

Temas de Coyuntura

Nº 85

Septiembre 2015

¿A QUIÉN FAVORECE LA REFORMA DE SALUD?

A medida que avanza el año, existen cada vez mayores presiones para definir el tema de una eventual "Reforma al Sistema Isapres", la que, de acuerdo a los trascendidos oficiales, en sus efectos, sobrepasa por mucho el ámbito de las Isapres. Esto nos obliga a asumir que estamos ante una próxima Reforma estructural al sistema de salud chileno, que obviamente involucra a todos los ciudadanos y de forma importante a nosotros como prestadores de salud.

EL MODELO PLANTEADO

Modalidad Institucional a través de la red

de prestadores pública donde se avanza

hacia los niveles de atención de mayor

complejidad por derivación.

Las autoridades han manifestado públicamente su intención de ir creando las bases de un sistema de salud para el país que, en el mediano plazo converja a un Fondo Único que financie un plan de salud general (denominado conjunto de beneficios de salud: CBS), para todos los chilenos, delegando a las Isapres a un rol de venta de seguros suplementarios de salud. El siguiente cuadro muestra de manera muy sintetizada los principales cambios que propone la Reforma, destacando, en los casos que corresponde, el proceso de gradualidad planteado.

SITUACIÓN ACTUAL PROPUESTA DE REFORMA **PLANES DE SALUD** ISAPRES con multiplicidad de oferta de Plan único con un máximo de 3 redes de planes de salud, con una cobertura mínima prestadores. regulada (Arancel Fonasa MLE en términos La definición de la cobertura del plan será de prestaciones y cobertura GES) con determinada externamente a los tarificación diferenciada en función del aseguradores. riesgo medido por sexo y edad. El precio del plan será la cotización legal FONASA: con dos modalidades de atención más una prima comunitaria diferente en para sus beneficiarios: función de cada red de prestadores. Tanto

el precio inicial de la prima comunitaria

visados por un "comité de expertos".

como sus eventuales reajustes deberán ser



SITUACIÓN ACTUAL **PROPUESTA DE REFORMA PLANES DE SALUD** Modalidad de Libre Elección (MLE), Se considera incluir un seguro estructurado en base a un tope máximo opción de atención en prestadores en convenio (mayoritariamente privados) o de gasto anual (Stop-loss), no asociado a través de la compra de "bonos de necesariamente a un diagnóstico médico atención" que considera una bonificación específico. por parte del asegurador y un copago del Las personas que al momento de la beneficiario. reforma están en una ISAPRE podrán mantener sus actuales planes de salud por un plazo máximo de 10 años (últimamente se ha mencionado que este plazo debería ser de 4 años). **ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD** Sistema de Multiseguros con afiliación En el corto plazo se plantea un sistema directa, con evaluación de riesgos al ingreso multiseguros, con fondo de compensación en las Isapres y libre afiliación en FONASA. inter-Isapres real que distribuye primas compensadas. En el largo plazo se plantea un sistema de asegurador único (plazo de la transición: 10 años). **MOVILIDAD** Evaluación de riesgos a través de la En el corto plazo se establece un sistema declaración de salud para movilidad multiseguros, con libre movilidad interintersistemas e interisapres. isapres en el plan de seguridad social e Intersistemas, a través de la eliminación de la declaración de salud como requisito de ingreso a una Isapre. PLANES SUPLEMENTARIOS Y COMPLEMENTARIOS Actualmente no existe ninguna limitación Posibilidad de contratar planes

especial a ninguna empresa para

comercializar beneficios de salud

complementarios.

complementarios y suplementarios con

cargo a gasto de bolsillo del afiliado, cuyos

precios no está claro si podrán incorporar

diferenciación por riesgo.



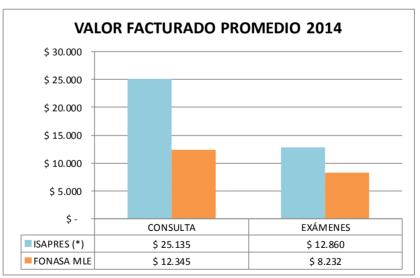
SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA DE REFORMA
PLANES SUPLEMENTARIOS Y COMPLEMENTARIOS	
	 Las Isapres podrán ofrecer seguros suplementarios y complementarios, regulados por la Superintendencia de salud.
	 Los planes complementarios y suplementarios podrán ser ofrecidos también por Cías. de Seguros, respecto de las cuales se planteó la voluntad de que dichos productos sean regulados por la Superintendencia de Salud (hoy son regulados por la Superintendencia de Valores y Seguros).
	 Inicialmente se mencionó la idea de prohibir la comercialización de seguros de salud ofrecidos directamente por los prestadores porque, a su entender, inducen al gasto. Recientemente, en declaraciones públicas de los encargados de la redacción del proyecto, se les incluyó en la lista de las entidades que podrían desarrollar y comercializar beneficios complementarios de salud.
FONDO MANCOMUNADO	
No existe actualmente.	Fondo mancomunado Isapres-FONASA financiado con una parte de la cotización de salud (0,4%), inicialmente para medicamentos de alto costo y enfermedades raras. Evaluable periódicamente para incorporar nuevas prestaciones.
	 En el mediano plazo debería incorporar la totalidad de las cotizaciones previsionales de las Isapres y FONASA y entregar la totalidad de las prestaciones definidas en un plan de salud de seguridad social.



Este nuevo escenario puede tener un efecto impactante para las personas: se restringe totalmente su libertad de elegir asegurador y prestador y se restringe la oferta de prestadores privados institucionales con un efecto grave en el empleo. Debemos recordar que hoy, el gran empleador de los trabajadores de salud en Chile es el sector privado (52% de los médicos trabajan en él y el porcentaje es aún mayor en los otros trabajadores que se desempeñan en el sector).

Para los prestadores de salud, implica asumir que en el mediano plazo deberemos operar en un mercado con un poder monopsónico de compra de prestaciones de salud, con la capacidad de establecer beneficios y aranceles, ambiente que no es propicio para invertir y desarrollar estrategias de competencia que se traduzcan en una oferta variada con altos estándares de calidad y seguridad.

Los prestadores privados hoy atendemos a 8 millones de chilenos, de los cuales 5 millones son beneficiarios de FONASA que acceden a través de la Modalidad de Libre Elección y los restantes 3 millones son beneficiarios de ISAPRES. Esta sorprendente masividad se puede dar porque existe un delicado equilibrio de ingresos basados en aranceles diferenciados, donde los 3 millones de beneficiarios de ISAPRES generan más del 70% de los ingresos y los 5 millones de beneficiarios de FONASA contribuyen marginalmente con los restantes 30% ya que, en promedio pagan aranceles diferentes. Esta es la realidad para los prestadores de salud privados, individuales e institucionales.



(*) Valores promedio en prestadores de salud privados

Si se elimina la opción de múltiples aseguradores habrá un solo comprador de atenciones de salud en el país, que fijará los precios anualmente (de hecho FONASA hoy lo hace así), con la diferencia que los prestadores ya no tendrán otros compradores alternativos con los que negociar otros precios y que en promedio les permitan trabajar logrando un ingreso acorde a las



responsabilidades que implica su desempeño profesional, como es el caso de los médicos, o una legítima ganancia como es el caso de los prestadores institucionales.

Para los prestadores es materialmente imposible ajustar todos los aranceles a un nivel similar al del arancel FONASA actual y seguir garantizando una salud de calidad y vanguardia como la que hoy entregamos, porque para la mayoría significaría operar bajo el nivel de sus costos actuales.

EL FUTURO INMEDIATO

Los gestores del cambio actual han planteado el modelo de Fondo de Salud Unico Solidario como una "visión de largo plazo", a la que se debería llegar en un periodo aproximado de 10 años, sin embargo, la propuesta de corto plazo incorpora algunas condiciones que, a nuestro entender, afectan el estándar de acceso a las atenciones de salud de las personas y acelerarían "de facto" el escenario de un asegurador único, situación que nos inquieta profundamente.

ELIMINACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD PARA INGRESAR A UNA ISAPRE: Nos
preocupa no cómo un objetivo en sí, el cual parece loable, sino que nos preocupa porque,
dada la estructura de nuestro sistema de salud, sus efectos prácticos pueden afectar
gravemente la continuidad de las ISAPRES en el futuro inmediato.

El nivel de pacientes en espera de atención que están afiliados al sistema público es por todos conocido y sobrepasa las 1,6 millones de personas esperando por una consulta de especialidad y más de 240.000 por una intervención quirúrgica originada por una patología No-GES (datos a Junio 2015). Considerando que acceder a un diagnóstico ya es un proceso dificultoso para una parte importante de estas personas, podemos asumir que existe una lista igual o mayor que ni siquiera se han acercado al primer eslabón de la cadena de atención y son una "lista de espera oculta".

Ante ésta situación, cuando se plantee libre acceso a un sistema paralelo que le puede ofrecer atención inmediata y eficiente a sus problemas de salud, es lógico suponer que las personas más enfermas se trasladarán inmediatamente, aun cuando deban pagar una prima adicional. Mientras más grave sea su problema de salud no resuelto, mayor será su propensión a trasladarse al sistema y pagar una prima adicional mayor.

Esto implica que las ISAPRES deberán asumir, en el corto plazo, una importante población de nuevos afiliados con alto riesgo de salud, cuyos niveles de gasto desfinanciarían el sistema en las condiciones actuales y en caso de poder traspasar a precios el nuevo nivel de riesgo a asumir, lo encarecería de tal forma que generaría una anti selección inmediata que impulsaría a las personas de menor riesgo (jóvenes y sanas) a emigrar a FONASA, asumir la cotización de salud obligatoria como un impuesto y buscar una solución de aseguramiento fuera del sistema.



2. REDES DE ATENCIÓN CERRADAS:

Frente a la propuesta de la creación de redes de prestadores, consideramos indispensable que los pacientes mantengan la posibilidad de atenderse en clínicas que no formen parte de la red. En estos casos, creemos que el mecanismo debe garantizar que el asegurador dé la cobertura en ese prestador al mismo costo que tendría para éste darla dentro de la red.

Es una medida que no implicaría mayores costos para el asegurador, pero que respetaría la libertad de los pacientes de atenderse con los prestadores de su preferencia. En temas delicados como la salud, es importante que los pacientes tengan la plena libertad de asistir a los centros de salud que les generen más confianza.

3. SEGURO CATASTRÓFICO DE TOPE MÁXIMO DE GASTO (STOP LOSS)

El diseño de un sistema que proteja financieramente a las personas frente a gastos médicos mayores es una característica deseable de un sistema de salud y en ese sentido las ISAPRES ya habían incorporado a su oferta de cobertura un seguro catastrófico conocido como CAEC (Cobertura adicional de enfermedades catastróficas).

El diseño propuesto en la Reforma incorpora algunos aspectos que pueden afectar su solvencia y deben ser redefinidos. Este seguro debería actuar frente a un evento médico definido, cuando el nivel de copago del paciente haya sobrepasado el límite establecido como deducible o franquicia. Si se plantea como criterio de activación del seguro la acumulación de copagos anuales independientes de un diagnóstico específico se genera un incentivo a acelerar gastos para activar el stop-loss, lo que podría encarecerlo mucho y paradójicamente transformarse en un incentivo contrario al buen uso del sistema de salud.

COMENTARIOS FINALES

Nos preocupa profundamente que la Reforma haya extendido su ámbito de intervención, impidiendo un avance eficiente en la resolución efectiva de los problemas del sistema Isapres.

Todos estamos conscientes que las Isapres deben dar una solución a las personas con preexistencias, avanzar hacia una prima nivelada y definir un mecanismo transparente que relacione aumento de gastos y ajustes de precios. Esos son los problemas que estaban identificados y las personas legítimamente exigían solucionar. Con esos ajustes se buscaba establecer un mejor sistema de Isapres ya que hay plena conciencia que, a pesar de sus problemas, los beneficiarios de Isapres tienen un acceso expedito a una medicina oportuna y de calidad.

Más aún, resulta muy preocupante las recientes declaraciones de uno de los encargados del diseño final del proyecto, quién ha afirmado que se debe acelerar el proceso y definir un plazo máximo de 4 años para que todas las personas afiliadas a una ISAPRE al momento de la Reforma



(stock de cartera) deban trasladarse al nuevo esquema. Este nuevo condicionante no se había mencionado anteriormente y claramente vulnera los derechos de personas que voluntariamente deseasen permanecer en el esquema actual de planes de salud.

Es sabido que los problemas más graves de nuestro sistema de salud están en el sector público y requieren una Reforma profunda que permita a los más de 13 millones de chilenos afiliados a FONASA acceder a una salud digna de calidad y oportuna, pero mientras definimos los cambios necesarios, con la reflexión que requiere una tarea de esa envergadura, podemos avanzar paralelamente en implementar las mejoras urgentes y acotadas que requiere el sistema ISAPRES.

Las soluciones planteadas en esta propuesta de Reforma, a nuestro entender, afectan directamente la continuidad del sistema ISAPRES y de esta forma desmejoran la atención a la que hoy acceden más de 3 millones de personas afiliadas a ellas.

¿Ganaron con esta Reforma los 13 millones de chilenos que hoy están en FONASA? Nada, e incluso están en riesgo de que el sistema se empeore aún más ya que se verían forzados a ingresar al FONASA una corriente de miles de personas a demandar atenciones de salud que todos sabemos no tienen capacidad de entregar.

La situación podría agravarse si la red de prestadores privados, que hoy atiende a más de 5 millones de beneficiarios FONASA, ve en peligro su continuidad y de esta forma su opción de seguir siendo una oferta alternativa que eligen las personas.

El sector salud en Chile tiene graves problemas y lamentablemente esta reforma no es una solución para ninguno de ellos.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.