

COMISIÓN DE HACIENDA

Valparaíso, 25 de octubre de 2019

La Abogado Secretaria de la Comisión de Hacienda que suscribe,
CERTIFICA que:

Tramitación

El proyecto de ley originado en mensaje de S.E el Presidente de la República, don Sebastián Piñera Echenique, que Crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de Libre Elección de Fonasa, boletín N°12662-11, con urgencia calificada de "Discusión Inmediata", e informado en primer trámite constitucional y reglamentario por la Comisión de Salud, fue tratado en esta Comisión de Hacienda en lo que respecta a su incidencia en materia financiera o presupuestaria del Estado, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, y conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 226 del Reglamento de la Corporación, en sesión celebrada en el día de hoy, con la asistencia de los diputados (a) señores (a) Pepe Auth Stewart, Francisco Eguiguren, en reemplazo de Sofía Cid Versalovic, Miguel Crispi, en reemplazo de Giorgio Jackson Drago, Pablo Lorenzini Basso, Patricio Melero Abaroa, Juan Luis Castro, en reemplazo de Manuel Monsalve Benavides, José Miguel Ortiz Novoa, Leopoldo Pérez Lahsen, Guillermo Ramírez Diez, Alejandro Santana Tirachini, Marcelo Schilling Rodríguez y Gastón Von Mühlenbrock Zamora.

En representación del Ejecutivo concurren: Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi, Ministro Secretario General de la Presidencia, señor Gonzalo Blumel Mac-Iver; Subsecretario General de la Presidencia, señor Claudio Alvarado Andrade; Director de Fonasa, señor Marcelo Mosso Gómez; Fiscal de Fonasa, señor Luis Brito Rosalez; Abogado del Gabinete del Ministerio de Salud, señor Jaime González Kazazian; Coordinadora Unidad de Análisis Económico de Salud, de la Dirección de Presupuestos, señora Daniela Sugg Herrera; Asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor David Grossman Benquis y el Coordinador Legislativo del Ministerio de Hacienda, señor José Riquelme González.

Idea matriz

La idea matriz o fundamental del proyecto es proteger a quienes normalmente están fuera de los beneficios sociales de Estado, adscritos a Fonasa en el Sistema de Libre Elección, ante las enormes dificultades económicas que deben enfrentar para rehabilitar su salud, mediante el acceso a una cobertura financiera especial, con certeza en el gasto máximo anual por beneficiario, que contribuya a generar seguridad para las familias y sus hogares ante eventos imposibles de solventar sin caer en pobreza.

Competencia de la Comisión de Hacienda

La Comisión técnica señaló todo el contenido del proyecto de competencia de esta Comisión.

Modificaciones efectuadas

Se ha cambiado el nombre del proyecto por "Crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA".

En el artículo 143 bis que se incorpora, se ha reemplazado, en el penúltimo inciso, las palabras "un año" por "seis meses".

En el artículo primero transitorio, se ha reemplazado la palabra "cuarto" por "segundo".

En el artículo segundo transitorio, se ha reemplazado la palabra "noventa" por "sesenta" y la palabra "treinta" por "veinte".

En el artículo cuarto transitorio, se ha agregado la palabra "presupuestario", a continuación de la expresión "primero año".

Indicación declarada inadmisibles

Por incidir en la administración financiera y presupuestaria del Estado, materia reservada a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República, fue declarada inadmisibles la siguiente indicación:

Indicación de los diputados Castro, Crispi, Lorenzini y Ortiz: Para modificar el inciso noveno del nuevo artículo 143 bis, agregando un nuevo numeral 1., pasando el actual a ser numeral 2. y así sucesivamente, el que tendrá el siguiente tenor: "1. Los beneficiarios de los tramos A y B de Fonasa tendrán un deducible equivalente a un cero por ciento. Los beneficiarios de los tramos C y D, tendrán un deducible que se regirá de acuerdo a lo señalado en los siguientes numerales."

INCIDENCIA EN MATERIA FINANCIERA O PRESUPUESTARIA DEL ESTADO

En cuanto a los efectos del proyecto en el gasto fiscal, la Dirección de Presupuestos acompañó dos informes: el primero, contenido en el informe financiero N° 80, ingresado con la iniciativa presidencial el 5 de mayo del año en curso; el segundo, N°188, ingresado a propósito de indicaciones presentadas por el Ejecutivo, el 24 de octubre recién pasado, donde informa lo siguiente:

PRIMER INFORME FINANCIERO

Este proyecto de ley irroga gasto fiscal por dos canales.

Primero, aumenta la cobertura financiera que hoy otorga Fonasa en la Modalidad de Libre Elección (MLE) a sus beneficiarios que ya utilizan esta vía de atención; y, segundo, genera una opción para que aquellos pacientes que se encuentren en lista de espera quirúrgica no GES (LEQ) puedan resolver su problema de salud en la MLE haciendo uso de la cobertura del nuevo seguro.

El seguro considera un tope máximo de gasto anual a ser financiado por los beneficiarios, equivalente al cuarenta por ciento del ingreso anual per cápita del grupo familiar. Adicionalmente, con tal de financiar especialmente problemas de salud de mayor gasto, se impone un mínimo de gasto máximo de bolsillo igual al cuarenta por ciento de doce salarios mínimos. De este modo, todo gasto adicional a dicho valor, por la resolución de eventos médicos en la MLE, será cubierto íntegramente por Fonasa.

Se estima que, gracias a la incorporación de este seguro, Fonasa aumentará la cobertura financiera para los beneficiarios elegibles desde un 10% actual a niveles de, al menos, 63% del gasto total de sus tratamientos e intervenciones resueltas en la MLE.

Por otro lado, la creación del seguro permitirá que un conjunto de personas que hoy se encuentra en la lista de espera para la resolución de problemas de salud no GES, y que cuentan con la capacidad financiera para soportar el gasto máximo de bolsillo que les corresponda, puedan resolver su problema de salud a través de esta vía.

Considerando que gran parte de los beneficiarios que hoy utilizan la Modalidad Libre Elección en eventos de salud quirúrgicos 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 considera que se espera que los costos de la atención se incrementen en el tiempo. De esta forma, la estimación considera ajustes por factores de crecimiento poblacional e inflación.

Metodología de Estimación del Impacto Fiscal

a) Actuales usuarios de la Modalidad Libre Elección

En primer lugar, se simula el impacto financiero del aumento de la cobertura para los usuarios actuales de la MLE, suponiendo que se aplica la cobertura descrita anteriormente al consumo actual observado en la MLE. Para realizar este ejercicio, se utiliza la base de datos de las prestaciones otorgadas por la atención en la MLE del año 2017. Esta base de datos caracteriza 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 que hacen los beneficiarios. Adicionalmente, se 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, 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 del prestador privado. 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.

Una vez estimados los valores efectivos privados, se suma el consumo de estos por beneficiario para el año 2017. Esto da como resultado el valor copagado por la atención en la MLE de cada beneficiario para dicho año. Luego, se calcula el monto del gasto máximo de bolsillo que correspondería para cada beneficiario. Esto es el cuarenta por ciento del ingreso per cápita anual asociado al

grupo de cargas dependientes de un mismo titular, incluyendo a este último, al cual el beneficiario pertenece. Cabe señalar que para la estimación sólo se considera como ingreso del grupo las rentas imposables del titular. Si el gasto máximo de bolsillo calculado por beneficiario resulta inferior al cuarenta por ciento de doce salarios mínimos, se utiliza este último valor para determinar el gasto máximo de bolsillo. De esta forma, para cualquier beneficiario, el gasto máximo de bolsillo mínimo anual siempre será equivalente a, al menos, el cuarenta por ciento de doce salarios mínimos. Para la estimación, se considera un salario mínimo igual a \$301.000 pesos.

Finalmente, para aquellos beneficiarios asociados a un titular que cumple con el mínimo de cotizaciones exigido, y que presentan un gasto en la MLE mayor a su gasto máximo de bolsillo, se calcula la diferencia entre el monto anual copagado y el valor del gasto máximo de bolsillo, lo que corresponde al gasto fiscal por beneficiario. Finalmente, se suma el gasto fiscal estimado para todos los beneficiarios dando como resultado el gasto fiscal total de la medida por este concepto.

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 nuevo seguro creado por el Proyecto de Ley, se utiliza información de la lista de espera quirúrgica no GES y de la base de datos de eventos médicos de la MLE 2017. 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, y tampoco se conoce el valor de resolución de cada evento de la lista de espera.

De este modo, con la información que se dispone se ha optado por la siguiente estrategia de estimación.

Primero, utilizando la base de datos de la atención en la MLE 2017 la que identificó que, del total de eventos médicos observados, un 3,44% 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. Esto significa que, considerando que al 20 de mayo de 2019 la lista de espera incluye 251.567 casos en espera, se estiman 8.656 casos potencialmente beneficiarios del seguro provenientes de la lista de espera no GES.

En segundo lugar, se calcula el gasto fiscal promedio por evento elegible del seguro, con los datos de la atención en la MLE 2017. Esto da como resultado un valor de gasto fiscal promedio igual a \$862.041 pesos por evento. Posteriormente, se valoriza el gasto fiscal de los eventos provenientes de la lista de espera, multiplicando el valor de gasto fiscal promedio anterior por un factor de ajuste de costos que depende de la especialidad del evento médico. 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.

Para determinar cuántos eventos corresponden a cada especialidad, de los 8.656 casos estimados como potenciales beneficiarios, se asume la misma distribución global de porcentajes según especialidad de toda la lista de espera. Es decir, los casos potenciales beneficiarios se distribuyen asumiendo la misma distribución porcentual de la lista global de casos en espera.

c) Proyección del gasto y su transición al régimen

Para estimar los gastos futuros de la política pública, 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 del año 2017.

En segundo lugar, se realiza un ajuste de las estimaciones de gasto fiscal con el objeto de considerar el aumento de los precios o valores en tiempo. Considerando que los montos se calculan utilizando valores del 2017, estos se inflactan y se llevan a valores de pesos 2019. Para llevar los valores de 2017 a pesos de 2018 se aplica una tasa de 2,43%, que corresponde al promedio del IPC 2018 dividido por el promedio del IPC 2017 menos uno, y luego para llevar los valores en pesos de 2018 a pesos de 2019 se aplica la tasa de inflación esperada del 2018 según el Informe de Finanzas Públicas que acompañó la Ley de Presupuestos de 2019, es decir, una tasa de 3%. Luego, para gastos ejecutados en los siguientes años, se utiliza la proyección de inflación y meta de mediano plazo indicada por el Banco Central, es decir, un 3%.

Finalmente, se determina una transición hacia el régimen, mediante la adición gradual de especialidades cubiertas por la garantía financiera del seguro. Para la determinación de la gradualidad del gasto de los usuarios actuales de la MLE, se supone que el total de gasto estimado se distribuye de igual forma, por especialidad, que la distribución de casos observada en lista de espera no GES. Se debe hacer este supuesto debido a que en la base de datos de la atención de la MLE 2017 no se incluyen los diagnósticos de los eventos médicos.

Resultado Estimaciones de Impacto Fiscal

De los actuales usuarios de la MLE 2017, se identificaron 21.465 eventos de salud elegibles para el seguro, los que ascienden a un valor total copagado por los beneficiarios igual a MM\$31.665 de pesos. Luego, descontando el gasto máximo de bolsillo que pagaran los usuarios que se beneficien del nuevo seguro, se llega a un gasto fiscal incremental total igual a MM\$18.504 de pesos. Este valor es en pesos 2017, corresponde al régimen incluyendo todas las especialidades, y no incluye factores de ajuste de ningún tipo.

Respecto de la estimación del gasto fiscal producto de la resolución de casos desde la lista de espera quirúrgica no GES, se identificaron como casos potenciales beneficiarios un total de 8.656 eventos de salud, que en su conjunto ascienden a un gasto fiscal equivalente a MM\$7.312, el cual incluye todas las especialidades, es un valor calculado en pesos 2017 y que no contiene ajustes de ningún tipo.

Adicionalmente, las estimaciones de gasto fiscal se ajustan al alza en un 5% adicional para cada año. Ese 5% se adiciona cumpliendo una función de "margen de seguridad" que busca capturar otros efectos posibles no incorporados por la metodología como, por ejemplo, una mayor demanda inducida hacia el uso de la MLE.

La tabla a continuación presenta el resumen del impacto fiscal (gasto incremental) de la iniciativa de ley desde el año primero de vigencia hasta el sexto año, incluyendo una transición en la inclusión de especialidades elegibles, los ajustes por

proyecciones de inflación, y los ajustes por factor de crecimiento poblacional de la población beneficiaria. De este modo, para el primer año se estima un mayor gasto fiscal de MM\$19.560, mientras que en régimen esta cifra llegará, en el sexto año de vigencia, a MM\$37.831.

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 a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

SEGUNDO INFORME FINANCIERO

Las indicaciones consideran los siguientes elementos:

1.-Se busca incorporar a los beneficiarios del Fonasa del Grupo A, a la población beneficiaria del seguro.

2.-Se elimina como requisito para acceder al seguro la condición de contar con al menos 6 cotizaciones en los últimos 12 meses.

3.-Se establece que los casos resueltos por el seguro se desarrollen en los prestadores públicos, universitarios, o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente u obtener una oferta más ventajosa que aquella ofrecida por los prestadores antes mencionados, se podrá convenir la solución con prestadores privados, los que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección.

4.-Se detallan los procedimientos y los antecedentes que permitan priorizar la inclusión de nuevas prestaciones a este seguro.

Efecto del proyecto de ley sobre el presupuesto fiscalⁱ

La indicación propuesta tiene por consecuencia incrementar los potenciales usuarios del seguro. El efecto de las indicaciones se muestra en la siguiente tabla:

Gasto Incremental Indicaciones (Millones de\$ de cada año)

Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	
Total del Gasto Incremental	\$2.163	\$2.541	\$3.068	\$3.329	\$3.594	\$3.786

ⁱ Fuentes de información

Base de datos de eventos médicos elegibles por el seguro de la MLE (FONASA) año 2017.
Proyecciones de población (INE), consultadas el 10 de mayo de 2019.
Lista de espera quirúrgica no GES a mayo del 2019.

VOTACIÓN

Indicación de los diputados Castro y Crispi: Para modificar el título del proyecto, reemplazando el actual por el siguiente: “Crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA”.

La indicación fue aprobada por la unanimidad de los doce diputados presentes señores Auth, Castro, Crispi, Eguiguren, Lorenzini (Presidente accidental), Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana, Schilling y Von Mühlenbrock.

Indicación de los diputados Castro, Crispi, Lorenzini y Ortiz: Para modificar el inciso noveno del nuevo artículo 143 bis, agregando un nuevo numeral 1., pasando el actual a ser numeral 2. y así sucesivamente, el que tendrá el siguiente tenor: “1. Los beneficiarios de los tramos A y B de Fonasa tendrán un deducible equivalente a un cero por ciento. Los beneficiarios de los tramos C y D, tendrán un deducible que se regirá de acuerdo a lo señalado en los siguientes numerales.”

La indicación fue declarada inadmisibile por el Presidente de la Comisión. Votaron a favor del Presidente los señores Auth, Eguiguren, Lorenzini, Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana y Von Mühlenbrock. En contra votaron los diputados Castro, Crispi, Schilling

Indicación de los diputados Auth, Castro, Lorenzini y Ortiz: Para modificar el penúltimo inciso del artículo 143 bis, reemplazando las palabras “un año” por “seis meses”.

La indicación fue aprobada por la unanimidad de los doce diputados presentes señores Auth, Castro, Crispi, Eguiguren, Lorenzini (Presidente accidental), Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana, Schilling, Verdessi y Von Mühlenbrock.

Indicación de los diputados Castro y Crispi: Para modificar el artículo primero transitorio, en el sentido de reemplazar la expresión “cuarto” por la expresión “segundo”.

La indicación fue aprobada por la unanimidad de los doce diputados presentes señores Auth, Castro, Crispi, Eguiguren, Lorenzini (Presidente accidental), Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana, Schilling, Verdessi y Von Mühlenbrock.

Indicación de los diputados Castro y Crispi: Para modificar el artículo segundo transitorio, en el sentido de reemplazar la expresión “noventa” por “sesenta” y para reemplazar la expresión “treinta” por “veinte”.

La indicación fue aprobada por la unanimidad de los doce diputados presentes señores Auth, Castro, Crispi, Eguiguren, Lorenzini (Presidente accidental), Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana, Schilling, Verdessi y Von Mühlenbrock.

Indicación de los diputados Lorenzini, Melero Ortiz, Pérez, Santana y Von Mühlenbrock: Al artículo cuarto transitorio, para agregar la palabra “presupuestario” después de la frase “primer año”.

La indicación fue aprobada por la unanimidad de los doce diputados presentes señores Auth, Castro, Crispi, Eguiguren, Lorenzini (Presidente accidental), Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana, Schilling, Verdessi y Von Mühlenbrock.

Se solicitó votación separada del inciso noveno del artículo 143 bis nuevo. En votación el resto del artículo 143 bis, y los artículos transitorios, con sus indicaciones respectivas, resultaron aprobados por diez votos a favor, uno en contra y una abstención. Votaron a favor los diputados Auth, Castro, Eguiguren, Melero, Ortiz, Pérez, Ramírez, Santana, Schilling y Von Mühlenbrock. Votó en contra el diputado Crispi. Se abstuvo el diputado Lorenzini (Presidente accidental).

El inciso noveno resultó rechazado por no alcanzar mayoría. Votaron a favor los diputados Eguiguren, Melero, Pérez, Ramírez, Santana y Von Mühlenbrock. Se abstuvieron los diputados Auth. Votaron en contra los diputados Castro, Crispi, Lorenzini, Ortiz y Schilling.

El diputado Castro justificó su voto en contra, manifestando que con esta disposición no se elimina el gravamen sobre los 9 millones de chilenos que deberán seguir financiando con una gran cantidad de sus recursos una parte de los tratamientos.

MARÍA EUGENIA SILVA FERRER
Abogado Secretaria de la Comisión