



Matías Goyenechea H
Fundación Creando Salud

ANÁLISIS AL SEGURO DE SALUD CLASE MEDIA

Cobertura financiera especial en Modalidad Libre Elección

Tabla de contenido

<i>Introducción</i>	<i>2</i>
<i>Proyecto de Ley que crea el “Seguro de Salud Clase Media”</i>	<i>2</i>
Elementos generales.....	2
Cobertura.....	3
Gasto máximo anual.....	4
Impacto financiero.....	5
<i>Conclusiones.....</i>	<i>5</i>

Introducción

El Seguro de Salud Clase Media, es un mecanismo que busca incentivar que los afiliados de los tramos B, C y D del Fondo Nacional de Salud opten por efectuar sus prestaciones quirúrgicas de mayor costo, en prestadores privados y gracias a lo anterior, reducir los tiempos de espera para los problemas de salud no garantizados por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Esto implicaría aumentar el subsidio estatal a las prestaciones efectuadas en clínicas privadas y fija un copago con un techo máximo de gasto anual para los que utilicen este “seguro”. Acá estamos frente a una iniciativa que implica reforzar que cada persona puede acceder a una atención de salud de acuerdo con su capacidad de pago. Además de desincentivar el uso de la red pública de salud, horadando la obligación por Ley del Fonasa de financiar y utilizar preferentemente la red pública de prestadores.

Este es un proyecto que tiene un componente ideológico claro, se pretende seguir instalando el principio de la libertad de elección, como un principio supremo. Esta posibilidad de elegir esta relacionada con la capacidad de pago que tengan las personas, de esta forma lo que hay detrás de este discurso es una profundización de la lógica de entender salud como un bien de mercado.

Proyecto de Ley que crea el “Seguro de Salud Clase Media”

Elementos generales

Esta es una iniciativa¹ que declara tener como objetivo; entregar protección financiera especial en la modalidad de atención de “libre elección” a los afiliados y beneficiarios del régimen de prestaciones de salud pertenecientes a los grupos B, C y D del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), respecto de las intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

En la iniciativa se argumenta, que la modalidad de libre elección posee una cobertura financiera limitada, siendo particularmente débil en lo relacionado con las intervenciones quirúrgicas, lo cual repercute en altos niveles de copago asumidos por la población que accede a la Modalidad de Libre Elección (MLE). Se indica en el Proyecto de Ley (PdL) que, la cobertura real para prestaciones como “día cama”, esta entre un 5% y 7% del valor final, debido que a que el arancel de referencia resulta excedido a los precios que tiene el mercado de prestadores privados.

El énfasis con el cual se justifica el Seguro de Salud Clase Media, esta construido sobre el impacto de los copagos, los cuales pueden derivar en gasto catastrófico para las familias, asumiendo que estas, deben buscar atención por fuera de la modalidad institucional del Fonasa (Red Pública), es decir, que las personas se atiendan en los prestadores privados de salud (clínicas).

¹ Ver detalle https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=13195&prmBoletin=12662-11

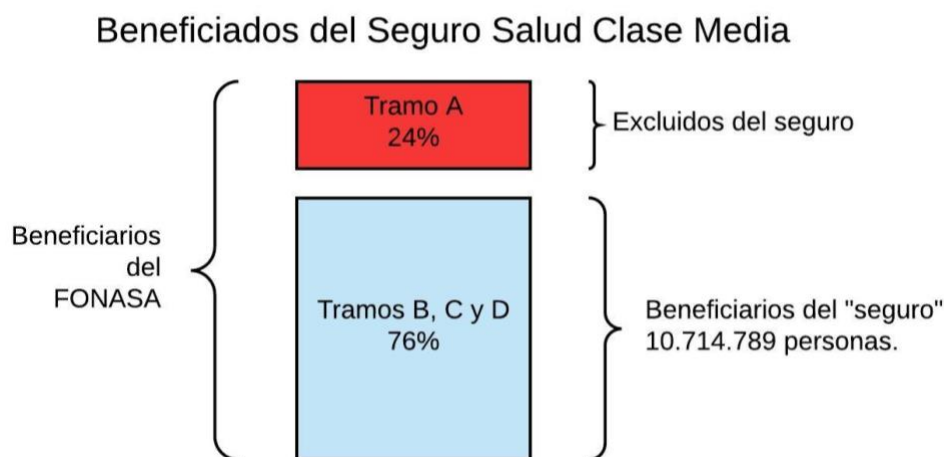
Considerando lo anterior, la propuesta implica mejorar el subsidio público a las atenciones de salud en el sector privado, ampliado la cobertura financiera en intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos. Lo anterior, se expresa en el proyecto como la fijación de un tope o gasto anual máximo de copago por beneficiario. Las prestaciones que serán mejoradas en su cobertura son aquellas otorgadas en la MLE. En las cuales se buscará ampliar los convenios mediante mecanismos de transferencia de riesgos, como los pagos según Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Será el Fonasa, la entidad encargada de proponer cuales serán las intervenciones y tratamientos por financiar. Finalmente el listado de intervenciones deberá contar con la aprobación de la Dirección de Presupuesto (Dipres) del Ministerio de Hacienda.

El Fonasa para efectos del otorgamiento de las prestaciones, podrá constituir una red preferente, con prestadores públicos y privados.

Cobertura

El proyecto de Ley establece que, al interior de la modalidad de libre elección del Fonasa, se entregará una cobertura financiera especial, para intervenciones quirúrgicas y tratamientos. La cobertura financiera de las intervenciones y tratamientos, incluyen el conjunto de prestaciones necesarias para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como, medicamentos e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo con la indicación médica respectiva.

Figura 1. Población elegible del Seguro de Salud Clase Media

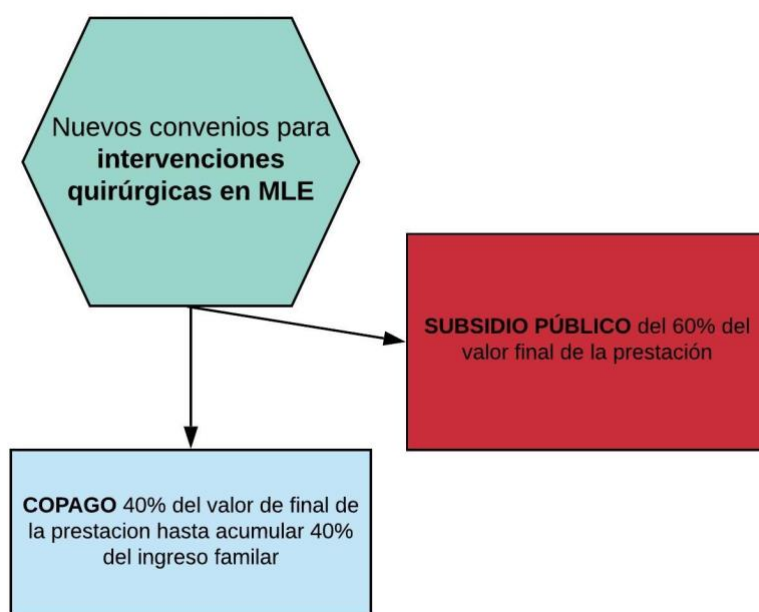


Fuente: elaboración propia.

De forma anual el Fonasa, podrá proponer modificaciones a los servicios que se incorporan en el Seguro de Salud Clase Media, este listado deberá contar con la aprobación de la Dipres. Los beneficiarios de esta cobertura serán aquellos beneficiarios del Fonasa que estén en los tramos B, C y D y que hayan pagado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan. El copago del beneficiario

tendrá un mínimo de gasto máximo de bolsillo, que nunca será inferior a un 40% de la suma de 12 veces el ingreso mínimo mensual. Es decir, si un beneficiario que hoy posee sueldo mínimo², y que no tenga cargas, tendrá un techo de pago de \$1.444.800 pesos, de acuerdo con el salario mínimo vigente. Sobre el monto de techo definido, será el Fonasa quien se haga cargo de los gastos asociados por las intervenciones efectuadas.

Figura 2. Cobertura Financiera Seguro Salud Clase Media



Fuente: elaboración propia.

Gasto máximo anual

“Gasto Máximo anual por Beneficiario”, es lo que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este Gasto Máximo anual por Beneficiario no podrá ser inferior al cuarenta por ciento de 12 ingresos mínimos mensuales.

Respecto de como se efectuó el cálculo de los montos para el copago máximo se establece lo siguiente en la ley:

El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo con la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de

² El sueldo mínimo mensual vigente para el 2019 es de \$301.000 pesos o USD 438,00 dólares.

Salud. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

Impacto financiero

Este proyecto de Ley generará un aumento del gasto, en tanto que amplía la cobertura financiera que ofrece Fonasa en la MLE, así como se espera que, con esta mejora, personas que actualmente están en lista de espera no GES³, busquen resolver su problema de salud por esta vía. Esto implica que se potenciará el uso de la MLE, mediante mayor número de usuarios.

Tabla 1. Estimación del Gasto Fiscal (en MM\$ de cada año)

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Gasto MLE (\$MM)	\$13.276	\$15.773	\$19.380	\$21.474	\$23.744	\$25.676
Gasto LEQ (\$MM)	\$5.353	\$6.360	\$7.815	\$8.659	\$9.574	\$10.354
Margen de Seguridad	\$931	\$1.107	\$1.360	\$1.507	\$1.666	\$1.801
Gasto Año (\$MM)	\$19.560	\$23.240	\$28.554	\$31.641	\$34.984	\$37.831

MLE: Modalidad de Libre Elección (gasto generado por mayor cobertura del consumo actual). LEQ: Lista de Espera Quirúrgica no GES (gasto estimado como nuevo por el uso de la MLE para resolución de lista de espera).

Fuente: Informe Financiero Proyecto de Ley.

En el informe financiero que se adjunta en el proyecto de Ley, se estimó que los eventos que actualmente se encuentra en la lista de espera No GES, es decir un 3,44% equivalentes a 8.656 casos son beneficiarios potenciales del Seguro. Y respecto de los actuales usuarios de la MLE, se identifican 21.465 casos elegibles para haber sido cubiertos por el Seguro.

Conclusiones

Este proyecto de Ley declara que tiene como objetivo reducir el gasto de bolsillo, además de concebirse como un mecanismo de resolución de lista de espera para los problemas no incluidos en el régimen de garantías explícitas de Salud. Considerando lo anterior hay que señalar que:

1. Este proyecto busca producir un incentivo para que los beneficiarios de Fonasa, que cotizan accedan a prestaciones de mayor costo en el sector privado.
2. Se excluye al 24% de los afiliados a Fonasa, de acuerdo con que según sus ingresos no son elegibles de cubrir.
3. Las intervenciones y tratamientos a cubrir serán determinados por entes financieros como Fonasa y Dipres, es decir que la decisión de cobertura no tiene una racionalidad sanitaria asegurada.

³ Intervenciones o problemas de salud que no están incluidas en el Régimen de garantías explícitas en Salud.

4. Este proyecto fortalece que, en Chile, se acceda a mejor atención de salud de acuerdo con los ingresos y la capacidad de pago de cada persona, por ende, refuerza entender la salud como un bien de mercado.
5. Se desincentiva la utilización de la Red Pública de Salud. Esta iniciativa busca horadar la obligación que tiene por Ley el Fonasa de financiar y utilizar preferentemente a los prestadores públicos, por lo que tiene un fuerte potencial para producir desmantelamiento de la capacidad pública en atención de salud.
6. Esta y otras iniciativas del gobierno pretenden mediante la compra de servicios en el sector privado, reducir los tiempos de espera de la población. Sin embargo, este tipo de intervenciones no tiene evidencia positiva respecto de lograr una reducción de los tiempos de espera en atención de salud para la población.
7. En concreto esto implica generar un flujo creciente de recursos fiscales hacia las clínicas privadas mediante la Modalidad de Libre Elección, dada la naturaleza de las prestaciones que serán cubiertas (intervenciones quirúrgicas), estas acciones serán efectuadas en prestadores grandes o pertenecientes a los grades grupos empresariales de la salud.

El Seguro de Salud Clase Media, busca reducir el gasto de bolsillo y reducir el tiempo de espera de la población. No obstante, la mejor forma de lograr ambos objetivos no es a través del mercado privado de prestadores de salud, sino que orientar la acción pública al conjunto de los determinantes sociales de la salud, así como mejorando y fortaleciendo la Red Pública de Salud. El gobierno, con esta iniciativa, esta generando un nuevo dispositivo estatal para garantizar nichos de acumulación privada para nuestros capitalistas de “*servicio público*”.