

Diseño de Seguros de Salud y Comentarios al Proyecto de Ley que modifica el sistema de Isapres, incorporando un Plan Garantizado

Comisión de Hacienda, Cámara de Diputados

Rodrigo Castro F.

Septiembre, 2012

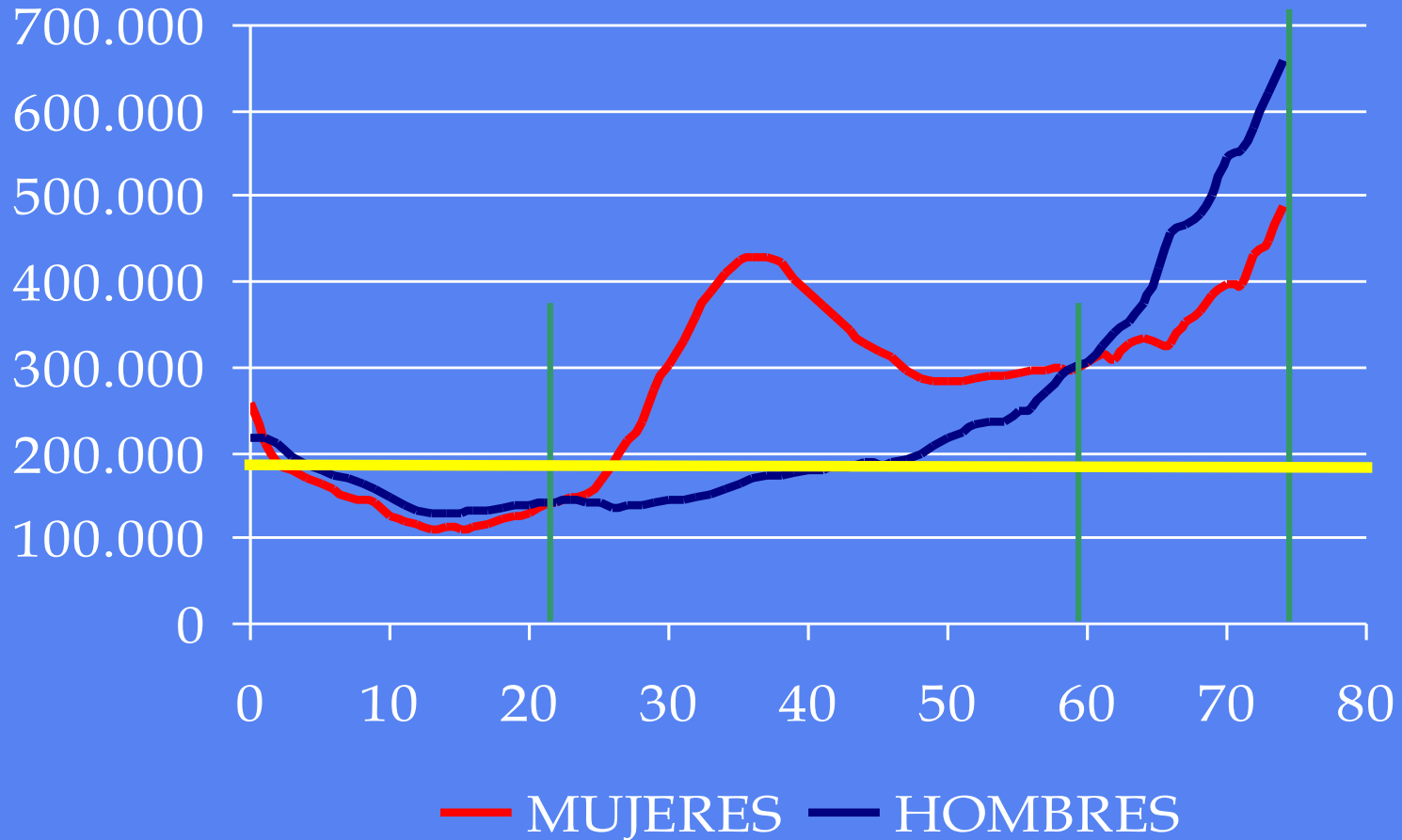
Objetivos

- Generar el gasto médico óptimo.
- Lograr el nivel de protección financiera óptima.
- Compatible con subsidios eficientes.

Elementos centrales

- Incertidumbre.
- Selección Adversa.
- Riesgo Moral.
- Inconsistencia Temporal.
- Agencia.
- Subsidios.
- Aumento de costos técnicos:
 - Cambio perfil demográfico y epidemiológico.
 - Aumento ingreso.
 - Cambio Tecnológico.

Costos según Sexo y Edad



Indice de Gasto en Salud

General

	S1 2010-2011	S2 2010-2011
Precio	0,3%	1,2%
Cobertura	-0,7%	-0,4%
Cantidad	10,0%	7,4%
Gasto	9,5%	8,1%

- Al conjugar los resultados de la evolución de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias en un único índice general se aprecia que:
 - Índice de precios aumentó en términos nominales un 1,2% entre 2010 y 2011.
 - El nivel de cobertura disminuyó un 0,4% entre 2010 y 2011
 - Índice de cantidad aumentó un 7,4% en ese mismo periodo
 - Índice de gasto aumentó en términos nominales un 8,1% en ese mismo periodo, que equivale a una variación real de 3,5%.

Críticas a seguro privado

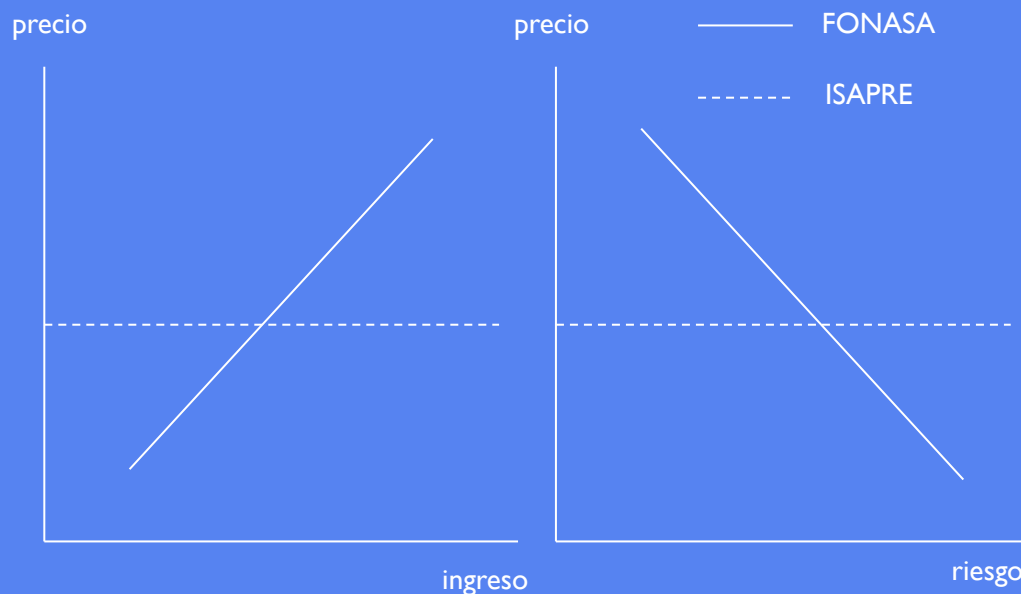
- Descreman el mercado quedándose con los mejores clientes (más ingreso y mejor salud).
- Proveen de planes de salud con cobertura deficiente para enfermedades catastróficas con el objetivo de no atraer a aquellos con dolencias de gran costo.

Diferencias en fijación de precios

- FONASA ofrece un paquete de servicios de salud fijo, que entrega las mismas prestaciones a todos sus beneficiarios, con copago en la MLE que depende del ingreso y cobra prima proporcional al ingreso.
- ISAPREs ofrecen diferentes alternativas, con mejores planes –menor copago y/o mayor cobertura de servicios- a medida que aumenta prima.

Diferencias en fijación de precios

- Estas diferencias en la forma de fijar precios entre seguro público y privado generan incentivos para que sea la población relativamente de menor ingreso y más riesgosa la que opte por FONASA.



Evidencia

- Selección adversa en contra de FONASA: Mayor edad, sexo femenino y mayor número de dependientes (info que es usada en la fijación de la prima para el seguro privado) aumenta la probabilidad de optar por el seguro público.
- Selección adversa en contra de ISAPREs: el estar enfermo aumenta la probabilidad de optar por el seguro privado.
- Confirma diferentes formas de fijar precios entre FONASA e ISAPREs inciden en como cotizantes eligen su seguro de salud.

Diseño PGS y costo

Situación Actual



Situación Propuesta



Prestaciones GES

Plan Mínimo Actual

Plan Garantizado de Salud

Ambulatorias:

Piso obligatorio: 50% de bonificación de los aranceles de FONASA Nivel I y 60% en el caso de las consultas médicas.

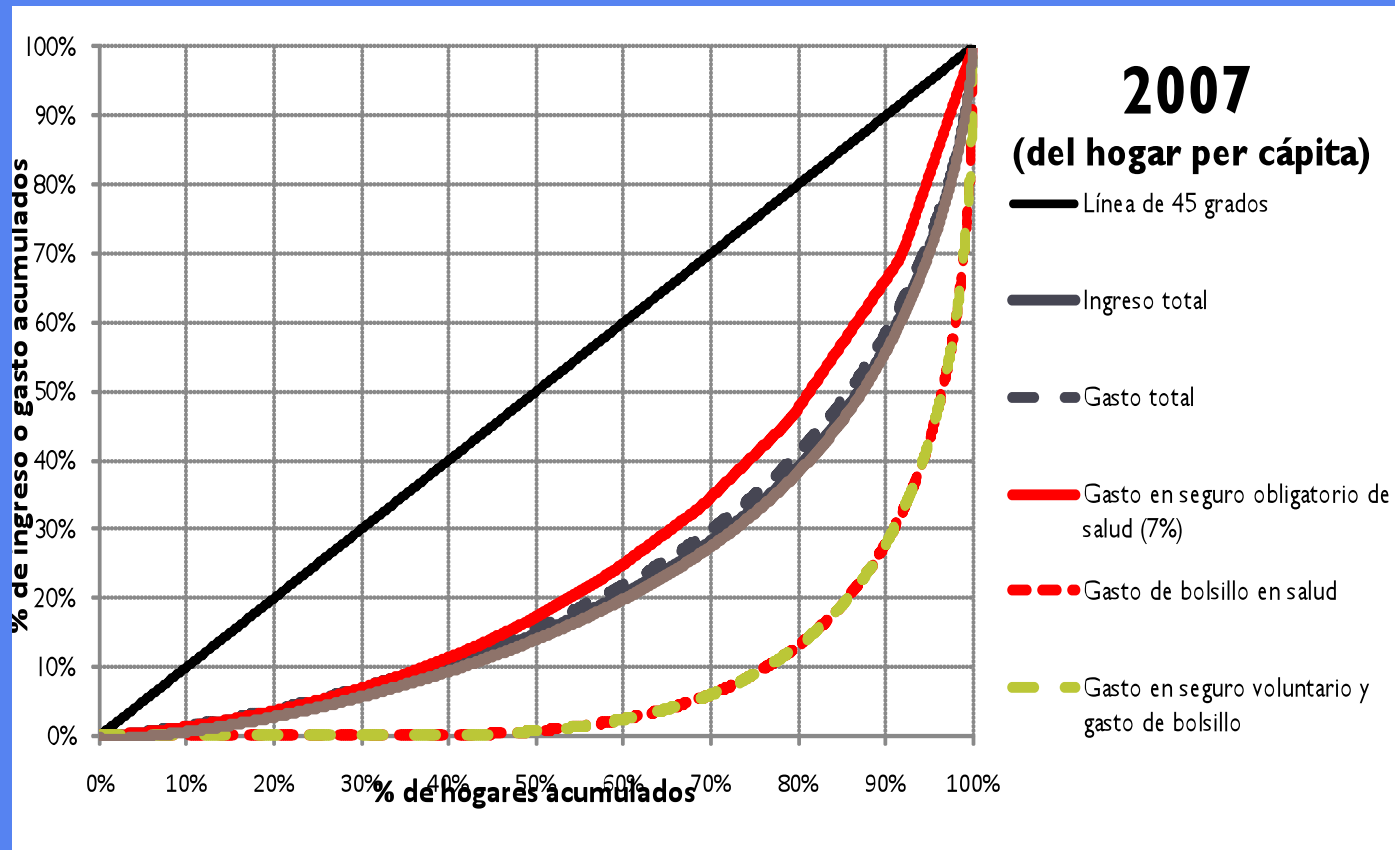
Hospitalarias:

Cobertura efectiva mayor al piso actual (bonificación de 70% de los aranceles de los prestadores con quienes las Isapre tienen convenios de atención cerrada)

Costo debería entre \$15.000 y \$20.000 mes per cápita (no incluye el costo del SIL).

Efecto: Selección adversa

Desigualdad Gasto en Salud



Esquema de Fijación de Precios

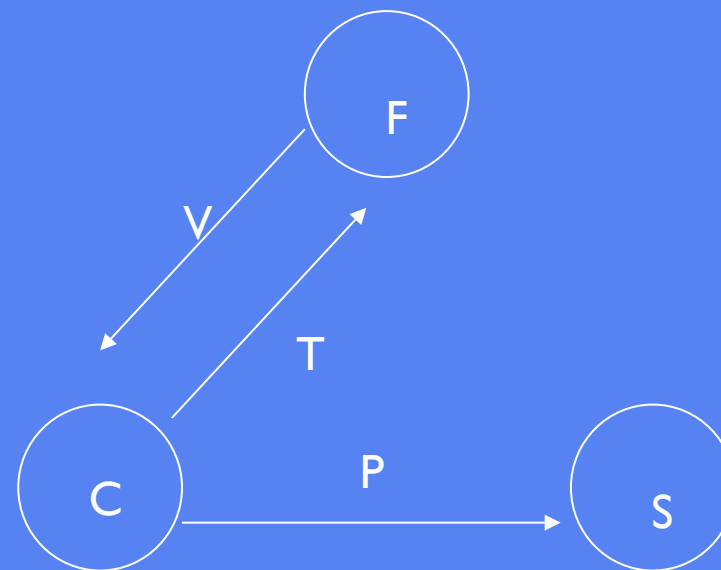
- La combinación de regulaciones que no permiten a los seguros privados una fijación de primas asociada al riesgo de los beneficiarios conjuntamente con el proceso de selección adversa genera :
 - problema de selección de riesgos y descreme del mercado y ambos son pérdida social (ineficiente).
 - lleva a las aseguradoras a competir en ese ámbito mediante mecanismos y discriminaciones en lugar de competir por la disminución de costos y por tanto beneficiar a los consumidores más riesgosos.

Esquema de Fijación de Precios

- Una manera de evitar el problema de selección de riesgo es mediante un subsidio estatal explícito a las personas de alto riesgo, en lugar de la aplicación de subsidios cruzados.
- Personas pagan un monto fijo sin diferenciación por riesgo, pero las aseguradoras recibirían prima de acuerdo al riesgo.
- Las diferencias en gasto esperado se compensarían con diferentes primas.

Diferentes alternativas

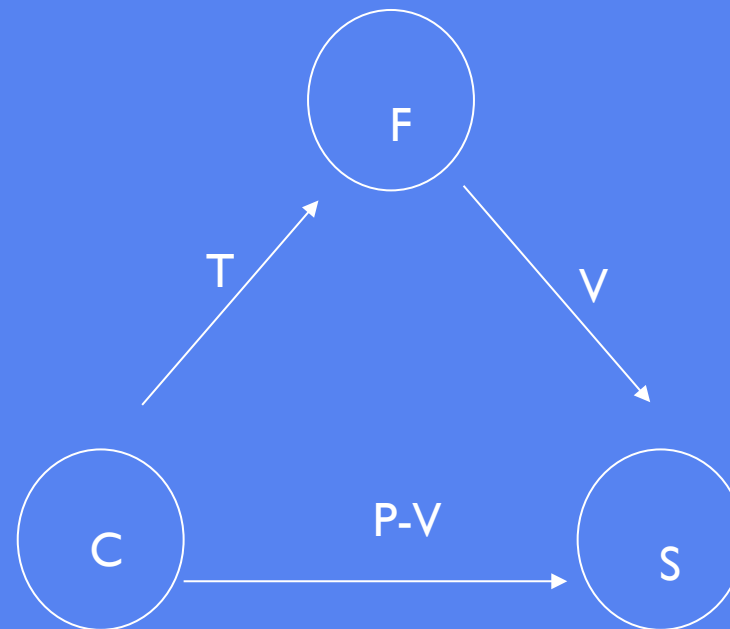
- I. Cotizantes (C) pagan a los seguros una prima dependiente de su riesgo (P), pero que el exceso por sobre una prima comunitaria se devuelve mediante un subsidio (V). El subsidio se financia a través de impuestos generales.



Nota: F es un fondo igualizador, C es el cotizante y S es la empresa aseguradora. P es la prima fijada de acuerdo al riesgo del consumidor (risk taking); V es el voucher igualizador que paga por las personas con mayor riesgo. T es el aporte del paciente – directamente o a través del fisco- al fondo (un impuesto)

Diferentes alternativas

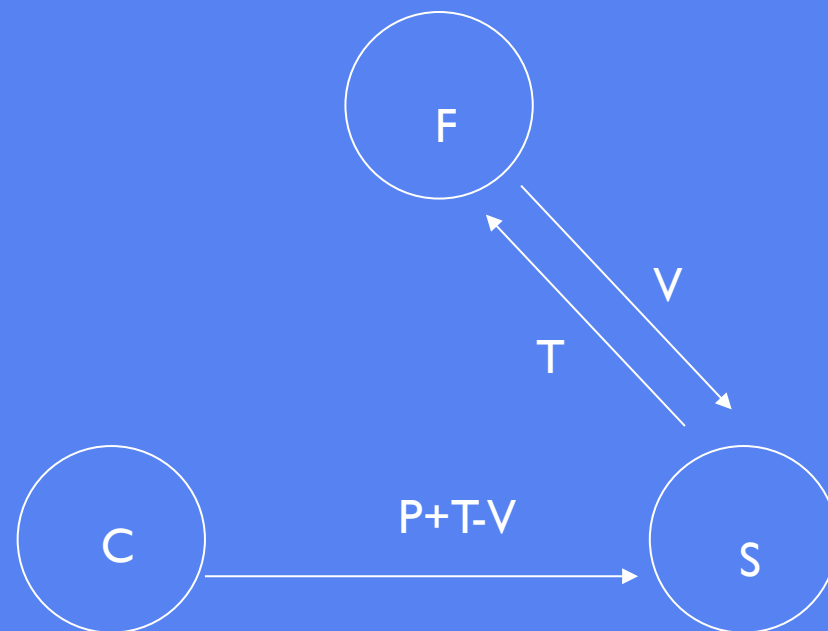
2. Cotizantes pagan la misma prima (P-V) por cada plan (comunitaria) y el Fondo paga a los aseguradores un complemento (V) de acuerdo al riesgo de su cartera de asegurados (risk taking) subsidiando a los de más alto riesgo



Nota: F es un fondo igualizador, C es el cotizante y S es la empresa aseguradora. P es la prima fijada de acuerdo al riesgo del consumidor (risk taking); V es el voucher igualizador que paga por las personas con mayor riesgo. T es el aporte del paciente – directamente o a través del fisco- al fondo (un impuesto)

Diferentes alternativas

- Cotizantes pagan un único monto directamente al asegurador, que incluya tanto la prima fijada por el seguro (comunitaria) como el impuesto y luego el asegurador pague al Fondo el neto de los dos flujos (el pago de la contribución fija por cada asegurado (T) y el complemento ajustado por el riesgo de ellos (V)).



Nota: F es un fondo igualizador, C es el cotizante y S es la empresa aseguradora. P es la prima fijada de acuerdo al riesgo del cotizante (risk taking); V es el voucher igualizador que paga por las personas con mayor riesgo. T es el aporte del paciente – directamente o a través del fisco- al fondo (un impuesto)

Mecanismo de Compensación

- Desafortunadamente, la evidencia empírica nos demuestra que los ajustes que utilizan variables tipo demográficas (edad, sexo) no son capaces de dar cuenta de una proporción suficiente de la varianza del gasto esperado de los seguros de forma de reducir los incentivos a la selección (riesgo e ingreso) y a una menor bonificación (no logran explicar más de un 1%).
- Los nuevos diseños que incorporan variables epidemiológicas y/o diagnósticas en las estructuras de los mecanismos de ajuste, si bien no lograrían alcanzar niveles de explicación de la varianza de más del 10%, pueden llegar a ser suficientes para limitar los incentivos a la selección (casos más críticos y evidentes)

Problemas con su implementación

- Este mecanismo de subsidios explícitos tiene el problema que podría generar conflictos en su determinación aunque:
 - Se aprovecharían las ventajas de la competencia entre seguros.
 - Se evitaría el problema de que las personas con peor estado de salud gasten más.
 - La ineficiencia generada por otras maneras de resolverlo.

Problemas con su implementación

- Una extensión natural sería que también canalizara subsidios que permitieran que quienes no acceden a una ISAPRE con su 7% pudieran hacerlo.
- Seguro subsidiaría en forma explícita tanto a los más enfermos como a los más pobres.
- Reformar el mandato del 7%, debiera ser la adquisición de un seguro catastrófico que asegurara por ej contra eventos médicos que costaran más que el 30% del ingreso en un año.

Otras consideraciones

- Importante es la redefinición del papel de FONASA, separando su rol de financiador y prestador.
- Por una parte, cumpliría su rol de financiador a través de la administración del Fondo Igualizador.
- Funcionaría como seguro privado y resolvería el problema de las diferencias entre seguro público y privado en la forma de fijar las primas ya que ambos se comportarían igual.
- Para evitar que errores en la fijación del voucher igualizador hagan subsistir parte del problema de selección de riesgo, se puede crear como complemento un mecanismo de reaseguro de las ISAPREs.

Comentarios a FC

- Si se establece tarifa plana es correcto el mecanismo de compensación.
- No hay portabilidad y no se aprovecha eventual mayor eficiencia del sector privado y además se propaga eventual ineficiencia del sector público.
- Proposición: cuando la cotización legal de un cotizante es inferior que la prima universal determinada para su grupo familiar, la diferencia debe ser aportada al Fondo por el Estado.

Comentarios a FC

- Un esquema parcial genera problemas en definir lo que está incorporado de lo que no está (riesgo moral).
- Distintas exigencias de cobertura produce incentivos para selección adversa.
- La solidaridad por ingresos (subsidijs) está mal diseñada. Los subsidijs son implícitos para los cotizantes.

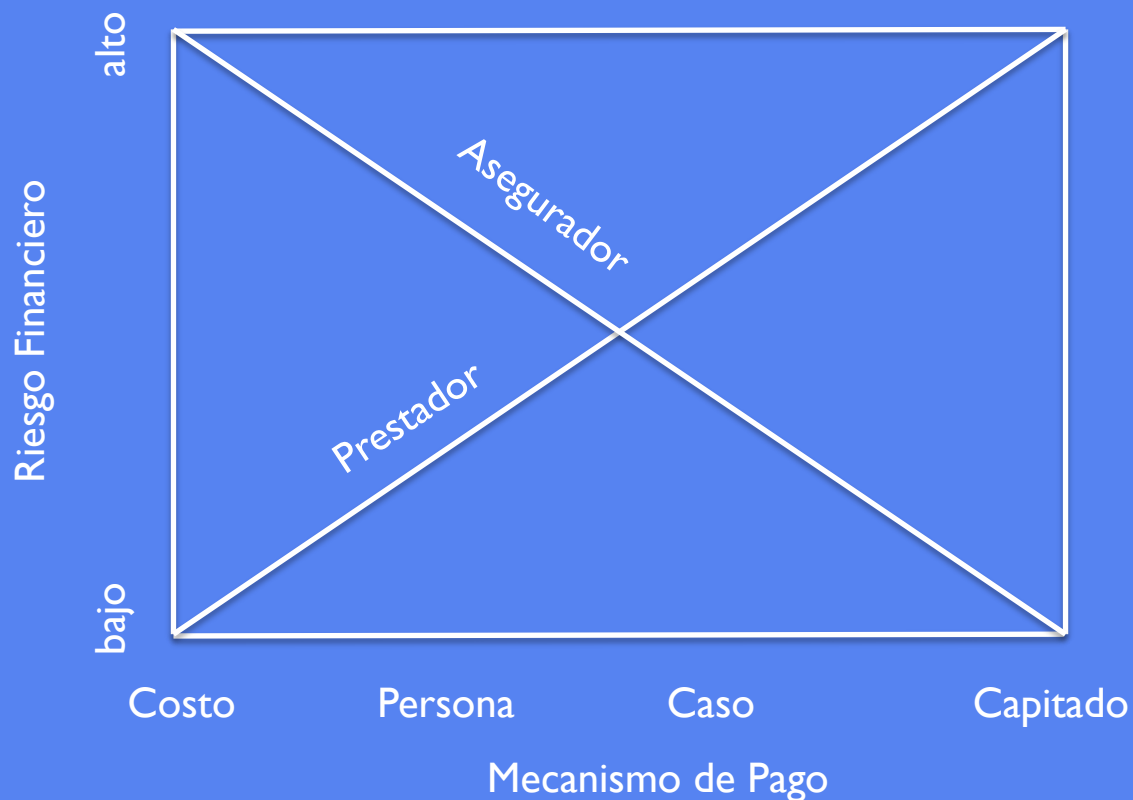
Beneficios Complementarios y Uso de Excedentes

- Oportunidad para implementar CAS.
- Se acompaña la cuenta con un seguro catástrofico para hacer frente a las enfermedades muy costosas.
- Ventajas:
 - Disminución del riesgo de abuso con la consiguiente disminución de los costos.
 - Permite trasladar fondos intertemporalmente.
 - Disminuye o elimina el riesgo financiero al a que esta expuesto el hogar.
 - La mayor sensibilidad por el precio lleva a una mayor competencia entre los proveedores.
 - Menor intrusión en la relación médico paciente.

Beneficios Complementarios y Uso de Excedentes

- Desventajas:
 - Altos deducibles limitan el acceso a los que tienen bajo ahorro.
 - Pacientes con menor capacidad de negociación frente a prestadores.
 - Desaparecen los subsidios de los más sanos hacia los más enfermos.
- Experiencia internacional:
 - Singapur, Sudafrica, China, EEUU.

Balance de Riesgos entre Seguros y Prestadores



- Tener en cuenta riesgo entre financiadores y proveedores:
- Sistema Isapre ha funcionado históricamente con mecanismos de pago por acto tipo fee for service, donde se paga la factura al proveedor
 - Se podría aprovechar esta oportunidad para establecer cambios hacia mecanismos de pago mixtos más eficientes en la contención de costos