Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 60 GG
Reg. 262 HH
I.F. N°60/23.04.2019

Informe Financiero Sustitutivo

Indicación sustitutiva al proyecto de la ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado

Boletín N°8105-11

I. Antecedentes

En diciembre de 2011, el Ejecutivo presentó en la Cámara de Diputados, el mensaje presidencial N° 416-359, que tenía 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, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

Dicho proyecto buscaba sentar las bases de una nueva institucionalidad dentro del Sistema de Instituciones de Salud Previsional (Isapres), a través de instrumentos que permitieran aumentar la solidaridad y la transparencia del mismo.

El proyecto de ley fue despachado en su primer trámite constitucional desde la Cámara de Diputados en enero de 2013 y enviado al Senado por Oficio N° 10.567, radicándose hasta la fecha en la Comisión de Salud de dicha H. Corporación.

La presente indicación sustitutiva viene a modificar la propuesta anterior, con miras a implementar un Plan de Salud Universal, el cual permita impulsar una mayor transparencia y competencia dentro del sistema; afrontar las diferencias de precios según edad, sexo y condición de salud de las personas; entregar protección financiera a los usuarios de manera que se logre contener el gasto en salud a nivel agregado; mejorar la fiscalización y solvencia de las Isapres, entre otros.

A continuación, se indican las principales materias contempladas en esta indicación sustitutiva.

i. Plan de Salud Universal

Se crea un plan que entrega cobertura para un conjunto único de prestaciones, el cual debe ser ofrecido por las Instituciones de Salud Previsional. Los potenciales afiliados tendrán la posibilidad de decidir entre tres deducibles y tres redes de prestadores. Una vez agotado el deducible, los afiliados enterarán un copago equivalente al 20% de un

arancel de referencia. En conjunto a lo anterior, cada beneficiario tiene un gasto máximo de bolsillo, el cual varía en función del ingreso del cotizante titular.

ii. Libre Afiliación

Se establece la obligación de las Isapres de aceptar a todas las personas que quieran contratar un plan de salud con ellos.

iii. Esquema de Compensación de Riesgo y Contribución Solidaria

Se crea un esquema de compensación de riesgos con el propósito de dar mayor accesibilidad financiera al sistema, al mitigar las diferencias de precios existentes hoy en día entre distintos grupos de riesgo[1]. De esta manera, el esquema permite determinar montos de transferencias entre los distintos beneficiarios según la determinación de sus costos esperados, los cuales son estimados utilizando el sexo, la edad, y condición de salud de los mismos, con el objeto de homogeneizar los precios.

Para efectuar lo anterior, se establece la obligación para todos los beneficiarios mayores de 18 años a enterar una contribución solidaria, la cual financia la totalidad de las transferencias a realizarse.

iv. Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)

Cada Isapre determinará un porcentaje de la renta imponible, con un máximo de un 2%, que cobrarán a sus afiliados para el financiamiento de las licencias médicas.

v. Consejo Técnico de Salud

Se crea un Consejo que tiene por objeto proponer las prestaciones a incluir en Plan de Salud Universal y su Arancel, los tramos y montos de deducibles, el monto de la contribución solidaria, el método para determinar las compensaciones solidarias, entre otras materias que le encomienda la ley. Se encuentra conformado por seis miembros de reconocida competencia para el ejercicio de estas funciones y contará de una Secretaría Técnica a cargo de la Superintendencia de Salud.

vi. Reforzamiento de la fiscalización financiera de las Isapres

Se reforzarán los requisitos de solvencia de las Instituciones de Salud Previsional,

1 Se entiende por grupo de riesgo como el conjunto de individuos que comparten determinado sexo, tramo etario, condición de salud, u otra.

aumentando los requisitos de capital mínimo efectivamente pagado, el monto de la garantía, además de mayores atribuciones a la Superintendencia de Salud.

vii. Aumentar la competencia y protección del beneficiario.

Se mejora la regulación que vela por las buenas prácticas de las aseguradoras al ofrecer sus productos, aumentando, además, la información pública disponible sobre precios, calidad y otros aspectos relevantes del actual sistema de salud.

II. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal

i. Análisis del Impacto Económico de las Modificaciones

El principal impacto fiscal de la reforma se da en el sistema de aseguramiento público. En particular, en los ingresos y gastos esperados por afiliado y beneficiarios del Fondo Nacional de Salud.

La reforma, al eliminar las preexistencias, permite que las personas puedan elegir su seguro de salud sin mayores restricciones. Esto genera un cambio sustancial en la composición de la cartera de beneficiarios de los seguros público y privados.

Es de esperar que, en un escenario sin restricciones, de mayor transparencia e información, los afiliados decidan cambiar de aseguradora en el caso de que les sea beneficioso. La decisión de los afiliados del Fonasa, y el potencial cambio de asegurador, es lo que genera el impacto fiscal, siendo la movilidad de algunos grupos (según algunas características) una pérdida neta para Fonasa (ingresos menos gastos) y otros un ahorro neto. A priori, la hipótesis es que la reforma originará una pérdida de ingresos netos, ya que los cambios incentivan a cambiarse de aseguradora a los afiliados de relativo alto ingreso y bajo riesgo sanitario (asociado a un bajo consumo o uso de prestaciones sanitarias).

Dado que la reforma estipula que a partir del quinto año de vigencia de ley no podrán mantenerse en el sistema de Isapres los contratos de salud actuales, no se esperan cambios desde el sistema privado al público en el corto plazo, ello porque en la actualidad las personas no tienen restricciones para cambiarse desde las Isapres al Fonasa, pero sí al revés y, por lo tanto, si el nuevo plan que le ofrece la Isapre no resulta ventajoso, siempre puede mantener su plan actual.

Los otros efectos fiscales están asociados a los requerimientos de recursos para establecer el Consejo Técnico de Salud y su Secretaría, más los asociados a las mejoras en la Superintendencia de Salud, necesarias para el buen ejercicio de sus funciones.

ii. Metodología de Estimación del Impacto Fiscal

a) Impacto en los Ingresos del Fondo Nacional de Salud

Se desarrolló un modelo microeconómico para determinar la población migrante desde el Fonasa al sistema de Isapres[2]. La lógica detrás es que el agente es un individuo económicamente racional que compara la alternativa pública con las privadas según el precio (o prima) que enfrenta, dadas sus preferencias.

La primera etapa del modelo consiste en la determinación de los potenciales precios que le ofrecerán las Isapre a los afiliados del Fonasa. Para ello, se determinó un vector de precios para cada individuo, para luego agregar estos precios individuales y determinar los precios que enfrentará cada grupo familiar.[3]

El precio a determinar es aquel que le ofrecerá la aseguradora al afiliado, considerando la estructura dispuesta por el Plan Nuevo Asegurado (PNA), siendo ésta la siguiente:

- Copago de 40%
- Deducible de $0.
- Sin beneficio de máximo gasto de bolsillo
- Red Cerrada
- Prestaciones de la Modalidad Libre Elección.
- Nula participación del Esquema de Compensación

En el esquema del PNA, el precio final que enfrentará el afiliado por él y sus cargas depende principalmente del perfil de riesgo de los mismos. Como para la población del Fonasa no es posible construir un indicador de condición de salud, sólo se utiliza sexo y nueve tramos de edad para determinar el precio final pagado por cada afiliado por su plan familiar. El precio final está determinado por el costo esperado de salud que enfrentará la Isapre por asegurar a dicha persona, el cual se obtiene a partir de los

2 Considerando que los actuales afiliados a las Isapres en los primeros cinco años de vigencia de la ley pueden decidir si adaptar el nuevo régimen o mantener sus contratos, es que no se contemplan migraciones desde el sistema privado hacia el Fonasa.

3 Esto considera el hecho de que en las Isapre los afiliados no se aseguran de manera individual, sino que contratan un plan familiar, en los casos que aplique.

gastos facturados del sistema privado, excluyendo del análisis a las Isapres cerradas. Esto quiere decir que se asume un mismo nivel de consumo entre beneficiarios de un mismo sexo y edad del Fonasa y de las Isapres. A lo anterior, se agrega un ajuste por concepto de gastos de administración y utilidades, y el cobro del seguro por incapacidad laboral (se estableció de un 2% para fines de la estimación) para aquellos individuos que están en edad de trabajar.

El esquema para definir los precios por beneficiario es el que se describe a continuación:

1) Se determina el gasto esperado a bonificar por parte de la Isapre por cada beneficiario, el cual depende de la cartera de prestaciones (correspondiente a las prestaciones con código MLE), deducible y copago. El copago se establece de 40% para el gasto asociado a las prestaciones no GES (La Isapre se hace cargo del 60%), y de un 20% para las GES (la Isapre se hace cargo del 80%). Para determinar el gasto bonificado predicho se estima una regresión lineal compuesta por las variables sexo y edad, tal como se muestra en la siguiente ecuación:

$$\text{Gasto Bonificado}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Sexo}_i + \beta_2 \text{Edad}_i + \beta_3 (\text{Sexo}_i \times \text{Edad}_i)$$

2) Luego el precio esperado del PNA por persona corresponde al valor predicho por el modelo anterior. Resultando lo siguiente:

$$\text{Precio PNA}_j = \text{Bon. Predicho}_j$$

3) El precio final por persona corresponde al precio PNA ajustado por una tasa de un 1,22%, que da cuenta del margen de utilidades y gastos de administración que resultaron del ejercicio financiero de las Isapres en 2017. A dicho resultado, se le aplica el cobro de 2% de la renta imponible de los beneficiarios en edad de trabajar y que contaban con registro de ingreso imponible, para fines del SIL. Lo anterior se representa en la siguiente ecuación:

$$\text{Precio Final}_i = 1{,}22 \times \text{Precio PNA} + 2\% \text{ Renta Imponible}_i$$

4) El precio final (PF) por contrato o grupo familiar corresponde a los sumatoria de los precios por persona:

$$PF_j = \sum_i^n PNA_i \; \forall j$$

La segunda etapa corresponde a determinar el perfil de afiliados que, ya sea por razones económicas, de preferencias por el sistema privado y/o por preexistencias vigentes, presentan argumentos económicos, medibles y medianamente robustos para suponer que se cambiarán de sistema de aseguramiento.

Utilizando información administrativa de los beneficiarios del Fonasa del año 2017, se construyeron los siguientes casos de análisis, en donde se descartaron ex ante a aquellos que presentaban menos de 6 cotizaciones en el año y a los afiliados de las regiones de Magallanes y de la Antártica Chilena, y de Aysén del General Ibáñez del Campo, producto de que el número de afiliados es limitado y la red pública es la de uso preferencial en la zona, dado la escasa oferta de red privada.

- **Caso 1:** Precio Final (PF) menor al 5% de la renta imponible (RI).
  El cotizante decide cambiarse porque, más allá de los accesos a las redes privadas, genera un excedente (de 2 puntos de su renta imponible) del cual se puede apropiar en el sistema privado.
- **Caso 1.5:** Copago MLE mayor a $0 y precio final entre 5% y 7% de la RI.
  El cotizante con su grupo decidirán cambiarse, porque es posible con los datos derivar una preferencia por la red privada de atención o en convenio, ya que presenta (alguien del grupo familiar) registro de copago en la MLE y, además, este nuevo plan le genera excedente ya que el precio que enfrenta es inferior al 7% de su RI.
- **Caso 2:** Copago MLE mayor a $65.000 y un precio final entre 7% y 10% de su RI.
  Este caso, aun cuando es similar al anterior, refleja una disposición a pagar por sobre el 7% de la renta imponible, siempre y cuando exista evidencia de un mayor uso y gasto en la MLE, lo cual indica que el afiliado tiene una preferencia por atenderse en el sector privado y que, además, puede pagarlo.
- **Caso 3:** Copago MLE menor o igual a $65.000, uso de GES (monto PPV GES positivo) y precio final entre 7% y 10% de la RI.
  Este grupo es aquel que no cuenta con registro de uso de la MLE pero sí cuenta con registro de uso de prestaciones GES, lo que puede implicar que la persona presenta una preexistencia, y que por tanto ese grupo, que tiene la capacidad de pago, querrá seguir su tratamiento en la red privada de salud.

Una vez identificados los grupos, se determina para cada uno de ellos los ingresos por cotizaciones y gastos variables en salud que recibe/incurre el Fonasa por cada uno de ellos (identificables a nivel de cada persona, implicando que no se considera la

transferencia de recursos por concepto de programa de prestaciones institucionales y otros gastos prorrateados).

b) Gastos Institucionales derivados de la Reforma.

Los gastos institucionales se derivan de la conformación del Consejo Técnico de Salud, la Secretaría Técnica, reforzamiento para el ámbito de la fiscalización, gastos de operación, y plataformas y sistemas informáticos para la administración de un gran volumen de información.

Todos estos mayores gastos serán ejecutados principalmente a través de la Superintendencia de Salud, y son asociados a gasto en personal (subtitulo 21), bienes y servicios de consumo (subtítulo 22) y activos no financieros (subtítulo 29). Otros gastos asociados se derivan de la operatoria del Servicio de Impuestos Internos.

iii. Resultado Estimaciones del Impacto Fiscal

a) Impacto en los Ingresos del Fondo Nacional de Salud

La tabla a continuación muestra el resultado esperado en los ingresos netos del Fonasa según caso o perfil del afiliado analizado. Los resultados muestran el impacto esperado sobre la población estudiada que cuenta con los requisitos económicos, indicio de "preferencias" por la red privada de salud, o que cuentan con preexistencias de salud, para esto última se utiliza como medida proxy el registro de PPV GES (en general esta corresponde a intervenciones de índole quirúrgico).

Este resultado muestra un escenario en el cual todos los afiliados cuentan al mismo tiempo de una total información y/o comprensión de los costos y beneficios entre los seguros, siendo para ellos el Plan Nuevo Asegurado "superior" a su alternativa vigente, que es el Plan que mantienen en el Fonasa.

El impacto esperado para el Fonasa sería de menores ingresos netos del orden de $71.374 millones, al momento de entrada en vigencia de la ley, donde el grupo relevante en materia es el asociado al Grupo 1, que son aquellos que, por una parte, enfrentarán precios por contrato muy inferiores a lo que hoy están obligados a cotizar en Fonasa, siendo la diferencia entre la cotización obligatoria y el precio del contrato un excedente de libre disposición para fines de salud.

Tabla 1: Resultado en los Ingresos Netos del Fonasa

Caso Analizado	Número de Migrantes	Beneficiarios por Cotizante	Ingreso por Cotizaciones	Gasto en Salud	Impacto Fiscal (MM$ Año 1)
Caso 1: Precio Final (PF) < 5% Renta Imponible (RI)	81.486	1,03	$ 78.182	$ 26.290	$ 51.891
Caso 1.5: Copago MLE > 0 y 5% < PF < 7%.	203.898	1,25	$ 135.657	$ 79.064	$ 56.593
Caso 2: Copago MLE > $65.000 y 7% RI < PF < 10% RI	79.255	1,96	$ 41.126	$ 59.853	-$ 18.727
Caso 3: Copago MLE < $65.000, GES positivo, y 7% RI < PF < 10% RI	42.847	1,62	$ 20.565	$ 38.948	-$ 18.383
Total	**407.486**	**1,38**	**$ 275.529**	**$ 204.155**	**$ 71.374**

Nota: Los valores positivos del impacto fiscal dan cuenta de los menores ingresos netos al sistema mientras que los valores positivos mayores ingresos netos.

b) Análisis de Sensibilidad de los Resultados

La presente reforma es única, no por el hecho de cambiar el sistema privado a uno más solidario, sino que ésta se produce sobre un sistema compuesto por aseguradoras privadas y públicas, donde esta última ya tiene el carácter de solidario. Luego, no existe evidencia internacional que permita adecuar las tasas de migración entre sistemas de salud, siendo no transferible la evidencia recopilada. No obstante, a continuación, se presenta un análisis de sensibilidad del impacto fiscal, considerando como hipótesis el grado de información y conocimiento por parte de los afiliados de los seguros de salud.

El análisis de sensibilidad se basa en que la población a migrar de forma efectiva es la identificada en la Tabla 1 (407.486 personas), pero que no cuenta con información perfecta para la toma de decisiones, siendo por tanto su adecuación parcializada en el tiempo.

A continuación, se presentan tres escenarios con el objeto de sensibilizar las migraciones. Para hacer los escenarios se asumen tasas de migración, asociadas a un alto, medio y bajo nivel de información y conocimiento del sistema de aseguramiento. Se aplica una tasa anual de cambio constante y que es aplicada de forma anual sobre el remante. Las tasas utilizadas son 60%, 40% y 25%, que dan cuenta de un nivel Alto, Medio y Bajo de conocimiento del sistema, respectivamente. A medida que se reduce la tasa de cambio, más años se requieren para que la población identificada como migrante efectivamente se cambie de sistema.

Tabla 2: Escenarios Sensibilizados del Impacto Fiscal (en MM$ Año 1)

Nivel de Información y Conocimiento del Sistema de Seguro	Tasa de Cambio Anual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8
Alto	0.600	$ 42,824	$ 17,130	$ 6,852	$ 2,741	$ 1,096	$ 439	$ 175	$ 70
Medio	0.400	$ 28,550	$ 17,130	$ 10,278	$ 6,167	$ 3,700	$ 2,220	$ 1,332	$ 799
Bajo	0.250	$ 17,844	$ 13,383	$ 10,037	$ 7,528	$ 5,646	$ 4,234	$ 3,176	$ 2,382

El impacto fiscal más relevante siempre ocurre en el primer año de vigencia del sistema, pero la magnitud varía. En vista de que la reforma inicia su vigencia un año después de su publicación, se puede esperar que el impacto este dado por los escenarios de nivel alto y medio de información por parte de los agentes.

c) Gastos Institucionales derivados de la Reforma.

Para la determinación de los mayores gastos que incurrirá la Superintendencia de Salud, se analizaron las necesidades de personal, operacionales, y de sistemas informáticos del servicio.

El año 1, año de publicación de la ley, surgen los gastos asociados al funcionamiento del Consejo Técnico de Salud, Secretaría Técnica, operacionales y de inversión en activos no financieros. Al segundo año, iniciaría la vigencia de la ley, por lo tanto, a lo anterior se suma el gasto asociado a la contratación de fiscalizadores menos aquellos gastos efectuados en el año 1 que corresponden a desembolsos de una sola vez y en dicho año los gastos institucionales se encontrarían en régimen. La tabla a continuación muestra el detalle de los gastos que se generarán en la Superintendencia de Salud producto de esta ley.

Tabla 3: Gastos Institucionales Esperados (en M$ Año 1)

Tipo de Gasto	Año 1	Año 2
Gasto en Personal (Subtítulo 21)	**$ 336.490**	**$ 504.060**
Consejo Técnico	$ 116.218 [1]	$ 154.957
Secretaría Técnica	$ 202.943	$ 202.943
Fiscalizadores		$ 128.831
Asistente	$ 17.330	$ 17.330
Gasto en Bienes y Servicios de Consumo (Subtítulo 22)	**$ 226.000**	**$ 209.170**
Estudios y mantención sistemas informáticos	$ 130.000	$ 130.000
Otros	$ 96.000	$ 79.170
Gasto en Activos no Financieros (Subtítulo 29)	**$ 182.000**	**$ -**
Total	**$ 744.490**	**$ 713.230**

(1) Para el primer año se asume que el Consejo sesionará por 9 meses, ya que el proyecto dispone un plazo de hasta 90 días para constituirlo.

Así el primer año de la ley, la Superintendencia de Salud requerirá de M$744.490 (en $ de año 1) para ejercer las funciones y actividades contempladas en este proyecto, generándose un gasto permanente de M$713.230 (en $ del año 1).

Por su parte, se estima que el Servicio de Impuestos Internos requerirá el primer año M$65.000 (en $ del año 1) y posteriormente M$25.000 (en $ del año 1) para gastos de operación y mantención de sistemas, con el objeto de dar cumplimiento a los requerimientos que le indica el proyecto.

d) Norma de Imputación del Gasto

Durante el primer año desde publicada la presente ley, el gasto que represente su aplicación, será financiado con los presupuestos vigentes de las entidades públicas respectivas. Sin embargo, respecto del Consejo Técnico de Salud, el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, se financiará con cargo al presupuesto vigente de la Superintendencia de Salud y, en lo que faltare, con los recursos que se traspasen de la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuestos del Sector Público. Para los años siguientes, el gasto que represente la aplicación de esta ley, se financiará de acuerdo a lo que determinen las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

III. Fuentes de información

- Registros administrativos del Fondo Nacional de Salud, de sus beneficiarios del año 2017
- Archivos maestros de la Superintendencia de Salud, año 2017. Se contempla el archivo de beneficiarios y cargas, prestaciones bonificadas, licencias médicas, licencias médicas reclamadas y cotizaciones.
- Petición de recursos de la Superintendencia de Salud (con fecha 22.04.2019)

RODRIGO CERDA NORAMBUENA
Director de Presupuestos

Visación Subdirección de Racionalización y Función Pública: