

Informe Financiero
Proyecto de Ley que Modifica el Sistema Privado de Salud,
Incorporando un Plan Garantizado de Salud

Mensaje N° 416-359

I Antecedentes.

Este proyecto tiene por objeto modificar el Sistema Privado de Salud que se encuentra regulado en el Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, mediante el cual se definirá un plan garantizado de salud y un mecanismo solidario de financiamiento, para todos los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs).

Este plan contempla una protección financiera no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección y tiene como características la no discriminación por sexo ni edad, siendo financiado con precios idénticos para todos los beneficiarios de una misma Institución. Asimismo, este proyecto considera que las personas podrán seguir destinando recursos para la compra de coberturas complementarias, con la finalidad de mantener beneficios similares a los que actualmente han contratado con sus ISAPREs, a través de sus planes de salud.

II. Efecto del Proyecto sobre el Presupuesto Fiscal.

Si bien este proyecto de ley se relaciona exclusivamente con el Sistema Privado de Salud, tiene efectos directos e indirectos en el gasto público.

El Plan Garantizado de Salud (PGS) incluye:

1. Las Garantías Explícitas en Salud (GES);
2. La Cobertura para Gastos Catastróficos en salud.
3. La cobertura ante eventos de emergencia vital;
4. El Examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES, y
5. Las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fijen conforme al procedimiento señalado al efecto.

Luego, este Plan contemplará una protección financiera global no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección.

El PGS deberá ser obligatoriamente ofrecido por las ISAPRES a un único precio, independiente de sexo, edad y condición de salud de las personas beneficiarias. Este precio será determinado por cada institución.

Para hacer viable la existencia de este precio, el que es independiente del riesgo de cada persona individualmente considerada, se creará un fondo de compensación en el Sistema ISAPRE, el que redistribuirá recursos desde las instituciones con carteras menos riesgosas hacia aquéllas que lo requieran. El modelo de ajuste de riesgos será definido a partir de la propuesta del Consejo Consultivo del Plan Garantizado de Salud, y cuya prima comunitaria del fondo en comento será determinada anualmente por el Ministro de Salud. Para llevar adelante esta tarea es fundamental la participación que le asigna este proyecto de ley a la Superintendencia de Salud.

Los factores de riesgo se determinarán en base a los costos efectivos registrados por el PGS para todos los beneficiarios del Sistema de Isapres, y considerando al menos sexo y edad. Adicionalmente podrá considerar diagnósticos o patologías en la definición del riesgo, las que se agregarán conforme la información que respecto de este aspecto se vaya registrando. De esta manera se viabiliza la solidaridad de riesgos entre todos quienes integran en sistema.

Por otro lado, el precio del Plan Garantizado no incluirá el costo del subsidio de incapacidad laboral, el que deberá ser cobrado adicionalmente respecto de los trabajadores dependientes e independientes que correspondan. Para esto, cada Isapre determinará un porcentaje de la remuneración imponible de los cotizantes, el que será el mismo para todos los afiliados a una misma entidad.

i) Costos Directos en la Superintendencia de Salud:

Los costos directos que este proyecto se ven reflejados en un mayor gasto fiscal en la Superintendencia de Salud. Para los cálculos respectivos se ha supuesto el refuerzo de la Superintendencia para hacer frente a esta tarea, tanto en la elaboración, control, fiscalización, regularización, difusión del Plan Garantizado de Salud, como de su actualización en el tiempo, para lo cual se incluye la participación del Instituto Nacional de Estadística en el levantamiento de indicadores referenciales. Comprende estos gastos algunos por una sola vez y otros recurrentes, esperando alcanzar el régimen el segundo año.

Otras instituciones públicas involucradas operarán con el presupuesto vigente para hacer frente a esta tarea, por lo que se asume que no hay mayor gasto fiscal.

Un resumen de los mayores costos de la Superintendencia de salud:

Concepto	MM\$	Año 0	Año 1	Año 2
1 Propuesta PGS y Arancel	Gastos por una vez	6,4	-	-
	Gastos Anuales	147,7	147,7	147,7
2 Indicadores Referenciales	Gastos por una vez	-	-	-
	Gastos Anuales	140,0	140,0	140,0
3 Supervisión Fondo Compensación	Gastos por una vez	231,8	-	-
	Gastos Anuales	100,0	100,0	100,0
4 Cuentas de Excedentes: Reguladas y Fiscalizadas por la Superintendencia de Salud	Gastos por una vez	54,7	-	-
	Gastos Anuales	22,5	22,5	22,5
5 Regulación	Gastos por una vez	77,7	67,9	-
	Gastos Anuales	13,0	13,0	13,0
6 Fiscalización	Gastos por una vez	28,3	-	-
	Gastos Anuales	37,9	74,8	74,8
7 Resolución de Conflictos	Gastos por una vez	90,3	-	-
	Gastos Anuales	553,0	553,0	553,0
8 Fiscalía	Gastos por una vez	3,5	-	-
	Gastos Anuales	40,4	40,4	40,4
9 Difusión y Educación	Gastos por una vez	20,5	-	-
	Gastos Anuales	12,3	12,3	12,3

TOTAL (MM\$)	Año 0	Año 1	Año 2
Gastos por una vez	513,3	67,9	0,0
Gastos Anuales	1.066,9	1.103,7	1.103,7
Total Proyecto	1.580,2	1.171,6	1.103,7

Si bien a la fecha no hay definido un precio asociado al Plan Garantizado para cada ISAPRE, estos costos suponen que el Fondo de Compensación de Riesgos a ser controlado por la Superintendencia de Salud maneja montos elevados producto de las cotizaciones de los afiliados al Sistema Privado de Salud, muy superiores a los que actualmente administra esta institución.

La resolución de conflictos da cuenta de las posibles diferencias entre el Plan de Salud vigente y las modificaciones o adecuaciones del Plan Garantizado y los Beneficios Complementarios que se contraten, que originarán mayores reclamos a lo largo del país, con un crecimiento del 400% respecto a lo actual.

ii) Efectos Indirectos:

En esta categoría se contemplan los efectos fiscales del traslado de beneficiarios desde el sistema ISAPRE a FONASA por imposibilidad de cubrir el precio del plan para si y para sus beneficiarios. Este efecto se produce si es que algún afiliado no cuenta con recursos disponibles, provenientes de su remuneración imponible, para financiar aquella parte del precio del plan que no alcanza a ser financiada con su cotización obligatoria "neta"; es decir, su cotización obligatoria menos el porcentaje que la ISAPRE cobrará a todos sus afiliados para financiar las licencias médicas.

El Departamento de Estudios de la Superintendencia de Salud, utilizando la base de datos del sistema ISAPRE para el año 2010, ha identificado cuántos beneficiarios (cotizantes más sus cargas) no cumplen con el requisito de contar

con cotización legal neta suficiente para financiar planes garantizados a distintos precios ("beneficiarios deficitarios") :

Tabla: Beneficiarios Deficitarios (definición según cotización legal sin SIL)

Acumulado	Dependiente	Independiente	Pensionado	Voluntario	Cargas	Total general
<= 2000	63.267	20.788	2.799	63.323	112.963	263.140
<=15000	360.887	29.222	24.687	70.280	766.150	1.251.226
<=16000	395.896	29.887	26.746	70.852	820.271	1.343.652
<=17000	429.946	30.667	28.889	71.353	866.588	1.427.443
<=18000	465.639	31.449	31.300	71.869	918.788	1.519.045
<=19000	537.288	33.025	33.414	72.635	1.082.936	1.759.298
<=20000	566.198	33.590	35.393	73.022	1.113.501	1.821.704
<=21000	593.689	34.145	37.322	73.368	1.139.149	1.877.673
<=22000	619.991	34.786	39.128	73.750	1.162.316	1.929.971
Total	1.295.117	49.747	85.103	82.519	1.462.730	2.975.216

Fuente: Superintendencia de Salud

Ahora bien, en caso de que alguno de estos beneficiarios se trasladase a FONASA, se producirá en esta entidad un incremento simultáneo entre los ingresos por cotizaciones y los gastos que generan, lo que no es posible de dimensionar fácilmente. Ello depende de la cotización de la persona que se traslade de sistema y del tamaño de su grupo familiar, comparado con un gasto promedio per cápita en FONASA equivalente, aproximadamente a \$21.883 mensuales por beneficiario estimado en 2011 para los grupos B, C y D. Si ocurriera entonces que la cotización promedio de quienes se trasladan es menor a dicho gasto, entonces habrá necesidad de un mayor financiamiento a FONASA, lo cual es mayor costo fiscal.

Así por ejemplo, si el valor del PGS fuera **\$17.000**, y un 10% de los beneficiarios deficitarios se cambiaran de ISAPRE a FONASA (y si su cotización efectiva fuera de \$17.000), manteniendo su distribución de cotizaciones, y que su estado de salud es similar a los afiliados actuales a FONASA, habría un **mayor gasto esperado en FONASA de \$8.364 millones anuales**, lo cual constituye costo fiscal. Del mismo modo, este costo fiscal puede ser mayor si se considerara que estos nuevos beneficiarios de FONASA tuvieran un gasto semejante al de los actuales beneficiarios del grupo D, con un gasto mensual estimado de \$23.205 mensuales por beneficiario, totalizando **un mayor costo fiscal de \$10.628 millones anuales**. Sin embargo, estos afiliados en la actualidad pagan cotizaciones adicionales y/o son parte de contratos colectivos, que se busca preservar con el cambio legal propuesto, **de modo que no se considera realista esperar que en régimen se observe el efecto máximo recién presentado.**



Rosanna Costa
Rosanna Costa
Directora de Presupuestos

Visación Subdirección de Presupuestos:



[Signature]
SUBDIRECTOR
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

Visación Subdirección de Racionalización y Función Pública:



[Signature]
SUBDIRECTOR
RACIONALIZACIÓN
Y FUNCIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS