

FORMULARIO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2008

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

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2004	Efectivo 2005	Efectivo 2006	Efectivo a Junio 2007	Estimación 2012	Meta 2008	Ponderación	Medios de Verificación	Su-pues-tos	No-tas
<p>•Régimen General de Garantías en Salud</p> <p>-Prestamos Médicos</p> <p>-Programa: Préstamos Médicos en Salud</p> <p>Evaluado en: 2003</p>	<p><u>Economía/Resultado Intermedio</u></p> <p>1 Porcentaje de la recuperación de préstamos médicos sobre el monto total de préstamos médicos otorgados</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Ingresos por recuperación de Préstamos en el año/Monto Préstamos Médicos otorgados en el año)*100	48.3 % (6477566 845.0/134 06334013 .0)*100	60.7 % (6617932. 0/109014 68.0)*100	77.3 % (6775229 623.0/876 9175722. 0)*100	85.0 % (32888079 2.0/387088 852.0)*100	77.5 % (6854894.0 /8845024.0) *100	80.0 % (6040000. 0/755000 0.0)*100	4%	Reportes/Infor mes Reportes Data Warehouse del Sistema de información del Seguro Público, módulo Préstamos Médicos.	1	1
<p>•Servicios de atención al Beneficiario/a</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>2 Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA respecto al total encuestado</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	(Encuestados que califica como satisfactorio el servicio entregado por FONASA/Total de encuestados)*100	73 % (4588/628 5)*100	76 % (2696/354 8)*100	73 % (631/864) *100	N.C.	76 % (760/1000) *100	76 % (760/1000) *100	5%	Reportes/Infor mes Informes de Encuestas de Satisfacción realizadas por empresas externas.	2	2
<p>•Servicios de atención al Beneficiario/a</p> <p>-Entrega de Información oportuna, pertinente y de calidad del Régimen General de Garantías en Salud</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>3 Porcentaje de encuestados que califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center,</p>	(Encuestados que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call	70 % (4399/628 5)*100	71 % (2519/354 8)*100	69 % (258/374) *100	N.C.	68 % (680/1000) *100	69 % (690/1000) *100	5%	Reportes/Infor mes Informes de Encuestas realizadas por empresas externas.	3	3

	sucursales, web) Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	center, sucursales, web)/Total de encuestados)* 100										
•Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud -Fiscalización de Cotizaciones	<u>Eficiencia/Producto</u> 4 Promedio de empresas fiscalizadas (cotizaciones) por fiscalizador de cotizaciones Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Número total de empresas fiscalizadas/Número total de fiscalizadores de cotizaciones)	215 (4519/21)	208 (4375/21)	203 (4265/21)	81 (1703/21)	200 (4200/21)	200 (4200/21)	8%	Reportes/Infor <u>mes</u> Informe de Fiscalización de Cotizaciones	4	4
•Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud -Fiscalización de Cotizaciones •Gestion Financiera -Recaudación	<u>Economía/Resultado Intermedio</u> 5 Porcentaje de recuperación de evasión de cotizaciones Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(Monto de cotizaciones evadidas/Monto total de cotizaciones evadidas)*100	4.3 % (1678940.0/39053000.0)*100	3.7 % (1546049.0/42201000.0)*100	4.0 % (1699734.0/42400000.0)*100	2.0 % (655253.0/32542000.0)*100	5.2 % (1696000.0/32542000.0)*100	5.2 % (1889000.0/36300000.0)*100	5%	Reportes/Infor <u>mes</u> Acta de Fiscalización y Documentos de pago	5	5
•Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud -Fiscalización y Control de Prestaciones	<u>Eficacia/Producto</u> 6 Porcentaje de prestadores fiscalizados en la Modalidad Libre Elección en áreas críticas Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° de prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados en áreas críticas/N° total de prestadores vigentes según área crítica, de la modalidad libre elección)*100	24 % (578/2383)*100	30 % (710/2382)*100	26 % (763/2991)*100	11 % (329/3080)*100	26 % (786/3080)*100	30 % (960/3172)*100	5%	Reportes/Infor <u>mes</u> Reportes consolidados de actividad desde cada Subdepto Control Regional. Archivos fuente en cada Dirección Regional.	6	6
•Régimen General de Garantías en Salud	<u>Eficacia/Producto</u> 7 Porcentaje de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de Salud	(N° de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de	73 % (4588/6285)*100	74 % (2625/3548)*100	73 % (631/864)*100	N.C.	72 % (720/1000)*100	72 % (720/1000)*100	4%	Reportes/Infor <u>mes</u> Informe de encuesta de Satisfacción usuaria, realizada por	7	7

	Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	Salud/Total de usuarios FONASA encuestados)* 100								empresas externas.		
•Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud -Fiscalización y Control de Prestaciones	<u>Eficiencia/Producto</u> 8 Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud. Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	N° fiscalizaciones de las prestaciones médicas del Plan de Salud/N° fiscalizadores	304 10631/35	455 15918/35	457 15994/35	222 7786/35	280 9800/35	315 11025/35	8%	<u>Formularios/Fichas</u> Reportes/Informes desde cada Subdepto Control Regional. Informes de Fiscalizadores	8	8
•Servicios de atención al Beneficiario/a -Solución de solicitudes ciudadanas	<u>Calidad/Producto</u> 9 Porcentaje de Reclamos por mala calidad de atención en sucursales respecto del total de reclamos recibidos Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: --	(N° de Reclamos por mala calidad del servicio año/N° total de Reclamos realizados año)*100	28 % (1291/4612)*100 H: 0 M: 0	24 % (2027/8625)*100 H: 0 (0/0)*100 M: 0 (0/0)*100	13 % (1242/9361)*100 H: 0 M: 0	5 % (329/6257)*100 H: 5 (5/100)*100 M: 5 (5/100)*100 0	15 % (1800/12000)*100 H: 16 (684/4394)*100 M: 15 (1116/7608)*100	15 % (1800/12000)*100 H: 16 (684/4394)*100 M: 15 (1116/7608)*100	8%	<u>Formularios/Fichas</u> Informes Sistema de Gestión de Reclamos.	9	9
•Servicios de atención al Beneficiario/a -Emisión de Ordenes de Atención en Salud	<u>Eficacia/Producto</u> 10 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	28 % (404444/1465297)*100	31 % (5542674/17627526)*100	34 % (7191569/20927234)*100	40 % (4071265/10295512)*100	32 % (5800000/18100000)*100	32 % (5800000/18100000)*100	4%	<u>Reportes/Informes</u> Boletín Estadístico y Reportes Componente Ventas Sistema Información Seguro Público.	10	10
•Servicios de atención al Beneficiario/a -Solución de solicitudes ciudadanas	<u>Calidad/Producto</u> 11 Porcentaje de Reclamos	(N° de reclamos por mala calidad de atención en	90 % (1545/1716)*100	92 % (1865/2027)*100	95 % (1184/1242)*100	90 % (297/329)*100	94 % (2915/3100)*100	94 % (2915/3100)*100	3%	<u>Base de Datos/Software</u> Reportes del Sistema de	11	11

	<p>por Mala Calidad de Atención en sucursales, resueltos dentro de 15 días</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: S1 Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>sucursales resueltos dentro de 15 días/N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales)*100</p>	<p>H: 0 M: 0</p>	<p>H: 0 (0/0)*100 M: 0 (0/0)*100</p>	<p>H: 0 M: 0</p>	<p>H: 90 (90/100)*100 M: 90 (90/100)*100</p>	<p>H: 94 (1108/1178)*100 M: 94 (1807/1922)*100</p>	<p>H: 94 (1108/1178)*100 M: 94 (1807/1922)*100</p>		<p>Reclamos.</p>		
<p>•Régimen General de Garantías en Salud</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>12 Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas según contrato.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas, en cumplimiento a lo establecido en Contrato/N° total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas según Contrato)*100</p>	<p>99 % (2157060/2172366)*100</p>	<p>96 % (9549696/9948545)*100</p>	<p>96 % (1195430/21242361)*100</p>	<p>40 % (3680653/9311173)*100</p>	<p>100 % (11808753/11808753)*100</p>	<p>100 % (11976901/11976901)*100</p>	<p>8%</p>	<p>Reportes/Informes Informe cumplimiento Programa Prestaciones Valoradas</p>	<p>12</p>	<p>12</p>
<p>•Régimen General de Garantías en Salud</p>	<p><u>Eficiencia/Producto</u></p> <p>13 Porcentaje de Prestaciones Asociada al Diagnóstico (PAD) otorgadas en la Modalidad Libre Atención (MLE) respecto del total de Prestaciones que resuelven un diagnóstico PAD en la MLE (PAD + Pago por Prestaciones PPP)</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° de Prestaciones Asociada al Diagnóstico (PAD) otorgadas en la Modalidad Libre Atención (MLE) /N° Total de Prestaciones (PAD + PPP) que resuelven un diagnóstico PAD en la MLE (PAD + Pago por Prestaciones</p>	<p>76.0 % (61517.0/80930.0)*100</p>	<p>80.5 % (72286.0/89837.0)*100</p>	<p>82.5 % (81992.0/99359.0)*100</p>	<p>83.8 % (42919.0/51247.0)*100</p>	<p>84.1 % (85600.0/101764.0)*100</p>	<p>84.1 % (78000.0/92699.0)*100</p>	<p>5%</p>	<p>Reportes/Informes Archivo Consolidado Emisión MLE (Subdepto. Informática FONASA).</p>	<p>13</p>	<p>13</p>

<p>● Régimen General de Garantías en Salud -Plan de beneficios en salud</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>14 Porcentaje de garantía de acceso cumplida respecto del total de garantías registradas.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>PPP))*100</p> <p>(N° de casos creados/N° de casos creados + reclamos)*100</p>	N.C.	99.99 % (1329559.00/132970)*100	99.94 % (3218609.00/3220609.00)*100	79.53 % (518931.00/652514.00)*100	100.00 % (4436500.00/4436500.00)*100	100.00 % (1.00/1.00)*100	5%	<p>Reportes/Infor mes Sistema SIGGES. Reporte de Reclamos. Informe de Evaluación AUGE.</p>	14	14
<p>● Régimen General de Garantías en Salud -Plan de beneficios en salud</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>15 Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas respecto del total de garantías de tratamiento.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° de garantías de tratamiento de oportunidad cumplidas/N° total de garantías de tratamiento)*100</p>	N.C.	94.80 % (1311188.00/1383090.00)*100	95.00 % (3365527.00/3542660.00)*100	93.65 % (2625218.00/2803230.00)*100	95.00 % (4636143.00/4880150.00)*100	100.00 % (1.00/1.00)*100	5%	<p>Reportes/Infor mes Sistema SIGGES.</p>	15	15
<p>● Régimen General de Garantías en Salud -Plan de beneficios en salud</p>	<p><u>Eficiencia/Producto</u></p> <p>16 Porcentaje de garantía de protección financiera cumplida respecto del total de garantías registradas.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --</p>	<p>(N° de estados de cuenta de Garantías Explícitas en Salud (GES) correctamente cobradas - reclamos garantía protección financiera ha lugar/N° de estados de cuentas GES cobradas)*100</p>	N.C.	S.I.	S.I.	S.I.	100.00 % (40000.00/40000.00)*100	100.00 % (40000.00/40000.00)*100	5%	<p>Reportes/Infor mes Reporte Sistema SIGGES y Base datos FONASA.</p>	16	16
<p>● Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud -Fiscalización y Control de Prestaciones</p>	<p><u>Eficiencia/Resultado Intermedio</u></p> <p>17 Porcentaje de ahorro en cuenta médica por fiscalización de prestaciones del plan de salud respecto del total facturación</p>	<p>(Monto rebajado por fiscalización de prestaciones del plan de salud/Monto total de facturación</p>	N.C.	N.C.	N.C.	1.8 % (233870844.0/13369107343.0)*100	4.5 % (601609830.0/13369107343.0)*100	5.0 % (701878136.0/14037562710.0)*100	3%	<p>Reportes/Infor mes Reportes consolidados de actividad.</p>	17	17

	fiscalizada. Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	fiscalizada)*100											
<ul style="list-style-type: none"> ● Régimen General de Garantías en Salud ● Plan Nacional de Afiliación y Acreditación 	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 18 Porcentaje de Temporeros beneficiarios de FONASA según estimado temporeros nivel País. Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: --	(N° total de temporeros beneficiarios del FONASA/N° total estimado de Temporeros a nivel País)*100	33.4 % (206085.0 /617640.0)*100 H: 0.0 (0.0/0.0)*100 M: 0.0 (0.0/0.0)*100	35.5 % (219075.0 /617640.0)*100 H: 26.8 (165539.0 /617640.0)*100 M: 8.7 (53536.0/617640.0)*100	57.7 % (356337.0 /617640.0)*100 H: 0.0 (0.0/0.0)*100 M: 0.0 (0.0/0.0)*100	62.5 % (385760.0/617640.0)*100 H: 62.5 (62.5/100.0)*100 M: 62.5 (62.5/100.0)*100	51.8 % (320000.0/617640.0)*100 H: 38.9 (240000.0/617640.0)*100 M: 13.0 (80000.0/617640.0)*100	64.8 % (400000.0 /617640.0)*100 H: 48.6 (300000.0 /617640.0)*100 M: 16.2 (100000.0 /617640.0)*100	5%	Reportes/Informes Reportes/Informes sobre el tema de trabajador temporero.	18	18	
<ul style="list-style-type: none"> ● Régimen General de Garantías en Salud -Plan de beneficios en salud ● Servicios de atención al Beneficiario/a ● Plan Nacional de Afiliación y Acreditación -Acreditación ● Plan Nacional de Afiliación y Acreditación -Emisión de instrumentos de identificación 	<u>Eficiencia/Resultado Intermedio</u> 19 Porcentaje de indigentes o personas carentes de recursos, acreditados con nuevo sistema de acreditación de FONASA respecto al número de indigentes estimados por FONASA periodo 2006-2010. Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: --	(N° de indigentes o personas carentes de recursos con credenciales del nuevo sistema de acreditación/N° de indigentes estimados por Fonasa periodo 2006-2010)*100	S.I.	42 % (1008033/2400000)*100	S.I.	92 % (2213760/2400000)*100	92 % (2200000/2400000)*100	95 % (2280000/2400000)*100	5%	Base de Datos/Software Base de datos de beneficiarios de Fonasa.	19	19	

Notas:

1 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.

2 LaLa calificación “Satisfactoria” corresponde a las notas desde 6, en una escala de 1 a 7, conforme a encuesta de opinión realizada por Empresa Externa. Las encuestas se aplican anualmente, por lo que no hay mediciones intermedias. Se realizará un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio.

3 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. Las encuestas se aplican anualmente, por lo que no hay mediciones intermedias. Se realizará un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio. La meta definida para el 2008, se estima de un comportamiento histórico del indicador, no se compromete un 75%, ya que se está reformulando la metodología en la entrega de la información a nuestros encuestados.

4 Es inviable alcanzar mayor número de fiscalizaciones a las logradas a la fecha, las cuales demandan una alta carga de trabajo para el personal fiscalizador de FONASA.

Importante es precisar lo siguiente:

1.- El total de días hábiles para el 2008 es alrededor de 250. Esta cifra por consiguiente implica, que cada fiscalizador ocupa en promedio 1,25 días para ejecutar y concretar la fiscalización para una sola empresa. A lo anterior se debe descontar vacaciones por fiscalizador (15 días por cada uno), contando con un tiempo real para fiscalizar de 235 días hábiles. Tomando en cuenta dicho período de descanso legal, este tiempo promedio disminuye para la consecución del indicador a solo 1,1 días, sin considerar eventualidades como licencias médicas o permisos administrativos. (Los fiscalizadores por ley son ministros de fe y están por resolución exclusivamente designados para ejecutar su rol fiscalizador, por consiguiente no son reemplazables por funcionario alguno, a menos que sea otro fiscalizador de la institución).

2.- Aumentar la meta a 210 empresas anuales fiscalizadas por fiscalizador, ceteris paribus, sólo es posible si los fiscalizadores ocuparan 0,89 días para realizar cada fiscalización en terreno, lo cual es imposible.

3.- Cabe mencionar que este indicador da cuenta del rendimiento promedio que obtiene un fiscalizador en el período de un año y que si bien la labor principal de los fiscalizadores es ejecutar la fiscalización de las empresas in situ, también ellos deben desarrollar diversas actividades de carácter complementario que potencian a fortalecer la tarea fiscalizadora y que comprende básicamente: a.- Difusión a asociaciones gremiales de empleadores. b.- Difusión a entidades gremiales de trabajadores, destinadas a informarles la acción fiscalizadora de FONASA, y los derechos que tienen los trabajadores para velar por sus cotizaciones de salud. c.- Investigación de denuncias efectuadas por los trabajadores. d.- Investigaciones para verificar la veracidad de la relación laboral entre empleadores y trabajadores afiliados a FONASA.

4.- Además se cuenta con el factor de la dispersión geográfica de las empresas, factor que dificulta enormemente la consecución del indicador requerido. En varias regiones del país las empresas se encuentran bastante alejadas de las oficinas de FONASA. Esto se debe a las características propias de la zona donde se desempeña dicha función. Específicamente en los extremos norte y sur del país esta labor fiscalizadora se hace bastante compleja por los largos desplazamientos que deben realizar los fiscalizadores.

5.- El universo de empresas a fiscalizar por FONASA, comprende un conjunto de empresas de las más variadas características, en cuanto a su tamaño, el sector económico en que se desenvuelven, el volumen de trabajadores, grado de formalidad, burocracia y tecnología, factores todos los cuales inciden en el tiempo que FONASA ocupa en la accesibilidad a la variada documentación que durante el período de fiscalización solicita al empleador.

6.- El proceso de la fiscalización de cotizaciones se realiza tomando la información de los empleadores, en donde se revisa en terreno la planilla de trabajadores y se verifica si existe la declaración y no pago o subdeclaración de remuneraciones.

Las cifras de este indicador para el año 2008 son: 4.200 empresas fiscalizadas y 21 fiscalizadores respectivamente.

5 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.

6 Dada la reforma de salud impulsada por el Gobierno, la Institución a trabajado enfocando sus recursos, hacia las GES. Es por este motivo, que el Dpto. a mantenido la meta de este indicador constante, ya que éste, está limitado plenamente a la MLE. El objetivo nuestro, es enfocar nuestros recursos en el AUGE, más aún, cuando este año se incorporan 16 nuevos problemas de salud, y el RRHH con el que contamos es el mismo que el de 6 años atrás. Sin embargo, haremos un esfuerzo y aumentaremos la meta del indicador en un 4% para el próximo año, es decir 30% respecto del total de prestadores fiscalizados en la Modalidad Libre Elección, recordando que la fiscalización de prestadores se realiza verificando el convenio y las prestaciones asociadas a él, además de revisar las fichas clínicas e investigar reclamos asociados si los hubiere.

7 Para la protección se evaluará el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud. Se utilizará una escala de 1 a 7, donde 5,0 a más se considerará que se siente protegido por FONASA. La encuesta se realiza anualmente por tanto no hay mediciones intermedias. Se realizará un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio.

8 Considerando las distintas variables que afectan al proceso de fiscalización (días hábiles año, feriado legal, días administrativos, licencias médicas, etc.) se llegó a la conclusión que la capacidad efectiva de un fiscalizador es de 1,5 fiscalizaciones diarias de un total de 210 días hábiles (240 días hábiles año- 15 feriado legal-6 días administrativos -9 días promedio licencia medica por fiscalizador = 210 días hábiles año), esto implica, que en un año éste podría realizar solo 315 fiscalizaciones. La Fiscalización de prestaciones médicas se realiza revisando los convenios y las prestaciones asociadas a él, como también las fichas clínicas.

9 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.

10 FONASA ha generado acciones por masificar la emisión del Bono Electrónico, ya que la adquisición de este 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.

11 A partir del año 2005, se mejoró la aplicación del sistema de reclamos, permitiendo su tipificación (Consultas, solicitudes, reclamos sugerencias, felicitaciones y denuncias). 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. Se entiende por reclamo resuelto, el momento cuando se le comunica por escrito o verbalmente la respuesta al usuario; esta actividad tienen como hito de verificación el cambio de estatus a solucionado, en el Sistema de Gestión de Reclamos, registrando para este evento la acción específica realizada.

12 Considerando que la actividad finalmente comprometida a realizar durante el año 2008, se obtiene de procesos de negociación a realizar en meses futuros, las cantidades se consignan como estimaciones que solo 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 (esto último válido también para el año 2007)

13 El PAD es un conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada. El Pago por prestaciones PPP, considerará aquellas Prestaciones identificadas como trazadoras en los paquetes PAD pero que no fueron realizadas a través del sistema de pago con cuenta conocida PAD, optando el beneficiario por el pago de las prestaciones individuales que se efectúe. Las Prestaciones Trazadoras son aquellas prestaciones necesarias para la realización y cobro del PAD. Es decir, la resolución de un diagnóstico sólo se podrá considerar como efectuado si y solo si, la prestación identificada como trazadora ha sido llevada a cabo. La incorporación de cualquier nuevo PAD debe significar la modificación de la meta comprometida, por cuanto la sustitución entre las prestaciones PPP y PAD es gradual. Asimismo, esta sustitución nunca será perfecta, habida consideración que la MLE se basa en que el beneficiario pueda elegir tanto al profesional como la institución que desea atenderse y, por otra parte, algunas de las intervenciones PAD existentes no es posible programarlas y se resuelven en los Servicios de Urgencia.

14 Se comienza a medir cuando legalmente empieza a operar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el año 2005. Se considera la garantía cumplida cuando el Beneficiario ingresa a la Red (nuevo caso creado en SIGGES) y no existe reclamo asociado.

15 Se comienza a medir cuando legalmente empieza a operar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el año 2005. Se considera la garantía cumplida cuando el evento esperado (solicitud de interconsulta, Informe de proceso diagnóstico IPD, planilla de registro, orden de atención o prestación) ha sido registrada en el Sistema SIGGES. Se propuso medir específicamente la garantía de tratamiento, debido a que esta refleja el resultado definitivo de la solución del problema de salud garantizado, clara intención del respectivo Decreto ya que puede no garantizarse etapas intermedias del ciclo de atención, pero nunca podrá excluirse la garantía de tratamiento en cada problema de salud. En este indicador no se puede comprometer con el 100% de las garantías cumplidas, ya que por agentes externos, como son los servicios de salud, que se espera que cumplan con los plazos y acciones que se han comprometidos a gestionar.

16 Se comienza a medir cuando legalmente empieza a operar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en el año 2005. Se considera la garantía cumplida cuando los estados de cuenta GES están correctamente cobradas y pagadas por el beneficiario sin un reclamo asociado ha lugar. Estado de Cuenta GES se refiere a cobranza mensual de copagos GES de una Cuenta Corriente GES.

17 El indicador se construye solo con información de la Modalidad de Libre Elección (MLE). La fiscalización en MLE, implica verificar las prestaciones efectuadas y compararlas contra arancel y aplicar normativa. Como resultado hay cobros que pueden incumplir arancel o norma. Todo esto implica rebajar lo cobrado incorrectamente y recuperar recursos por concepto de copagos y Fondo Ayuda Médica MLE (FAM MLE), y consecuentemente también devoluciones o reintegros a Beneficiarios. En resumen ahorros para el Fondo y Pacientes. No existe información disponible para años anteriores. La medición estimada para el año 2006 estará disponible en el segundo semestre. Construcción conservadora a partir de Resultados registrados Planes de fiscalizaciones MLE 2003.

18 El programa de trabajadores temporeros, se creó en el año 2001, asegurando la protección en salud tanto al trabajador como a su familia, con el objetivo que el beneficiario acceda a la afiliación extendida con solo cotizar por 60 días o 4 meses en el lapso de un año, asegurándole a él y a sus cargas durante los doce meses posteriores a la última cotización presentada. El estimado nivel país (617.640) se logra de acuerdo a información recogida desde el INE (estadística de ocupación y desocupación ago-oct05) y la encuesta Casen 2000. No se cuenta con información disponible para el mes de Junio. Este Plan ha incluido las siguientes acciones: a.- Fortalecimiento interno, mejorando procesos y fortaleciendo capacitaciones al personal de atención de sucursales y Call Center Fonasa. b.- Acercamiento a la red empresarial y social, a través de: Sindicatos, organizaciones sociales representativas y Empresarios (empresas, organizaciones de empresas y subcontratistas). c.- Trabajo intersectorial: Nacional y regional. d.- Programa de Afiliación e información, fortaleciendo el trabajo territorial con la programación de actividades en terreno por la vía de oficinas móviles y fortaleciendo las coordinaciones para acreditaciones masivas que permitan aumentar la afiliación de trabajadores temporeros y regularizar la acreditación de los existentes.

19 La información que se registra en el numerador corresponde a aquellas personas que figuran como titular o integrante de un hogar que ha sido calificado como carente de recursos ante Fonasa, de acuerdo a los nuevos criterios de calificación de carencia y están vigentes en nuestros sistemas de información, para acceder a las atenciones de salud con la protección social en salud que otorga Fonasa en la modalidad institucional.

Supuesto Meta:

1 El cumplimiento de este indicador depende de los siguientes factores: 1) cambios en la demanda de préstamos médicos que depende de las preferencias de las personas para atenderse en las distintas modalidades de atención. 2) de los porcentajes de cobro sobre la renta imponible establecidos, 3) de cambios en los niveles de renta y nivel de empleo de los beneficiarios de préstamos.

2 Se espera que nuestro proveedor (ENTEL) no tenga caídas del sistema, para que los sistemas informáticos que soportan la gestión de apoyo a la atención de los beneficiarios (información y orientación, afiliación, emisión de bonos, préstamos médicos, etc.) funcionen adecuada y oportunamente.

3 Se espera que siga el comportamiento histórico de atención de los canales de contacto y no un aumento demasiado explosivo en la demanda que colapse los sistemas de información.

4 Este indicador depende que se mantenga el mismo número de fiscalizadores.

5 Este indicador puede verse afectado por los siguientes factores: 1) Estabilidad macroeconómica. 2) Cambios significativos de cotizantes dependientes Fonasa.

6 Se espera que se cumpla el crecimiento estimado prestadores áreas críticas de un 3%. Además que al menos, no disminuya el N° de Fiscalizadores actuales, ya que no se ha logrado incrementar el RRRH. También que el Ministerio de Salud no modifique lineamientos del sector, que obliguen a cambios de la Planificación.

7 Se espera que los Servicios de Salud cumplan con lo establecido contractualmente, de manera tal que respondan adecuadamente a las necesidades de salud de la población beneficiaria del Seguro Público. Se espera que la Autoridad Sanitaria mantenga las condiciones normativas en ambas modalidades de atención. Se espera que el efecto colateral de otras campañas comunicacionales y otros entes del sector o entes externos (como Colegio Médico, etc) no afecten el resultado comunicacional global esperado.

- 8 Se espera que los criterios de orientación de la fiscalización definidos por la Autoridad Sanitaria mantengan una proporción entre la fiscalización de la Modalidad Institucional (AUGE), y la Modalidad Libre Elección conforme a las estimaciones realizadas.
- 9 Se espera que el número de reclamos por concepto de infraestructura, (considerado dentro de los atributos de mala calidad de atención) no aumente considerablemente.
- 10 Se espera que la Autoridad Sanitaria no disponga de medidas que incida en las reglas de emisión de bonos electrónicos (en especial respecto a prestaciones asociadas al bono electrónico).
- 11 Se espera que el número de reclamos por concepto de los atributos de mala calidad de atención no aumente considerablemente.
- 12 No considera eventuales modificaciones en mejoramientos de garantías que generen mayor actividad en GES 2008, por cuanto ello aún está en proceso de estudio y posterior definición.
- 13 Se espera que no exista algún cambio en los lineamientos entregador por la Autoridad Sanitaria en los usos de los PAD.
- 14 Se espera que la demanda asociada a los Problemas de Salud AUGE definidos se mantenga conforme a las estimaciones realizadas. Se espera que la red pública funcione correctamente, conforme a lo comprometido en los Contratos firmados tanto con Minsal como con FONASA, otorgando el acceso a la Red a los beneficiarios FONASA y registrando oportunamente en el Sistema SIGGES.
- 15 Se espera que la demanda asociada a los Problemas de Salud AUGE definidos se mantenga conforme a las estimaciones realizadas. Se espera que la red pública funcione correctamente, conforme a lo comprometido en los Contratos firmados con SUBRED y FONASA, resolviendo la garantía dentro de los plazos estimados y registrando oportunamente en el Sistema SIGGES.
- 16 Se espera que la decisión de la autoridad Ministerial sea positiva respecto de las alternativas de cobros que da fonasa, para así realizar las gestiones que corresponde.
- 17 Que no se cambie el escenario legal que implique la fiscalizaciones de prestaciones del plan.
- 18 Se espera que se logre acercamiento a la red empresaria y social, además de realizar un gran trabajo de afiliación territorial, conforme a las estimaciones y presupuesto definido.
- 19 El denominador se mantiene fijo y supone que los carentes de recursos se mantienen fijos para el período comprometido.