



Informe Financiero Sustitutivo

Proyecto de ley que crea el seguro de salud catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección

Boletín N°12.662-11
Mensaje N°036-367

1. Antecedentes

En el presente informe financiero viene a sustituir los informes N°80, N°188 y N°199, todos de 2019, que dieron cuenta del impacto fiscal asociado al proyecto de ley que crea el seguro de salud catastrófico y sus indicaciones. Esto, en vista de que las presentes indicaciones efectúan cambios relevantes al tipo de beneficiarios, y a las condiciones para que estos accedan a los beneficios establecidos en este proyecto de ley. Además, se efectúa una actualización de la información utilizada en los informes anteriores, lo que permite tanto mejorar la metodología de estimación como la identificación de los beneficiarios y efectos fiscales de la medida.

A continuación, se describe el proyecto de ley en el contexto de estas nuevas indicaciones presentadas por el ejecutivo.

2. Contenido del proyecto de ley y de las presentes indicaciones

El proyecto incorpora 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 un artículo 143 bis que permite a los beneficiarios del Fonasa que acceden a la Modalidad Libre Elección (MLE) activar a una cobertura financiera especial, denominada "Seguro de Salud Catastrófico", para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución del Fondo Nacional de Salud. Además, incluye artículos transitorios relativos a materias de imputación del gasto fiscal, dictación de reglamentos y sobre elementos operativos para la implementación durante el primer año de vigencia.

Las intervenciones y tratamientos, que tendrán esta cobertura financiera especial, incluyen el conjunto de prestaciones necesarias e indispensables para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como, medicamentos e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, y las complicaciones post hospitalarias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

Cada intervención y tratamiento será financiado en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado. El monto hasta el cual el afiliado soportará, es decir, el gasto de máximo de bolsillo, dependerá del ingreso del afiliado y del número de beneficiarios que de él dependan. En particular, la estructura de cofinanciamiento es la siguiente:

- En el caso de que el asegurado haya usado el seguro sólo para un evento médico, su deducible será equivalente a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Sin embargo, este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo B.
- En el caso de que el beneficiario haya usado el seguro para más de un evento, este deberá financiar un “gasto máximo anual” que corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Sin embargo, este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo B.

La conformación del conjunto de intervenciones y tratamientos sigue un proceso definido en el proyecto de ley, el cual vela por la pertinencia sanitaria y factibilidad técnica-económica de la implementación. El proceso se enmarca en la evaluación de la evidencia sanitaria, análisis de la necesidad, análisis de la capacidad de implementación y recursos disponibles. El proceso se entiende de carácter anual, ya que este se enmarca en el proceso de formulación presupuestaria.

Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste, y con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública. A falta de oferta por parte de prestadores o establecimientos anteriormente mencionados, Fonasa podrá suscribir convenios con otros prestadores o establecimientos, de conformidad a las disposiciones de la ley N°19.886 de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

Con todo, Fonasa seleccionará las ofertas que resulten más convenientes, y en ningún caso el precio a pagar a los prestadores escogidos podrá superar el valor que se haya fijado para el tratamiento o intervención en los prestadores o establecimientos del sector público.

Para la activación del seguro, el afiliado deberá contar de 6 cotizaciones en los 12 meses anteriores al mes de su activación. El proyecto indica la existencia de un procedimiento para la atención del beneficiario, a establecerse mediante reglamento, que tiene en consideración su lugar de residencia, así como un orden de

prelación para la designación de oferentes, siendo preferidos los prestadores o establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud respecto a otras opciones.

Finalmente, se establece que Fonasa deberá adoptar las medidas necesarias para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados por el seguro. Lo anterior, se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento conforme a la Modalidad de Atención Institucional (MAI), de al menos el mismo número y tipo de intervenciones y tratamientos que los beneficiarios del tramo B hayan hecho uso en este seguro en el año inmediatamente anterior, salvo para el primer año de vigencia de este el cual se ejecutará de acuerdo con las estimaciones que realice Fonasa mediante una resolución exenta.

3. Efecto del proyecto de ley sobre el presupuesto fiscal

i. Análisis del impacto económico del proyecto

La protección financiera señalada en la sección anterior del presente informe se resume en la tabla 1, donde se precisa el aporte financiero que debe efectuar el afiliado según cuente él y/o su grupo familiar con 1 o más eventos al año.

Tabla 1: Estructura de Protección Financiera

	Financiamiento Aportado por Afiliado	
	Beneficiario del Tramo B	Beneficiario del Tramo C o D
Eventos de Salud		
1 sólo evento: beneficiario financia el deducible asociado.	Máximo ente: $(4,8 \times INGF / N)$ y $(2,5 \times SMIN)$	Máximo ente: $(4,8 \times INGF / N)$ y $(4,8 \times SMIN)$
>1 evento: beneficiario financia el "gasto máximo anual".	Máximo ente: $(4,8 \times INGF / N)$ y $(3,8 \times SMIN)$	Máximo ente: $(4,8 \times INGF / N)$ y $(4,8 \times SMIN)$

INGF: corresponde al ingreso familiar mensual del beneficiario, *SMIN*: corresponde al salario mínimo mensual, y *N*: corresponde a número total de beneficiarios integrantes del grupo familiar, incluido el titular. De esta manera, para cada caso el financiamiento máximo aportado por el beneficiario corresponde al máximo entre cada uno de los dos valores. Esto es, aquel que está en función de *INGF* o bien aquel que está en función de *SMIN*. Por "evento" se entiende cualquier intervención o tratamiento contemplado por el seguro.

Adicionalmente, la política contempla que Fonasa deberá adoptar las medidas para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en esta ley, lo que se materializará en la obligación de dicha institución de asegurar el otorgamiento del mismo número y tipo de prestaciones que se otorgue a los beneficiarios del tramo B, las que deberán ser practicadas dentro de la MAI. Los beneficiarios del tramo A no incurrirán en gasto alguno, por lo que para ellos la protección financiera es completa.

Entonces, el gasto fiscal incremental de esta medida se produce mediante tres canales. Por un lado, se entregará una mayor protección y cobertura financiera a los actuales beneficiarios de la MLE que enfrentan alto costo en sus tratamientos o intervenciones. Por otro, se producirá una nueva demanda por MLE, que será cubierta mediante el uso del seguro, proveniente de los usuarios de la lista de espera no GES (LEQ) que decidan solucionar sus eventos médicos mediante este seguro. Finalmente, se otorgarán al grupo A al menos el mismo número de prestaciones que se dio al grupo B, con la diferencia de que el grupo A no realizará copago alguno y se atenderá mediante la MAI.

Considerando que gran parte de los beneficiarios que hoy utilizan la MLE en eventos de salud programados y de alto costo son personas de mayor edad, y que este grupo poblacional presentará mayores tasas de crecimiento demográfico en los próximos años, se asume que el número de atenciones aumentará en el tiempo. También, se estipula que los costos de la atención se pueden incrementar en el tiempo. De esta forma, la estimación considera ajustes por factores de crecimiento poblacional e inflación.

ii. Metodología de estimación del impacto fiscal

a) Actuales usuarios de la MLE

En primer lugar, se simula el impacto financiero del aumento de la cobertura para los usuarios actuales de la MLE (grupos Fonasa B, C y D), suponiendo que se aplica la cobertura descrita al consumo observado en la MLE. Para realizar este ejercicio, se utilizan la base de datos de las prestaciones otorgadas por la atención en la MLE del año 2017, 2018 y 2019, con miras de contar con una representación menos estacional del consumo en la modalidad libre elección. Estas bases de datos caracterizan el consumo de la MLE identificando a personas y prestaciones otorgadas, el aporte de bonificación Fonasa por cada prestación, y los copagos de lista o referenciales por prestación. Adicionalmente, incluye información de los titulares respecto de los cuales los beneficiarios dependen, en términos de su renta anual, el número total de miembros que conforma el grupo que depende del titular, su grupo Fonasa, entre otros elementos.

Dado que no se cuenta en la base de datos con un identificador por evento médico (por ejemplo, el diagnóstico), se definen los eventos médicos mutuamente excluyentes como conjuntos de prestaciones otorgadas a una persona con al menos 30 días de diferencia. Segundo, se realiza un ajuste a los copagos asociados a las prestaciones de días cama y derecho pabellón, con el objeto de reflejar de forma más fehaciente el valor que enfrenta el paciente. Esta corrección se hace a partir de factores de ajuste estimados por Fonasa, para estas prestaciones, según los precios promedio observados en los prestadores privados. Luego, se estiman los costos por evento médico asociados a la compra de medicamentos, insumos y prótesis no aranceladas. Este valor se estima como el 30% de los costos efectivos estimados del derecho a pabellón.

Posteriormente, a los precios estimados ofertados por los prestadores o establecimientos de salud se le resta el aporte financiero efectuado por Fonasa mediante el Fondo de Ayuda Médica (FAM) para este tipo de atenciones, obteniendo como resultado la estimación del valor efectivamente copagado por la atención en la MLE de cada beneficiario para cada año. Luego, considerando el ingreso promedio mensual del grupo familiar y el grupo Fonasa del beneficiario se estima el deducible que le correspondería, o bien el “gasto máximo anual” si se observa más de un evento por año.

Entonces, para la determinación de los potenciales beneficiarios de la política, en el primer año de implementación, se identifican todos aquellos usuarios de la MLE para los que se observan valores efectivos de copago superiores al gasto máximo que deben financiar de acuerdo con las reglas estipuladas por el seguro, considerando para ello el salario mínimo vigente en 2020 de \$320.500 pesos, y que cumplen con el mínimo de cotizaciones indicado en el proyecto

Los procedimientos de cálculo anteriores se realizan por separado para cada base de datos de cada año (2017, 2018 y 2019). Así, para cada año el gasto fiscal incremental corresponde a la diferencia entre la sumatoria de los gastos totales de las intervenciones beneficiarias del seguro, valorizadas a precio efectivo de los prestadores, por sobre el total de gasto a financiar por los usuarios. Con el propósito de reflejar sólo el gasto incremental, se descuentan los aportes efectuados por Fonasa mediante FAM. Cabe indicar que antes de realizar los cálculos respectivos, para cada base de datos, se llevan a pesos 2020 los valores de salarios, copagos y FAM. Luego, con las estimaciones realizadas por año, se calcula el valor promedio de los tres años observados, con el propósito de estimar una población usuaria potencial representativa en el primer año de vigencia del proyecto y su gasto fiscal asociado.

b) Nuevos usuarios provenientes de la lista de espera no GES

Para estimar el número de eventos médicos de la lista de espera quirúrgica no GES que podrían ser resueltos mediante el seguro, se utiliza la base de datos de la lista de espera quirúrgica no GES con cierre a 22 de septiembre de 2019, y las bases de datos de eventos médicos de la MLE anteriormente indicadas. Una restricción para la estimación es que no se cuenta con un cruce entre personas de la lista de espera con la información de las rentas de sus titulares y el tamaño de sus grupos dependientes.

De este modo, con la información que se dispone se ha optado por la siguiente estrategia de estimación. Primero, utilizando las bases de datos de la atención en la MLE para 2017, 2018 y 2019, se identificó que, del total de eventos médicos observados, en promedio un 5,09% de los eventos cumplen con las condiciones para ser elegibles por el nuevo seguro. De esta forma, se supuso que el mismo porcentaje de eventos de la lista de espera cumpliría con las condiciones para ser elegido. Luego, con la base de datos de la lista de espera se obtuvieron los casos en espera al cierre por especialidades para el conjunto de intervenciones quirúrgicas complejas y no complejas y por grupo Fonasa. De esta manera, el 5,09% de dichos casos se consideró como la demanda potencial desde la lista de espera.

En segundo lugar, se valorizaron la totalidad de estos eventos suponiendo el precio promedio GRD público, es decir, un valor promedio nacional de \$2.100.000, de acuerdo con los precios por hospital establecidos en la resolución exenta de Fonasa N°119, del 19 de diciembre de 2019. Luego, se estimó un precio por especialidad aplicando al precio promedio coeficientes de ajuste por complejidad. Estos factores de ajustes fueron calculados por Fonasa y representan la heterogeneidad inherente, en términos de los costos, de la resolución de diferentes eventos médicos dependiendo de las especialidades a las que estos pertenezcan. El siguiente paso, consistió en estimar para cada grupo Fonasa B, C o D, a cuánto correspondería su deducible promedio calculado mediante los datos del uso de la MLE. Por último, se estima el gasto fiscal producto de esta nueva demanda, el que corresponde a la diferencia entre el total valorizado de las potenciales intervenciones menos el deducible estimado.

c) Estimación del gasto asociado a los beneficiarios del tramo A

Con el objetivo de estimar el gasto fiscal del proyecto por las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del tramo A se procede de la siguiente forma. Primero, se estima el total de prestaciones a otorgar a los beneficiarios del Grupo B las que corresponden al consumo representativo estimado en MLE (explicado en el punto "a" de esta sección) más el nuevo consumo que proviene de la lista de espera (explicado en el punto "b" de esta sección). Luego, se determina el valor por evento, el cual corresponde al valor promedio GRD público ponderado del consumo potencial de los beneficiarios del grupo B de la lista de espera el que se estima en \$2.144.553. De este modo, se multiplica el valor anterior por el número de eventos totales estimados para el grupo B. Por ende, el gasto fiscal estimado para el grupo A equivale al total de eventos cubiertos para el grupo B, asumiendo un copago nulo.

d) Proyección del gasto y su transición al régimen

Para estimar los gastos futuros de la política, en primer lugar, se corrigen las cifras estimadas por un factor de crecimiento poblacional, el cual se construye utilizando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ajustadas por la distribución por sexo y edad que se observa en los datos de los potenciales beneficiarios, identificados con la base de datos de la atención en la MLE.

En segundo lugar, se realiza un ajuste de las estimaciones de gasto fiscal con el objeto de considerar el aumento de los precios en el tiempo. Para llevar las cifras nominales de pesos 2017 a pesos 2020 se aplica un inflador de 7,89%; luego, para llevar las cifras nominales de pesos 2018 a pesos 2020 se aplica un inflador de 5,32%; finalmente, para llevar las cifras nominales de pesos 2019 a 2020 se considera un inflador de 3%. De este modo, en cada base de datos de atención MLE, para realizar los cálculos se tienen valores de copagos, salarios y FAM en valor de pesos 2020. Posteriormente, para la proyección de los gastos ejecutados en los siguientes años, se utiliza como inflador la meta de mediano plazo indicada por el Banco Central, es decir, un 3% como tasa de ajuste año a año. Así, el gasto fiscal estimado se presenta en pesos de cada año. Finalmente,

se determina una evolución gradual de la cobertura del seguro respecto a la demanda total estimada mediante la adición paulatina de prestaciones cubiertas por la garantía financiera del seguro.

iii. Resultado estimaciones de impacto Fiscal

La tabla a continuación presenta el resumen del impacto fiscal (gasto incremental) de la iniciativa de ley desde el primer año de vigencia hasta el sexto, incluyendo un avance gradual en las intervenciones y tratamientos incluidos, los ajustes por proyecciones de inflación, y los ajustes por factor de crecimiento poblacional. De este modo, para el primer año se estima un mayor gasto fiscal de MM\$28.211, mientras que al sexto año de vigencia esta cifra llegará a MM\$54.437.

Tabla 2: Estimación del gasto fiscal incremental del proyecto de ley (en MM\$ de cada año)

Grupo	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
A	\$17.641	\$20.847	\$25.284	\$28.099	\$31.139	\$34.041
B	\$8.324	\$9.837	\$11.931	\$13.259	\$14.693	\$16.063
C	\$976	\$1.154	\$1.399	\$1.555	\$1.723	\$1.884
D	\$1.269	\$1.500	\$1.820	\$2.022	\$2.241	\$2.450
Gasto Incremental Total	\$28.211	\$33.338	\$40.434	\$44.935	\$49.796	\$54.437

4. Norma de imputación del gasto

El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo con lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

5. Fuentes de información

- Base de datos de eventos médicos programados de la MLE (FONASA) año 2017, 2018 y 2019.
- Proyecciones de población (INE). Extraído de <https://www.ine.cl/>.
- Lista de espera quirúrgica no GES a septiembre de 2019 (MINSAL).
- Precios intervenciones quirúrgicas en establecimientos de los Servicios de Salud, resolución exenta de Fonasa N°119, del 19 de diciembre de 2019.



Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 061/GG
I.F. N° 063/14.04.2020
I.F. N° 080/27.05.2019
I.F. N° 188/24.10.2019
I.F. N° 190/25.10.2019



MATIAS ACEVEDO FERRER
Director de Presupuestos

Visación Subdirección de Presupuestos:



Visación Subdirección de Racionalización y Función Pública:

