

MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY 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.

SANTIAGO, 22 de mayo de 2019.-

M E N S A J E N° 066-367/

Honorable Cámara de Diputados:

**A S.E. EL
PRESIDENTE
DE LA H.
CÁMARA DE
DIPUTADOS.**

Tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley que tiene por objeto modificar 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, para crear el "Seguro de Salud Clase Media" a través de una 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, respecto de las intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que indica.

I. ANTECEDENTES

El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

Por otro lado, la protección de la salud se ha convertido en motivo de una preocupación ciudadana creciente y

sostenida, unida a expectativas por acceder a mayores y mejores prestaciones en este ámbito.

En lo que se refiere a las prestaciones de salud del sistema público de atención, la legislación actual considera que se provea a través de dos modalidades:

a) La Modalidad de Atención Institucional (MAI) que es desarrollada en los establecimientos de salud pertenecientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud del país, y los establecimientos de salud de carácter experimental, así como aquellos establecimientos del sector privado que presten servicios al sistema, previo convenio, y

b) La Modalidad de Atención de Libre Elección (MLE), otorgada por profesionales y establecimientos o entidades asistenciales de salud que mantienen convenios con el Fondo Nacional de Salud ("Fonasa").

Hoy, Fonasa entrega cobertura a más de 14 millones de personas, de las cuales casi un 24% de ellas son personas carentes de recursos para cotizar en salud y están inscritas en el llamado "Grupo A". Este Grupo A, solo tiene acceso a la Modalidad de Atención Institucional.

Por su parte, las personas afiliadas a Fonasa que pertenecen a los Grupos B, C, y D, tienen acceso a la Modalidad de Libre Elección.

En la Modalidad de Atención Institucional, los grupos de más alto ingreso "C" y "D" tienen que pagar un equivalente al 10% y al 20%, respectivamente, del valor del arancel de la prestación en el prestador público.

En la Modalidad de Libre Elección, el valor de copago es igual para cualquiera que pertenezca a los tramos "B", "C", y "D", y depende de cada prestación.

Esta Modalidad de Libre Elección, se ve fuertemente limitada por la escasa cobertura financiera que otorga en algunas materias. Más aún, tratándose de hospitalizaciones e intervenciones

quirúrgicas hay casos en los que existen valores superiores al arancel cuya diferencia debe ser cubierta íntegramente por el afiliado.

En efecto, de acuerdo a la información de Fonasa, la cobertura efectiva, en el año 2018 para prestaciones como "día cama" en Modalidad de Libre Elección, es de entre 2% y 5%, a pesar de tener una cobertura referencial sobre el arancel de un 50%. Esto ocurre porque la cobertura en Libre Elección se calcula sobre un arancel de referencia, que en el caso de ítems como insumos médicos, día cama, y derecho de pabellón, por ser cuentas "excedibles" (es decir, que el prestador no se obliga a respetar el arancel), muchas veces no refleja el costo real de la prestación, produciendo un gasto de bolsillo adicional para los beneficiarios de Fonasa.

Esta situación afecta fundamentalmente a la clase media. Las personas que podrán hacer uso de esta Modalidad de Atención corresponden a un total de 10.714.789 personas beneficiarias de Fonasa, a diciembre de 2018.

La clase media en nuestro país enfrenta dificultades que pueden poner en riesgo sus avances e incluso hacerla retroceder a la pobreza, lo que genera fuertes temores respecto a ciertas contingencias y momentos de la vida adversos. Esto se acrecienta debido a que normalmente quedan fuera de la protección y los beneficios sociales del Estado, puesto que superan los umbrales definidos para acceder a éstos.

El acceso a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea requerido, sin que ello se transforme en un evento catastrófico desde el punto de vista financiero para los hogares.

En Chile, a pesar de que el 97% de la población declara estar cubierta por algún esquema previsional de salud y casi el 80% de ellos está en Fonasa, 2 de cada 3 personas declaran que les preocupa porque no saben si

podrán pagar la atención que necesiten ante una enfermedad grave¹.

Actualmente, nuestro Gobierno está comprometido con las políticas sociales y el avance en los modelos de cobertura y accesibilidad garantizados, especialmente tratándose de la protección de eventos catastróficos con gran impacto económico, como son las enfermedades o problemas de salud para la clase media. Por ello, es que presento este proyecto de ley que crea un "Seguro de Salud Clase Media", que pueda estar disponible tanto en la red pública, como en la red privada de prestadores en convenio, y de esta manera avanzar en la ampliación del acceso a la clase media en Fonasa, permitiendo que las personas tengan más opciones de atención de salud, e incorporando certeza en cuanto al gasto máximo de bolsillo que una situación catastrófica como ésta le pueda producir.

Esta iniciativa legal forma parte de un programa de protección para la clase media, denominado "Clase Media Protegida", y que contempla varias iniciativas para proteger a la clase media ante eventos adversos como el desempleo, las enfermedades más graves, el costo de la educación superior, la longevidad y la dependencia física, el acceso a una vivienda, y los delitos violentos.

Para ello es necesario fortalecer las atribuciones legales de Fonasa para crear coberturas y protecciones adicionales.

II. OBJETIVO DEL PROYECTO

La propuesta sometida a vuestra consideración tiene la finalidad de dar acceso a los afiliados del régimen público de salud a una cobertura financiera especial, mediante la cual se logre la resolución integral de un problema de salud con certeza en el gasto máximo de bolsillo gracias al establecimiento de un gasto máximo anual por beneficiario.

Este gasto máximo anual está en concordancia con lo establecido como "umbral

¹ Encuesta Espacio Público - Ipsos 2018, marzo 2019, "Chilenas y Chilenos Hoy frente a la educación y salud".

nacional de costo anual" en la ley N° 20.850, conocida como "ley Ricarte Soto", para determinar si un diagnóstico o un tratamiento es de alto costo.

Estas prestaciones serán otorgadas en la Modalidad de Libre Elección a través de una red de prestadores preferentes, públicos y privados, en convenio para estos fines, lo cual permitirá a Fonasa convenir precios con estos prestadores mediante mecanismos de transferencia de riesgo compartido como son, por ejemplo, los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD).

Estará disponible para todos los afiliados del sistema público de salud que enteren cotizaciones a Fonasa para el financiamiento de las prestaciones de salud que ellos y sus beneficiarios requieren.

III. CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto cuenta con un artículo único permanente y cuatro artículos transitorios.

El artículo único, busca incorporar un artículo 143 bis al articulado permanente del 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, para hacer posible el otorgamiento de una cobertura financiera especial, denominada "Seguro de Salud Clase Media", para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución del Fondo Nacional de Salud.

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.

El Fondo Nacional de Salud propondrá, conjuntamente con la formulación

presupuestaria anual, el listado de intervenciones y tratamientos a financiar con el "Seguro de Salud Clase Media", con un informe relativo a su impacto fiscal.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

Existirá una red preferente para el otorgamiento de estas intervenciones y tratamientos, la que estará constituida por aquellos prestadores, públicos o privados, que suscriban un convenio con Fonasa, para cada una de las intervenciones y tratamientos.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados que hayan enterado al menos seis cotizaciones dentro de los doce meses anteriores a su activación, y los beneficiarios que de él dependan.

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 será el equivalente al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar, constituido para estos efectos por el afiliado y los beneficiarios que de él dependan, dividido por el número total de sus integrantes.

Se establece también que en ningún caso el monto que soportará el afiliado podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.

Asimismo, se establece un gasto máximo anual por beneficiario.

Los ingresos anuales del grupo familiar se determinarán de acuerdo a la información que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Finalmente, el artículo único del proyecto establece que, para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán

aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para los efectos señalados anteriormente, existirán dos reglamentos: el primero, que regula el procedimiento para determinar el ingreso anual del grupo familiar, el que será emitido por el Ministerio de Salud y suscrito también por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y el Ministro de Hacienda; y el segundo, dictado por el Ministerio de Salud, a proposición de Fonasa, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, que regulará los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

El artículo primero transitorio del proyecto establece la norma de vigencia, señalando que la ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el Diario Oficial el último de los reglamentos a que se hacen referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

El artículo segundo transitorio, establece que los referidos reglamentos deberán dictarse dentro de los 90 días siguientes a la publicación de la ley en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda la propuesta de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los 30 días siguientes a la publicación de la ley. El Ministerio de Hacienda tendrá un plazo de 20 días para realizar sus observaciones, debiendo remitir estas al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, el cual deberá finalizar la tramitación de los reglamentos.

La tercera norma transitoria establece que, durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables.

El artículo cuarto transitorio, establece que el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer 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.

En mérito a lo expuesto, tengo el honor de someter a vuestra consideración, el siguiente

P R O Y E C T O D E L E Y :

"ARTICULO ÚNICO. - Incorpórase el siguiente artículo 143 bis, nuevo, 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, del siguiente tenor:

"Artículo 143 bis. Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará "Seguro de Salud Clase Media", para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

Dichas intervenciones y tratamientos, 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, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

El Fondo Nacional de Salud propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones

y tratamientos a financiarse con el seguro, acompañado de un informe relativo a su impacto fiscal.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios, o anexos a los convenios ya establecidos, con prestadores públicos o privados que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos B, C, o D, y que hayan enterado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan.

Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado de la siguiente forma:

- 1.El monto hasta el cual el afiliado soportará los gastos generados en cada intervención o tratamiento de enfermedad cubierta, será el equivalente al cuarenta por ciento 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.

- 2.En ningún caso el monto que soportará el afiliado, al que se refiere el numeral 1 anterior, podrá ser inferior al cuarenta por ciento de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.

- 3.Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertas, serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.

- 4.Se establece un "Gasto Máximo anual por Beneficiario" 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 cuarenta por ciento 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.

Para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 de la presente ley.

El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a 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 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.

En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.".

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO PRIMERO TRANSITORIO.- La presente ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el Diario Oficial el último de los reglamentos a que se hacen referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO.- Los reglamentos a que se hacen referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los 90 días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este

último, en un plazo no superior a los 30 días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá un plazo máximo de 20 días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.

ARTÍCULO TERCERO TRANSITORIO.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el inciso cuarto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los 30 días siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

ARTÍCULO CUARTO TRANSITORIO.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer 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.”.

Dios guarde a V.E.,

SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE
Presidente de la República

FELIPE LARRAÍN BASCUÑÁN
Ministro de Hacienda

ALFREDO MORENO CHARME
Ministro de Desarrollo Social
y Familia

EMILIO SANTELICES CUEVAS
Ministro de Salud



Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 80/GG
Reg. 274/HH
I.F. N°080/27.05.2019

Informe Financiero

Proyecto de ley 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

Mensaje N° 66-367

I. Antecedentes

El proyecto cuenta con un artículo único permanente y cuatro artículos transitorios. El artículo único, busca incorporar un artículo 143 bis al articulado permanente del 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, para hacer posible el otorgamiento de una cobertura financiera especial, denominada "Seguro de Salud Clase Media", para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución del Fondo Nacional de Salud.

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, será el equivalente al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar, constituido para estos efectos por el afiliado y los beneficiarios que de él dependan, dividido por el número total de sus integrantes. Es decir, cada afiliado tendrá un tope máximo de gasto equivalente al 40% del ingreso per cápita de su grupo familiar. Los gastos que excedan este tope, serán financiados íntegramente por Fonasa.

Adicionalmente, se establece que, para el financiamiento del gasto máximo de bolsillo, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos que se establecen en el artículo 162 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud. Además, el gasto máximo de bolsillo no podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.



II. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal

i. Análisis del Impacto Económico de las Modificaciones

Este proyecto de ley irroga gasto fiscal por dos canales. Primero, aumentará 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 capita 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.



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, 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.



Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 80/GG
Reg. 274/HH
I.F. N°080/27.05.2019

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 se 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.



Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 80/GG
Reg. 274/HH
I.F. N°080/27.05.2019

c) 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 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.



iii. 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.

Tabla 1: Estimación del gasto fiscal incremental del proyecto de ley
(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).



Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 80/GG
Reg. 274/HH
I.F. N°080/27.05.2019

III. 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.

IV. 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.



Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 80/GG
Reg. 274/HH
I.F. N°080/27.05.2019



DIRECTOR
RODRIGO CERDA NORAMBUENA
Director de Presupuestos

Visación Subdirección de Presupuestos:



SUB DIRECTOR

Visación Subdirección de Racionalización y Función Pública:



**SUBDIRECTOR
RACIONALIZACIÓN
Y FUNCIÓN
PÚBLICA**