**Minuta “Comentarios al PDL ‘Seguro de Salud Clase Media’ – Mensaje 066-367 (Boletín N° 12.662)”**

***David Debrott Sánchez***

*Aspectos generales*

1. **Visión parcial**: El PDL aborda un aspecto particular del financiamiento (alto costo), de manera aislada de otros componentes de reforma (modernización FONASA, reforma ISAPRES) por lo que no garantiza coherencia. Se tramita fraccionadamente al interior del Legislativo.
2. **Profundiza la segmentación**: Al interior del FONASA, profundiza las diferencias entre grupos de población (clase media) que tiene o no acceso a este beneficio financiero.
3. **Establece incentivos inadecuados**: Tiende a fortalecer la libre elección (MLE), en lugar de fortalecer la atención institucional pública (MAI) y el modelo de atención en redes integradas. Además, privilegia el subsidio al sector privado.

Aspectos específicos

1. **MLE, baja cobertura y modelo incorrecto**: El PDL se fundamenta en que la MLE tiene baja cobertura financiera, especialmente por las prestaciones donde se permite pago directo al prestador privado, además del copago (cuentas “excedibles”). Sin embargo, el PDL no resuelve ese problema, lo que podría ayudar a la regulación de precios del mercado privado (a través del poder de compra de FONASA). Pero, además, mantiene en la MLE el modelo incorrecto en que FONASA juega un rol pasivo.
2. **No hay equivalencia entre el gasto MLE público *versus* privado**: El PDL plantea que este seguro estará disponible en prestadores públicos y privados. Sin embargo, la realidad es que la MLE ocurre en mas de un 95% en el sector privado.
3. **Mecanismo de pago**: El PDL propone para el seguro un mecanismo de pago correcto (compra de “resultados” en salud *versus* “pago por prestaciones”), pero este mecanismo debería ser utilizado en todas las compras que hace FONASA, ya que esto es muy marginal.
4. **Umbral de costo asegurado**: El PDL propone utilizar el mismo umbral de la Ley Ricarte Soto para definir el nivel de gasto a partir del cual FONASA asume el total del gasto y el beneficiario deja de pagar. Ese umbral está definido para tratamientos de muy alto costo (pe: 500 millones por caso por año), por lo que no es razonable usar el mismo criterio.
5. **Pago por GRD**: Los casos que serán considerados a partir del umbral, generalmente serán de muy alto costo. Esos casos generalmente son valores atípicos (outliers), por lo que el uso de los GRD es poco recomendado.
6. **Incertidumbre en la priorización (reversibilidad)**: Plantea que FONASA, año a año, propongo el listado de intervenciones y tratamientos, junto a la Ley de Presupuestos, sin asegurar que la protección se mantenga en el tiempo. No se observa el rol del MINSAL como ente rector del sistema. Interviene FONASA y DIPRES.
7. **Fortalece la lógica de deducibles**: Señala que siempre, una parte del costo lo pagará el beneficiario (40% de 12 ingresos mínimos mensuales). Eso no es compatible con el tipo de prestaciones en las que el problema de riesgo moral es descartable.
8. **No aporta recursos adicionales**: El PDL no compromete recursos adicionales para el sector público.

Informe financiero

1. **El presupuesto incremental es marginal**: Los $19.560 millones (Año 1) representan un 0,22% del presupuesto total del sector 2019. Una parte de ello son prestaciones de listas de espera quirúrgicas no GES (LEQ), que deberían resolverse en MAI y que ahora pasarían a MLE.

Santiago-Valparaíso, 13 de Agosto de 2019.