



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 38
ABRIL 2011

SEGUROS DE SALUD: ¿Cómo definir el Plan de Beneficios Básicos? (*)

Este artículo aborda la importancia de la participación de las partes interesadas en el proceso para determinar "el plan de beneficios de salud básicos", conforme a lo que ha sido la experiencia de la Reforma de Salud en Estados Unidos.

¿Qué beneficios a incluir son significativos para los consumidores, proveedores, aseguradores y pagadores?. Este es un proceso que exige globalidad, transparencia y eficiencia a la hora de discutir y establecer las condiciones de un beneficio que busca aumentar el acceso a la salud.

Uno de los objetivos principales de la reforma de salud en Estados Unidos es proporcionar acceso a aproximadamente 32 millones de americanos que actualmente no están asegurados. Mucho se ha escrito respecto de quiénes recibirán los beneficios, y cómo la mayor parte de los nuevos asegurados, obtendrán su cobertura a través de un programa de Medicaid ampliado o mediante seguros médicos privados que entregaran un plan básico definido previamente por las autoridades. Sin embargo, hasta ahora no se ha discutido lo suficiente sobre lo que será incluido en el "plan de beneficios de salud básico".

De hecho, el foco inicial para poner en práctica la reforma de salud se ha centrado en la determinación de la "Tasa de Siniestralidad" (sigla en inglés "MLR") para planes de salud que participen en este mercado, es decir, reglas establecidas por ley que establezcan cuanto de cada dólar de la prima tiene que ser destinado a servicios clínicos y para "actividades de mejora de calidad", en oposición a gastos generales administrativos. Sin embargo, la otra pieza clave relevante para la ecuación, que aún tiene que ser definida, es "el plan de beneficios de salud básico o esencial".

El Acta de Protección de Seguridad y Accesibilidad al paciente" del 2010 (sigla en inglés "PPACA") dice muy poco sobre qué beneficios exactamente serán incluidos y cuáles excluidos del paquete de beneficios básico. El PPACA delega la responsabilidad de la definición de estos beneficios al Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos ("HHS").

Este plan básico y su reglamento deben estar definidos en fecha previa al 1 de Enero del 2014, ya que a partir de ese día los planes pueden empezar a ser ofrecidos a las personas. Por lo que la autoridad y las personas ya deberían estar trabajando en diseñar estrategias que permitan maximizar la participación de los involucrados en el proceso de definiciones.

(*) Este documento es un resumen de un artículo publicado en "Health Insurance Report", Mayo 2010, preparado por Lynn Shapiro, Clayton Nix y Lesley Yeung. "The Importance of Stakeholder Participation in the Process to Define the "Essential Health Benefits Package".



I. Beneficios y Cobertura.

Generalmente, un plan de salud incluye tres componentes claves que conforman el alcance de sus beneficios. El primer componente se trata de los beneficios enumerados incluidos expresamente como beneficios de coberturas médicamente necesarias, el segundo componente son la definición de exclusiones, de modo que cada uno sepa lo que no es cubierto y el tercer componente es cómo el pagador decide si hay cobertura para un procedimiento o producto, en ausencia de un beneficio enumerado específico o exclusión. Este tercer componente es necesario porque es prácticamente imposible definir todo y cada beneficio potencial cubierto y excluido.

Un ejemplo del tercer componente se encuentra en el programa de Medicare. Una de las principales exclusiones enumeradas declara que "no puede ser hecho ningún pago para cualquier gasto incurrido en artículos o servicios que no sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedad, accidente o para mejorar el funcionamiento de una malformación". El programa de Medicare a menudo cita esta exclusión en su administración de reclamos para determinar si la nueva tecnología médica y los servicios son experimentales y así, ni razonables, ni necesarios.

Las reglas de cobertura también incluyen normas de cobertura en cuanto al tipo de prestadores. Por ejemplo, Medicare establece que ciertos procedimientos quirúrgicos sólo deben ser realizados en hospitales, excluyendo así la cobertura en otro tipo de prestadores, como centros quirúrgicos ambulatorios y consultas de médicas.

Otro aspecto en la definición de beneficios se refiere a la limitación de cobertura en cuanto a la secuencia apropiada del cuidado. Por ejemplo, el programa de Medicare requiere una permanencia del paciente en el hospital de mínimo tres días antes que los servicios puedan ser derivados a cuidados "menos graves" en un centro de enfermería especializada. Esta regla de tres días fue diseñada para asegurar que el beneficio de Medicare en un centro de enfermería especializada (en inglés "SNF") fuera sólo para el cuidado a corto plazo y no para el largo plazo.

II. Descripción de los Parámetros para Beneficios de Salud.

Como se mencionó previamente, para el 1 de enero de 2014, se requiere que cada Estado establezca las condiciones para que se comiencen a ofrecer los planes de salud calificados ("QHP"), los cuáles deben incluir cobertura al menos en las siguientes categorías:

- (A) Servicios de pacientes ambulatorios
- (B) Urgencias
- (C) Hospitalización
- (D) Maternidad y cuidado del recién nacido
- (E) Servicios para la salud mental o trastornos por abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento del comportamiento.
- (F) Medicamentos
- (G) Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
- (H) Servicios de laboratorio
- (I) Servicios Preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedad crónica
- (J) Servicios pediátricos, incluyendo cuidado oral y de la visión."



El Ministro tiene la autoridad explícita para definir "el plan de beneficios de salud básico" que está en el epicentro de la reforma de salud. Este listado es el mínimo exigido y los pagadores (en este caso los Estados federales) tienen la autoridad legal para ofrecer beneficios que sean superiores a los beneficios de salud básicos descritos.

Este enfoque para definir beneficios cómo un mínimo: "plan de beneficios de salud básico", se diferencia considerablemente del enfoque tomado en los programas de Medicare y Medicaid. En particular, para el programa de **Medicare**, el Congreso ha sido muy específico sobre qué beneficios son incluidos en el paquete de beneficio, minimizando el criterio administrativo para ampliarlos.

III. El requisito para ser "idéntico" a un "Plan Tradicional de Empleador".

En la creación de este importante "plan de beneficios de salud básico", la legislación establece que el Ministro de Salud deberá asegurarse que el alcance de los beneficios del plan sea igual al alcance de los beneficios proporcionados bajo un 'plan tradicional de empleador'. Esto significa que el Ministro tiene que establecer lo que es un "Plan Tradicional de Empleador" antes de determinar el "plan de beneficios de salud básico" para poder evaluar si son equiparables. Un desafío interesante de conseguir.

El término "Plan Tradicional del Empleador" no está definido en la legislación. Para ayudar a determinar lo que es, se instruye al Ministro que observe las normas establecidas por el Ministerio del Trabajo, quien regula los planes de salud ofrecidos por empleadores. Aquellos planes de salud son diversos y pueden ser asegurados o auto financiados, y están sujetos a una legislación particular ("ERISA"), que el Departamento de Trabajo fiscaliza y exige su cumplimiento. La diversidad de estos planes sugiere que puede no haber un plan "tradicional" y que el proceso para determinar "el Plan Tradicional del Empleador" implique necesariamente algún grado de subjetividad.

No obstante, se especifica en la ley que el Ministro del Trabajo deberá aplicar una encuesta de empleadores para determinar los beneficios típicamente cubiertos y proporcionará un informe de dicha encuesta al Ministro de Salud. En este aspecto, algunos consideran preocupante que no se hayan asignado fondos especiales al Ministerio del Trabajo para conducir esta encuesta, por consiguiente, existe cierta preocupación en las partes interesadas de que la calidad de esta revisión pueda ser puesta en peligro por falta de fondos.

El objetivo del PPACA es que los consumidores obtengan acceso al tipo de beneficios de salud que los planes patrocinados por el empleador proporcionan a empleados dependientes en USA.

Una vez determinados por el Ministro los beneficios y consideraciones del "Plan Básico", esta propuesta deberá ser analizada y visada por el Actuario Principal del CMS (Center of Medicare and Medicaid Services).

Para asegurar que el Congreso permanezca involucrado en el plan de beneficios, la ley requiere que el Ministro envíe un informe a los comités del Congreso ad hoc, que contenga la certificación del Actuario Principal indicando que "el plan de beneficios de salud esencial" se ajusta al requisito mínimo establecido en la ley, referente a que tal paquete es idéntico al "Plan Tradicional del Empleador". Este trámite deberá repetirse cada vez que el Ministro actualice la cobertura a través del tiempo.

Finalmente, el Ministro debe equilibrar los parámetros legales con las necesidades sociales, y restricciones presupuestarias fiscales. Si el plan es demasiado generoso, éste puede causar un aumento considerable en las primas del mercado. Si el paquete es demasiado insignificante, entonces podría haber gente sub-asegurada para servicios médicos necesarios. Basados en el espíritu de la ley, la intención del legislador para este paquete de beneficios de salud es que conste de beneficios de salud "esenciales" y no de beneficios de salud deseados que no son "esenciales".

Mientras tanto, el Ministro de Salud, para asesorarse en la definición del "plan de beneficios", solicitó recientemente que el Instituto de Medicina ("IOM") elaborará un estudio que hiciera recomendaciones sobre los criterios y métodos para determinar y actualizar periódicamente el paquete de beneficios. El IOM no definirá beneficios específicos o servicios para ser incluidos en el plan, pero examinará cómo los aseguradores determinan los beneficios cubiertos y las necesidades médicas. El IOM tiene la intención de proporcionar una orientación al Ministro en los principios de política y criterios que debería tener en cuenta para determinar las necesidades de asistencia médica de diversos segmentos de la población, sin discriminación basada en edad, discapacidad, o esperanza de vida.

El trabajo del IOM ilustra que, incluso en esta etapa temprana, es importante para las partes interesadas que se inicie ahora un diálogo con el HHS (Dpto. de salud de USA), respecto al proceso para la definición del plan, incluyendo una revisión de cómo se lleva a cabo la encuesta del Ministerio del Trabajo y lo que se incluirá en el instrumento de fiscalización. Para tal efecto, las partes interesadas deberían pensar en conducir su propia encuesta como un medio de verificar y validar los resultados del sondeo del gobierno. A través del diálogo temprano, se pretende incentivar al Ministro para que mantenga un proceso transparente e intente tener la visión de las partes interesadas en cada etapa.

IV. Otros Parámetros Establecidos por la Ley para el “Plan de Beneficios de Salud Básico”

El Ministro también estará encargado de llevar a cabo un proceso de estandarización, tanto de los beneficios como de la cobertura. Éste considera definir estándares, tanto para términos de seguros como para términos médicos, con el objeto de facilitar el entendimiento y la comparación por parte de los consumidores.

Desde el 2010, se estableció que todos los planes de salud grupales e individuales deben incluir ciertos beneficios preventivos sin “costo compartidos”. Específicamente, según la ley, tales planes deben cubrir:

1. Items o servicios determinados por la “Organización Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos”;
2. Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control de Enfermedad y Prevención;
3. Cuidado preventivo para lactantes, niños, y adolescentes, de acuerdo a lo especificado en la guía de mejores prácticas, publicadas por la Administración de Recursos y Servicios para la Salud (HRSA); y
4. Atención preventiva y chequeos para mujeres, de acuerdo a lo especificado en la guía de mejores prácticas de la HRSA.



V. Exigencias al proceso para determinación del Plan.

Generalmente, se entiende que el Ministro tiene amplias facultades para promulgar la orientación de los reglamentos y normas, a fin de poner en práctica el plan de salud, sin embargo la ley regula esta libertad estableciendo que, previa a su definición final, se debe considerar un tiempo para consulta pública.

El Congreso asume que el público desempeñaría un papel sustancial y significativo en la formación del "plan de beneficios de salud básico" previo a la aprobación final, por consiguiente, se considera que deberían tener una oportunidad significativa para examinar y comentar sobre el plan propuesto, antes de que algo se haga concluyente.

El Ministro deberá garantizar un proceso que permita a las partes interesadas:

1. Comentar informalmente sobre la encuesta del Ministerio del Trabajo, para determinar el paquete de beneficios de salud esencial por ejemplo reuniones de ayuntamiento y,
2. Comentar formalmente el plan propuesto como resultado de la encuesta aplicada.

La transparencia a través de foros abiertos y audiencias es requerida explícitamente, ya que estas sugerencias se consideran un aporte significativo, previo a la publicación de un reglamento definitivo.

Todo este proceso participativo, debería ayudar a conseguir el apoyo del público con respecto al plan propuesto.

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.