



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
CRN/AVN

Informe de Fiscalización

Garantía de Protección Financiera

Sector Público

2012

Santiago, 28 de diciembre 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	5
D. Metodología	5
IV. Categorización de Resultados	6
V. Resultados	6
VI. Conclusiones	8

INFORME DE FISCALIZACIÓN N° 99

Módulo: Cumplimiento Garantía de Protección Financiera en FONASA.

Ente Fiscalizado: Hospitales Base de la Quinta Región.

SANTIAGO, 28 de diciembre 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.

Considerando que en el mes de marzo de 2012 se incluyó en el programa de fiscalización de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, una fiscalización tendiente a verificar los cobros realizados por FONASA para prestaciones explícitamente garantizadas, en prestadores públicos de la Región Metropolitana, esta misma actividad se decidió replicar -en el mes de noviembre de 2012- en los Hospitales Base de la V Región.

Para ello, mediante el Ord. IF N° 7429, del 2 de octubre del 2012, se le solicitó al Fondo Nacional de Salud, un archivo que diera cuenta de los cobros realizados durante el 1 de julio de 2011 al 31 de julio de 2012, independiente de la fecha de otorgamiento de las prestaciones y solo para los hospitales base de la quinta región, 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 segunda 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	Establecimiento
5	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso
5	Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar
5	Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes

- Criterio de Selección:

- Los establecimientos seleccionados, corresponden a los Hospitales Base de la Quinta Región, donde cada uno de ellos representa a un Servicio de Salud.

B. DETERMINACIÓN DE CASOS A EVALUAR:

Fonasa informo un total de 59.973 copagos garantizados para el total de los Hospitales Base de la Quinta Región, durante el período comprendido entre el 1 de julio de 2011 al 31 de julio de 2012.

- Determinación del tamaño de la Muestra

De los referidos 59.973 copagos, informados por el Fondo Nacional de Salud para los cuatro Hospitales Base, se eliminaron -primeramente- todos los copagos iguales a cero, que equivalían a un total de 14.564, quedando un total de 45.409 copagos. Del citado monto (45.409) se seleccionaron, al menos, un caso para cada Problema de Salud de tipo netamente Hospitalario, al cual se le hubiese efectuado -preferentemente- la prestación trazadora correspondiente a cada Problema de Salud. La cantidad de copagos seleccionados para cada Hospital fue la siguiente:

Establecimiento	N° Casos	N° Copagos
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	33	135
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	41	142
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	44	111
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	23	106

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 Ord. I.F. N°7429, del 2 de octubre de 2012.
- ✓ Recepción y consolidación de la información.
- ✓ Selección de muestra.
- ✓ 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 13 al 15 de noviembre 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.

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.

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. El monto del copago se ajusta al respectivo Decreto GES.
- Cobro incorrecto: Del análisis realizado se consideró como cobro incorrecto las siguientes situaciones:
 - Prestación cobrada no se encuentra respaldada mediante antecedentes clínicos y/o de otro orden, aportados por el prestador que efectuó las prestaciones (15)
 - Cobro prestación adicional, cuyo código no se encuentra en canasta GES sujeta a cobro (41)
 - Caso no GES (3)
 - Prestación cobrada no corresponde a intervención sanitaria sujeta a cobro (2)
 - Cobro efectuado más de una vez (25)
 - Cobro a beneficiario adulto mayor o perteneciente a programa de salud específico (PRAIS) (12)
 - Cobro de prestación incluida en canasta GES sujeta a cobro (3)
 - Cobro mayor al copago garantizado (1)

Para efectos del presente informe, se agruparon en el concepto "Cobro erróneo" las categorizaciones: Caso no GES, Prestación cobrada no corresponde a intervención sanitaria sujeta a cobro, Cobro de prestación incluida en canasta GES sujeta a cobro y Cobro mayor al copago garantizado.

V.- RESULTADOS

Consideraciones Previas:

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

Evaluación	Total	%
Cobro correcto	392	79,35
Cobro incorrecto	102	20,65
Total general	494	100%

Cobro correcto:

Del total de copagos evaluados se pudo observar que 392 de ellos (79,35%) contaban con el respaldo clínico que daba cuenta de la realización de la prestación sujeta a cobro. Además, el monto cobrado se ajustaba al copago garantizado establecido en el respectivo Decreto

Sin embargo, en un 10,49%, de los citados 392 copagos, hubo diferencia entre la fecha del respaldo clínico y la información entregada por el Fonasa.

Cobro incorrecto:

Respecto a los 102 copagos (20,65%) que no contaban con el documento que acreditara la realización de la prestación y/o no correspondía la realización del cobro de acuerdo a los antecedentes revisados, la categorización es la siguiente:

Categorización	Total	%
Cobro prestación adicional, cuyo código no se encuentra en canasta GES sujeta a cobro	41	40,20%
Cobros efectuado más de una vez	25	24,51%
Prestación cobrada no se encuentra en registro clínico o de otro orden	15	14,71%
Cobro a beneficiario adulto mayor o perteneciente a programa de salud específico (PRAIS)	12	11,76%
Cobro erróneo	9	8,82%
Total	102	100%

El detalle por Establecimiento fiscalizado es el siguiente:

Establecimiento	Cobro correcto	Cobro incorrecto	Total
Hospital Carlos Van Buren	111	24	135
Hospital Claudio Vicuña	87	24	111
Hospital Dr. Gustavo Fricke	118	24	142
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	76	30	106
Total	392	102	494

Los montos involucrados son los siguientes:

Establecimiento	Evaluación	Total	Monto \$
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	Cobro prestación adicional, cuyo código no se encuentra en canasta GES sujeta a cobro	8	7.690
	Cobros efectuado más de una vez	9	886.330
	Cobro a beneficiario adulto mayor o perteneciente a programa de salud específico (PRAIS)	4	505.380
	Cobro erróneo	3	663.910
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	Cobro prestación adicional, cuyo código no se encuentra en canasta GES sujeta a cobro	14	27.120
	Cobros efectuado más de una vez	5	264.580
	Cobro a beneficiario adulto mayor o perteneciente a programa de salud específico (PRAIS)	3	9.110
	Prestación cobrada no se encuentra en registro clínico o de otro orden	2	23.560

Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	Cobro prestación adicional, cuyo código no se encuentra en canasta GES sujeta a cobro	7	7.070
	Cobros efectuado más de una vez	6	698.030
	Cobro a beneficiario adulto mayor o perteneciente a programa de salud específico (PRAIS)	4	262.250
	Prestación cobrada no se encuentra en registro clínico o de otro orden	3	169.480
	Cobro erróneo	4	477.770
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Cobro prestación adicional, cuyo código no se encuentra en canasta GES sujeta a cobro	12	28.760
	Cobros efectuado más de una vez	5	248.100
	Cobro a beneficiario adulto mayor o perteneciente a programa de salud específico (PRAIS)	1	7.290
	Prestación cobrada no se encuentra en registro clínico o de otro orden	10	115.970
	Cobro erróneo	2	2.380
Total		102	4.404.780

En relación al valor del copago garantizado, se observó que éste -en todos los casos- se ajustaba al Decreto que se encontraba vigente al momento del inicio del Problema de Salud Garantizado que dio 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.

VI.- CONCLUSIONES

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 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 copagos evaluados se pudo observar que **392** de ellos (**79,35%**) 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. Además, el monto cobrado se ajustaba al copago garantizado establecido en el respectivo Decreto.

2. Por su parte, se observaron **102** copagos (**20,65%**) que no contaban con el documento que acreditara la realización de la prestación y/o no correspondía la realización de cobro de acuerdo a los antecedentes revisados, 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 que no corresponden por diferentes motivos como: prestaciones que no se han otorgado, no corresponden a casos GES, cobros duplicados, cobros que por situación específica tienen gratuidad, código de prestaciones que no están incluidos en la canasta que señala el Listado de Prestaciones Específico de cada patología evaluada, entre otros.

Además cabe señalar que en algunos casos, los prestadores no aportaron los respaldos para confirmar el otorgamiento de la prestación.

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, por lo que se seguirá aplicando en los Hospitales base pertenecientes a los distintos Servicios de Salud, de tal forma de obtener herramientas de trabajo que permitan mejoras claves en pro de la atención de los usuarios.