



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.cl

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
CRN /JCM

Informe de Fiscalización

Garantía de Protección Financiera

Sector Público

2012

Santiago, 30 de Mayo de 2012.

INDICE

I. Antecedentes	3
II. Objetivo General	4
III. Ficha de Fiscalización	4
A. Entidad Fiscalizada: FONASA	4
B. Determinación de Casos a evaluar	4
C. Etapas de la Fiscalización	6
D. Metodología	6
IV. Categorización de Resultados	7
V. Resultados	7
VI. Conclusiones	9

INFORME DE FISCALIZACIÓN N° 42

Módulo: Cumplimiento Garantía de Protección Financiera en FONASA.

Ente Fiscalizado: Hospitales Base de la Región Metropolitana.

Santiago, 30 de Mayo de 2012

I. ANTECEDENTES

La Ley N° 19.966, publicada en septiembre del 2004, establece un Régimen General de Garantías en Salud, que define que tanto el Fonasa como las Isapres, deberán asegurar a sus beneficiarios el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES), relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, correspondiendo a esta Superintendencia velar por su cumplimiento.

Por su parte, el artículo N° 4, letra d, establece que en el caso de la Garantía de Protección Financiera, el Fondo Nacional de Salud, cubrirá el valor total de las prestaciones garantizadas, para los grupos A y B, en tanto la contribución financiera, por prestación o grupos de prestaciones garantizadas, será de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del régimen, para los afiliados al grupo D y de un 10% del valor del arancel de referencia para los afiliados pertenecientes al grupo C.

Por otra parte y en virtud de reclamos presentados por personas beneficiarias del Seguro Público de Salud, por el cobro de los copagos de prestaciones e intervenciones sanitarias en problemas de salud explícitamente garantizados, se determinó pertinente incluir en el programa de fiscalización de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, una actividad tendiente a verificar efectivamente los cobros realizados por FONASA para prestaciones explícitamente garantizadas, en prestadores públicos de la Región Metropolitana.

Para ello, mediante el Oficio Ord. IF N° 1095, del 10 de febrero del 2012, se le solicitó al Fondo Nacional de Salud, un archivo que diera cuenta de los cobros realizados durante el año 2011, independiente de la fecha de otorgamiento de las prestaciones y solo para los Hospitales Base de la Región Metropolitana, obteniendo desde estos, la muestra a evaluar para este ciclo de fiscalización.

De la referida muestra, se evaluó que el cobro de los copagos garantizados concordara con los antecedentes clínicos y/o administrativos, asociados a cada caso, en los establecimientos hospitalarios responsables de la entrega de prestaciones GES.

El presente informe, muestra los resultados de la primera actividad de fiscalización de la Garantía de Protección Financiera, del año 2012, en el Sector Público.

II. OBJETIVO GENERAL

Verificar mediante una muestra de casos, si el cobro de los copagos garantizados concuerda con la información clínica o de otro orden, disponible en los respectivos Establecimientos Hospitalarios responsables de la entrega de las prestaciones GES, para dichos casos.

III. FICHA DE FISCALIZACION:

A. ENTIDAD FISCALIZADA: FONASA

▪ Cobertura:

Región	Servicio de Salud	Establecimiento
RM	Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja Arriaran
RM	Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau
RM	Metropolitano Norte	Complejo Hospitalario San José
RM	Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río
RM	Metropolitano Occidente	Hospital San Juan De Dios
RM	Metropolitano Oriente	Hospital del Salvador

▪ Criterio (s) de Selección :

○ Nivel de Atención Hospitalaria:

- Los establecimientos seleccionados, corresponden a los Hospitales Base de la Región Metropolitana, que representan cada uno de ellos a un Servicio de Salud.

Cabe destacar que el Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río, no fue fiscalizado en esta oportunidad debido a que el Fondo Nacional de Salud indicó que no cuenta con la información de prestaciones que hayan originado un cobro durante el año 2011.

B. DETERMINACIÓN DE CASOS A EVALUAR:

Para la presente actividad de fiscalización, se utilizaron muestras estadísticas por cada Servicio de Salud en base a:

▪ **Parámetros Utilizados**

- Fórmula:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

En donde:

- n = Número de elementos de la muestra.
- p = Proporción de la muestra para los elementos de la variable dicotómica (atributo buscado).
- N = Tamaño de la Población.
- Z $\alpha/2$ = Coeficiente de Confianza.
- e = error máximo admisible.

Donde:

- Nivel de Confianza : 95%
- Error : 5%
- Valor p : 15%
- Valor q : 85%
- Valor N : Corresponde al total de cobros realizados durante el año 2011, informados por FONASA, independiente de la fecha de otorgamiento de la prestación. Fonasa informo un total de 47.369 casos¹ para el total de los Hospitales Base de la Región Metropolitana.

▪ **Selección del tamaño de la muestra (En base a Población finitas)**

Establecimiento	N	% sobre el total	% de Confianza
			95%
			Z $\alpha/2$
			1,96
			Tamaño de la muestra
Hospital San José	2.311	4,9%	181
Hospital Barros Luco	2.550	5,4%	183
Hospital San Juan	11.834	25,0%	193
Hospital Salvador	12.784	27,0%	193
Hospital San Borja	17.890	37,8%	194
Total Universo	47.369	100,0%	

▪ **Criterios para Selección de Casos**

- Método : Aleatorio Simple
- Afijación : Proporcional

▪ **Periodo Muestral:** Para efecto de la selección de casos a evaluar, se le solicitó a FONASA el total de los cobros realizados durante el año 2011, independiente de la fecha de realización de la prestación, de esta nomina se obtuvieron las respectivas muestras.

¹ Caso corresponde a un copago, en donde un beneficiario puede tener más de un copago, por tanto se contabiliza como casos distintos.

- **Tamaño Muestra:** Las muestras seleccionadas en cada establecimiento dicen relación con los copagos definidos por cada prestador utilizando un porcentaje de confianza de un 95%

C. ETAPAS DE LA FISCALIZACIÓN:

Diligencias Previas:

Definición

- ✓ Alcance de la fiscalización
- ✓ Período a fiscalizar
- ✓ Criterio de selección
- ✓ Recopilación de antecedentes

Determinación

- ✓ Selección de Establecimientos
- ✓ Número de muestras
- ✓ Participantes
- ✓ Calendarización de terrenos

Coordinación con los Establecimientos:

- ✓ Envío de correo electrónico informando fiscalización, fecha, requerimientos

Desarrollo de la Fiscalización: Comprende las siguientes etapas:

- ✓ Solicitud de información a FONASA mediante Oficio Ord. I.F. N°1095, del 10 de febrero de 2012.
- ✓ Recepción y consolidación de la información.
- ✓ Selección de muestra aleatoria.
- ✓ Comunicación por medio de correo electrónico a los prestadores definidos, de fecha de fiscalización, materia a fiscalizar y requerimientos de información
- ✓ Visitas en terreno, éstas se llevaron a cabo entre los días 26 al 30 de marzo del 2012.
- ✓ Consolidación planillas de evaluación final.
- ✓ Informe de Fiscalización.

D. METODOLOGÍA:

El desarrollo de la fiscalización se realizó en terreno en los establecimientos seleccionados, de acuerdo a la cantidad de casos a evaluar en cada uno de ellos. Por lo tanto, los resultados son extrapolables para cada establecimiento. Si bien, los establecimientos evaluados son los Hospitales Base de cada Servicio de Salud, los resultados obtenidos no son concluyentes respecto a cada Servicio.

Para el desarrollo de la fiscalización, se envió un correo electrónico al Director de cada Hospital en el cual se adjuntaba la muestra de casos a evaluar y se les solicitaba tener a disposición, todos los antecedentes clínicos y/o administrativos que dieran cuenta del otorgamiento de las prestaciones garantizadas, asociadas a cada caso.

Es importante destacar que para efecto de la evaluación, no se utilizaron los registros del sistema SIGGES, debido a que se requería verificar si el cobro de los copagos garantizados concordaba con el registro de las respectivas prestaciones en la información clínica o de otro orden, disponible en los prestadores de salud.

Por su parte, considerando que la nomina original enviada por el FONASA no contaba con el tramo al cual pertenecía el paciente al momento del cobro de la respectiva prestación, se realizó la evaluación de esta información según los datos consignados en los antecedentes clínicos, al momento del otorgamiento de dicha prestación.

Para aquellos casos en donde no se pudo determinar la previsión del beneficiario, se mantuvo los datos enviados por el FONASA.

El número de casos fiscalizados por cada prestador se indicó en el ítem "Selección del tamaño de la muestra (En base a Población finitas)"

IV.- CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

Para efectuar la evaluación se establecieron dos categorías:

- Cobro correcto: Es aquella prestación o grupo de prestaciones cuyo cobro realizado por el Fonasa se encuentra respaldada mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó dichas prestaciones.
- Cobro incorrecto: Es aquella prestación o grupo de prestaciones cuyo cobro realizado por el Fonasa NO se encuentra respaldada mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó las prestaciones, o en su defecto, el tramo al cual pertenecía el beneficiario al momento de efectuada la prestación era A o B o no estaba sujeto a pago.

V.- RESULTADOS

A.- De acuerdo a la categorización previamente definida se obtuvieron los resultados que se resumen mediante la siguiente tabla:

Evaluación	Total	%
Cobro correcto	866	91,74%
Cobro incorrecto	78	8,26%
Total general	944	100%

Cobro correcto:

Del total de casos evaluados se pudo observar que **866** de ellos (**91,74%**) contaban con el respaldo clínico que daba cuenta de la realización de la prestación sujeta a cobro.

Sin embargo, en un 14,43%, de los citados 866 casos, hubo diferencia entre la fecha del respaldo clínico y la información entregada por el Fonasa.

Cobro incorrecto:

Se observaron **78** casos (**8,26%**) que **no** contaban con el documento que acreditara la realización de la prestación o el tramo al cual pertenecía el beneficiario -al momento de efectuada la prestación- no correspondía para la realización de cobro (tramos con gratuidad). El detalle es el siguiente:

		Total	%
Cobro incorrecto	Tramo no corresponde para realización de cobro	33	42,31%
	Prestación no se encuentra en registro clínico o de otro orden	45	57,69%
Total		78	100%

El detalle por Establecimiento fiscalizado es el siguiente:

Establecimiento	Cobro Incorrecto	Evaluación	Total
Hospital Clínico San Borja Arriarán	7	Tramo no corresponde para realización de cobro	1
		Prestación sin respaldo de otorgamiento	6
Complejo Hospitalario San José	21	Tramo no corresponde para realización de cobro	12
		Prestación sin respaldo de otorgamiento	9
Hospital San Juan de Dios	15	Tramo no corresponde para realización de cobro	1
		Prestación sin respaldo de otorgamiento	14
Hospital Del Salvador	14	Tramo no corresponde para realización de cobro	4
		Prestación sin respaldo de otorgamiento	10
Hospital Barros Luco Trudeau	21	Tramo no corresponde para realización de cobro	15
		Prestación sin respaldo de otorgamiento	6
Total			78

Los montos involucrados son los siguientes:

Establecimiento	Evaluación	Total	Montos Totales \$
Hospital Clínico San Borja Arriarán	Tramo no corresponde para realización de cobro	1	4.770
	Prestación sin respaldo de otorgamiento	6	15.320
Complejo Hospitalario San José	Tramo no corresponde para realización de cobro	12	265.750
	Prestación sin respaldo de otorgamiento	9	479.990
Hospital San Juan de Dios	Tramo no corresponde para realización de cobro	1	193.580
	Prestación sin respaldo de otorgamiento	14	109.680
Hospital Del Salvador	Tramo no corresponde para realización de cobro	4	24.600
	Prestación sin respaldo de otorgamiento	10	43.770
Hospital Barros Luco Trudeau	Tramo no corresponde para realización de cobro	15	385.070
	Prestación sin respaldo de otorgamiento	6	19.230
	Total		\$1.541.760

Es importante destacar que, de acuerdo a los parámetros estadísticos empleados, los que fueron citados en la “Metodología” del presente informe, los resultados arrojan que el porcentaje mínimo y máximo de error, en el cobro de los copagos garantizados estarían entre los siguientes casos:

Establecimiento	Porcentaje de error	
	Mínimo	Máximo
Hospital San José	165	372
Hospital Barros Luco	179	406
Hospital San Juan	476	1363
Hospital Salvador	463	1392
Hospital San Borja	179	1113

- B.- Por otra parte, con respecto al valor del copago garantizado, se observó que éste -en algunos casos- **no se ajustaba al Decreto que se encontraba vigente** al momento del inicio del Problema de Salud Garantizado que da origen a la prestación sujeta a cobro.

En efecto, del total de casos evaluados (**944**) un total de **263** de ellos, el valor del cobro **no se ajusta al Decreto que se encontraba vigente, al momento del inicio** del Problema de Salud Garantizado que da origen a la prestación sujeta a cobro.

Al respecto, el artículo N°17 de las Garantías Explícitas en Salud señala que aquellos beneficiarios que, a la fecha de vigencia del presente decreto, se encontraran recibiendo prestaciones en conformidad, al Decreto Supremo anterior, tendrán derecho a seguir recibiendo las Garantías Explícitas en Salud en los mismos términos contemplados en el Decreto que se deroga, de acuerdo al tipo de intervención sanitaria en que se encuentre, salvo que opte por sujetarse a las nuevas normas. La superintendencia de Salud, regulará la forma en que se ejerza dicha opción.

VI.- CONCLUSIONES

Resulta innegable que la promulgación de la Ley 19.966, que establece el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud, ha representado un cambio significativo en cada una de las intervenciones garantizadas para los usuarios, siendo -en el sistema público- un importante motor que resguarda tanto las atenciones como el financiamiento de las prestaciones asociadas a las patologías bajo este régimen.

En este sentido y considerando la inicial aplicación de los cobros de las prestaciones garantizadas, por parte del Fondo Nacional de Salud, surgió la necesidad de realizar una fiscalización enfocada en esta temática.

Como análisis final podemos mencionar que:

1. Del total de casos evaluados, 944, se pudo observar que **866** de ellos (**91,74%**) contaban con el respaldo clínico y/u otro antecedente médico, que daba cuenta de la realización de la prestación sujeta a cobro por parte del FONASA.

2. Por su parte, **78 casos (8,26%) no** contaban con el documento que acreditara la realización de la prestación o el tramo al cual pertenecía el beneficiario -al momento de efectuada la prestación- era A o B (tramos con gratuidad). Lo que deja de manifiesto, por una parte, la descoordinación entre la información clínica y el registro asociado para su cobro, y por otra, el hecho que se están efectuando cobros por prestaciones que no se han otorgado o no aportaron los respaldos para confirmar el otorgamiento de la prestación, o en su defecto, habiéndose otorgado, las personas beneficiarias pertenecían a un tramo que otorgaba gratuidad.

3. Por último, de acuerdo a la información recabada en terreno y aquella citada en las consultas recepcionadas por esta Superintendencia, se ha mencionado el cobro tardío de prestaciones realizadas en vigencia de decretos anteriores.

Finalmente este proceso de fiscalización se puede considerar como guía de evaluación de la Garantía de Protección Financiera por parte del Fondo Nacional de Salud, de tal forma de obtener herramientas de trabajo que permitan mejoras claves en pro de la atención de los usuarios.