



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.cl

Departamento de Fiscalización
Subdepartamento de Fiscalización GES
JCM/CRN

Informe de Fiscalización N° 17

Garantía de Protección Financiera

Sector Público

2014

Santiago, 30 de enero 2015.

ÍNDICE

I. Resumen Ejecutivo.....	3
II. Antecedentes.....	4
III. Objetivo General.....	5
IV. Ficha de Fiscalización.....	5
A. Entidad Fiscalizada	
B. Determinación de Casos a evaluar	
C. Etapas de la Fiscalización	
V. Categorización de Resultados.....	8
VI. Consideraciones Previas.....	8
VII. Resultados.....	10
VIII. Resumen.....	20

RESUMEN EJECUTIVO	Fiscalización Garantía de Protección Financiera Sector Público año 2014
Objetivo General	Verificar mediante una muestra de casos, si el cobro de los copagos garantizados concuerda con la información clínica y/o de otro orden, disponible en los respectivos Establecimientos Hospitalarios responsables de la entrega de las prestaciones GES, para dichos casos.
Periodo de la Fiscalización	13 de octubre al 18 de noviembre de 2014
N° de Copagos evaluados	1000
N° Servicios de Salud Fiscalizados	19
Regiones Evaluadas	II - V - VIII - X - R.M. y XV
Evaluación de los copagos garantizados según la información clínica y de otro orden disponible.	
Metodología	<p>El desarrollo de la fiscalización se realizó en terreno. Los establecimientos evaluados son los Hospitales Base de cada Servicio de Salud, dado esto los resultados son extrapolables solo para cada establecimiento y no son concluyentes respecto a cada Servicio de Salud.</p> <p>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, administrativos y/o de otro orden, que dieran cuenta del otorgamiento de las prestaciones garantizadas, asociadas a cada caso.</p> <p>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.</p>
Categorías de Evaluación	Cobros sin diferencia – Cobros Incorrectos - Cobros con inconsistencias de Registro - Otros
N° Establecimientos Fiscalizados	20
Problemas de Salud Evaluados	47
RESULTADOS	
Resultados Generales	
Cobros sin diferencia	78,9% (789)
Cobros incorrectos	12,3% (123)
Cobros con inconsistencias de registro	8,0% (80)
Otros	0,8% (8)
Problemas de Salud más afectados	
PS N° 21-30- 38 -46 -57	
Resultado Cobros Incorrectos	
Sin respaldo clínico	13,7% (20)
Error de cobro según su previsión	39,84% (49)
Copagos con cobro mayor	7,32% (9)
No corresponde a patología GES	5,69% (7)
Error de Decreto utilizado para cobro	0,81% (1)
Resultado Cobros Inconsistencias de Registro	
Fecha de realización distinta entre lo informado y lo evaluado.	98,7% (79)
Código de prestación distinto entre lo informado y lo evaluado	1,3% (01)
Resultado Cobros Incorrectos Expresados en \$	
Monto total de cobros incorrectos	\$10.472.875
N° Personas afectadas	120
Promedio de cobro por persona	\$87.274
Otros	
Cobros informado por Fonasa menor al valor evaluado.	Se mencionan de manera General, por el beneficio que generan al usuario y son montos que van entre los \$1.015 y \$100.210.

INFORME DE FISCALIZACIÓN N° 17

Módulo: Cumplimiento Garantía de Protección Financiera en el Sector Público.

Ente Fiscalizado: Hospitales Públicos de las Regiones II - V - VIII - X - R.M. y XV.

Santiago, 30 de enero de 2015

II. ANTECEDENTES

La Ley N°19.966, estableció 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.

En este contexto, el artículo N°4 de la referida Ley, definió las garantías explícitas en salud, precisando que la Garantía de Protección Financiera corresponde a la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones garantizadas, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el Arancel de referencia del Régimen; No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 160 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 161 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.

Por su parte, considerando que es deber de esta Superintendencia velar por el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, se llevó a cabo una fiscalización orientada a verificar el cumplimiento de la Garantía de Protección Financiera en el Fondo Nacional de Salud. Para la realización de esta actividad, se extrajeron desde la información enviada por FONASA los copagos garantizados cobrados hasta el día 19 de Febrero del 2014, para prestaciones realizadas entre Julio 2006 a Abril 2013, en los hospitales base de los Servicios de Salud de las siguientes Regiones: II, V, VII, X Metropolitana y XV.

El presente informe, muestra los resultados de la fiscalización a la Garantía de Protección Financiera, en el Fondo Nacional de Salud.

III. OBJETIVO GENERAL

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

IV. FICHA DE FISCALIZACION:

A. ENTIDAD FISCALIZADA: Fondo Nacional de Salud

- Tipo de Fiscalización: Regular
- Cobertura Regiones: II-V-VIII-X-RM-XV
- Criterio de Selección: Hospitales Bases de la Regiones antes señaladas
Información que fue requerida al Fonasa, mediante el Oficio Ord. I.F. N° 4641, de fecha 26 de junio de 2014.
- Cantidad: 20 Hospitales.
- Cobertura: 100%
- Tipo de Desarrollo: Terreno.
- Fecha de desarrollo del terreno: 13 de octubre al 18 de noviembre de 2014
- Detalle de Establecimientos a Fiscalizar:

Región	ESTABLECIMIENTO
2	Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta
5	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso
5	Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes
8	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente
8	Hospital Las Higueras de Talcahuano
8	Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán
8	Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles
8	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue
10	Hospital Base de Osorno
10	Hospital Base de Puerto Montt
10	Hospital de Castro
13	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río
13	Hospital Barros Luco Trudeau
13	Complejo Hospitalario San José
13	Hospital Clínico San Borja Arriaran
13	Hospital San Juan de Dios
13	Hospital Salvador
15	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni

B. DETERMINACIÓN DE CASOS A EVALUAR

- Criterio(s) de Selección :

El Fonasa, en respuesta al Oficio Ord. I.F. N°4641 informó un total de 50.035 copagos para los Hospitales indicados precedentemente.

De los 50.035 copagos informados, 14.029 corresponden a copago con valor \$0 no siendo evaluados, por lo tanto, la muestra final se conforma de 36.006 copagos. En esta oportunidad, para la obtención de los casos a evaluar, se seleccionó una muestra aleatoria representativa, por cada Hospital.

Caso= corresponde a un beneficiario que puede presentar 1 o más de un copago.

- Detalle por establecimiento de casos y copagos a Fiscalizar:

ESTABLECIMIENTO	N° COPAGOS	N° CASOS
Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta.	50	49
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	50	50
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	50	48
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	50	47
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	50	43
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	50	49
Hospital Las Higueras de Talcahuano	50	49
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán	50	50
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	50	47
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue	50	50
Hospital Base de Osorno	50	46
Hospital Base de Puerto Montt	50	50
Hospital de Castro	50	46
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	50	50
Hospital Barros Luco Trudeau	50	50
Complejo Hospitalario San José	50	48
Hospital Clínico San Borja Arriaran	50	43
Hospital San Juan de Dios	50	49
Hospital Salvador	50	46
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni	50	47
TOTAL	1.000	957

C. ETAPAS DE LA FISCALIZACIÓN:

Comprende las siguientes etapas:

- ✓ Programación
- ✓ Solicitud de información a FONASA mediante Oficio Ord. I.F. N° 4641, del 26 de junio de 2014.
- ✓ Recepción y consolidación de la información
- ✓ Consolidación de la información
- ✓ Selección de muestra
- ✓ Comunicación por medio de correo electrónico a los Prestadores definidos, la fecha de fiscalización, materia a fiscalizar y requerimientos de información
- ✓ La realización de esta actividad se desarrolló en la modalidad de: Visita en terreno entre los días: 13 de Octubre al 18 de Noviembre de 2014
- ✓ Consolidación de planillas de evaluación
- ✓ Elaboración y envío de oficio con resultados preliminares
- ✓ Recepción y análisis de respuestas
- ✓ Consolidación planillas de evaluación final
- ✓ Elaboración de Informe de Fiscalización
- ✓ Revisión y aprobación de informe de fiscalización
- ✓ Publicación de informe en la página web de la Superintendencia

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 de Salud.

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, administrativos y/o de otro orden, 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.

El número de casos fiscalizados por cada prestador se indicó en el ítem "Selección del tamaño de la muestra".

V.- CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

Para efectuar la evaluación se establecieron las siguientes categorías:

- **Cobros sin diferencia**: Es aquel cobro realizado por el FONASA por prestaciones o grupo de prestaciones que se encuentran respaldadas mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó dichas prestaciones.
- **Cobros incorrectos**: Es aquel cobro realizado por el FONASA por prestaciones o grupo de prestaciones que NO se encuentra respaldada mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó las prestaciones. Esta clasificación involucra, además, copagos con diferencia en el monto cobrado, copagos realizados a prestaciones no trazadoras, copagos que no corresponden por periodicidad, previsión, por diagnóstico, por error de digitación, etc.
- **Cobros con inconsistencias de registro**: Es aquel cobro que presenta diferencia entre lo informado por FONASA y los antecedentes clínicos y/o de otro orden evaluados en terreno, ya sea respecto a la fecha de la prestación, registro de la prestación, pero sin diferencia en el cobro efectuado.
- **Otros**: Es aquel cobro informado por FONASA, cuyo monto es inferior al obtenido en la fiscalización.

VI.- CONSIDERACIONES PREVIAS

En relación a los resultados obtenidos, es importante mencionar algunos aspectos que deben ser tomados en cuenta al momento de su análisis:

- Los resultados del presente informe se obtuvieron de los datos y antecedentes clínicos, administrativos y de otro orden, proporcionados por los establecimientos fiscalizados, que daban cuenta del otorgamiento de las prestaciones garantizadas.
- Se realizó la revisión del 100% de los casos definidos en las muestras seleccionadas, con ello el número total de casos y copagos evaluados equivale a 957 y 1.000, respectivamente.
- La proporción de copagos evaluados no es equivalente a la cantidad de casos GES, esto debido a que un caso es equivalente a un beneficiario que puede presentar más de un copago. Los resultados del presente informe fueron obtenidos de la evaluación de la cantidad de copagos.
- Para la Clasificación Cobro con inconsistencia de registro se pequizaron 10 casos que además de tener esta clasificación, paralelamente se clasificaron en "Otros" o "Cobro con diferencia", en la evaluación general estos casos se consideraron dentro de esa primera clasificación.

- Para efectos de esta evaluación, se consideró como base para el cálculo del cobro realizado lo establecido en el artículo N° 18, del Decreto Supremo N° 4, que establece lo siguiente:

“Derogase el Decreto Supremo (N°170 de 2004, N°228 de 2005, N°44 de 2007 y N° 1 de 2010), de los Ministerios de Salud y Hacienda, pasando los beneficiarios a regirse por lo dispuesto en este decreto.

Sin Perjuicio de lo anterior, aquellos beneficiarios que, a la fecha de vigencia del presente decreto, se encontraren recibiendo prestaciones en conformidad, al referido 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. Una vez terminada dicha intervención sanitaria (GPP) los pacientes se registrarán por el presente decreto (N°4). Con todo, los pacientes con patología crónica se registrarán por el presente decreto desde el día que entre en vigor conforme a lo dispuesto en el inciso primero del artículo anterior.”

- Los copagos definidos para el presente informe como “Otros”, sólo serán mencionados en forma general y abarcan montos que van entre los \$120 y los \$452.250.

VII.- RESULTADOS

De acuerdo a la categorización previamente definida se obtuvieron los siguientes resultados:

VII.1. RESULTADOS GENERALES

De los 1.000 copagos evaluados, el resultado fue el siguiente:

- El 78,9% (789) resultó evaluado como “Cobros sin diferencia”, al estar correctamente cobrados.
- El 12,3% (123) son copagos con Cobro incorrecto.
- Por su parte, el 8,0% (80) presentó Cobro con inconsistencias.
- Mientras que el 0,8% (8) corresponden a Otros.

Lo anterior queda representado en la siguiente tabla:

		DISTRIBUCIÓN DE COPAGOS EVALUADOS								
		Cobro Sin Diferencia		Cobro Incorrecto		Cobro con Inconsistencia		Otros		N° Copagos por Establecimiento
Región	Establecimiento	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
II	Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta	39	78,0%	2	4,0%	8	16,0%	1	2,0%	50
V	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	31	62,0%	8	16,0%	9	18,0%	2	4,0%	50
	Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	34	68,0%	6	12,0%	10	20,0%	-	-	50
	Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	38	76,0%	7	14,0%	5	10,0%	-	-	50
	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	49	98,0%	1	2,0%	-	-	-	-	50
VIII	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	39	78,0%	8	16,0%	3	6,0%	-	-	50
	Hospital de Curanilahue	30	60,0%	20	40,0%	-	-	-	-	50
	Hospital Dr. Victor Ríos Ruiz de Los Ángeles	43	86,0%	6	12,0%	1	2,0%	-	-	50
	Hospital Hermina Martín de Chillán	38	76,0%	11	22,0%	1	2,0%	-	-	50
X	Hospital Las Higueras de Talcahuano	43	86,0%	4	8,0%	3	6,0%	-	-	50
	Hospital Base San José de Osorno	44	88,0%	3	6,0%	3	6,0%	-	-	50
RM	Hospital de Castro	44	88,0%	3	6,0%	3	6,0%	-	-	50
	Hospital de Puerto Montt	44	88,0%	3	6,0%	1	2,0%	2	4,0%	50
	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	39	78,0%	8	16,0%	2	4,0%	1	2,0%	50
	Complejo Hospitalario San José	33	66,0%	14	28,0%	2	4,0%	1	2,0%	50
	Hospital Barros Luco Trudeau	45	90,0%	4	8,0%	1	2,0%	-	-	50
	Hospital Clínico San Borja-Arriarán	40	80,0%	5	10,0%	5	10,0%	-	-	50
XV	Hospital Del Salvador	39	78,0%	4	8,0%	7	14,0%	-	-	50
	Hospital San Juan de Dios	37	74,0%	2	4,0%	10	20,0%	1	2,0%	50
	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni de Arica	40	80,0%	4	8,0%	6	12,0%	-	-	50
	Total general	789	78,9%	123	12,3%	80	8,0%	8	0,8%	1000

VII.2. RESULTADO DE COBROS SIN DIFERENCIA:

Los cobros considerados como sin diferencia, son aquellos cobros realizados por el FONASA por prestaciones o grupo de prestaciones que se encuentran respaldadas mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó dichas prestaciones.

En esta clasificación se encuentra el 78,9% (789) de los copagos evaluados.

La clasificación de los hospitales con mayor cumplimiento en la evaluación de cobros sin diferencia, se presenta en la siguiente tabla:

	N° Gtas Evaluadas Sin diferencia	Total de Garantías	% de cumplimiento sobre su universo
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	49	50	98,00%
Hospital Barros Luco Trudeau	45	50	90,00%
Hospital Base San José de Osorno	44	50	88,00%
Hospital de Castro	44	50	88,00%
Hospital de Puerto Montt	44	50	88,00%

Por su parte los hospitales con cumplimiento más bajo en la evaluación de cobros sin diferencia son los siguientes:

	N° Gtas Evaluadas Sin diferencia	Total de Garantías	% de cumplimiento sobre su universo
Hospital de Curanilahue	30	50	60,00%
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	31	50	62,00%
Complejo Hospitalario San José	33	50	66,00%
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	34	50	68,00%
Hospital San Juan de Dios	37	50	74,00%

VII.3 RESULTADOS DE COBROS INCORRECTOS:

De acuerdo a lo señalado anteriormente, corresponde a aquel cobro realizado por el FONASA por prestaciones o grupo de prestaciones que NO se encuentra respaldada mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó las prestaciones. Esta clasificación involucra, además, copagos con diferencia en el monto cobrado, copagos realizados a prestaciones no trazadoras, copagos que no corresponden por periodicidad, previsión, etc.

El porcentaje de copagos en esta categoría equivale al 12,3% (123) del total de copagos muestreados (1.000).

De los 123 copagos evaluados con cobro incorrecto podemos observar que:

- El 46,34% (57) corresponden a copagos sin respaldo clínico de la prestación sujeta a cobro.
- Por su parte el 39,84% (49) son copagos que no corresponde su cobro, según su previsión al momento de la realización de la prestación.
- El 7,32% (9) equivalen a copagos donde se detectó un monto superior en el valor cobrado al beneficiario (a).
- De igual manera el 5,69% (7) corresponde a copagos ingresados por patologías GES, que al ser evaluados mediante antecedentes clínicos no corresponden a una patología garantizada.
- Finalmente el 0,81% (1) no corresponde el monto cobrado, dado que al momento de la prestación, se encontraba vigente un Decreto distinto al utilizado para realizar el cobro.

Lo anteriormente expuesto se muestra a continuación:

	COBRO INCORRECTO					
	Sin Respaldo Clínico	Diferencia de Previsión	Con diferencia en el valor cobrado	Diagnostico No GES	Diferencia de Cobro por decreto	N° Copagos Cobro Incorrecto
Total Cobro Incorrecto	57	49	9	7	1	123
Porcentualmente	46,34%	39,84%	7,32%	5,69%	0,81%	100%

Sin respaldo: El cobro realizado no se encuentra respaldado por antecedentes clínicos y/o de otro orden.

Diferencia de Previsión: Prestación realizada en el momento en que el beneficiario pertenecía a tramos gratuitos o era adulto mayor.

Diferencia en el Valor Cobrado: Cobros informados por FONASA, mayor al valor de la canasta para esa prestación.

Diagnostico No GES: Copagos que -al momento de la evaluación- no corresponden a diagnóstico de patologías GES.

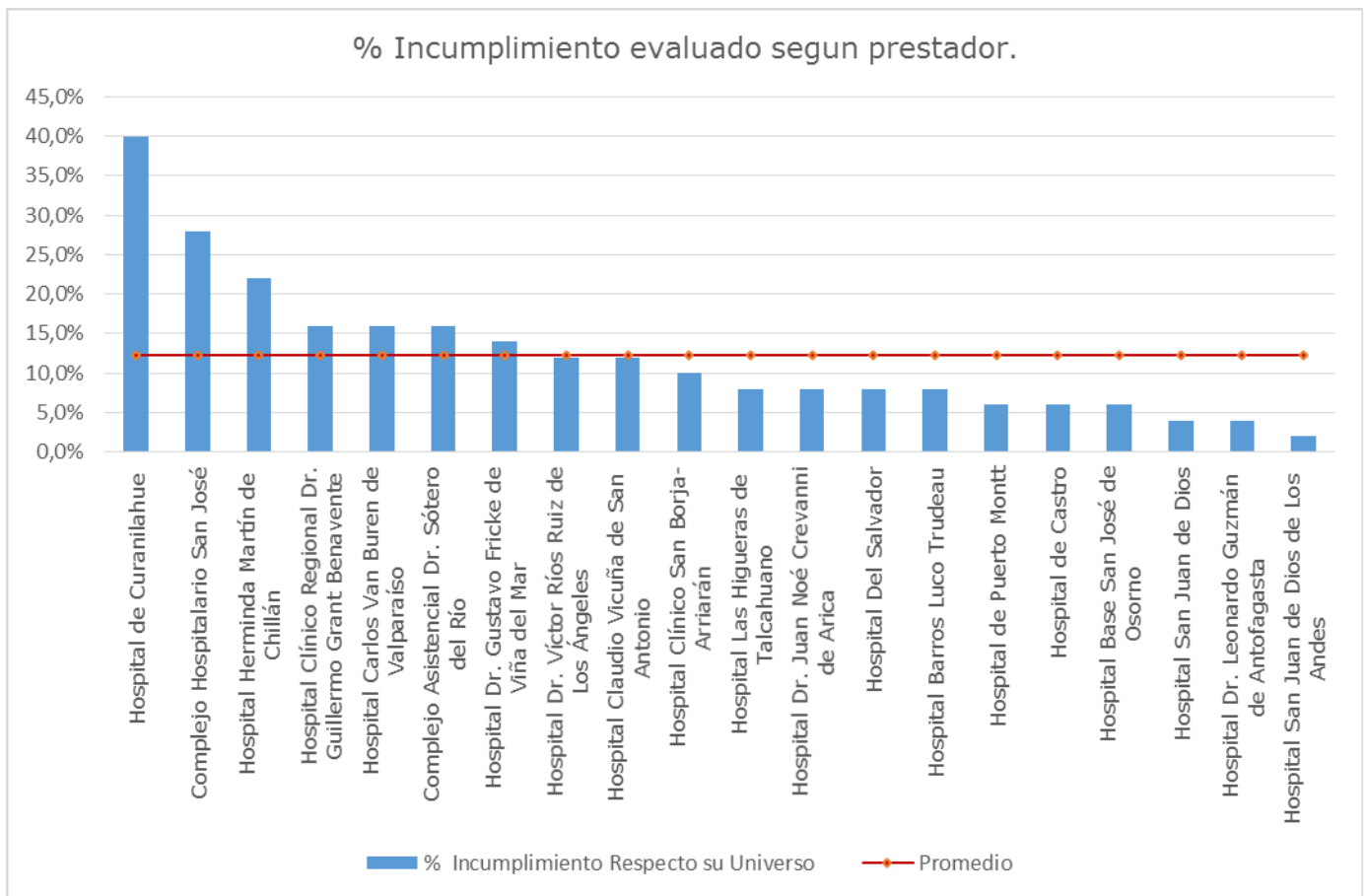
Diferencia de Cobro por decreto: Decreto utilizado para el cobro distinto al decreto vigente a la realización de la prestación.

VII.3.1.RESULTADOS DE COBROS INCORRECTOS SEGÚN ESTABLECIMIENTO:

De los 20 Establecimientos evaluados, todos presentan copagos con cobro incorrecto.

En efecto, al realizar una evaluación de la correspondencia de cobros según el universo de cada Establecimiento, se observó que los cobros incorrectos van de un mínimo de 2% en el Hospital San Juan de Dios de Los Andes, a un máximo de 40% en el Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue, distribución que se mantiene respecto de evaluaciones de esta materia en años anteriores.

El promedio de copagos detectados cobro incorrecto es de un 12,3%. Los establecimientos: Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue, Hospital Herminda Martín de Chillán, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Complejo Hospitalario San José, son los establecimientos que presentan porcentajes superiores a este promedio, esto se observa en el siguiente grafico:



El detalle y la clasificación del número de copagos por Establecimiento con cobro incorrecto, se presenta en la siguiente tabla:

Establecimiento	Sin Respaldo Clínico		Diferencia de Previsión		Con diferencia en el valor cobrado		Diagnostico No GES		Diferencia de Cobro por Decreto		Total general
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta			2	100,0%							2
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	5	62,5%	2	25,0%					1	12,5%	8
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	4	66,7%	2	33,3%						0,0%	6
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	3	42,9%	3	42,9%			1	14,3%		0,0%	7
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	1	100,0%		0,0%				0,0%		0,0%	1
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente		0,0%	4	50,0%	4	50,0%		0,0%		0,0%	8
Hospital de Curanilahue	13	65,0%	6	30,0%	1	5,0%		0,0%		0,0%	20
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	6	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	6
Hospital Herminda Martín de Chillán	4	36,4%	7	63,6%		0,0%		0,0%		0,0%	11
Hospital Las Higueras de Talcahuano	2	50,0%	2	50,0%		0,0%		0,0%		0,0%	4
Hospital Base San José de Osorno		0,0%	3	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%	3
Hospital de Castro		0,0%	2	66,7%	1	33,3%		0,0%		0,0%	3
Hospital de Puerto Montt	2	66,7%	1	33,3%		0,0%		0,0%		0,0%	3
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	4	50,0%	2	25,0%	2	25,0%		0,0%		0,0%	8
Complejo Hospitalario San José	1	7,1%	7	50,0%		0,0%	6	42,9%		0,0%	14
Hospital Barros Luco Trudeau		0,0%	4	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%	4
Hospital Clínico San Borja-Arriarán	5	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	5
Hospital Del Salvador	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%		0,0%		0,0%	4
Hospital San Juan de Dios	2	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	2
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni de Arica	4	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	4
Total general	57	46,3%	49	39,8%	9	7,3%	7	5,7%	1	0,8%	123

VII.3.2. RESULTADOS DE COBROS INCORRECTOS SEGÚN PROBLEMA DE SALUD:

De los 47 Problemas de Salud incorporados en la muestra, existen 30 que presentan algún copago con cobro incorrecto.

En efecto, al evaluar la correspondencia de cobros de acuerdo al universo de cada patología, podemos señalar que estos van de un mínimo de 0% en los Problemas de Salud:

2.- Cardiopatías Congénitas Operables
13.- Fisura Labiopalatina
14.- Cáncer en Menores de 15 años
15.- Esquizofrenia
22.- Epilepsia No Refractaria en Personas desde 1 año y menores de 15 años
25.- Trastorno de Generación del Impulso y Conducción en Personas de 15 años y más que Requieran Marcapaso
35.- Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en Personas Sintomáticas
43.- Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en Personas de 15 años y Más
47.- Salud Oral Integral para Adultos de 60 años y más
54.- Analgesia del Parto
59.- Hipoacusia Neurosensorial bilateral del Prematuro
60.- Epilepsia no Refractaria 15 Años y Más
61.- Asma Bronquial 15 Años y Más
62.- Enfermedad de Parkinson
63.- Artritis Idiopática Juvenil
68.- Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B
69.- Virus Hepatitis C

A un máximo de 100% en los Problemas de Salud: N°57 "Retinopatía del Prematuro" y N°38 "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio", en ambas patologías se evaluó 1 caso y este se encontraba con cobrado de manera incorrecta.

Los Problemas de Salud que presentan mayores porcentajes de copagos con cobro incorrecto, en relación a su respectivo universo son:

57.- Retinopatía del Prematuro
38.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio
21.- Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en Personas de 15 años y Más
46.- Urgencias Odontológicas Ambulatorios
30.- Estrabismo en Menores de 9 años

El detalle se presenta en la siguiente tabla:

Problema de Salud	N° Copagos Cobro Incorrecto	Porcentaje sobre su Universo	Total Copagos por Problema de Salud
57.-Retinopatía del Prematuro	1	100,0%	1
38.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	1	100,0%	1
21.-Hipertensión Arterial Primaria o Escencial en Personas de 15 años y Más	6	85,7%	7
46.-Urgencias Odontológicas Ambulatorios	5	71,4%	7
30.-Estrabismo en Menores de 9 años	4	50,0%	8
40.-Síndrome de Dificultad Respiratoria	3	37,5%	8
66.-Salud Oral Integral de la Embarazada	6	35,3%	17
7.-Diabetes Mellitus Tipo 2	9	34,6%	26
49.-Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave	12	20,7%	58
5.-Infarto Agudo del Miocardio	11	20,0%	55
37.-Accidente Cerebrovascular Isquémico en Personas de 15 años y Más	8	18,6%	43
28.-Cáncer de Próstata en Personas de 15 años y más	4	18,2%	22
50.-Trauma Ocular Grave	3	14,3%	21
31.-Retinopatía Diabética	2	14,3%	14
32.-Desprendimiento de Retina Regmatogeno No Traumático	1	14,3%	7
24.-Prevención del Parto Prematuro	6	13,6%	44
1.- Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 y 5	4	12,5%	32
52.-Artritis Reumatoide	4	12,1%	33
6.-Diabetes Mellitus Tipo 1	2	11,8%	17
67.-Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	2	10,5%	19
34.-Depresión en personas de 15 años y Más	2	10,5%	19
27.-Cáncer Gástrico	2	10,5%	19
39.-Asma Bronquial Moderada y Grave en Menores de 15 años	1	8,3%	12
26.-Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en Personas de 35 a 49 años	14	6,8%	206
65.-Displasia Luxante de Caderas	1	6,3%	16
16.-Cáncer de Testículo en Personas de 15 años y Más	1	5,9%	17
8.-Cáncer de Mama en Personas de 15 años y Más	6	5,7%	106
17.-Linfoma en Personas de 15 años y Más	1	5,0%	20
3.-Cáncer Cervicouterino	1	1,2%	85
Total general	123	12,3%	1000

VII.3.3. RESULTADOS DE COBROS INCORRECTOS SEGÚN MONTOS COMPROMETIDOS:

Al realizar el análisis de los cobros incorrectos, expresados en los montos comprometidos a estos, se observa que la suma de los copagos realizados de manera errónea, es de un total de \$10.472.875, afectando a 120 beneficiarios a quienes en promedio se les cobro erróneamente el monto de \$87.274, el desglose según establecimiento fiscalizado se observa en la siguiente tabla:

Establecimiento de Salud	Suma Monto	N° Personas	Promedio por persona
Complejo Hospitalario San José	\$ 2.482.840	13	\$ 190.988
Hospital Hermina Martín de Chillán	\$ 1.964.945	11	\$ 178.631
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	\$ 1.074.310	7	\$ 153.473
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni de Arica	\$ 1.004.710	4	\$ 251.178
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	\$ 636.820	8	\$ 79.603
Hospital Las Higueras de Talcahuano	\$ 478.810	3	\$ 159.603
Hospital San Juan de Dios	\$ 461.410	2	\$ 230.705
Hospital Barros Luco Trudeau	\$ 383.220	4	\$ 95.805
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	\$ 257.090	6	\$ 42.848
Hospital de Puerto Montt	\$ 247.730	3	\$ 82.577
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	\$ 242.015	8	\$ 30.252
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	\$ 231.700	5	\$ 46.340
Hospital Clínico San Borja-Arriarán	\$ 211.650	5	\$ 42.330
Hospital de Castro	\$ 178.370	3	\$ 59.457
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	\$ 175.610	1	\$ 175.610
Hospital Del Salvador	\$ 160.305	4	\$ 40.076
Hospital de Curanilahue	\$ 125.320	20	\$ 6.266
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	\$ 81.630	8	\$ 10.204
Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta	\$ 68.180	2	\$ 34.090
Hospital Base San José de Osorno	\$ 6.210	3	\$ 2.070
Total general	\$ 10.472.875	120	\$ 87.274

VII.4. RESULTADOS DE COBROS CON INCONSISTENCIAS DE REGISTRO:

Es aquel cobro que presenta diferencia entre lo informado por FONASA y los antecedentes clínicos y/o de otro orden evaluados en terreno, ya sea respecto a la fecha de la prestación, registro de la prestación y/o sin ficha clínica disponible para evaluación.

Dentro de esta clasificación, se encontraron 80 copagos que si bien el cobro fue correcto presentaban inconsistencia en el registro.

El porcentaje de copagos con este tipo de incumplimiento equivalen al 8,0% (80) del total de copagos muestreados (1000).

De los 80 copagos evaluados como cobros con inconsistencias, se pudo observar que:

- 79 de ellos la fecha de realización de la prestación, según los antecedentes clínicos y de otro orden, es distinta a fecha de registro informada por el FONASA.
- 1 copago el código de la prestación según los antecedentes clínicos es distinto al código informado por el FONASA.

Lo anteriormente expuesto se muestra a continuación:

Cobros con inconsistencia de registro	
Diferencia en fecha de realización y fecha informada por Fonasa	79
Diferencia entre código de prestación realizada y código informado	1
Total general	80

VII.4.1. RESULTADOS DE COBROS CON INCONSISTENCIAS SEGÚN ESTABLECIMIENTO:

Solo en los prestadores, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue y Hospital San Juan de Dios de Los Andes, no se detectaron cobros con inconsistencias de registro.

Por otra parte el Establecimiento que presenta el mayor porcentaje en relación a su universo son los Hospital Claudio Vicuña de San Antonio y Hospital San Juan de Dios, con un 20%, el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y el Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta con un 18% y 16% respectivamente

El detalle se presenta en la siguiente tabla:

Región	Establecimiento	N° Casos	Universo	% Sobre Universo
II	Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta	8	50	16,0%
V	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	9	50	18,0%
	Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	10	50	20,0%
	Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	5	50	10,0%
VIII	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	3	50	6,0%
	Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	1	50	2,0%
	Hospital Herminda Martín de Chillán	1	50	2,0%
	Hospital Las Higueras de Talcahuano	3	50	6,0%
X	Hospital Base San José de Osorno	3	50	6,0%
	Hospital de Castro	3	50	6,0%
	Hospital de Puerto Montt	1	50	2,0%
RM	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	2	50	4,0%
	Complejo Hospitalario San José	2	50	4,0%
	Hospital Barros Luco Trudeau	1	50	2,0%
	Hospital Clínico San Borja-Arriarán	5	50	10,0%
	Hospital Del Salvador	7	50	14,0%
	Hospital San Juan de Dios	10	50	20,0%
XV	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni de Arica	6	50	12,0%
	Total	80		

VIII.- RESUMEN

Resulta innegable que la promulgación de la Ley N°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 Salud.

Por lo anteriormente expuesto, se hace imprescindible fiscalizar la Garantía de Protección Financiera en el Sistema Público, ya que nos entrega una visión del comportamiento que mantiene el Fondo Nacional de Salud al respecto.

Como resumen de esta actividad podemos señalar lo siguiente:

- ❖ Se fiscalizaron 20 establecimientos hospitalarios.
- ❖ Se fiscalizaron un total de 1000 copagos, con la siguiente distribución.

DISTRIBUCIÓN DE COPAGOS EVALUADOS									
	Cobro Sin Diferencia		Cobro Incorrecto		Cobro con Inconsistencia		Otros		Total Copagos
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Total	789	78,9%	123	12,3%	80	8,0%	8	0,8%	1000

- ❖ El 78,9% (789) de dichos copagos, estuvo correctamente cobrado.
- ❖ El 12,3% (123) de los copagos revisados, fueron clasificados en la categoría con "Cobro Incorrecto" al presentar alguna de las siguientes irregularidades:
 - Copago con diferencia en el valor cobrado
 - Copagos sin respaldo clínico que acredite la realización de la prestación
 - Copagos no corresponde cobro según según previsión al momento de la prestación.
 - Copagos no corresponde cobro dado que el diagnostico no corresponde a patología GES.
- ❖ El valor asociado a los 123 copagos definidos como cobros incorrectos asciende a la suma de \$10.472.875, afecta a 120 personas a quienes en promedio se les cobro erróneamente el monto de \$87.274.
- ❖ El 8,0% (80) de los copagos corresponde a aquellos definidos como Copagos con Inconsistencias en el registro, que no fueron clasificados dentro de las categorías de "Cobro Incorrecto" y/o "Otros".
- ❖ Por último, el 0,8% equivale a aquel cobro informado por FONASA, cuyo monto es inferior al obtenido en la fiscalización.

- ❖ Es importante destacar, que esta Superintendencia, realiza monitoreo constante en terreno de la información emanada desde FONASA, con la finalidad de garantizar el correcto funcionamiento de la Garantía de Protección Financiera.