



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.cl

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
MMO/CRN

Informe de Fiscalización

Garantía de Protección Financiera

Sector Público

2013

Santiago, 30 de octubre 2013.

INDICE

I. Antecedentes	3
II. Objetivo General	4
III. Ficha de Fiscalización	
A. Entidad Fiscalizada	
	4
B. Determinación de Casos a evaluar	
C. Etapas de la Fiscalización	
IV. Categorización de Resultados	7
V. Consideraciones Previas	7
VI. Resultados	9
VII. Resumen	15

INFORME DE FISCALIZACIÓN N° 121

Módulo:	Cumplimiento Garantía de Protección Financiera en el Sector Público.
Ente Fiscalizado:	Hospitales Públicos de las Regiones V - R.M. - VIII y XV.

Santiago, 30 de octubre de 2013

I. 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 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 3 de diciembre del 2012 para los hospitales más representativos de los Servicios de Salud de las siguientes Regiones: Metropolitana - V - VIII y XV.

El presente informe, muestra los resultados de la fiscalización a la garantía de protección financiera, en el Fondo Nacional de Salud.

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: Fondo Nacional de Salud

- Tipo de Fiscalización: Regular
- Cobertura Regiones: V-RM-VIII-XV
- Criterio de Selección: Hospitales Bases de la Regiones antes señaladas
Información que fue requerida al FONASA, mediante el Oficio Ord. I.F. N°2403, de fecha 19 de abril de 2013.
- Cantidad: 16
- Cobertura: 100%
- Detalle de Establecimientos a Fiscalizar:

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
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
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

- Tipo de Desarrollo: Terreno.
- Fecha de desarrollo del terreno: 27 de mayo al 07 de junio de 2013

B. DETERMINACIÓN DE CASOS A EVALUAR

- Criterio(s) de Selección :

El FONASA, en respuesta al Oficio Ord. I.F. N°2403 informó un total 47.370 copagos para los Hospitales indicados precedentemente.

En esta oportunidad, para la obtención de los casos a evaluar, se seleccionaron los montos de los copagos más altos de los Problemas de Salud de tipo netamente Hospitalario, al cual se le hubiese efectuado - preferentemente- la prestación trazadora correspondiente a cada Problema de Salud.

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

- Detalle por establecimiento de casos y copagos a Fiscalizar:

ESTABLECIMIENTO	N° COPAGOS	N° CASOS
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	150	109
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	150	64
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	100	44
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	150	65
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	150	74
Hospital Las Higueras de Talcahuano	150	70
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán	150	75
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	100	64
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue	100	58
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	150	78
Hospital Barros Luco Trudeau	150	98
Complejo Hospitalario San José	150	97
Hospital Clínico San Borja Arriaran	150	58
Hospital San Juan de Dios	150	72
Hospital Salvador	150	71
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni	150	78
TOTAL	2.250	1.175

C. ETAPAS DE LA FISCALIZACIÓN:

Comprende las siguientes etapas:

- ✓ Programación
- ✓ Solicitud de información a FONASA mediante Oficio Ord. I.F. N° 2403, del 19 de abril de 2013.
- ✓ 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: 27 de mayo al 07 de junio de 2013
- ✓ Consolidación de planillas de evaluación
- ✓ Elaboración y envío de oficios 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.

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.

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

IV.- 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 y/o sin ficha clínica disponible para evaluación.
- **Otros:** Es aquel cobro informado por FONASA, cuyo monto es inferior al obtenido en la fiscalización.

V.- 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 1.175 y 2.250, 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 efectos de esta evaluación, se consideró como base para el cálculo del cobro realizado lo establecido en el artículo N° 17, del Decreto Supremo N° 1, que establece lo siguiente:

“Derogase el Decreto Supremo (N° 170 de 2004, 228 de 2005 y 44 de 2007), de los Ministerios de Salud y Hacienda.

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 Explicitas 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.”

- Ante la consulta de la modalidad de cobro de los copagos GES todos los representantes de los establecimientos fiscalizados indicaron como respuesta que en el prestador no se realiza el cobro a los beneficiarios, se deriva la información a FONASA siendo esta entidad quien cumple esa función.
- Los copagos definidos para el presente informe como “Otros” solo serán mencionados en forma general.

VI.- RESULTADOS

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

VI.1. RESULTADOS GENERALES

De los 2.250 copagos evaluados, el resultado fue el siguiente:

- El 67,5% (1.518) resultó evaluado como "Copagos sin diferencia", al estar correctamente cobrados.
- El 18,6% (418) son copagos con Cobro incorrecto.
- Por su parte, el 11,7% (263) presentó Cobro con inconsistencias.
- Mientras que el 2,2% (51) corresponden a Otros.

Lo anterior queda representado en la siguiente tabla y gráfico:

Establecimiento	DISTRIBUCIÓN DE COPAGOS EVALUADOS									
	Cobro Sin Diferencia		Cobro Incorrecto		Cobro con Inconsistencia		Otros		N° Copagos por Establecimiento	N° Casos por Establecimiento
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río	118	78,7%	13	8,7%	12	8,0%	7	4,6%	150	78
Complejo Hospitalario San José	95	63,3%	38	25,3%	15	10,0%	2	1,3%	150	97
Hospital Barros Luco Trudeau	82	54,7%	55	36,7%	9	6,0%	4	2,6%	150	98
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	126	84,0%	9	6,0%	14	9,3%	1	0,7%	150	109
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	58	58,0%	25	25,0%	13	13,0%	4	4,0%	100	44
Hospital Clínico Hermina Martín de Chillán	125	83,3%	9	6,0%	14	9,3%	2	1,3%	150	75
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	128	85,3%	11	7,3%	5	3,3%	6	4,0%	150	74
Hospital Clínico San Borja Arriarán	83	55,3%	43	28,7%	22	14,7%	2	1,3%	150	58
Hospital del Salvador	92	61,3%	21	14,0%	37	24,7%	0	0,0%	150	71
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	87	58,0%	41	27,3%	13	8,7%	9	6,0%	150	64
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni	105	70,0%	16	10,7%	29	19,3%	0	0,0%	150	78
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	63	63,0%	8	8,0%	25	25,0%	4	4,0%	100	64
Hospital Las Higueras de Talcahuano	98	65,3%	36	24,0%	13	8,7%	3	2,0%	150	70
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue	54	54,0%	40	40,0%	5	5,0%	1	1,0%	100	58
Hospital San Juan de Dios	83	55,3%	33	22,0%	28	18,7%	6	4,0%	150	72
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	121	80,7%	20	13,3%	9	6,0%	0	0,0%	150	65
Total	1.518	67,5%	418	18,6%	263	11,7%	51	2,2%	2.250	1.175

VI.2. 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 18,6% (418) del total de copagos muestreados (2.250).

De los 418 copagos evaluados con cobro incorrecto podemos observar que:

- El 33% (136) corresponden a copagos sin respaldo clínico de la prestación sujeta a cobro.
- El 27% (114) equivalen a copagos donde se detectó un monto superior en el valor cobrado al beneficiario (a).
- De igual manera el 23% (95) corresponde a copagos realizados a prestaciones no trazadoras.
- Por su parte el 8% (35) equivalen a copagos con diferencia en el valor cobrado y en el registro de la prestación.
- Finalmente el 9% (38) son copagos que no corresponde su cobro ya sea porque el cobro se realizó en otro prestador, hubo error de digitación, no corresponde según previsión, etc.

Lo anteriormente expuesto se muestra a continuación:

COBRO INCORRECTO						
	Con diferencia en el valor cobrado	Con diferencia en el valor cobrado y en el registro de la prestación	Prestación No Trazadora	No Corresponde	Sin Respaldo	N° Copagos Cobro Incorrecto
Total Cobro Incorrecto	114	35	95	38	136	418
Porcentualmente	27%	8%	23%	9%	33%	100%

Prestación no trazadora: Copagos por prestación trazadora más cobro por prestación no trazadora incluida en la "canasta".

No corresponde: Copagos que -al momento de la evaluación- no corresponden por previsión (Tramo Fonasa A, B o Prais), por diagnóstico, por edad, por error de digitación, etc.

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

VI.2.1. RESULTADOS DE COBROS INCORRECTOS SEGÚN ESTABLECIMIENTO:

De los 16 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 6% en los Hospitales Carlos Van Buren de Valparaíso y Clínico Herminda Martín de Chillán a un máximo de 40% en el Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue.

La mediana de copagos con cobro incorrecto es de un 18%. Los establecimientos: Complejo Hospitalario San José, Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital Clínico San Borja Arriaran, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, Hospital Las Higueras de Talcahuano, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue y Hospital San Juan de Dios son los que presentan porcentajes superiores a este promedio.

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

Establecimientos	N° Copagos Cobro Incorrecto	Porcentualmente	Total Copagos por Establecimiento
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	13	8,7%	150
Complejo Hospitalario San José	38	25,3%	150
Hospital Barros Luco Trudeau	55	36,7%	150
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	9	6,0%	150
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	25	25,0%	100
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán	9	6,0%	150
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	11	7,3%	150
Hospital Clínico San Borja Arriaran	43	28,7%	150
Hospital del Salvador	21	14,0%	150
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	41	27,3%	150
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni	16	10,7%	150
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	8	8,0%	100
Hospital Las Higueras de Talcahuano	36	24,0%	150
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue	40	40,0%	100
Hospital San Juan de Dios	33	22,0%	150
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	20	13,3%	150
Total Cobro Incorrecto	418	18,6%	2.250

VI.2.2. RESULTADOS DE COBROS INCORRECTOS SEGÚN PROBLEMA DE SALUD:

De los 33 Problemas de Salud incorporados en la muestra, existen 28 que presentan algún copago con cobro incorrecto.

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

- N° 2 "Cardiopatías Congénitas Operables"
- N° 9 "Disrrafias Espinales"
- N° 13 "Fisura Labiopalatina"
- N° 67 "Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente"
- N° 68 "Hepatitis B"

A un máximo de 71% en el Problema de Salud: N° 61 "Asma Bronquial en personas de 15 Años y Más".

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

- N° 61 "Asma Bronquial en personas de 15 Años y Más" 71%
- N° 38 "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de manejo ambulatorio" 50%
- N° 7 "Diabetes Mellitus Tipo 2" 40%

El detalle se presenta en la siguiente tabla:

Problema de Salud	N° Copagos Cobro Incorrecto	Porcentualmente	Total Copagos por Problema de Salud
Accidente Cerebrovascular	43	17%	254
Asma Bronquial 15 Años y Más	5	71%	7
Cáncer Cervicouterino	31	23%	137
Cáncer de Mama	29	16%	182
Cáncer de Próstata	16	23%	70
Cáncer de Testículo en Adultos	22	20%	108
Cáncer en Menores	15	17%	86
Cáncer Gástrico	5	6%	83
Cardiopatías Congénitas Operables	0	0%	6
Cataratas	18	17%	103
Colecistectomía Preventiva	45	18%	252
Desprendimiento de Retina	2	5%	41
Diabetes Mellitus Tipo 1	1	10%	10

Problema de Salud	N° Copagos Cobro Incorrecto	Porcentualmente	Total Copagos por Problema de Salud
Diabetes Mellitus Tipo 2	10	40%	25
Displasia Luxante de Caderas	1	13%	8
Disrrafias Espinales	0	0%	3
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	10	50%	20
Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	0	0%	27
Estrabismo	2	25%	8
Fisura Labiopalatina	0	0%	3
Hepatitis B	0	0%	3
Hepatitis C	6	26%	23
Hiperplasia de Próstata	3	13%	24
Infarto Agudo del Miocardio	25	22%	114
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	14	21%	67
Linfoma en Adultos	15	25%	60
Marcapaso	9	23%	40
Prematurez	34	26%	129
Retinopatía Diabética	2	3%	78
Salud Oral Integral de la Embarazada	6	35%	17
Síndrome de Dificultad Respiratoria	13	33%	40
Trauma Ocular Grave	1	4%	23
Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave	35	17%	199
N° Copagos	418	18,6%	2.250

VI.3. RESULTADOS DE COBROS CON INCONSISTENCIAS:

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.

El porcentaje de copagos con este tipo de incumplimiento equivalen al 11,7% (263) del total de copagos muestreados (2.250).

De los 263 copagos evaluados como cobros con inconsistencias, podemos observar que:

- El 83% (219) de ellos corresponden a copagos donde se observó diferencia en el registro de la prestación.

- Mientras que el 17% (44) equivalen a copagos donde no se obtuvo la ficha clínica para su evaluación.

Lo anteriormente expuesto se muestra a continuación:

COBRO CON INCONSISTENCIA			
	Con diferencia en el registro de la prestación	Sin Ficha Clínica	N° Copagos Cobro con Inconsistencias
Total Cobro Incorrecto	219	44	263
Porcentualmente	83%	17%	100%

La categorización "Con diferencia en el registro de la prestación" no implica error en el cobro, sólo inconsistencia en el registro de la prestación con relación a lo informado por Fonasa.

Por su parte, los Establecimientos que no tenían fichas clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó cobro por prestación, son los siguientes:

Establecimientos	Sin Ficha Clínica
Hospital San Juan de Dios	12
Hospital Clínico San Borja Arriaran	9
Hospital del Salvador	9
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni	6
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	4
Hospital Barros Luco Trudeau	4
Total copagos sin Ficha Clínica	44

VI.3.1. RESULTADOS DE COBROS CON INCONSISTENCIAS SEGÚN ESTABLECIMIENTO:

El Establecimiento que presenta el mayor porcentaje en relación a su universo es el Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y el Hospital del Salvador, con un 25%, respectivamente.

El Establecimiento que presenta el menor porcentaje en relación a su universo es el Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue, con un 5%.

El detalle se presenta en la siguiente tabla:

Establecimientos	COBROS CON INCONSISTENCIAS				
	Con diferencia en el registro de la prestación	Sin Ficha Clínica	Cobros con Inconsistencia	Porcentualmente	Total Copagos por Establecimiento
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	12	0	12	8,0%	150
Complejo Hospitalario San José	15	0	15	10,0%	150
Hospital Barros Luco Trudeau	5	4	9	6,0%	150
Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso	10	4	14	9,3%	150
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	13	0	13	13,0%	100
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán	14	0	14	9,3%	150
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	5	0	5	3,3%	150
Hospital Clínico San Borja Arriaran	13	9	22	14,7%	150
Hospital del Salvador	28	9	37	24,7%	150
Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	13	0	13	8,7%	150
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni	23	6	29	19,3%	150
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles	25	0	25	25,0%	100
Hospital Las Higueras de Talcahuano	13	0	13	8,7%	150
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría de Curanilahue	5	0	5	5,0%	100
Hospital San Juan de Dios	16	12	28	18,7%	150
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	9	0	9	6,0%	150
Total copagos con Cobro Incorrecto	219	44	263	11,7%	2.250

VII.- 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 16 establecimientos hospitalarios.
- ❖ Se fiscalizaron un total de 2.250 copagos, con la siguiente distribución.

DISTRIBUCIÓN DE COPAGOS EVALUADOS										
	Cobro Sin Diferencia		Cobro Incorrecto		Cobro con Inconsistencia		Otros		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1.518	67,5%	418	18,6%	263	11,7%	51	2,2%	2.250	100

- ❖ El 67,5% (1.518) de dichos copagos, estuvo correctamente cobrado.
- ❖ El 18,6% (418) de los copagos revisados, caen en la categoría con “Cobro Incorrecto” al presentar alguna de las siguientes irregularidades:
 - Copago con diferencia en el valor cobrado
 - Copagos con diferencia en el valor cobrado y en el registro de la prestación
 - Copagos realizados a prestaciones “No Trazadoras”
 - Copagos no corresponden por diversos motivos ya sea porque el cobro se realizó en otro prestador, hubo error de digitación, no corresponde según previsión, etc.
 - Copagos sin respaldo clínico de la prestación para su cobro
- ❖ El 11,7% (263) de los copagos corresponde a aquellos definidos como Copagos con Inconsistencias en el registro.
- ❖ Por último, el 2,2% 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.