

Reforma al Sistema Isapre:

Reuniones de trabajo con el Sr. Wynand Van de Ven, realizadas entre el 19 y 21 de Octubre de 2015

El siguiente documento recopila las opiniones y recomendaciones que el Sr. Van de Ven realizó a las Isapres, luego de reunirse con ellas y conocer los aspectos específicos de la propuesta de reforma al sistema conocida a esa fecha. En concreto, se le expuso y detalló al Sr. Van de Ven la presentación que la Ministra de Salud realizó el día martes 13 de octubre de 2015 ante la Comisión de Salud del Senado: “Propuesta de contenidos para un nuevo modelo y marco jurídico del sistema privado de salud (en elaboración)”.

En particular, el gobierno ha señalado que busca reformar el sistema Isapre de modo de dar solución a los siguientes problemas que presenta actualmente el sistema: La discriminación por sexo, edad, riesgos de salud y por nivel de ingreso, las pre-existencias y/ o cautividad, las alzas injustificadas y unilaterales de precios, la ausencia de solidaridad y la existencia de más de 14 mil planes distintos en comercialización (56 mil en stock), entre otros.

La Comisión Asesora Presidencial de 2014 recomendó avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social de salud para el conjunto de la población, como contexto para el cambio requerido en el sistema privado. En este escenario, los fundamentos de la propuesta son:

- **Solidaridad** en el financiamiento.
- **Universalidad** del sistema de salud.
- **Integridad** del sistema con conjuntos amplios y universales de prestaciones, de carácter integral.
- **Libertad de afiliación** y afiliación abierta en la elección de asegurador, no discriminatoria.
- **Seguro de largo plazo** y protección a lo largo del ciclo vital.
- **Evaluación comunitaria de riesgos**, no individual, para la fijación de tarifas y primas.
- **Mecanismos de compra eficientes** entre aseguradores o financiadores y prestadores.

Las Isapres, por su parte, concuerdan con mejorar en los aspectos antes indicados, cuidando que los cambios mantengan un sistema multiseguro, con un fondo de compensación adecuado tanto para el sector público como el privado. Por esto están dispuestas a seguir avanzando para modernizar el sector, principalmente, para cambiar desde un modelo de aseguramiento individual a un sistema más solidario e igualitario, en el que se colectivicen los riesgos a través de un fondo de compensación de riesgos (FCR). En este contexto, es de vital importancia ir introduciendo en el corto plazo modificaciones normativas para

provocar cambios inmediatos en lo que se refiere al proceso de ajustes de precios y movilidad. Para luego, en una segunda etapa, realizar cambios más estructurales.

Justamente, entre las modificaciones de corto plazo, está la necesidad de establecer reglas que permitan la movilidad de los afiliados entre Isapres y la moderación o eventual eliminación de las diferencias de precios por sexo y edad, para lo cual es necesaria la creación de un fondo de compensación de riesgos entre Isapres, que considere sexo, edad y estado de salud. En este contexto, se invitó al Sr. Van de Ven, economista holandés experto en temas de organización de sistemas de salud y en el diseño y construcción de fondos de compensación de riesgos.

Reforma de corto plazo: Plan único CBS (Conjunto de Beneficios de Salud), con tarifa plana y un fondo que compense riesgos entre Isapres que viabilice esta nueva modalidad.

En Chile se podría avanzar hacia un mayor balance de la seguridad social, a través de la creación de un plan estándar de coberturas de salud, el que se financie a través de una tarifa plana y en donde los riesgos de cada asegurado se compensen entre las instituciones que participen.

Sin embargo, la puesta en funcionamiento de lo anterior (reforma de corto plazo), según palabras del Sr. Van de Ven, no será fácil y tomará años implementarla. No obstante, ésta resolvería los problemas que más urgen de solucionar dentro del sistema Isapre: las trabas en los ajustes de tarifas, la movilidad de los afiliados y la discriminación por riesgos (sexo, edad y condiciones de salud). Asimismo, con la existencia de un plan CBS (producto estandarizado) se pondría fin a la dificultad que tienen las personas para comparar las distintas coberturas de salud que cada Isapre ofrece y se aumentaría la competencia en el sector. La competencia, además, se vería reforzada con la existencia de movilidad de los afiliados entre las Isapres y con ello, para este tipo de planes, ya no habrían argumentos para presentar recursos de protección en contra de las alzas “unilaterales” por parte de las Isapres.

El Sr. Van de Ven es partidario de que Chile avance en la creación de un plan básico de beneficios de salud, el cual debe ser robusto e integral, y estar bien regulado tanto en aspectos de calidad como en contar con tiempos de espera aceptables, y lo más importante, es que si se va a financiar con una tarifa plana, la sumatoria de recursos que irán al fondo de compensación de riesgos debe alcanzar a cubrir los gastos derivados de las atenciones del plan CBS.

En su opinión, la mejor forma de organizar la solidaridad es a través de un plan estándar con tarifa plana en donde a través de un fondo de compensación se redistribuyan los riesgos (gastos) entre Isapres. Lo lógico de un sistema de seguridad social es que todas las personas cubran lo relevante en salud (entre más recursos para el financiamiento del FCR mayor es lo cubierto o mejor es el plan de salud) y el resto sea libre¹. Al respecto, Van de Ven sostuvo que en Chile debido a la importante disparidad existente en los ingresos (no hay subsidios desde el sector público para que la gente de menores ingresos acceda a la salud privada),

¹ En Holanda existe un amplio paquete de beneficios básicos, fuertemente regulado por el gobierno, pero el mercado de los paquetes suplementarios es libre.

será muy difícil establecer una cobertura universal que contemple todo lo que todos los planes actualmente cubren y por lo mismo se necesitara de seguros complementarios.

Además, Van de Ven indicó que cualquier sistema de compensación de riesgos debería ir acompañado de un Seguro de Enfermedades Catastróficas, ya que estas son difíciles de establecer, como un elemento de la compensación de riesgos, puesto que la compensación de riesgos se hace en base a estimaciones de gastos promedios en salud. Ligado a lo anterior, Van de Ven no encuentra que en este sistema haya cabida para un *stop loss*, ya que puede prestarse para abusos e incentiva el sobre consumo, lo que puede llevar al desfinanciamiento del sistema. Lo que más recalca Van de Ven es que hay que hacer un plan universal lo más simple posible, sin tantos elementos, ya que sino el lograr una fórmula adecuada para compensar riesgos se torna muy difícil.

Dado lo antes mencionado, Van de Ven señaló que la existencia de 3 planes CBS hace que la construcción de una fórmula de compensación sea una tarea mucho más compleja que si se tuviera un solo plan. Insiste en que para organizar la solidaridad lo mejor es tener un solo plan.

Con todo, Van de Ven indicó que es absolutamente posible para el Estado establecer una política de seguridad social dentro de un mercado privado competitivo: plan CBS con tarifa plana y FCR. En este caso, el rol del Estado es regular con el fin de garantizar que en donde los usuarios elijan ser atendidos, lo harán bajo los mismos estándares (la regulación estandariza la atención). Una buena regulación en esta materia llevara a una mejor competencia en el sector.

Forma en que se Establecerá el Precio CBS y Financiamiento del FCR

En la presentación que la Ministra de Salud realizó el día martes 13 de octubre de 2015 ante la Comisión de Salud del Senado, se señala que el precio del CBS será la cotización legal (7%) por grupo familiar y se podrá cobrar una prima comunitaria adicional por beneficiario para acceder a otras redes (caso CBS₂ y CBS₃). De esta forma, vemos que el gobierno pretende que CBS₁ por grupo familiar sólo se financiará con el 7% de la cotización de salud, independiente de la renta y número de cargas. Esto lo único que producirá es que todos los planes CBS sean muy básicos e insostenibles en el futuro.

Por su parte, el Fondo Compensatorio de Riesgo Inter-Isapres estará conformado por el porcentaje que se defina para la cotización legal de la salud (hoy de 7%), mientras que la prima comunitaria por beneficiario no formará parte de este fondo. El FCR compensará ingresos y riesgos, y financiará al plan CBS, el que por ley contará con coberturas definidas y garantizadas. Por lo tanto, a diferencia de una prima comunitaria con tarifa plana, el monto destinado al FCR no es un pago por beneficiario, ya que varía según ingreso del cotizante y el número de cargas.

Se considera que para que la compensación realmente funcione y el sistema se financie, se debería establecer una contribución mínima por beneficiario para entrar al sistema.

Problemas a los que se verá Enfrentado el Sistema Isapre si se permite el traslado de Personas desde Fonasa. Esta situación se agrava si se consideran planes CBS que cuesten sólo la cotización obligatoria por grupo familiar:

¿Cómo se Financia el Sistema?, ¿Cómo se protege Financieramente frente a esta avalancha de Mayores Riesgos?

Respecto al fin de la declaración para la salud, el Sr. Van de Ven cree que si las personas son libres para cambiarse entre Fonasa e Isapre, sin una debida compensación (sin su subsidio estatal), el sistema Isapre podría colapsar. Se produciría una selección adversa en contra del sector Isapre de tal magnitud que haría inviable financieramente al sistema (además dificultaría el funcionamiento del sistema por el exceso de demanda²). Y el traslado es esperable, puesto que las oportunidades en el acceso (colas) y en la calidad de la atención en el sector público son inferiores al del sector privado.

Actualmente, en el sistema Isapre un 73% de los gastos en salud es cubierto por la cotización legal y el 26% restante es voluntario, por lo que todo el financiamiento proviene del contratante. Además, el aporte voluntario año a año es mayor. En Fonasa, en tanto, el aporte de la cotización legal financia el 40% de los gastos del sector y el Estado cubre el 60% restante. Por lo tanto, cómo se financiará el sistema con las personas que lleguen del sistema público es complejo. Si el primer bloque de CBS (7% sin prima comunitaria) no tiene un aporte adicional, las Isapres no recibirán dinero directamente de las personas que lo contraten, pero si se les agrega una tasa fija sí habrá un financiamiento del sistema que puede frenar y controlar el cambio del sistema público al privado.

En este contexto, fijar como prima sólo el 7% para financiar los planes de Isapre (que incluyen licencias cuyo pago es sujeto a ingresos), no alcanzará, el aporte de las personas de ingresos más bajos será poco, por lo tanto debe considerarse una cotización mínima por beneficiario.

Si no se establece un precio adicional al 7% para financiar los planes en Isapres (o cotización mínima por beneficiario), si se eliminan las condiciones preexistentes y si la atención en el sistema público no mejora, solo podemos esperar un “tsunami” de personas de Fonasa a Isapres. En todo caso, hay que hacer hincapié que aunque las Isapres puedan cobrar una tarifa plana adicional para cada tipo de CBS, aún habrá personas enfermas que querrán y podrán cambiarse desde Fonasa, pero su aporte del 7% será pequeño para financiar el FCR. En este contexto, hay que buscar alternativas para controlar esta posible selección adversa.

Por lo tanto, ¿qué formas existen para controlar esta posible avalancha de atenciones de salud desde el sector público al privado?

Una opción es forzar a que una vez que entras al sistema privado debas permanecer por un tiempo: “período mínimo de permanencia”. Sin embargo, en Chile es difícil por normativa que esto ocurra, además si no tienes como pagar no hay solución. Por lo que, una medida más factible sería que si sales y vuelves a Fonasa, para poder volver a entrar a una Isapre la persona deberá estar obligada a pagar las primas faltantes entre períodos (Eventual nueva judicialización?).

² Por ley, las Isapres no pueden tener listas de esperas y es lo que podría generarse si hubiese un gran flujo de personas desde Fonasa.

Otra opción para evitar que las personas vuelvan a Fonasa una vez recibida la atención requerida, es que se pueda pedir el pago de la prima del primer año por adelantado o que se pueda establecer un sueldo mínimo (vigente por más de un año, por ejemplo) para hacer el cambio.

Otra medida es que las coberturas de los trasladados desde Fonasa no sea inmediata, sino gradual (1 año sin cobertura, por ejemplo) o establecer un deducible (por ejemplo, los primeros US\$ 1.000 son de cargo del afiliado). También podría considerarse tiempos de espera para cirugías.

En todo caso, creemos que en Chile es poco viable que se apruebe la idea de pagar un deducible o de hacer el pago anual de la Isapre antes de cambiarse, pero si podría ser más probable que se apruebe la idea de tener tiempos de espera para las coberturas o que esta fuese gradual.

Con todo, para limitar los traspasos de riesgos desde Fonasa a Isapre se deberían establecer al menos tres condiciones en los contratos:

1. La contribución mensual (7% + PC) no debería ser menor a cierta cantidad por beneficiario.
2. Las personas que vienen desde Fonasa deberían partir con una cobertura mínima, la cual gradualmente debiese ir incrementándose en el tiempo, hasta llegar a la cobertura establecida en los contratos. Asimismo debería haber un período de espera para cirugías.
3. Debería existir una carencia en caso de preexistencias.

En todo caso las condiciones 2.- y 3.- anteriores son fuentes de nuevas judicializaciones.

En síntesis, independientemente de que la persona este enferma o no, sea mujer en edad fértil o no, sea joven o vieja, el pago de un 7% por grupo familiar es bajo para compensar riesgos, si consideramos al afiliado le costará atenderse lo mismo en Fonasa o Isapre, pero con diferencias de calidad importantes. La opción de que no haya una prima adicional para el primer CBS, es una opción que no debiera ser posible ya que generaría una fuerte selección adversa en contra del sector privado.

Llama la atención que el estado considere esta opción, sabiendo que actualmente con el 7% de Fonasa sólo se cubre el 40% del gasto generado por dicho grupo. Por lo mismo, a estas alturas de la reunión se consideró fue un error de interpretación y se trabajará considerando el pago del 7% más una prima plana comunitaria por beneficiario. Asimismo, se considera que sin el debido traspaso de subsidios estatales es imposible recibir a los usuarios de Fonasa.

Por último, respecto a comportamientos oportunistas dentro del sistema Isapre, nos surge la duda de cómo interactuarán los tres planes CBS. En la reunión con Van de Ven se habló que además de la complejidad de compensar entre CBSs, está el problema de que al moverán las personas una vez que se enfermen CBS₃ y en el CBS₁ se irán las personas de menores riesgos. Aquí también deben establecerse restricciones para evitar movimientos oportunistas, como contratos más largos para los CBS mejores, restricciones antes de que empiece a correr la cobertura, deducibles, que el primer pago sea por un periodo prolongado de tiempo, etc. Otras alternativa es que sólo puedes bajar de CBS pero no subir.

En todo caso, como ya se ha señalado Van de Ven insiste que lo mejor es tener sólo un plan básico y que el resto lo aseguren por fuera de dicho plan.

Diseño y Construcción de un Fondo de Compensación de Riesgos Inter-Isapres.

Algunas Consideraciones Previas:

Van de Ven no entiende cómo operará la compensación con SIL metido en el fondo, ya que el pago de licencias médicas depende de los ingresos (no del gasto promedio esperado en salud), debería estar administrada por otra institución.

Cobrar la cotización legal más una prima comunitaria fija por persona es **solidaria**, puesto que las personas de mayores ingresos aportarán más al FCR que los de menores ingresos y todas las personas pagarán un adicional igual (prima comunitaria) independiente de sus riesgos. Sin embargo, para que se financie el FCR se deberá exigir un monto mínimo de ingreso por persona, el que dependerá de la cobertura que se establezca.

Van de Ven señala que con la definición de precios establecida estima que se generarán problemas técnicos sobre todo en el corto plazo: Para las Isapres será imposible fijar una prima comunitaria justa si es que no saben cuáles serán sus ingresos provenientes del 7%. Esta incertidumbre provendrá tanto porque lo que recaude a través del 7% depende de distintas rentas las que se distribuirán para distintos tamaños de grupos familiares, como debido a la incertidumbre respecto a cuantas personas dejarán su plan y contratará un CBS. Asimismo, si se aprueba la idea de eliminar la DPS, no se sabrá cuantas personas se cambiarán desde Fonasa.

En este contexto, los primeros años serán de mucha incertidumbre tanto en la estimación de ingresos como de gastos, por lo que la fijación de la prima comunitaria no será una tarea trivial. En este escenario, es altamente probable que los riesgos se subcompensen, por lo que es clave exista una compensación ex – post. Más adelante se revisará por que la clave del éxito de los FCR es estimar bien los gastos de salud (y que estos se financien).

¿Cuál es el propósito de un FCR?

En temas de salud es deseable que a las personas se les cobre una tarifa única y no se les discrimine por riesgos (sexo, edad o condición de salud), como ocurre en cualquier otro mercado de seguros. Sin embargo, los distintos riesgos existirán, por lo que si no se compensan estos riesgos adecuadamente (a través de un FCR), llevará a que las Isapres hagan selección de riesgos o descreme. En otras palabras, para que el cobro de tarifas planas resulte debe ir acompañado de un mecanismo de compensación.

Un FCR bien diseñado hace que el mercado sea más competitivo, más solidario y de calidad. La contención de costos, en tanto, deberá venir de mayores ganancias en eficiencia (como métodos de pago, olvidarse de *fee for service*) y contratos con prestadores, pero no de tener más sanos o jóvenes.

Sin embargo, si la compensación de riesgos no cuenta con los fondos necesarios, es imposible lograr el principio de solidaridad para el cual se creó el fondo. Van de Ven insiste

en que sólo el 7% (independiente del número de carga), sin considerar un adicional o un monto mínimo por persona, puede hacer inviable el sistema.

Operación del FCR

La primera condición a tener presente es que la compensación debe cumplir con lo siguiente:

$$0 < \text{Compensación} \leq \text{Costo Esperado Promedio}$$

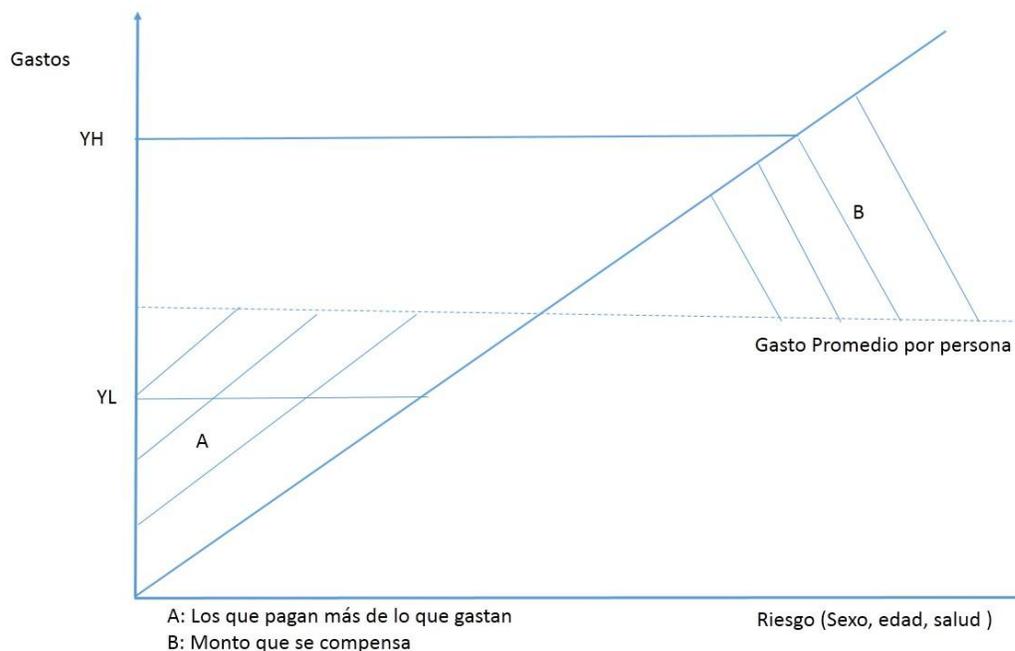
El pago que efectúa el fondo es:

$$\text{Pago del Fondo}_i = \text{Costo Esperado}_i - \text{Costo Esperado Promedio} - \%$$

i = grupo de riesgo

% = un porcentaje a aplicar para bajar compensación por búsqueda de eficiencia. Puede ser cero.

A continuación Van de Ven muestra cómo opera el FCR, en el entendido que este se financia.



Lo que hace el Fondo de Compensación es que los ingresos de las personas más jóvenes y sanas (menores riesgos) compensan los gastos de las personas mayores y enfermas (áreas A y B). Si se tiene un mercado libre (movilidad entre Isapres) y una buena compensación, todos pagan lo mismo y las Isapres reciben el financiamiento adecuado para cubrir los gastos.

Para su funcionamiento, lo primero que se debe hacer es calcular un promedio para la totalidad de la cartera de gastos en salud, de manera que se puedan calcular los gastos predecibles por cada individuo y así saber cuánto tendría que aportar una persona que gasta

menos que el promedio al fondo y cuánto el fondo pagaría por las personas que gastan más que el promedio global. Las Isapres solo reciben dinero por las personas con un riesgo superior al promedio, por las personas con un riesgo inferior al promedio las Isapres pagan al fondo. La cantidad de dinero que ingresa al fondo debiera ser exactamente igual que la cantidad que sale. Mientras más bajo se está respecto al promedio de gastos en salud más se paga al fondo y mientras más por encima estás del gasto en salud más se recibe del fondo.

$$(1) \text{REF}_i = \hat{\text{EXP}}_i - \overline{\text{EXP}}$$

REF_i = Risk Equalization Fund persona i.

$\hat{\text{EXP}}_i$ = Gasto Esperado por persona.

$\overline{\text{EXP}}$ = Gasto Promedio.

En el ejemplo

$$\text{REF}_{\text{payment L}} = \hat{y}_L - \bar{Y}$$

$$\text{REF}_{\text{payment H}} = \hat{y}_H - \bar{Y}$$

¿Cómo se calculan los gastos promedios?

El Fondo de Compensación se “llena” a través del pago de los usuarios, lo que debe corresponder al gasto promedio nacional en salud multiplicado por el número de personas totales. Idealmente, el dinero que entra y sale del fondo es el equivalente al promedio nacional del gasto en salud, pero además se le debe permitir a las Isapres agregar una prima adicional. Esto también se puede hacer a través de las Isapres, de manera que las personas le paguen a la Isapre el porcentaje de los ingresos más la prima y las Isapres ingresen ese porcentaje al fondo.

Como se ha indicado:

$$(1) \text{REF}_i = \hat{\text{EXP}}_i - C, \quad 0 < C \leq \overline{\text{EXP}}$$

$C = 0 \rightarrow \text{REF}_i = \hat{\text{EXP}}_i$, si la constante es 0, el fondo le paga a la Isapre el promedio nacional esperado del gasto en salud por riesgo. Si $C = \overline{\text{EXP}}$, entonces el fondo paga el diferencial entre el promedio y el esperado por riesgo.

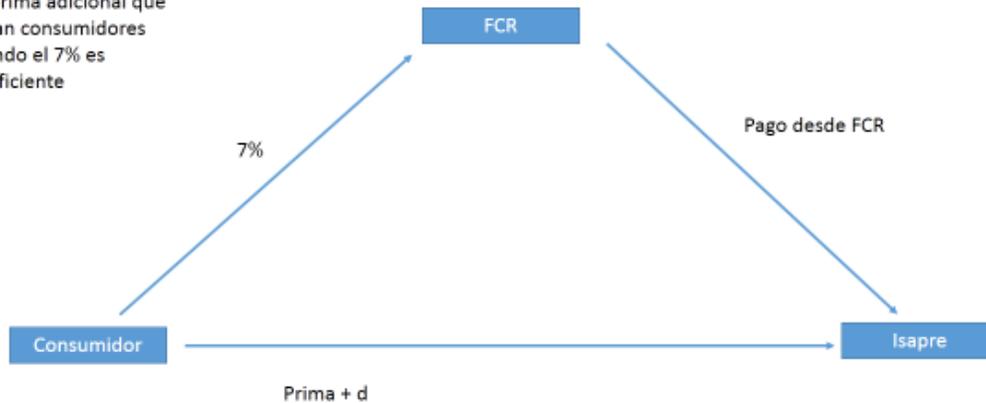
En otras palabras, “c”, se crea porque lo más probable es que todo el gasto no se pueda capturar a través del fondo, por lo que “c” devuelve el valor marginal (a jóvenes le sacas “c” y a viejos le agregas “c”).

En un principio el Fondo de Compensación debiese ir acompañado de medidas de compensación a posteriori como reaseguramiento y márgenes de riesgo entre otras.

Ahora si no alcanza o se subestiman los gastos, se necesita cobrar una PC:

d= EXP-%

d= prima adicional que pagan consumidores cuando el 7% es insuficiente



(Nota: %, es mayor a cero y menor igual al 7%)

En el caso chileno no se podría cobrar $\overline{\text{EXP}}$ sino el 7% del salario por grupo familiar y por eso se crea Pago FCR = C (para compensar las diferencias de riesgos). Si las personas no son capaces de pagar “d” por persona no pueden entrar. En otras palabras, “d” es imprescindible cuando se cobre 7% y no sea suficiente para financiar el FCR (es más fácil verlo cuando tarifa única = REF_i)³.

Definir Ajustadores de Riesgo

Las autoridades, dependiendo del monto de los recursos provenientes de la cotización obligatoria, deberían definir los beneficios del plan CBS. Luego teniendo claro los beneficios y coberturas del plan CBS deberán definirse que ajustadores de riesgo son relevantes, para lo cual además es importante contar con buena información.

Un buen comienzo podría ser usar la edad, el género y los 80 diagnósticos AUGE en año_{t-1}, como predictores de los gastos en el año_t. También se puede considerar la región o el código postal⁴ o si la persona es su propio empleador⁵. En todo caso, se deben buscar ajustadores de riesgo para factores que se desea la solidaridad (S-type risk factors).

Van de Ven recomienda dividir a la población por grupos de edad, género etc., para así usar variables dummy. Así es más fácil estimar el gasto promedios según grupos.

³ Artículo: “Four are few but six are many”.

⁴ Van de Ven señaló que no se deben aceptar personas fuera del área de trabajo de las Isapres (definir esa área), puesto que no van a tener donde atenderlo correctamente o se deberá incurrir en costos de traslado. En Holanda las aseguradoras que tienen más de 750 mil asegurados tienen que trabajar en todo el país, pero si tienen menos de 750 mil asegurados pueden elegir las provincias en las que trabajarán y pueden no aceptar personas fuera de esas áreas.

⁵ Estadísticamente van menos al doctor y piden menos licencias médicas.

Van de Ven recomienda que las Isapres deberían ir avanzando en hacer una compensación de riesgos simulada y en adelante estar al tanto de que ajustadores se están utilizando y como se está calculando la fórmula y colaborar en sus mejoras. En Holanda el FCR está en manos de una Universidad, ella diseña y construye el FCR y luego define las compensaciones entre aseguradoras. La recaudación real en Chile es por institución, por esto se puede definir como un fondo virtual.

Por último, Van de Ven señala se debe considerar una compensación ex - post o un reaseguro obligatorio, ya que es muy probable que al comienzo se subestimen gastos.

Fondo Mancomunado

Es posible que el dinero que ingrese al Fondo sea mayor que lo que se distribuya, pero con eso se pueden cubrir los años con déficit. El gobierno no puede predecir cuántas personas estarán pagando el 7% para el próximo año ni cuánto será este 7%, tampoco podemos predecir cuántas personas necesitarán atención adicional. Todos los años hay excedentes o déficit, pero a lo largo de los años eso se corrige al cubrir el déficit con los años de mayores ingresos.

La duda es que si existe un Fondo Mancomunado, que se supone se financiará con el 0,4% del 7%. Van de Ven teme que el Fondo Mancomunado hará más difícil el financiamiento del FCR, puesto que en estricto rigor al FCR irá lo recaudado y efectivamente disponible por la cotización obligatoria.

Síntesis del Proceso

(1) Se debe comenzar definiendo los flujos de pago, el FCR puede ser financiado por los usuarios o las Isapres.

(2) Determinar en forma muy clara que es lo que FCR va a compensar. ¿Compensará sólo el CBS₁ o también el CBS₂ y CBS₃, y cómo? ¿Qué criterios se usarán para definir el CBS₁? Si no alcanza lo que recauda la cotización obligatoria, debes asumir se financiará sólo una parte de los gastos definidos en CBS₁ (o hacerlo más básico y que cubra todo). Pero debe haber coherencia entre ingresos y gastos.

Recordar que el FCR no compensa el costo CBS, sino que el promedio de gasto estimado para el año siguiente.

(3) Determinar los ajustadores de riesgo que más sirvan para estimar los gastos promedios, y para los cuales haya información disponible. Van de Ven, recomienda partir con ajustadores como sexo, edad y los 80 diagnósticos AUGE. Pero es indispensable que estos datos no sean manipulables para así evitar fraudes.

(4) Definir la fórmula.

(5) Definir un protocolo anual que se deba seguir para saber cuándo debe estar disponible la información y los datos y cuándo entregará el cálculo de la fórmula para el año siguiente (usar ciclos anuales). En Holanda se usa la información de t₋₂ o t₋₃ para estima t₁, porque la información es más confiable y ya fue toda recibida. Luego, una vez pasado el año t₁, se

saben a ciencia cierta los coeficientes y los gastos (pagos) y se puede realizar la compensación ex – post. Es decir, en t_{+1} recibo los pagos reales y compensaciones de t_1 .

(6) En Chile el Fondo debiese ser virtual, es decir se calculan los montos a compensar y las Isapres se traspasan los flujos entre ellas.

(7) Tal vez se debería incorporar en la ley una cláusula que mientras la fórmula sea imperfecta se permita sobrecompensar a los enfermos crónicos y subcompensar a los sanos.

Otras Consideraciones FCR

Además de los asuntos antes mencionados, es bueno **construir y difundir el conocimiento sobre la compensación de riesgos**. Ello, puesto que parece que la compensación de riesgos será un elemento permanente en el mercado de seguros de salud chileno y porque los responsables de la formulación de políticas (“policy makers”) pueden cometer errores fácilmente en la aplicación de la compensación de riesgos, por lo que parece recomendable invertir en conocimiento.

Para lo anterior, una estrategia podría ser (1) organizar seminarios para los que trabajarán en temas de compensación de riesgos, tales como aseguradoras, autoridades responsables de la formulación de políticas, el superintendente, etc. Y al mismo tiempo, (2) se deberá invertir en el futuro en "instructores" de estos seminarios, organizando cursos en las universidades para los académicos. Lo ideal sería que estos cursos se convirtiesen en un elemento permanente en algunos programas de master de nuestras universidades.

Consideraciones Legislativas

Van de Ven señaló que los parlamentarios chilenos deben considerar que el diseño y creación de un FCR es una tarea compleja, por lo que los procesos debiesen ir por etapas y se deberían generar las instancias para su revisión y por tanto, enmiendas si es necesario para su correcto funcionamiento.

Hay que tener claro, que la meta de las autoridades es establecer una fórmula que logre la mayor coherencia entre los gastos en salud estimados y los gastos reales. Por lo que hay que tener presente que en la medida que se revisa la fórmula la diferencia entre ambos valores se va reduciendo. Los políticas suelen confundir la meta (tarifa igual para todos que cubra los gastos) con la herramienta para lograrlo (fórmula para calcular la compensación más perfecta). En Holanda la fórmula no está por ley sólo la meta, porque o sino es muy difícil corregirla frente a problemas en el cálculo.

Otra consideración que debiese ir en la normativa es quién es el responsable final de los errores que pudiesen producirse en el cálculo de compensación de riesgos. ¿Cómo resguardarse?

En síntesis, en la ley se debería describir el procedimiento, las Isapres aprobar la fórmula de cálculo y se debería permitir ajuste y compensaciones ex - post.

Con todo, Van de Ven sugiere que las Isapres comiencen a hacer la fórmula para el FCR considerando un CBS. Esto por cuanto disponen de más información que las autoridades y así se anticipan a que sea es Estado el que realice la formula y determine las compensaciones. La clave como se dijo es estimar lo mejor posible los gastos del siguiente año con los datos disponibles hoy.