presentan mayor riesgo, basado en criterios estándares para todas las Direcciones Regionales.

16 No existe información del año 2000 a 2002 debido a que la encuesta no fue aplicada. Para el 2003 se realizó una encuesta a una muestra menor. Para el año 2004, se realizará una encuesta externa a una muestra de 6.600 encuestados. Para evaluar protección se preguntará por acceso, costo de las prestaciones y cobertura de la red FONASA. Se utilizará una escala de 1 a 7, donde uno o más 5,0 se considerará que se siente protegido por el sistema.

17 No existe información para años anteriores, ya que, el piloto AUGE comienza a ser implementado en Agosto del año 2002. Las garantías corresponden a acceso, Oportunidad, Calidad - Protección Financiera, sin embargo, dado que los instrumentos de medición de estas garantías están en desarrollo, solo se mide en este indicador el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

18 PAD Pagos Asociados a Diagnóstico. Los datos se obtienen de la Base de Emisión de Bonos por Sistema. No considera el copago del Bono Electrónico.
Los años 2004 y 2005 se calculan en base al estimado en gasto de Modalidad Libre Elección (MLE) por emisión.

19 No existen mediciones para los años 1999 y 2000, por no contar con los sistemas no estaban acondicionados para entregar esta información. El año 2001 considera las prestaciones del Programa de Oportunidad en la Atención (POA). A partir del año 2002 las mediciones consideran el programa de Prestaciones Valoradas.

Supuesto Meta:

1 Que los Servicios de Salud cumplan con los compromisos de gestión para el año, en cuanto a la resolución de los 17 problemas de salud 2004 más los que se incorporen en el 2005.

2 .

3 Los volúmenes proyectados para el 2005 dependen de la integración de la red de establecimientos públicos al Sistema de Reclamos, lo cual está directamente asociado a la aprobación presupuestaria (solo el 10% de la red de establecimientos públicos está integrado al sistema de reclamos)

4 Incorporación de nuevos prestadores al Sistema de Bono Electrónico.

5 Qué los Servicios de Atención Primaria no aumenten la base ingresando RUT de personas afiliadas a Isapre, Capredena, Particulares y fallecidos.

6 .

7 .

8 Mantener el número de fiscalizadores del Plan de Salud en la Institución.

9 Considera que no se alteren las tasas de crecimiento en el otorgamiento de los préstamos Médicos.

Se mantienen las actuales bonificaciones de las prestaciones a las que tienen acceso a financiamiento a través de esta vía.

10 Contar con los recursos internos o externos para realizar la encuesta.

11 Contar con los recursos para realizar las encuestas internas o externas. Que los sistemas se entreguen con los estándares de calidad definidos.

12 Mantener el número de fiscalizadores (cotizaciones) en la Institución.

13 Mantener el número de fiscalizadores (cotizaciones), en la Institución.

14 No se alteren las tasas de crecimiento de ingreso de consultas a través de este medio.

15 Mantener el número de fiscalizadores del Plan de Salud en la Institución.

16 Contar con los recursos necesarios para la realización de la encuesta (se estima una muestra encuestada con recursos internos). Que los Servicios de Salud y los establecimientos de salud, operen conforme a los estándares de calidad requeridos y la gestión de la red responda a la demanda de prestaciones requerida.

- 17 Que el crecimiento de la demanda de prestaciones AUGE se produzca conforme a la proyección realizada por Fonasa y Minsal.
Que los Establecimientos de Salud registren los casos AUGE en el SIS (Sistema de Información en Salud), para realizar el correcto monitoreo y control de las garantías AUGE.
Correcta operación del sistema informático que medirá la garantía de oportunidad (SIS).
- 18 No existan cambios en las tendencias de crecimiento, por el uso de los PAD.
Aprobación del arancel asociado a los PAD (composición del financiamiento de la prestación).
- 19 Que los Servicios de Salud cumplan con la entrega de las prestaciones POA en los plazos definidos.
Que la demanda por las prestaciones no se vea alterada por factores externos.