



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Buenas Prácticas en la Seguridad Social

Buena práctica implementada desde: 2017

Implementación de la verificación digital de solicitudes en hospitales para la Seguridad Social para la Salud de Indonesia

**Organización de Administración de la Seguridad Social para la Salud
Indonesia**

Año de publicación: 2018

www.issa.int

Resumen

El creciente número de participantes en el programa del seguro de salud de Indonesia ha incrementado notablemente el uso de recursos y el número de solicitudes de reembolso recibidas por la Organización de Administración de la Seguridad Social para la Salud (BPJS Kesehatan). Esto ha requerido una gran cantidad de recursos adicionales y más personal para tramitar y administrar las solicitudes. Por ello, la BPJS Kesehatan lanzó una iniciativa para simplificar la tramitación y gestión de las solicitudes que requería menos recursos. La iniciativa recibió el nombre de VEDIKA, abreviatura de “verificación digital de solicitudes”, y consistía en una aplicación digital para la verificación de las solicitudes de reembolso en centros de atención sanitaria secundaria. Los objetivos de VEDIKA son mejorar el rendimiento económico de la BPJS y su reputación y permitirle cumplir el acuerdo de nivel de servicio relativo al tiempo de tramitación de las solicitudes, optimizando así el rendimiento del personal dedicado a su verificación. Tras la implementación de VEDIKA, la BPJS Kesehatan fue capaz de reducir la duración de los trámites de 45 a 15 días. El uso de VEDIKA también dio lugar a una reducción del número total de trabajadores dedicados al proceso de verificación, que pasó de 1 345 a 961. Los principales beneficios de la exitosa implementación de VEDIKA son el apoyo de los proveedores y el uso de un sistema digital.

Asunto o desafío

¿Qué asunto o desafío aborda su buena práctica? Por favor, descríballo brevemente.

La Ley 24 de 2011 designó a la BPJS Kesehatan como organismo encargado de velar por el cumplimiento del sistema del seguro de salud de Indonesia, de conformidad con la Ley 40 de 2004. El número de afiliados a la BPJS Kesehatan ha pasado de 16 millones en 2014 a más de 193 millones en marzo de 2018. La BPJS Kesehatan mejora constantemente el acceso a sus servicios mediante el establecimiento de conciertos con más centros de salud. El número de centros de salud con concierto con la BPJS Kesehatan ha pasado de 18 437 centros de atención primaria y 1 681 centros de atención secundaria en 2014 a 21 893 centros de atención primaria y 2 336 centros de atención secundaria en marzo de 2018. El mejor acceso da lugar a un aumento en la utilización de estos servicios año tras año. Su uso se ha disparado desde los 92,3 millones de casos a finales de 2014 a los 219,6 millones de casos a finales de 2017. Esto ha aumentado notablemente las labores de tramitación de solicitudes, el personal requerido y los costes operativos.

La BPJS Kesehatan suele asignar más de un trabajador a cada hospital con concierto para aprobar la elegibilidad de los participantes, ofrecer información y gestionar las quejas, los paquetes de prestaciones y la tramitación y verificación de las solicitudes. El gran número de trabajadores respondía también a la enorme carga de trabajo, ya que cada solicitud presentada se comprobaba de manera manual. El escaso cumplimiento por parte de los hospitales en lo relativo al tiempo de presentación de las solicitudes también suponía un problema, ya que en ocasiones presentaban documentos incompletos que no se adaptaban a la norma.

Al trabajar con costes operativos limitados, la BPJS Kesehatan se vio obligada a asignar menos trabajadores a los hospitales con concierto, lo que se tradujo en quejas de los centros sanitarios por la demora en los trámites y la baja calidad de la verificación. Con frecuencia esto dio lugar a conflictos entre la BPJS Kesehatan y los centros sanitarios cuando no se cumplía el acuerdo de nivel de servicio relativo a las solicitudes de reembolso y los documentos estaban desorganizados o incluso faltaban. Otro problema fue que el sistema de información sobre las

solicitudes no estaba en línea ni centralizado, por lo que se terminaban utilizando datos desactualizados en la planificación económica y en las evaluaciones.

Abordar el desafío

¿Cuáles eran los principales objetivos del plan o estrategia para resolver el asunto o desafío? Enumere y describa brevemente los principales elementos del plan o estrategia, con particular hincapié en sus características innovadoras y los efectos buscados o esperados.

Los principales objetivos de VEDIKA eran mejorar el rendimiento económico y la reputación de la BPJS Kesehatan cumpliendo el acuerdo de nivel de servicio relativo al tiempo de tramitación de las solicitudes y, al mismo tiempo, optimizar el servicio del personal encargado de verificarlas:

1. Tramitación normalizada de las solicitudes
2. Acuerdo claro de nivel de servicio relativo al proceso de reembolso
3. Número optimizado de trabajadores dedicados a la verificación
4. Clara planificación del pago de las solicitudes, tanto en términos de tiempo como de costes
5. Apoyo en el proceso de verificación de las solicitudes y disponibilidad de datos centralizados y actualizados

Con VEDIKA, la BPJS Kesehatan ha vuelto a reubicar en las filiales a todo el personal de verificación que antes trabajaba desde hospitales con concierto. La lógica detrás de todo ello es que los trabajadores rendirán mejor desde la filial, ya que estarán más centrados y sufrirán menos interrupciones relativas al trámite de reclamaciones y de los puestos administrativos. Ahora las reclamaciones se gestionan en los hospitales con concierto y en el centro de atención al cliente de la BPJS.

Ya que el sistema VEDIKA optimiza el reembolso de las solicitudes digitales, el personal de verificación comprueba el 30 por ciento de los documentos, mientras que VEDIKA contrasta el 70 por ciento restante. Al ser un proceso digitalizado, ahora se exige a los hospitales que presenten las solicitudes de manera colectiva siguiendo un sistema normalizado.

Metas

¿Cuáles fueron las metas cuantitativas y/o cualitativas o indicadores clave del rendimiento que se establecieron para el plan o estrategia? Por favor, descríbalos brevemente.

Resultados previstos:

1. La BPJS Kesehatan cumplirá con el acuerdo de nivel de servicio relativo a la tramitación de las solicitudes de reembolso y efectuará el pago a los 15 días, en lugar de los actuales 45 días laborables.
2. Reducción del número de trabajadores dedicados a la verificación, que podrán dedicarse a otras funciones.

Evaluación de los resultados

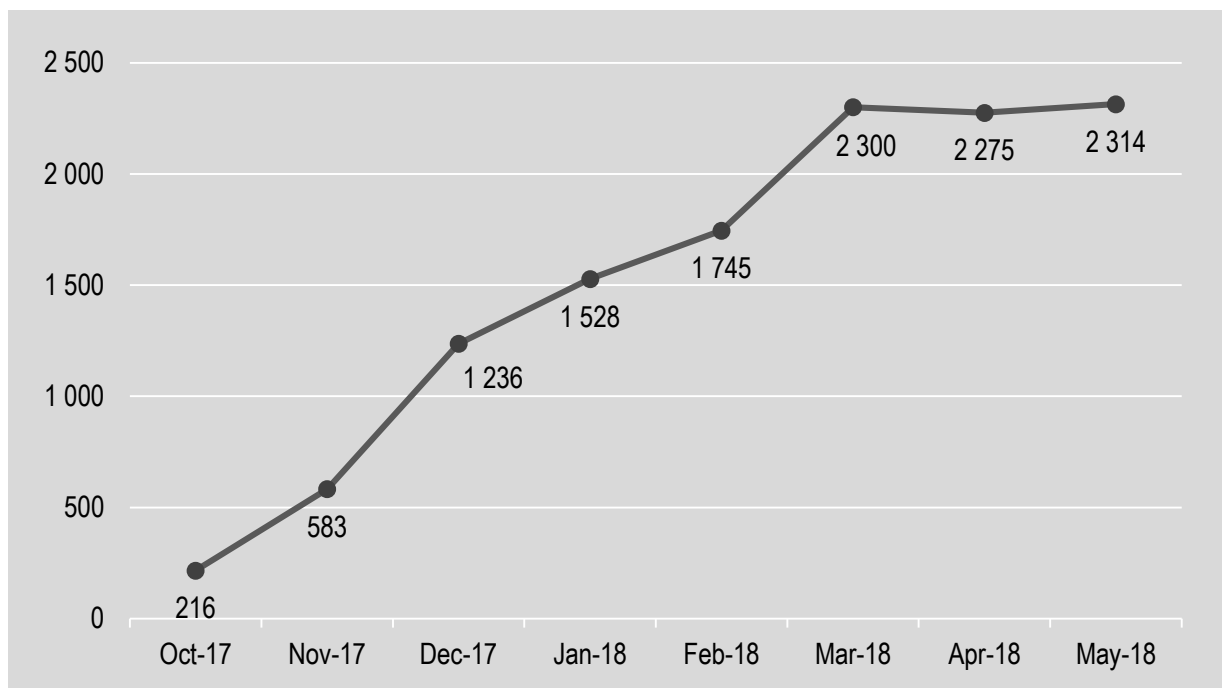
¿Se ha evaluado la buena práctica? Por favor, suministre datos sobre el impacto y los resultados de la buena práctica comparando los objetivos con el desempeño real, indicadores de antes y después y/u otros tipos de estadísticas o mediciones.

La siguiente tabla ilustra la diferencia entre el antiguo sistema de verificación y VEDIKA.

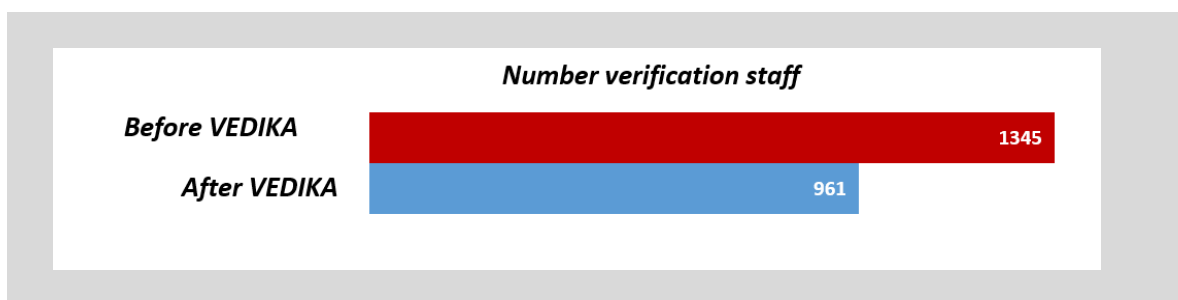
n ^{os}	Descripción	Antes de VEDIKA	VEDIKA
1	Comprobación de la elegibilidad de los participantes	Personal de la BPJS Kesehatan Personal del centro sanitario	Personal del centro sanitario
2	Gestión de la información y las reclamaciones	Personal de la BPJS Kesehatan Personal del centro sanitario	Personal del centro sanitario Centro de atención de la BPJS (servicio telefónico)
3	Lugar de la verificación	Centro sanitario	Filial de la BPJS Kesehatan
4	Proceso de verificación de solicitudes	Todas las solicitudes se verifican manualmente	Muestreo de solicitudes, verificación digital con sistema de filtrado
5	Tiempo de presentación de la solicitud	No normalizado, puede presentarse parcialmente con periodicidad diaria o semanal	La presentación mínima mensual de solicitudes debe ascender al 75 por ciento del número de casos
6	Sistema de información	Soporte informático localizado y limitado, verificación manual en su mayoría	Centralizado y verificado siguiendo una lógica informática
7	Tiempo transcurrido entre la verificación y el pago	Depende del centro de salud; media de 45 días	15 días

Resultados de la implementación de VEDIKA:

1. El número de centros sanitarios que utilizan VEDIKA alcanzó el 100 por ciento en mayo de 2018. La siguiente gráfica ilustra el creciente número de centros sanitarios que utilizan VEDIKA:



El número de trabajadores necesarios para la verificación se ha reducido notablemente:



Lecciones aprendidas

A partir de la experiencia de la organización, mencione hasta tres factores que considera indispensables para reproducir esta buena práctica. Cite hasta tres riesgos que surgieron o podrían surgir con la implementación de esta práctica. Por favor, explique brevemente estos factores y/o riesgos.

Deben considerarse tres factores indispensables para reproducir esta práctica:

1. El apoyo de los proveedores es importante para implementar un nuevo sistema de gestión de solicitudes.
2. Es importante que exista confianza mutua entre la organización de protección social y los proveedores, de tal modo que ambas partes puedan corregir los pagos en las solicitudes incorrectas.
3. Compromiso para buscar siempre innovaciones con las que mejorar la calidad de las solicitudes y el sistema de pago.

Deben tenerse en cuenta tres riesgos a la hora de implementar un sistema digital de verificación de solicitudes:

1. Desequilibrio entre las capacidades informáticas de la organización de la seguridad social y los centros sanitarios con concierto.
2. Dado que solo se comprueba digitalmente el 70 por ciento de las solicitudes, es esencial contar con un sistema sólido de prevención del fraude.
3. Deben redactarse acuerdos de codificación al máximo nivel para minimizar los conflictos en las filiales.