

INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2016

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

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo a Junio 2015	Estimado 2015	Meta 2016	Ponderación	Medios de Verificación	Notas
•Gestión de Consultas y Reclamos	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de atenciones presenciales realizadas en máximo 12 minutos</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((N° de atenciones presenciales realizadas en máximo 12 minutos /N° total de atenciones presenciales realizadas)*100)</p>	80.6 %	85.8 %	79.7 %	78.1 %	79.6 %	80.0 %	5%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Informe consolidado de canales de atención a nivel nacional</p>	1
•Fiscalización	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Alta Complejidad, públicos y privados, fiscalizados por Ley 20.584 en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Alta Complejidad, públicos y privados, fiscalizados por Ley 20.584 en el año t /Número total de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Alta Complejidad, públicos y privados)*100)</p>	n.m.	11.3 %	66.9 %	66.1 %	66.1 %	70.2 %	13%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Minuta elaborada en base a datos de las actas de fiscalización</p> <p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Plan de Fiscalización por cumplimiento de Ley 20.584</p>	2

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo a Junio 2015	Estimado 2015	Meta 2016	Ponderación	Medios de Verificación	Notas
•Administración de los sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de Prestadores Institucionales Acreditados fiscalizados con plan de mejora aprobado en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de Prestadores Institucionales acreditados fiscalizados con plan de mejora aprobado en el año t/Número de Prestadores Institucionales acreditados fiscalizados en que se instruye presentación de un plan de mejora en el año t por 100)*100)</p>	n.m.	n.m.	97.1 %	95.5 %	85.0 %	85.0 %	10%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Reporte con detalle de Prestadores Institucionales Acreditados con solicitud y resultado de fiscalización con instrucción de plan de mejora.</p>	3
•Fiscalización	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de Fiscalizaciones Programadas efectuadas en "Resguardo Directo de los Derechos de las personas"</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de fiscalizaciones programadas efectuadas en "Resguardo Directo de los Derechos de las Personas" en el año t/Número total de fiscalizaciones programadas efectuadas en el año t)*100)</p>	56 %	71 %	53 %	82 %	62 %	63 %	15%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Minuta elaborada en base a los datos del Sistema de Fiscalización</p>	4

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo a Junio 2015	Estimado 2015	Meta 2016	Ponderación	Medios de Verificación	Notas
•Regulación	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de circulares emitidas, de iniciativa de la Superintendencia de Salud, de beneficio directo a las personas en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Número de circulares emitidas, de iniciativa de la Superintendencia de Salud, de beneficio 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)</p>	n.m.	26.7 %	56.0 %	45.5 %	30.4 %	34.8 %	16%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Minuta elaborada en base a datos de fichas de proyectos de Regulación</p>	5
•Gestión de Consultas y Reclamos	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de Reclamos en las submaterias AUGE y VARIACIÓN DE PRECIO, resueltos en 60 días hábiles o menos en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((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)</p>	n.m.	91.8 %	89.5 %	82.1 %	78.0 %	80.0 %	8%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Minuta elaborada con base a datos del Sistema Único de Reclamos (SUR)</p>	6

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo a Junio 2015	Estimado 2015	Meta 2016	Ponderación	Medios de Verificación	No-tas
•Gestión de Consultas y Reclamos	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>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</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((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)</p>	n.m.	83.3 %	86.7 %	75.8 %	75.0 %	80.0 %	8%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>Minuta elaborada con base a datos del Sistema Único de Reclamos (SUR)</p>	7
•Administración de los sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud	<p><u>Eficiencia/Producto</u></p> <p>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</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((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)</p>	0.0 %	91.2 %	98.2 %	98.1 %	94.5 %	95.0 %	15%	<p><u>Reportes/Informes</u></p> <p>SIAS Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud</p>	8

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Efectivo 2014	Efectivo a Junio 2015	Estimado 2015	Meta 2016	Ponderación	Medios de Verificación	Notas
•Administración de los sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud	<u>Eficiencia/Producto</u> 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 Aplica Desagregación por Sexo: NO	((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 %	100 %	97 %	100 %	88 %	88 %	10%	<u>Reportes/Informes</u> Minuta elaborada en base a datos del Sistema de Acreditación interno	9

Notas:

1.-El indicador es anual, acumulado y mide la gestión del tiempo de espera de las personas para ser atendidas y considera las atenciones presenciales realizadas en las agencias de las 15 regiones.

2.-El denominador considera un total de 124 Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Alta Complejidad, públicos y privados a nivel nacional. Se contemplarán los siguientes ámbitos susceptibles de fiscalizar por Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud:- Dignidad del paciente- Información- Autonomía- Seguridad de la Atención- Procedimientos Administrativos- Fichas Clínicas- Oportunidad

3.-Se incluyen en la medición todos los procesos de fiscalización regular a Prestadores Institucionales Acreditados que han sido ejecutados en el período. 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. Se considera en la medición:- Para efectos del numerador se considera Plan de Mejora Aprobado, aquel definido en el Modelo de Fiscalización, que indica que será aquel que cumpla con el 70% o más de las instrucciones emitidas por la Intendencia de Prestadores a través de Ordinario IP conductor del informe de Fiscalización al prestador institucional.- Para efectos del denominador: las fiscalizaciones a Prestadores Institucionales Acreditados que han dado lugar a un Informe de Fiscalización que por Ordinario IP instruye un Plan de Mejora al prestador. Se considerarán todos los Planes de Mejora instruidos entre el 01 de enero y el 30 de noviembre del año t, dando el mes de diciembre como plazo para que los planes instruidos hasta el 30 de noviembre sean presentados por parte de los Prestadores Institucionales y revisados y aprobados por esta Intendencia en el año t.

4.-Se entenderá por Fiscalización Programada aquellas categorizadas como Fiscalización Regular en el Sistema de Fiscalización. Estas actividades incluyen las que se encuentran definidas en el Programa de Fiscalización, así como las que se realizan durante el año, producto de la contingencia. 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 irrogue el financiamiento de una prestación de salud, SIL o regularización de cotizaciones y la correcta tramitación de documentación contractual efectuada por las aseguradoras, en donde se consideran principalmente las siguientes: - Verificación de la correcta entrega del financiamiento de las prestaciones de salud en sus distintas modalidades de financiamiento (Plan Complementario, GES, CAEC, 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 al otorgamiento de un Derecho en Salud sin la cual las personas no podrían acceder a él (Urgencia Vital, Notificación GES, Tramitación de reclamos).

5.-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.

6.- El indicador es anual, acumulado, y se calcula sobre la base de reclamos resueltos en el período t para las submaterias consideradas en AUGE y VARIACIÓN DE PRECIOS que corresponden a los códigos 1301, 1302, 1303, 1310, 1601, 1603 Y 1604.

7.-El indicador es anual, acumulado, y se calcula sobre la base de reclamos resueltos en el período t para las submaterias consideradas en NEGATIVA DE COBERTURA, TÉRMINO DE CONTRATO y CAEC, que corresponden a los códigos 0101, 0102, 0104, 0171(*), 0304, 0308, 0107 y 0110. (*) Esta submateria fue creada a partir del 16 de junio de 2014 y contiene al código 0157 que estaba incluida en el H-140 año 2015.

8.-Se incluyen en la medición todos las solicitudes de inscripción de títulos y especialidades que han sido resueltas (aprobadas y rechazadas), además de todas las solicitudes masivas (cargas masivas), enviadas por las entidades habilitantes y certificadoras.- En el caso de las solicitudes aprobadas o que ordenan la inscripción, se consideran como fecha de cierre estadístico la fecha de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Por otra parte, en el caso de las solicitudes de inscripción rechazadas, se considera como fecha de cierre estadístico la fecha de la resolución exenta (firmada por el Intendente de Prestadores), que resuelve rechazar la misma.- Se excluye de la medición, el número de días cuya gestión depende de entidades externas: - Días de espera de Respuesta de Fuentes con Convenio -Días de espera Respuesta de Oficios de la Superintendencia.

9.-Se incluyen en la medición todos los procesos de acreditación y re acreditación que han sido resueltos en el período a través de una Resolución Exenta Final que ordena la inscripción en caso de que el prestador institucional a quedado Acreditado, y en caso contrario cuando se resuelve que dicho prestador No Acredito, se considera como fecha de término la consignada en dicha resolución.El proceso de acreditación para efectos de la medición se inicia con la entrega oficial de la documentación completa para admisibilidad jurídica de la solicitud de acreditación del Prestador institucional de salud, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de Acreditación. Para lo cual dicha solicitud debe estar acompañada de toda la documentación que dé cabal cumplimiento a los requisitos normativos establecidos que permitan la continuidad del proceso a las siguientes etapas:i. Evaluación técnicaii. Designación aleatoria de la Entidad Acreditadoraiii. Evaluación de estándares de acreditación por parte de la entidad acreditadora designadaiv. Fiscalización del Informe de Acreditación entregado por la entidad acreditadorav. Formalización del resultado a través de resolución exenta final que ordena inscribir al prestador en el Registro de Prestadores Acreditados si corresponde o archivar los antecedentes.Se considera para la medición sólo los tiempos bajo el control de la Superintendencia, excluyendo:Evaluación en terreno de los Prestadores Institucionales y sus potenciales prórrogas, por ser responsabilidad de la Entidad Acreditadora.