



ESTANDARIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN DE PLANES DE SALUD DE LAS ISAPRES

Propuesta Preliminar de Normativa

Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre de 2007

El presente informe da cuenta del trabajo realizado tanto por la Superintendencia de Salud, representada por el Departamento de Estudios y Desarrollo, como por las propias Isapres del Sistema, representadas por la Asociación de Isapres de Chile, en orden a consensuar una serie de iniciativas de regulación y autorregulación que permitirán contribuir a los siguientes objetivos:

- ✓ Aumentar la transparencia y comparabilidad de los planes de salud para que los usuarios puedan hacer una mejor elección de los mismos.
- ✓ Poner a disposición de los beneficiarios de Isapres un conjunto de herramientas que les permitan hacer mejor uso de sus planes.
- ✓ Estimular la competencia entre las Isapres.
- ✓ Mejorar el valor del proceso de venta de planes, el cual, pueda derivar en mejores beneficios para los afiliados al Sistema.

Este documento se encuentra organizado en cuatro partes, a saber:

La primera parte, corresponde a una introducción que permite contextualizar la necesidad de avanzar en la búsqueda de nuevos instrumentos o herramientas que permitan dar mayor transparencia al Sistema Isapre, particularmente al contrato y a los planes de salud.

La segunda parte de este informe, proporciona un diagnóstico de los planes de salud del Sistema Isapre a enero de 2007, con énfasis en la evolución de la oferta desde diciembre de 2003, período establecido como base para la evaluación de los impactos que pueden ser atribuidos a la entrada en vigencia de las modificaciones introducidas a la Ley de Isapres en razón de la reforma al sistema de salud chileno.

La tercera parte de este documento, describe los objetivos, alcances y principales características de las propuestas de regulación e iniciativas de autorregulación que se han definido para entregar mayor transparencia y comparabilidad a los planes de salud.

En la parte final de este informe, se da a conocer el plan de trabajo comprometido para la implementación de la normativa correspondiente y para la puesta en marcha de las diferentes iniciativas de autorregulación, todo lo cual se desarrollará entre enero de 2008 y diciembre de 2010, según se ha previsto.

I. Introducción

Uno de los problemas importantes que enfrenta el Sistema Isapre proviene de la multiplicidad y complejidad del producto que se comercializa, condiciones que dificultan a los usuarios efectuar comparaciones que les permitan seleccionar el plan de salud más adecuado a sus necesidades y hacer un uso eficiente de los mismos.

En efecto, en el mercado de los seguros previsionales privados de salud, existen múltiples planes orientados a diferentes segmentos de la población y con un gran margen de variedad acorde, en el extremo, con todos los montos de cotización posibles de obtener en cada grupo objetivo. Esta diversidad de planes se produce especialmente entre las isapres abiertas del Sistema que, bajo una mayor presión competitiva, han intentado maximizar sus ventas estableciendo amplias diferenciaciones al producto.

Es así como, los distintos planes de salud existentes en el mercado, pueden ser clasificados de acuerdo con sus diferentes atributos, por ejemplo: su situación comercial -comercializados y no comercializados-; tipo -grupales o individuales-; modalidad de atención -libre elección de prestadores, prestadores preferentes o prestadores exclusivos-; amplitud de la cobertura -general, reducida para el parto u honorarios médicos-; área geográfica -nacionales, metropolitanos o regionales-; modalidad del precio -7%, pesos o UF; cantidad de población asociada, entre otros.

La complejidad y diversidad de la oferta de planes de salud redundan, en la práctica, en que los usuarios se adscriban al Sistema y a un plan de salud específico sin saber concretamente lo que están comprando, esta falta de claridad con respecto al producto, reduce la competencia entre las Isapres y genera pérdidas de bienestar entre los beneficiarios¹.

Algunos economistas plantean que una solución a este problema consiste en definir un determinado número de planes obligatorios para el sistema, los cuales deban ser vendidos por todas las isapres en forma estándar para facilitar a las personas su comparación, quienes sólo tendrían que fijarse en el precio y averiguar la calidad del servicio para elegir el plan más conveniente. Estos economistas no desconocen que una postura económica más ortodoxa no aprobaría la estandarización de los planes, por cuanto, con ello se atenta contra la libertad de elección de los usuarios, derecho que para esta corriente del pensamiento es anterior a todos los demás derechos que pueda tener el usuario. A pesar de ello, se insiste en que las ventajas de la estandarización son superiores a lo que se perdería en cuanto a variedad, no sólo en este mercado sino en cualquier otro que implique una evaluación compleja².

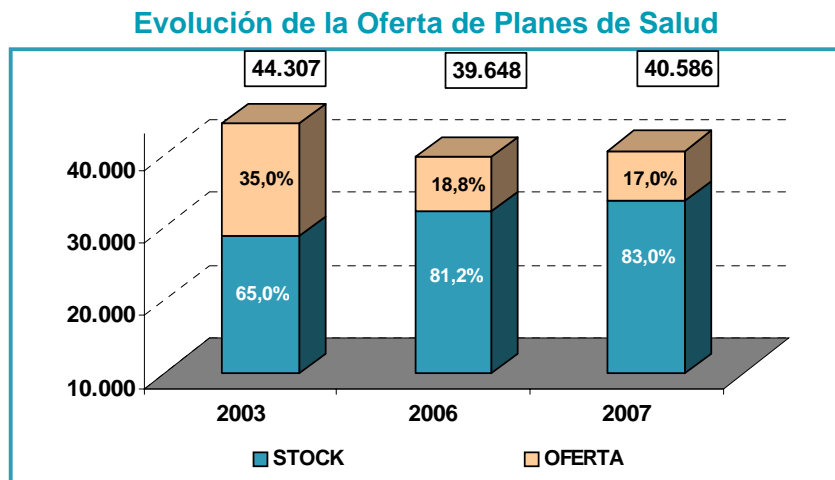
Si bien la Reforma de Salud ha permitido avanzar de forma importante en aumentar la competencia y la transparencia en esta industria, se requiere profundizar sus efectos a través de la búsqueda de alternativas viables de regulación que permitan una mayor aproximación a un mercado de competencia perfecta, con un mayor poder relativo de los afiliados respecto a las isapres. En tal sentido se plantean las propuestas de regulación que se detallan más adelante en este informe.

¹ Véase Fischer, Ronald: "Cómo reformar el sistema ISAPRE", Perspectivas en Política, Economía y Gestión, 1998, pp 249-261.

² Véase Engel, Eduardo y Navía, Patricio: Que gane "el más mejor", cap. 4, pp 243-245.

II. Diagnóstico de los Planes de Salud

A enero de 2007, el Sistema Isapre informa la existencia de 40.586 planes de salud vigentes, de los cuales, 6.914 se encuentran en comercialización los que representan un 17% del total de planes vigentes. Con respecto a diciembre de 2003, la cantidad de planes vigentes disminuyó en un 8,4%, pero, con respecto a enero de 2006, muestran un leve incremento equivalente a 2,4%. No obstante lo anterior, la disminución en la cantidad de planes, respecto a diciembre de 2003, se atribuye a una caída significativa en la oferta, equivalente a un 55,5%, por cuanto, el stock de planes antiguos se incrementa³.



Mientras el incremento en la cantidad de planes antiguos (stock de planes) se atribuye a las restricciones legales que impiden a las isapres efectuar el traspaso unilateral de los cotizantes a los planes nuevos, la disminución en la cantidad de planes en comercialización (oferta de planes) se atribuye, principalmente, a la puesta en marcha de las nuevas disposiciones de la Ley de Isapres que, entre otras materias, establecen un máximo de dos tablas de factores en comercialización, una cobertura mínima para los planes complementarios y un proceso de adecuación de planes circunscrito al precio base de los mismos.

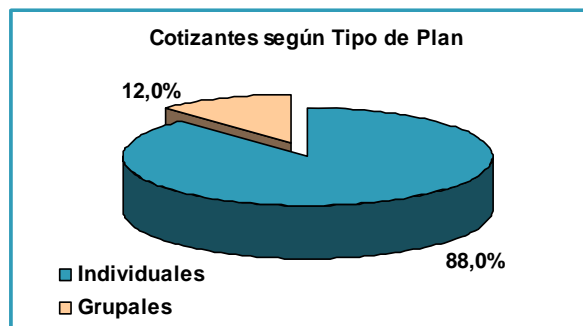
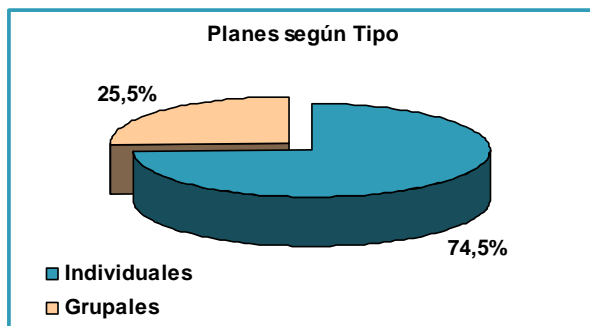
1. Planes de Salud según Tipo

El contrato de salud previsional con las Isapres es siempre individual, ya que, necesariamente y por mandato legal, se celebra entre alguna persona natural, individualmente considerada, y una Institución de Salud Previsional registrada ante esta Superintendencia, por lo cual, en rigor, no existen los contratos colectivos de salud previsional. El plan de salud, en cambio, puede ser individual o grupal. Los planes grupales son aquéllos a los cuales se refiere el artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud, es decir, los que suscritos por dos o más trabajadores de una empresa contemplan el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener individualmente cada uno de los cotizantes⁴.

³ En el anexo 1 de este documento, se incluye información detallada por Isapre de los planes vigentes a enero de 2007 según su situación comercial.

⁴ Los planes matrimoniales y/o financiados de manera compensada no se consideran planes grupales.

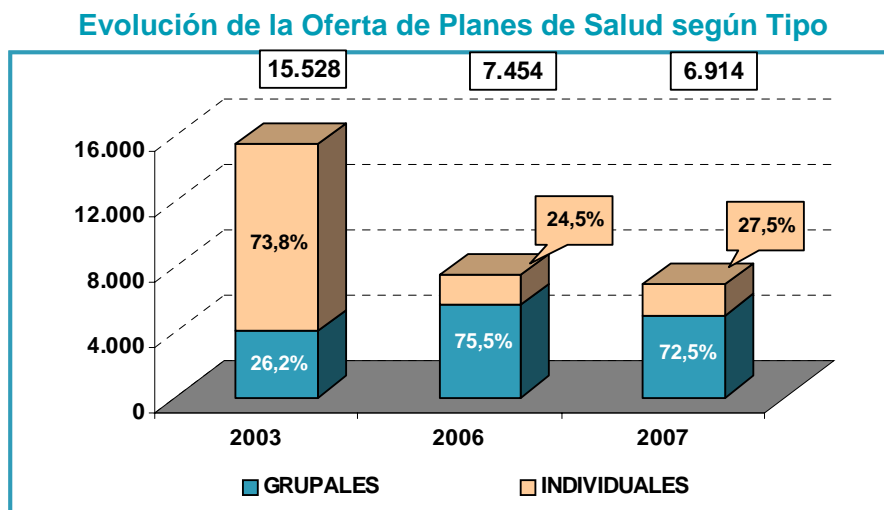
Planes Vigentes



De los 40.586 planes vigentes informados a enero de 2007, un 74,5% son de tipo individual y concentran al 88% de los cotizantes del Sistema. Asimismo, y como es natural, las isapres cerradas mantienen una mayor proporción de planes grupales que las abiertas y entre estas últimas, la que muestra preponderancia en planes grupales es Colmena con un 84,5% de sus planes de este tipo, situación bastante lejana a la del resto de las isapres abiertas que, en general, salvo Ferrosalud, presentan más de un 80% de sus planes de tipo individual. No obstante lo anterior, los planes grupales de Colmena concentran sólo a un 24,8% de su cartera de cotizantes.

Planes en Comercialización (Oferta de Planes)

En la oferta de planes en cambio, se advierte mayor preponderancia de planes grupales (72,5%) y desde diciembre de 2003, una evolución positiva de estos en desmedro de los planes individuales. Sin embargo, esta circunstancia se debe en gran medida al peso relativo de la oferta de la Isapre Colmena que representa un 59% del total de planes en comercialización y que como ya se dijo, concentra la mayor proporción de planes grupales entre las isapres abiertas⁵.



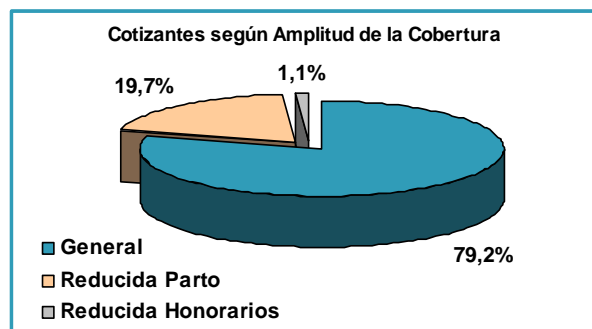
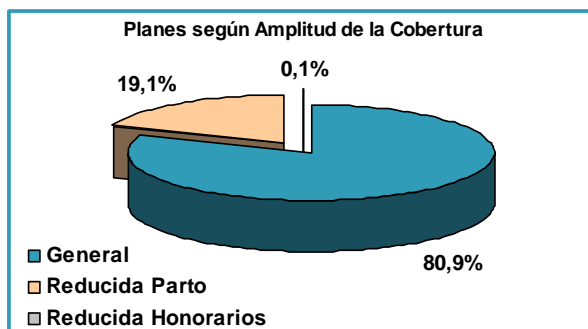
⁵ En el anexo 2 de este documento, se incluye información detallada por Isapre de los planes comercializados a enero de 2007, según su tipo.

2. Planes de Salud según Amplitud de la Cobertura

Con respecto a la cobertura financiera, la ley vigente -artículo 190 del DFL N° 1, de 2005, de Salud-, establece que no podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Agregando que, además, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fonasa asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley que establece el Régimen General de garantías en Salud. Esta regulación, obligó a las isapres a eliminar la venta de planes especiales sin cobertura de parto o de honorarios médicos (planes médicos), los cuales, a diciembre de 2003, representaban un 2,3% de los planes existentes. Sin embargo, los planes con cobertura restringida para algunas prestaciones como el parto o los honorarios médicos continúan comercializándose, aunque con menor relevancia.

Planes Vigentes

De los 40.586 planes vigentes informados a enero de 2007, un 80,9% corresponde a planes con cobertura general (32.825 planes) que concentran a un 79,9% de los cotizantes y, un 19,1% a planes con cobertura reducida de parto y honorarios médicos, los cuales concentran al 20,8% restante de los cotizantes⁶. Tanto los planes con cobertura reducida de parto como los planes con cobertura reducida de honorarios médicos, se concentran en el subsistema de isapres abiertas.



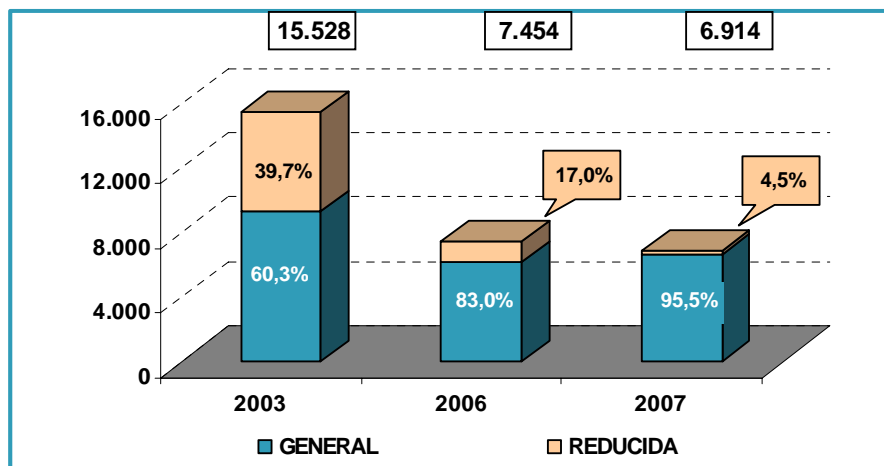
Planes en Comercialización (Oferta de Planes)

La oferta de planes se compone casi totalmente de planes con cobertura general (95,5%), mostrando desde diciembre de 2003, una retirada importante de los planes con coberturas reducidas. Sin embargo, en el subsistema de isapres abiertas, la mayoría de las isapres continúan comercializando planes con cobertura reducida de parto, aunque estos representan sólo un 4% de la oferta total de planes. La isapre abierta que presenta la mayor oferta de planes de este tipo es Masvida con 108 planes en comercialización⁷.

⁶ Dentro de los planes con cobertura reducida se contabilizan los antiguos planes especiales que aún quedan vigentes y que no pueden eliminarse mientras quede algún cotizante en ellos. No obstante, estos planes deben otorgar al menos la cobertura que otorga el Fonasa en su modalidad de libre elección a las prestaciones de parto u honorarios médicos que mantenían excluidas.

⁷ En el anexo 3 de este documento, se incluye información detallada por Isapre de los planes comercializados a enero de 2007, según amplitud de la cobertura.

Evolución de la Oferta de Planes de Salud según Amplitud de la Cobertura



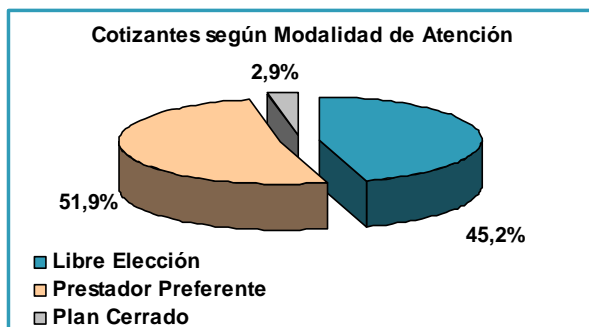
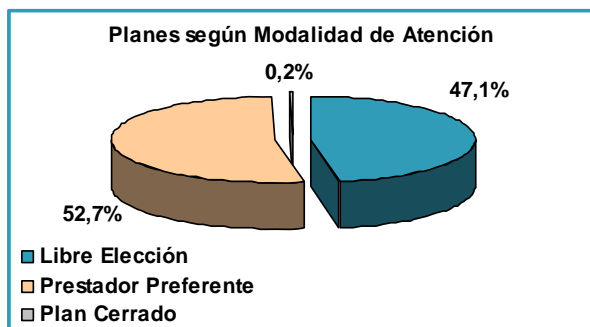
3. Planes de Salud según Modalidad de Atención

La mayoría de los planes de salud comercializados en el Sistema Isapre han sido estructurados sobre la base de la libre elección de prestadores, muchos de los cuales consideran a la vez, una cobertura preferente para determinados prestadores. Dicha cobertura preferente se traduce, básicamente, en tarifas rebajadas para los beneficiarios que ejercen la opción de atenderse con los prestadores en convenio. En consecuencia, de acuerdo con el tipo de prestador médico al cual se orientan, los planes de salud pueden clasificarse en:

- Planes de libre elección, que no se encuentran orientados a ningún prestador médico específico, pudiendo el beneficiario optar libremente por el prestador de su elección.
- Planes con prestador preferente, que orientan al beneficiario de manera preponderante hacia prestadores médicos específicos, con los cuales la isapre ha celebrado algún convenio, pudiendo el beneficiario, en todo caso, optar por otro prestador de su elección.
- Planes de atención cerrada, que orientan al beneficiario en forma exclusiva hacia prestadores médicos determinados, con los cuales la isapre se encuentra vinculada a través de algún convenio específico. Estos planes no plantean la opción de la libre elección.

Planes Vigentes

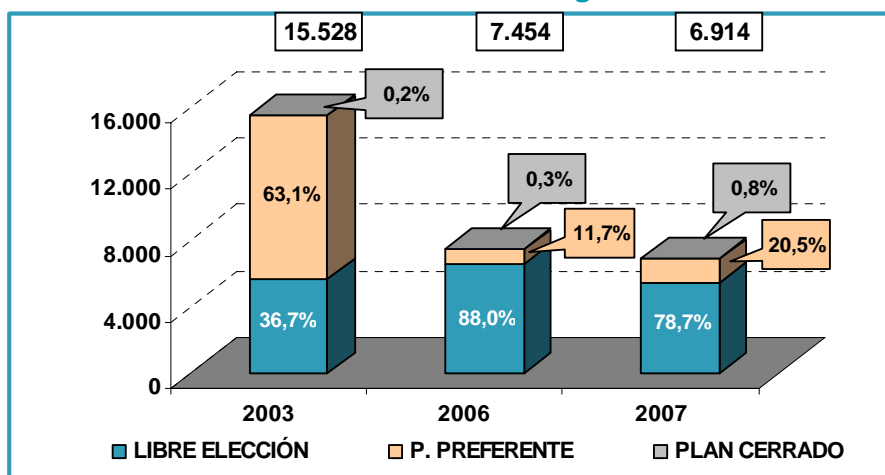
De los 40.586 planes vigentes informados a enero de 2007, un 47,1% corresponde a planes de libre elección (19.121 planes), un 52,7% a planes con prestador preferente (21.282) y sólo un 0,2% a planes cerrados (83 planes). En términos de cotizantes, la distribución entre planes de libre elección y prestador preferente se muestra relativamente equilibrada, con participaciones de 45,2% y 51,9%, respectivamente. Sólo dos isapres del Sistema mantienen vigentes la modalidad de atención cerrada: Consalud con 80 planes que concentran al 14% de su cartera de cotizantes e ING Salud, con 3 planes que concentran a 108 cotizantes. Las isapres abiertas que han optado por la libre elección de manera predominante son Colmena (100%), Fusat (100%), Ferrosalud (100%), Masvida (95,3%), ING Salud (82,7%) y Consalud (70,7%). Por el contrario, las isapres abiertas que han optado con mayor relevancia por planes con prestador preferente son Banmédica (99,4%), Vida Tres (99,3%) y Normédica (80,8%).



Planes en Comercialización (Oferta de Planes)

En la oferta, los planes de libre elección tienen mayor preponderancia (78,7%) y desde diciembre de 2003, una evolución creciente bastante considerable en desmedro de los planes con prestador preferente. Sin embargo, esta circunstancia se explica, en parte, por el peso relativo de la oferta de la Isapre Colmena que representa un 59% del total de planes en comercialización y que como ya se dijo, son todos de libre elección. En la oferta, también se exhibe una leve recuperación de la participación relativa de los planes cerrados. La oferta comprende 54 planes de este último tipo, de los cuales, 23 son individuales⁸

Evolución de la Oferta de Planes de Salud según Modalidad de Atención



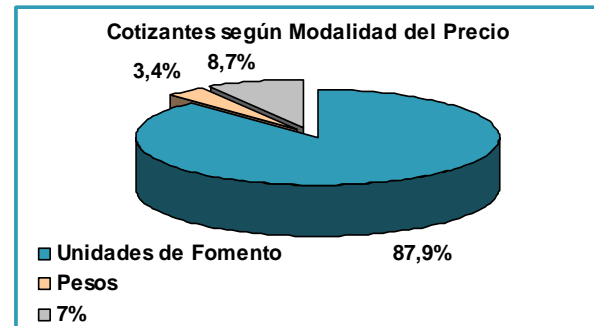
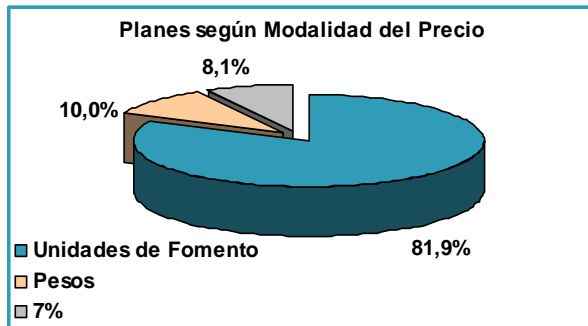
4. Planes de Salud según Modalidad del Precio

Conforme a la ley vigente, el precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento, moneda de curso legal en el país o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (7%) y en este último caso, siempre que se trate de los contratos a que se refiere el artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud, es decir, los que pertenecen a una isapre cerrada o son de tipo grupal. No obstante lo anterior, los planes individuales expresados al 7% comercializados con anterioridad a la entrada en vigencia de las modificaciones legales, permanecerán expresados en estos términos hasta que las partes acuerden otro tipo de modalidad.

⁸ En el anexo 4 de este documento, se incluye información detallada por Isapre de los planes comercializados a enero de 2007, según la modalidad de atención.

Planes Vigentes

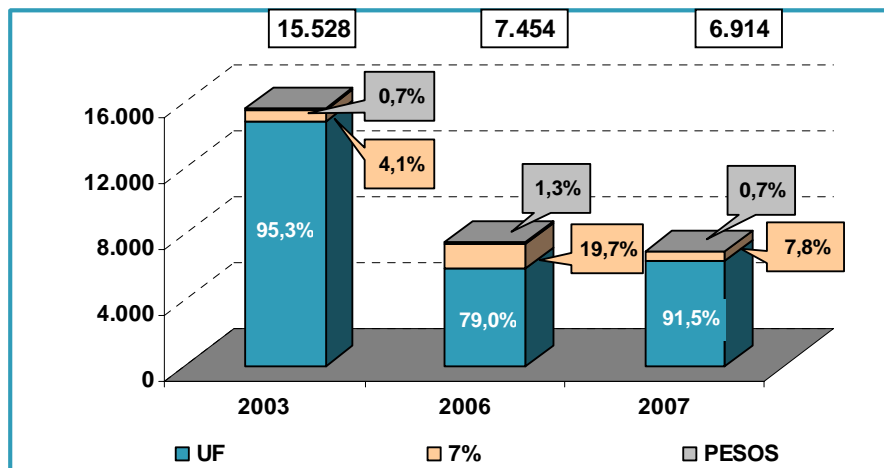
De los 40.586 planes informados a enero de 2007, un 81,9% corresponde a planes cuyo precio se encuentra expresado en UF (33.226 planes) en los cuales se concentran un 87,9% de los cotizantes; un 10% corresponde a planes expresados en pesos (4.070 planes) que concentran sólo a un 3,4% de los cotizantes y un 8,1% a planes expresados al 7% de la remuneración (3.290 planes) donde se concentra el 8,7% restante de los cotizantes. La mayoría de los planes de salud tienen sus precios expresados en UF, situación que se presenta tanto entre las isapres abiertas (81,8% de los planes) como en las cerradas (84,6% de sus planes) y, como es natural, las isapres cerradas presentan una mayor proporción relativa de planes expresados al 7% (15,4% de los planes versus 8,1% en isapres abiertas).



Planes en Comercialización (Oferta de Planes)

La oferta de planes, también presenta una mayor proporción de planes expresados en UF (91,5%), aunque con una caída en su representatividad con respecto a diciembre de 2003. Los planes expresados en pesos presentan una mayor participación que en diciembre de 2003, pero, también muestran una disminución significativa en relación a enero de 2006. También, la disminución de los planes expresados al 7% ha sido menor a la de los planes en UF cuya representatividad se mantiene en relación con la observada en diciembre de 2003, luego de haberse visto incrementada en el año 2006⁹.

Evolución de la Oferta de Planes de Salud según Modalidad del Precio



⁹ En el anexo 6, se adjunta información detallada por isapre de los planes comercializados según la modalidad del precio.

5. Planes de Salud según Coberturas de Carátula

Las coberturas de carátula se aplican sobre el valor facturado de la prestación de salud respectiva y operan en toda su dimensión siempre que el precio de las referidas prestaciones sea inferior o igual al tope establecido por la Isapre para cada prestación. En este sentido, las coberturas de carátula no determinan por sí solas el monto que la isapre bonificará finalmente al beneficiario por cada atención de salud. Además, los planes de salud pueden presentar diferentes combinaciones entre coberturas ambulatorias y hospitalarias, es decir, un plan con un buen porcentaje de bonificación ambulatoria no necesariamente lleva asociado un buen porcentaje de cobertura hospitalaria y viceversa. En la práctica, se dan todo tipo de combinaciones.

Planes Vigentes

Al clasificar los planes vigentes informados a enero de 2007, de acuerdo con diferentes combinaciones de coberturas de carátula, se observa que el 86,8% de los planes vigentes (35.240 planes) presentan una cobertura de carátula tanto ambulatoria como hospitalaria superior 70%. Estos planes concentran al 84,5% de los cotizantes del Sistema. Es así como, el 96,4% de los planes presenta coberturas ambulatorias superiores al 70% y el 88,3% de ellos presenta coberturas hospitalarias superiores a un 70%. Se observa, además, que los planes se concentran en el casillero que combina el tramo entre 80% y 89% de cobertura ambulatoria con el de 100% de cobertura hospitalaria, en un 26,1%, y en el casillero que combina el tramo entre 70% y 79% de cobertura ambulatoria con el tramo entre 90% y 99% de cobertura hospitalaria, en un 25,5%. En el resto de los casilleros los planes presentan una representatividad inferior al 10%.

Distribución de Planes Vigentes según Combinaciones de Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%	< a 50%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	7,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	7,6%	7,6%
	90% - 99%	5,8%	9,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	15,3%	22,9%
	80% - 89%	26,1%	4,6%	2,2%	0,9%	0,7%	0,1%	0,0%	0,4%	35,1%	58,0%
	70% - 79%	1,5%	25,5%	0,8%	2,5%	5,6%	2,1%	0,0%	0,3%	38,4%	96,4%
	60% - 69%	0,4%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	97,6%
	50% - 59%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	98,1%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	98,1%
	s/i	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	1,9%	100,0%
	Total	41,2%	39,6%	3,5%	4,0%	6,6%	2,2%	0,1%	2,7%	100,0%	
	Acumulado	41,2%	80,8%	84,3%	88,3%	95,0%	97,2%	97,3%	100,0%		

Lo mismo ocurre en términos de los cotizantes, pero con participaciones inversas, es decir, en el casillero que combina el tramo entre 70% y 79% de cobertura ambulatoria con el tramo entre 90% y 99% de cobertura hospitalaria, se concentran en un 46%, mientras que en el casillero que combina el tramo entre 80% y 89% de cobertura ambulatoria con el 100% de cobertura hospitalaria, se concentran en un 18,9%. En el resto de los casilleros, los cotizantes tienen una representatividad inferior al 5%.

Planes en Comercialización (Oferta de Planes)

En la Oferta se observa que un 73,4% de los planes comercializados presenta una cobertura tanto ambulatoria como hospitalaria superior a 70%. El 98,8% de ellos presenta coberturas ambulatorias superiores al 70% y que el 74,1% presenta coberturas hospitalarias superiores a 70%. Se observa, además, que los planes nuevos se concentran en los casilleros que combinan el tramo entre 70% y 79% de cobertura ambulatoria con el tramo entre 90% y 99% de cobertura hospitalaria y en el casillero que combina el tramo entre 70% y 79% de cobertura ambulatoria y el tramo entre 60% y 69% de cobertura hospitalaria, con un 45,2% y un 17,9% de participación, respectivamente. Es decir, los planes en comercialización se concentran en tramos de cobertura inferiores a los observados para el total de planes vigentes.

Distribución Porcentual de los Planes Comercializados según Coberturas de Carátula

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%	< a 50%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	5,9%	5,9%
	90% - 99%	1,7%	6,8%	0,3%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,5%	10,0%	15,9%
	80% - 89%	9,1%	0,8%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,1%	26,0%
	70% - 79%	0,1%	45,2%	0,5%	2,7%	17,9%	5,3%	0,0%	1,0%	72,7%	98,8%
	60% - 69%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	99,3%
	50% - 59%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	99,6%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	99,6%
	s/i	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	100,0%
	Total	16,5%	53,4%	1,1%	3,2%	18,6%	5,3%	0,0%	2,0%	100,0%	
	Acumulado	16,5%	69,8%	70,9%	74,1%	92,7%	98,0%	98,0%	100,0%		

En términos de cotizantes, la oferta de planes muestra que el 85% de los cotizantes tienen coberturas ambulatorias superiores a un 70% y que un 76,4% de ellos tienen coberturas hospitalarias superiores a un 70%. Sin embargo, los cotizantes se concentran en casilleros de mayor cobertura, particularmente, en los casilleros que combinan el tramo entre 70% y 79% de cobertura ambulatoria y el tramo entre 90% y 99% de cobertura hospitalaria, en un 46,7% y en el casillero que combina el tramo entre 80% y 89% de cobertura ambulatoria con 100% de cobertura hospitalaria, en un 14,4% de los cotizantes. El resto de los casilleros presentan una representatividad inferior al 8%.

Distribución Porcentual de los Cotizantes según Coberturas de Carátula en Planes Comercializados

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90%-99%	80%-89%	70%-79%	60%-69%	50%-59%	< a 50%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	8,7%	8,7%
	90% - 99%	3,7%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	7,5%	16,2%
	80% - 89%	14,4%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,9%	32,1%
	70% - 79%	0,1%	46,7%	0,1%	0,3%	3,8%	1,6%	0,0%	0,2%	52,9%	85,0%
	60% - 69%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	85,2%
	50% - 59%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	85,3%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	85,3%
	s/i	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,2%	14,7%	100,0%
	Total	26,0%	49,8%	0,2%	0,4%	3,9%	1,7%	0,0%	18,0%	100,0%	
	Acumulado	26,0%	75,9%	76,1%	76,4%	80,4%	82,0%	82,0%	100,0%		

6. Principales Tendencias en la Oferta de Planes de Salud

El análisis de los planes en comercialización permite señalar lo siguiente:

- La Oferta de planes de salud se ha contraído de manera importante en los últimos años, pasando desde 15.528 planes comercializados en diciembre de 2003, a 6.914 en enero de 2007. La caída de la oferta es equivalente a un 55,5% y se atribuye, principalmente, a la entrada en vigencia de las modificaciones legales introducidas recientemente a la Ley de Isapres que, entre otras materias, establecen un máximo de dos tablas de factores para los planes en comercialización, una cobertura mínima para los planes complementarios y un proceso de adecuación de planes circunscrito al precio base de los mismos.
- Con respecto a diciembre de 2003, la oferta de planes de salud muestra un leve incremento de los planes grupales acompañado de una significativa caída de los planes individuales los cuales ven mermada su participación en más de 46 puntos porcentuales. Si bien la oferta de planes individuales ha caído de manera importante, el número disponible, tanto para los nuevos afiliados como para los cotizantes antiguos afectos a los procesos de adecuación, todavía es bastante amplia (1.899 planes). Por su parte, el aumento en el número y en la participación de los planes grupales en la oferta, es un aspecto positivo que debería potenciarse en el futuro, por cuanto, los beneficios asociados a estos planes son superiores a los individuales originados por las mejores condiciones de negociación que enfrentan los beneficiarios.
- Al analizar la evolución de las principales características de los planes de salud en comercialización se observa que el Sistema Isapre ha privilegiado la generación de planes con cobertura general, de libre elección y expresados en UF. Además, con respecto a las coberturas de carátula, se observa que la oferta de planes de salud se concentra en combinaciones de coberturas ambulatorias y hospitalarias inferiores a las que se observan en la totalidad de los planes vigentes. Sin embargo, al clasificar a los cotizantes que han suscrito planes en comercialización se observa que estos continúan orientando sus preferencias hacia combinaciones de cobertura superiores, donde la oferta de planes es menor en términos relativos, por ejemplo, en el casillero que combina el tramo entre 80 y 89% de cobertura ambulatoria con 100% de cobertura hospitalaria los cotizantes exhiben una concentración de un 14,4% contra un 9,1% de concentración en planes.
- Los 1.899 planes individuales de salud que se encuentran en comercialización a enero de 2007, muestran todavía una gran diversidad en sus características, como por ejemplo, en cuanto a la amplitud de la cobertura que otorgan, la modalidad de atención que tienen incorporada, la zona geográfica a la cual se orientan, la modalidad en que se expresan los precios, la combinación de coberturas ambulatorias y hospitalarias, entre otras, lo que dificulta notablemente la comparación entre ellos y aumenta las asimetrías de información entre los afiliados y las isapres, en desmedro de los primeros, condiciones que alejan a este mercado de la competencia perfecta y lo hacen poco transparente.
- Si bien las modificaciones a la Ley de Isapres, introducidas en razón de la reforma al sistema de salud chileno, han contribuido a contraer de manera significativa la oferta de planes de salud en el Sistema, la variedad de planes de salud existentes muestra la necesidad de profundizar en el desarrollo de instrumentos destinados a lograr una mayor estandarización y simplificación de los planes en esta industria.

III. Propuestas de Regulación

Propuesta N°1: Documentos Contractuales Uniformes

Objetivos

Regular los contenidos mínimos y uniformar al máximo el formato de los distintos instrumentos contractuales con el propósito de favorecer su comprensión por parte de los beneficiarios y evitar las diferenciaciones que no agregan valor a la oferta de las Instituciones.

Establecer un documento único para el Sistema que concentre los diferentes instrumentos que conforman el contrato de salud previsional que son comunes entre todas las Isapres, permitiendo que el cotizante concentre sus esfuerzos en comparar sólo los planes de salud disponibles, buscando aquél que le resulte más conveniente.

Descripción

La propuesta a desarrollar conlleva dos etapas:

Etapa 1: Contrato de Salud Unificado

Corresponde a una iniciativa de autorregulación que consiste en usar un documento único para el Sistema Isapre el cual esté conformado por todos aquellos componentes del contrato de salud previsional que puedan ser comunes a todos los afiliados del Sistema, como son, las Condiciones Generales Uniformes (CGU), las Garantías Explícitas en Salud (GES) y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC).

El resto de los instrumentos contractuales no serían incorporados a este documento común, por cuanto no son equivalentes para todos los cotizantes, tal es el caso del Formulario Único de Notificación (FUN), la Declaración de Salud (DS) y la Renuncia a los Excedentes (RE), respecto de la mayoría de los cuales la Superintendencia ya ha establecido contenidos mínimos y/o formatos uniformes.

Principales Características de la Autorregulación

- La iniciativa contempla la libre adhesión por parte de la Isapres a los formatos uniformes y obligatoriedad respecto de los contenidos mínimos.
- El documento único y común para todas las isapres, podrá ser entregado a los afiliados ya sea en una versión impresa, libro de condiciones generales, o en una versión digital, CD de condiciones generales. En cualquier caso, los cotizantes serán libres de optar por cualquiera de las alternativas señaladas.

Etapa 2: Planes Preferentes y Planes Cerrados Uniformes

En cuanto al cometido de regular el formato y contenido mínimo de los diferentes documentos contractuales, la Superintendencia ha efectuado importantes avances en poco más de un año, al establecer una nueva regulación en torno a las Condiciones Generales Uniformes¹⁰,

¹⁰ Circular IF 12, del 20 de Enero de 2006.

formulario uniforme para la Declaración de Salud¹¹ y el formato uniforme para el Plan de Salud Complementario de Libre Elección¹². Así, un siguiente paso en esta dirección consiste en normar el contenido mínimo y formato uniforme de los planes complementarios de salud en sus versiones con prestador preferente y cerrados, para los cuales se establecerán agrupaciones de prestaciones homogéneas y las referencias que permitan determinar la cobertura de cada una de ellas, las formas que serán permitidas para expresar la cobertura y su estructura, estandarizando, además, algunas definiciones asociadas a estos tipos de planes.

Principales Características de la Regulación

- Las isapres deberán mantener un registro fechado de las diferentes versiones de los documentos contenidos en el libro o CD de condiciones generales, para poder identificar la versión que corresponde a cada afiliado. Asimismo, se deberá establecer un mecanismo para dejar constancia de la recepción del documento por parte del cotizante y la oportunidad en que esto ocurre.
- Tal como se realizó para los planes de salud de libre elección, se establecerán los formatos uniformes para los planes de salud con prestador preferente y planes cerrados. Estos nuevos formatos sólo podrán aplicarse a planes que inicien su comercialización en forma posterior a la entrada en vigencia de la normativa que los instaura y serán de libre adhesión por parte de las isapres.
- Para cada uno de estos tipos de planes se establecerá una clasificación de las prestaciones contenidas dentro del plan de salud, que sea de uso común en el sistema, otorgando mayor facilidad de comparación. Esta clasificación general debe permitir la posibilidad de presentar agrupaciones o paquetes con una cobertura conocida (copago fijo).
- Asimismo, en el caso de los planes con prestadores preferentes, las primeras columnas de la izquierda se destinarán a mostrar la cobertura bajo convenios, destacándola por sobre la libre elección.
- Asimismo, se busca alivianar el contenido del plan de salud, trasladando las notas explicativas que se han ido incorporando al formato de planes en comercialización a otros documentos, tales como la página separada regulada en la Circular N°57, de 2000, o al arancel de prestaciones, si se trata de normas generales de aplicación de éste. Esta medida tiene como contrapartida la tarea de lograr, a más largo plazo, un acuerdo sobre notas explicativas y normas técnicas comunes para la aplicación del arancel a nivel de todo el sistema.
- El formato de cada plan de salud debería tener, a lo menos, los siguientes contenidos:
 - » Un título destacado, indicando que se trata del “Plan de Salud Complementario” y la modalidad de atención, es decir, si se trata de un plan con prestadores preferentes o cerrado.
 - » La identificación única del plan, bajo las especificaciones de la Circular IF 13, del 2006.
 - » Tipo de Plan, es decir, si se trata de un plan individual o grupal.
 - » Fecha de suscripción.
 - » N° del Fun asociado, que permitirá obtener los datos detallados del cotizantes y sus beneficiarios.

¹¹ Circular IF 40, del 16 de Mayo de 2007.

¹² Circular IF 44 del 20 de junio de 2007.

- » Tabla con la agrupación de prestaciones y su cobertura, según la categorización consensuada.
- » Topes máximos de cobertura anual por beneficiario.
- » La identificación única del arancel que tiene asociado, bajo las especificaciones de la Circular IF 13, del 2006.
- » Tabla de factores relativos (salvo que se trate de planes al 7%).
- » Precio del plan y modalidad en que se pacta.
- » Firma de los contratantes.
- » Página separada con las condiciones de otorgamiento de la oferta cerrada o preferente y las notas explicativas que corresponda, en que se mencionarán, entre otras materias, los prestadores derivados, ya que se eliminará la columna en el plan destinada a registrar esa información.

Propuesta N°2: Buscador Electrónico de Planes

Objetivos

Disponer en los sitios web de cada una de las Isapres de una herramienta -"Buscador de Planes"- que permita entregar a los usuarios mejor información y transparencia en relación con la oferta de planes disponible en cada una de ellas.

En forma más específica:

- » Facilitar la tarea del usuario de Isapres, en la búsqueda de planes de salud que mejor se adecuen a sus necesidades.
- » Promover el acceso a la información de planes de salud disponible de las Instituciones de Salud Previsional.
- » Proporcionar a las Isapres, un canal de preventa y posteriormente de venta.
- » Proporcionar a las Isapres, información sobre el comportamiento del usuario en la consulta y navegación.

Este modelo, contribuye, además, a aumentar la competencia entre las aseguradoras y, potencialmente, también puede dar valor agregado al proceso de venta que pueda derivar en un aumento en los beneficios para los afiliados.

Descripción

La propuesta corresponde a una iniciativa de autorregulación y consiste en implementar un modelo de búsqueda electrónica de planes de salud que esté disponible en las páginas web de todas las isapres, las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Esta aplicación permitirá a los usuarios seleccionar el plan de salud más conveniente a sus necesidades, perfil familiar y expectativas.

Se espera que esta herramienta cumpla con las siguientes características: provea de un servicio de consulta de planes de salud y de los beneficios adicionales que constituyen la oferta de cada Isapre; entregue mayor información a los usuarios para analizar los planes de salud y hacer comparaciones de dichos planes fuera del sistema; estandarice la información de búsqueda de los distintos planes; permita a los usuarios seleccionar planes más ajustados a sus necesidades de salud y las de su grupo familiar, reconociendo al mismo tiempo los distintos tipos de usuarios, facilitando el ingreso de datos básicos y/o más específicos.

El modelo propuesto por las isapres genera criterios de búsqueda para recuperar los planes de salud que mejor satisfagan al usuario, a partir de un conjunto de parámetros del perfil del cotizante y su grupo familiar y las expectativas que este tenga. El modelo se encuentra basado en tres componentes:

- » Parámetros de consulta: Datos que ingresa el usuario para consultar planes
- » Criterios de búsqueda: Generados en función de la evaluación de los parámetros de consulta
- » Características de los planes: Conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud y permiten seleccionar aquellos que cumplen los criterios de búsqueda.

Principales Características de la Autorregulación

- El modelo del buscador de planes es común para todas las Isapres en cuanto a lo que debe hacer y el resultado que debe entregar. No obstante, el modelo será de libre adhesión.
- La forma como se implemente el modelo, lo resuelve cada Isapre, aprovechando la información que posee cada una de ellas.
- Cada Isapre tiene un conjunto de planes de salud definidos y todos ellos deben ser consultados por el modelo.
- El modelo recupera los planes y sus cartillas para comparación y permite que el usuario las imprima.
- Considerando que las Isapres poseen diferentes tecnologías, el modelo debe proveer de una interfaz estándar y amigable para el usuario.

Propuesta N°3: Supercartilla

Objetivos

Contar con un instrumento (“Supercartilla”) que permita comparar la cobertura de los distintos planes en comercialización, al expresar los respectivos grupos de prestaciones obligatorias del plan de salud en función de un valor referencial común, definido por la Superintendencia de Salud.

Descripción

La propuesta consiste en implementar una “supercartilla” anexa al plan de salud que permita transparentar los topes de cobertura correspondientes a las prestaciones contenidas en el Arancel de Libre Elección del Fonasa, cubiertas en forma obligatoria por el plan de salud. La supercartilla permitirá comparar la cobertura financiera asociada a las prestaciones del Fonasa entre los distintos planes de salud, a partir de la traducción de los topes de dichas prestaciones en veces un arancel de referencia común definido por la Superintendencia.

Este instrumento permitirá, por una parte, traducir la cobertura de gran parte de las prestaciones que se entregan en el sistema de salud, respecto a un parámetro común y por otro lado,

facilitará la comparación de los planes en relación a una variable relevante del proceso de afiliación, cual es el nivel de cobertura asociado a los planes de salud¹³.

Principales Características de la Regulación

- La Supercartilla se valorizará tanto para las coberturas de libre elección como para las preferentes que consigne el plan respectivo. No obstante lo anterior, el formato de la supercartilla, en relación con las agrupaciones de prestaciones que serán mostradas, se ajustará al estándar definido para el plan complementario de libre elección.
- Para definir el valor referencial de las prestaciones, la Superintendencia utilizará como base los precios del nivel 3 del Arancel del Fonasa de libre elección ajustados de tal forma que la valorización de los planes básicos en cada uno de los grupos de prestaciones se encuentre en torno a la unidad.
- Para determinar el valor que corresponde a cada grupo de prestaciones, las isapres deberán expresar el tope de cada una de las prestaciones del grupo respectivo en pesos, y definirlo en función del valor referencial que entregará la Superintendencia, el valor del grupo corresponderá al promedio ponderado de los valores resultantes para cada prestación del grupo. Los ponderadores para obtener los valores correspondientes a cada grupo de prestaciones también serán proporcionados por la Superintendencia y para ello se utilizará la información del gasto facturado anual por prestación, que se encuentre disponible.
- La supercartilla deberá definirse tanto para planes antiguos como nuevos para facilitar su comparación.
- Las isapres deberán ajustarse estrictamente al formato de la supercartilla y no podrán incorporar otras prestaciones y/o información no consultada por esta Superintendencia.
- Los topes de cada una de las prestaciones correspondientes al plan, deberán estar expresados en pesos, independientemente de las unidades que utilice cada isapre en la determinación de las bonificaciones de sus planes de salud. Para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en Unidades de Fomento, las isapres deberán emplear el valor de la UF a la fecha que indique la Superintendencia .
- Para planes con prestador preferente y planes cerrados, las instituciones deberán consignar en la supercartilla la cobertura correspondiente a aquellos convenios que forman parte y están consignados en los planes de salud. En caso de existir más de un convenio por prestación, las isapres deberán seleccionar sólo uno de ellos para cada prestación, lo que será informado al pie de página de la respectiva cartilla.
- La supercartilla será actualizada cada cierto tiempo, la Superintendencia indicará el momento y entregará los insumos para ello, referidos a los ponderadores que se deberán emplear y los valores de referencia para cada una de las prestaciones obligatorias que deberán incorporar en la supercartilla.

¹³ El modelo de la Supercartilla para el plan promedio del Sistema se adjunta en el anexo N°7 del presente informe.

- Las isapres deberán entregar a requerimiento de quien lo solicite -en sus sucursales y a través de sus agentes de venta- la supercartilla correspondiente a los planes que comercialicen.
- Las instituciones deberán estar en condiciones de proporcionar, a requerimiento de sus afiliados y, a más tardar, dentro del tercer día hábil siguiente a la fecha de la solicitud, la supercartilla correspondiente a los planes a que se encuentren adscritos, aún cuando éstos no estén en actual comercialización.
- Tanto en las suscripciones de contratos como en los cambios de plan, las isapres deberán entregar a los afiliados, la supercartilla correspondiente al plan suscrito.
- En los procesos de adecuación del precio base de los planes de salud, se deberá enviar a los afiliados, conjuntamente con la carta respectiva, la supercartilla del plan vigente y planes alternativos propuestos.
- Semestralmente y en la misma oportunidad en que se remita el Archivo Maestro de Planes de Salud regulado en la Circular IF 14, de 2006, las isapres deberán remitir a esta Superintendencia la supercartilla correspondiente a cada uno de los planes que se encuentren comercializando, en un dispositivo magnético estructurado de acuerdo a las especificaciones que definirá esta Superintendencia y que constituirán parte de esta propuesta de regulación¹⁴.

Propuesta N°4: Procedimiento de Incorporación Prestaciones al Arancel

Objetivos

Disponer de un mecanismo que permita incrementar el número de prestaciones adicionales en los aranceles de isapres y estimular la competencia de las isapres por esta vía.

Descripción

Consiste en definir, a través de la normativa, un procedimiento que permita a las Isapres incorporar prestaciones nuevas a los aranceles, esto es, prestaciones adicionales a las contenidas en el Arancel del Fonasa en su modalidad de Libre Elección, las cuales no son obligatorias para las isapres.

La propuesta considera dos etapas, a saber:

Etapas 1: Procedimiento Piloto

En una primera etapa se pretende efectuar una experiencia piloto que consiste en incorporar a los aranceles de las isapres todas aquellas prestaciones utilizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida. El modelo piloto será diseñado por las propias Isapres.

¹⁴ En el anexo N° 8 del presente informe, se dan a conocer los avances en relación con el diseño del Archivo Maestro de la Supercartilla.

Etapa 2: Procedimiento General

En una etapa siguiente se diseñará e implementará un procedimiento general para la incorporación de prestaciones adicionales al arancel, al cual deberán someterse todos aquellos actores interesados en incorporar prestaciones nuevas al arancel de las isapres, tales como prestadores, agrupaciones de pacientes u otros.

Propuesta N°5: Selección de Prestaciones Adicionales

Objetivo

Contar con un instrumento (“Selección de Prestaciones Adicionales”) que permita comparar la cobertura de los distintos planes de salud vigentes, al expresar los topes de las prestaciones adicionales que están siendo cubiertas por el Sistema Isapre en una unidad monetaria común.

Descripción

La propuesta consiste en diseñar una cartilla de prestaciones adicionales, anexa al plan de salud, que permita transparentar los topes de cobertura correspondientes a las prestaciones adicionales a las del Arancel del Fonasa de Libre Elección, que estén siendo bonificadas por todas las Isapres, expresando sus topes de cobertura en una unidad monetaria común, para facilitar a los usuarios la comparación de coberturas entre los diferentes planes de salud ofrecidos por las isapres.

La cartilla de prestaciones adicionales se valorizará en pesos, tanto para las coberturas de libre elección como para las preferentes que consigne el plan respectivo, en caso que se trate de planes que contemplen este tipo de coberturas.

La Superintendencia definirá las prestaciones adicionales que estarán contenidas en la cartilla¹⁵, su formato y establecerá los insumos y referencias necesarias para convertir a pesos los topes de las prestaciones expresados en UF o en veces arancel.

Con este instrumento, es posible traducir gran parte de las prestaciones adicionales cubiertas por el plan de salud pero no la totalidad de ellas, ya que, no todas son comunes a todas las Isapres. No obstante lo anterior, se considera importante hacer transparentes las prestaciones adicionales que tienen cobertura en el Sistema para estimular su entrada a todos los aranceles de las Isapres y también del Fonasa. En este sentido, este instrumento promueve la competencia entre las aseguradoras a favor de la agregación de nuevas prestaciones a sus respectivos aranceles.

En consecuencia, esta cartilla constituye, en primera instancia, un avance hacia un listado único de prestaciones por Isapre y posteriormente, a un listado único del Sistema.

Mientras lo anterior ocurre, las prestaciones adicionales a las contenidas en esta cartilla, formarán parte de las ventajas competitivas de las isapres y podrán ser valorizadas de manera independiente por cada una de ellas, conforme a sus propias políticas comerciales.

¹⁵ Se está trabajando con las Isapres y con I-med (empresa encargada de la venta electrónica de bonos) en la búsqueda de las prestaciones adicionales que son comunes para todo el Sistema.

Principales Características de la Regulación

- La cartilla de prestaciones adicionales deberá definirse tanto para planes antiguos como nuevos para facilitar su comparación.
- Las isapres deberán ajustarse estrictamente al formato de la cartilla de prestaciones adicionales que se defina por Circular y no podrán incorporar otras prestaciones y/o información no consultada a esta Superintendencia.
- Los topes de cada una de las prestaciones contenidas en la cartilla, deberán estar expresados en pesos, independientemente de las unidades que utilice cada isapre en la determinación de las bonificaciones de sus planes de salud. Para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en Unidades de Fomento, las isapres deberán emplear el valor que dicha unidad tenga asignado en los respectivos contratos, como si las prestaciones se hubiesen otorgado el 1 de marzo de cada año. Asimismo, para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en veces arancel, las isapres deberán emplear el valor que las respectivas prestaciones tengan asignado en el arancel que se encuentre vigente en marzo de cada año.
- Para planes con prestador preferente y planes cerrados, las instituciones deberán consignar en la cartilla de prestaciones adicionales la cobertura correspondiente a aquellos convenios que forman parte y están consignados en los planes de salud. En caso de existir más de un convenio por prestación, las isapres deberán seleccionar sólo uno de ellos para cada prestación, lo que será informado al pie de página de la respectiva cartilla, dejando en blanco las líneas correspondientes a las prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a prestadores determinados. Por último, de no contar la isapre con planes que contemplan el otorgamiento de beneficios asociados a determinados prestadores, deberá dejar en blanco las columnas de la cartilla correspondientes a tales beneficios.
- La cartilla de prestaciones adicionales será actualizada anualmente en el mes de abril, valorizando las prestaciones como si éstas se hubiesen otorgado en el mes de marzo de cada año, a fin que las cartillas actualizadas puedan ser adjuntadas en el proceso de adecuación de contratos que se inicia en julio del mismo año.
- Las isapres deberán entregar a requerimiento de quien lo solicite -en sus sucursales y a través de sus agentes de venta- la cartilla de prestaciones adicionales correspondiente a todos los planes que mantenga vigentes.
- Tanto en las suscripciones de contratos como en los cambios de plan, las isapres deberán entregar a los afiliados, la cartilla de prestaciones adicionales correspondiente al plan suscrito.
- En los procesos de adecuación del precio base de los planes de salud, se deberá enviar a los afiliados, conjuntamente con la carta respectiva, la cartilla de prestaciones adicionales del plan vigente y planes alternativos propuestos.
- Semestralmente y en la misma oportunidad en que se remita el Archivo Maestro de Planes de Salud regulado en la Circular IF 14, de 2006, las isapres deberán remitir a esta Superintendencia la cartilla de prestaciones adicionales correspondiente a cada uno de los

planes que se encuentren vigentes, en un dispositivo magnético estructurado de acuerdo a las especificaciones que definirá esta Superintendencia y que constituirán parte de esta propuesta de regulación.

Propuesta N°6: Clasificador de Planes

Objetivos

Disponer de una herramienta (“Clasificador Electrónico de Planes”), que permita ordenar la oferta de planes de salud de la industria en función de determinados atributos que se consideren relevantes en los planes de salud, que sea útil a los usuarios para identificar con mayor claridad los planes de salud que se ajustan mejor a sus necesidades, preferencias y posibilidades económicas y que sea útil a la Superintendencia para conocer el tamaño y características de las distintas agrupaciones de planes y estudiar su comportamiento en el tiempo.

El Clasificador Electrónico de Planes propende a establecer en el mediano plazo un número acotado de familias de planes para el Sistema, cuyas características sean fácilmente reconocibles y útiles para el usuario al momento de seleccionar y hacer uso de un plan de salud.

Descripción

La propuesta consiste en establecer un registro ordenado de los diferentes planes de salud, que considere las principales características o dimensiones que son esenciales tanto para su segmentación por parte de las aseguradoras como para su selección por parte de los usuarios.

La implementación del clasificador de planes se realizará en cuatro etapas:

Etapas 1: Observador de Planes

La Superintendencia ha considerado pertinente implementar como primera etapa en esta propuesta, un instrumento previo y complementario al Clasificador denominado “Observador de Planes”; el cual permitirá ordenar los distintos planes del Sistema en función de una de las variables más relevantes del plan, cual es, la cobertura que estos otorgan.

A continuación se describen los objetivos y principales características del Observador de Planes.

Objetivos

- Contar con una herramienta que permita a la Superintendencia disponer y eventualmente, difundir información relacionada con las coberturas asociadas a los planes de salud por el Sistema Isapre.
- Establecer un registro agregado de los planes de salud, que permita organizarlos en agrupaciones de planes definidas en función de la cobertura que entregan tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

- Conocer el tamaño y características de las distintas agrupaciones de planes y estudiar su comportamiento en el tiempo.

Estructura del Observador de Planes de Salud

El Observador de Planes se reflejará en una matriz de doble entrada, organizada en función de tramos de cobertura ambulatoria por un lado y tramos de cobertura hospitalaria por el otro y en ella se agruparán los planes de salud según el casillero al cual correspondan. En una matriz anexa, se informarán los beneficiarios asociados a los planes indicados en cada uno de ellos.

Es muy probable que algunos casilleros de la matriz queden libres, es decir, no contengan ningún plan. Sin embargo, se busca que el Observador de Planes abarque todo el universo posible de combinaciones entre ambas dimensiones, de modo que todos los planes encuentren espacio para su representación en la matriz.

Metodología de cálculo de los ratios de cobertura

Los ratios de cobertura ambulatoria y hospitalaria que se utilizarán para clasificar cada plan de salud en el Observador de Planes, se determinarán a partir del tope que el respectivo plan consigna para cada prestación, expresado en función de un valor referencial definido por la Superintendencia para cada una de las prestaciones.

El valor referencial de cada prestación será equivalente al que se determine para valorizar la “Supercartilla”, instrumento que complementa las propuestas sobre estandarización de planes. En consecuencia, los ratios de cobertura se calcularán considerando sólo las prestaciones que deben ser bonificadas obligatoriamente por el Sistema, es decir, aquéllas que se encuentran incluidas en el Arancel del Fonasa en su modalidad de Libre Elección.

Para obtener el ratio de la cobertura ambulatoria y el indicador de cobertura hospitalaria de cada plan de salud, se ponderará el tope de cada prestación, expresado en función del valor de referencia, por el peso relativo que la respectiva prestación tiene sobre el gasto total ambulatorio u hospitalario, según corresponda, utilizando los mismos ponderadores definidos para la “Supercartilla”.

Se ha estimado razonable que los planes que presentan cobertura preferente o cerrada sean clasificados en el Observador de Planes considerando los topes asociados al prestador principal del plan en el cálculo de los ratios.

Los ratios de cobertura se expresarán en veces el valor referencial, utilizando sólo un decimal, para tal efecto las cifras con más decimales se redondearán al primero de ellos, utilizando un método simétrico.

Consideraciones para la construcción del Observador de Planes

- El Observador de Planes permite ordenar los planes de salud en agrupaciones de coberturas ambulatorias y hospitalarias obtenidas a partir de los topes de las prestaciones expresados en función de ciertos valores de referencia y no sobre la cobertura efectiva, por cuanto esta última depende de los precios reales de cada una de las prestaciones.
- El Observador de Planes no obliga a las Isapres a ofrecer planes que abarquen la totalidad de las combinaciones posibles entre coberturas ambulatorias y hospitalarias en la matriz.

Etapa 2: Estudios de Evaluación

La implementación del clasificador electrónico de planes requiere de la ejecución de una serie de estudios previos que proveerán los insumos necesarios para su diseño, como son los parámetros o atributos de los planes de salud, respecto de los cuales serán ordenados o agrupados. En consecuencia, en esta etapa se realizarán los estudios que permitirán establecer los criterios de selección de planes por parte de los beneficiarios, las dimensiones establecidas por las isapres para diseñar la oferta de planes y la segmentación del mercado de prestadores.

Estudio 1: Estudio de Opinión

Se considera pertinente incorporar al Estudio de Opinión que anualmente realiza la Superintendencia¹⁶ realiza anualmente, un conjunto adicional de preguntas relacionadas con los planes de salud, a través de las cuales sea posible establecer una línea basal de los elementos o características críticas de los planes de salud y del proceso de comercialización de los mismos, desde la perspectiva de los usuarios.

Estudio 2: Dimensiones de Valor para el usuario en la Selección del Plan de Salud

Este estudio está destinado a conocer las dimensiones que más valora el consumidor al momento de elegir y comprar un plan de salud, la idea es conocer la conducta de los aspectos que lo llevan a tomar esta decisión. Para ello, es necesario dividir el mercado heterogéneo (universo de usuarios) en segmentos homogéneos específicos, que permitan determinar características relevantes para cada grupo y poner en evidencia las dimensiones de diferenciación entre los usuarios al elegir el plan. Lo anterior, se podría llevar a cabo a través de distintos enfoques claves de segmentación tales como: nivel socio-económico, producto (plan), características psicográficas y demográficas, entre otros. De este modo, se busca identificar los atributos que son relevantes para el potencial afiliado en cada segmento¹⁷.

Estudio 3: Dimensiones para la Segmentación del Mercado desde la Oferta

Este estudio pretende diagnosticar e identificar los factores, dimensiones o características claves que considera la industria al momento de diseñar la oferta de planes de salud¹⁸.

Estudio 4: Estudio sobre el Mercado de Prestadores

A través de un estudio destinado al mercado de los prestadores de salud se pretende definir un indicador o vector de precios para un determinado número de prestaciones que permita transparentar los cobros e implementar instrumentos de comparación, que hagan posible visualizar la cobertura efectiva de los diferentes planes de salud y establecer segmentos de prestadores de acuerdo con sus diferentes niveles de precios. Además, con este estudio se pretende identificar los atributos que son valorados por los usuarios de los distintos prestadores.

Etapa 3: Indicadores de Cobertura Efectiva

Otra etapa que se ha previsto desarrollar en el contexto de la propuesta que se orienta a establecer un Clasificador Electrónico de Planes, consiste en desarrollar un indicador de coberturas efectivas para cada plan de salud y otro por Isapre, que sirvan al usuario como

¹⁶ Este estudio tiene como propósito determinar la percepción que tienen los beneficiarios de ambos sistemas de salud respecto a la introducción, implementación y ampliación del GES/AUGE y al proceso de reforma en su conjunto y conocer el posicionamiento de la Superintendencia de Salud, es decir el impacto y valoración que ésta ha generado en las Isapres, el Fonasa y sus respectivos beneficiarios.

¹⁷ En el anexo N° 9 del presente informe se dan a conocer los términos de referencia para este Estudio.

¹⁸ Para este estudio se utilizará la información que contenga el Buscador de Planes definido más adelante en este informe, los planes de salud recepcionados en esta Superintendencia y también la información que se recoja de los actores relevantes del Sistema a través de la aplicación de entrevistas estructuradas.

antecedente en su decisión de compra. Asimismo, se ha considerado que el Indicador de Cobertura Efectiva por Isapre sea incorporado al conjunto de indicadores que conforman el Ranking de Isapres que esta Superintendencia difunde a través de su sitio web, atendiendo a la importancia que esta variable tiene para los usuarios al momento de elegir una Isapre.

En este mismo sentido, se ha previsto desarrollar un instrumento tecnológico que permita a los usuarios conocer a través de Internet, el indicador de cobertura efectiva correspondiente a su plan de salud actual y eventualmente, compararlo que el indicador de otros planes disponibles en el mercado.

Objetivos

- Contar con un instrumento que permita conocer y difundir información relacionada con las coberturas efectivas asociadas a los planes de salud por el Sistema Isapre.
- Disponer de un indicador específico que permita orientar las decisiones de compra de los usuarios al hacer transparentes los niveles de cobertura de cada uno de los planes.

Metodología de Cálculo de los Indicadores de Cobertura Efectiva

Los indicadores de cobertura efectiva de cada plan de salud se calcularán con la bonificación que el respectivo plan otorga a cada prestación considerando para cada una de ellas un precio referencial único definido por la Superintendencia.

En principio, el vector de precios o precio referencial único de cada prestación será equivalente al precio promedio de cada prestación y se determinará dividiendo el monto total facturado de cada prestación por su frecuencia, en un año. Esta información se obtendrá del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud que corresponde al año 2005, la cual cambiará anualmente. Con el tiempo, se ha previsto utilizar un vector de precios diferente para cada plan de salud definido según el segmento de prestadores al cual se encuentre orientado, información que será accesible a partir de los resultados del estudio 3 antes citado en este informe.

Para obtener el indicador de la cobertura efectiva de cada plan de salud, se ponderará la bonificación que corresponda a cada prestación -determinada para el vector de precios definido anteriormente- por el peso relativo que el gasto de la respectiva prestación tiene sobre el gasto total del Sistema. Del mismo modo, el indicador de cobertura correspondiente a cada Isapre, se calculará ponderando el indicador de cobertura de cada plan por la cartera de beneficiarios que cada uno de ellos tenga asociada.

En principio, los indicadores de cobertura se calcularán considerando sólo las prestaciones que deben ser bonificadas obligatoriamente por el Sistema, es decir, aquéllas que se encuentran incluidas en el Arancel del Fonasa en su modalidad de Libre Elección. Siendo así, para su determinación pueden utilizarse los ponderadores definidos para la “Supercartilla”, instrumento que complementa las propuestas sobre estandarización de planes.

Asimismo, se ha estimado razonable que los indicadores de cobertura efectiva correspondiente a planes que presentan cobertura preferente o cerrada sean calculados considerando la bonificación asociada al prestador principal del plan respectivo.

Los indicadores de cobertura se expresarán en porcentajes, sin utilizar decimales, para tal efecto las cifras se redondearán al entero más próximo utilizando un método simétrico.

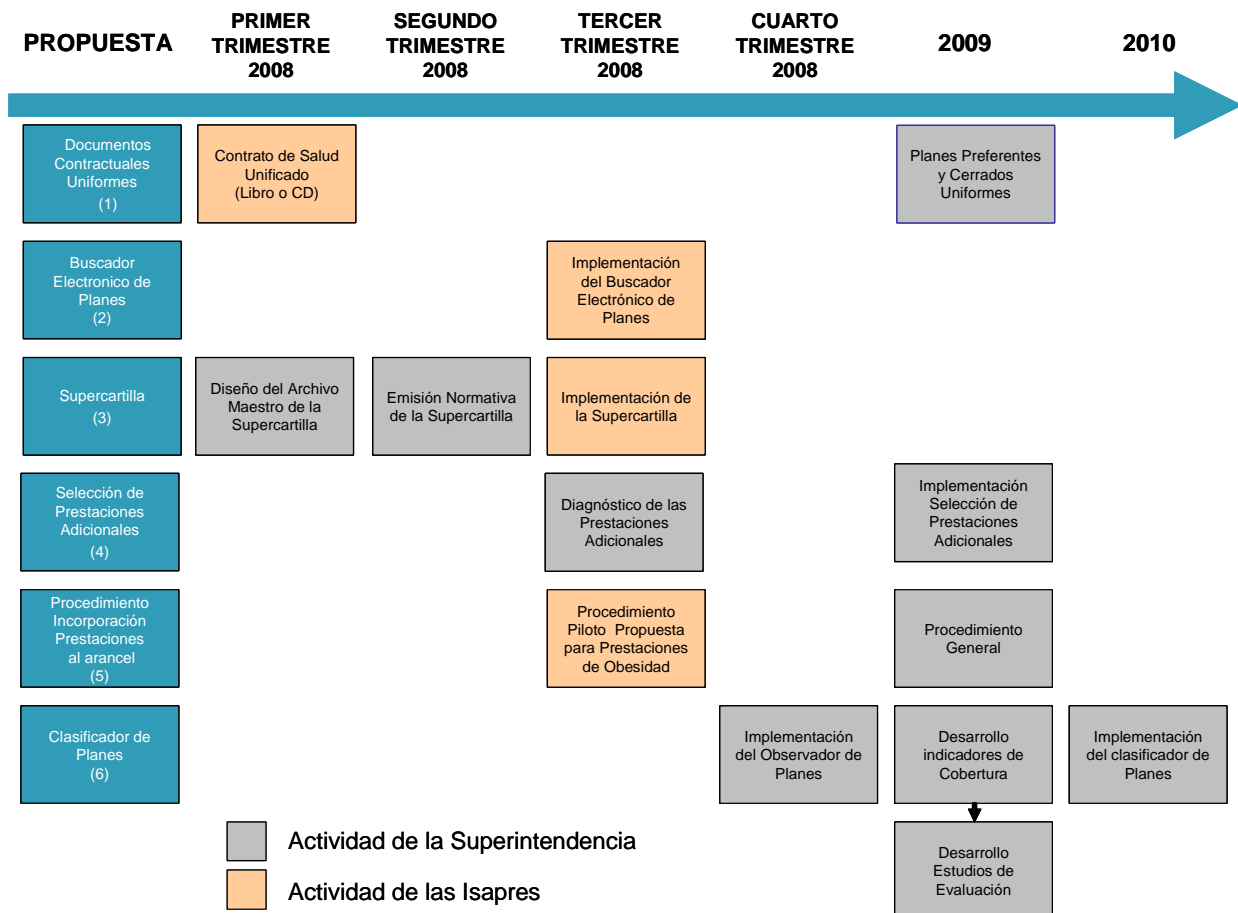
Etapa 4: Clasificador de Planes

Una vez aplicados los estudios anteriores y analizados sus resultados, el objetivo final es conocer los atributos deseables de la oferta, para definir una cantidad acotada de categorías de planes que permitan comparar y conducir a mejores y más razonadas decisiones de compra y, al mismo tiempo, facilitar esta decisión proporcionando productos (planes) basados en dimensiones que valoran los consumidores, haciendo más simétrico el proceso interactivo de selección y compra del plan.

IV. Plan de Regulación y Avances Alcanzados

El desarrollo e implementación de las propuestas de regulación presentadas en el apartado anterior de este informe, se realizará entre los años 2008 y 2010 conforme al siguiente plan de trabajo.

Estandarización y Simplificación de Planes de Salud Programa de Actividades



Actividades Comprometidas para el Año 2008 (avances realizados a la fecha)

(1) Contrato de Salud Unificado (Libro o CD)

Las Isapres, a través de su asociación gremial, remitieron a la Superintendencia la primera versión del documento unificado para observaciones, las cuales fueron evacuadas por esta organismo en diciembre de 2007.

Las Isapres se comprometieron a implementar el Contrato de Salud Unificado durante el transcurso del primer trimestre de 2008.

(2) Buscador de Planes

Las Isapres hicieron llegar a la Superintendencia para sus observaciones, el diseño preliminar del buscador de planes electrónico.

Las Isapres se comprometieron a implementar el Buscador de Planes Electrónico durante el transcurso del tercer trimestre de 2008.

(3) Supercartilla

La Superintendencia de Salud se encuentra trabajando en el diseño del Archivo Maestro de la Supercartilla, que formará parte de la regulación que dará origen a la misma y mediante el cual se recavará la información pertinente de cada una de ellas.

En el anexo 7 de este informe se adjunta un modelo preliminar de la Supercartilla y en el anexo 8 se acompaña el primer borrador del Archivo Maestro de la Supercartilla.

La Superintendencia se ha comprometido a diseñar el Archivo Maestro de la Supercartilla durante el primer trimestre de 2008 y a desarrollar la normativa atinente a la misma durante el transcurso del segundo trimestre de 2008 a fin que la supercartilla sea implementada por las Isapres en el tercer trimestre de 2008.

(4) Selección de Prestaciones Adicionales

La Superintendencia está trabajando en la búsqueda de las prestaciones adicionales que son comunes para todo el Sistema. Para tal efecto, se ha solicitado a las Isapres que reprocesen el primer envío del Archivo Maestro de Aranceles a fin de corregir algunas irregularidades que impiden acceder a la información de prestaciones adicionales y, también, se han establecido reuniones con I-med (empresa encargada de la venta electrónica de bonos) a fin de obtener la experiencia y los criterios utilizados por esta Institución en la homologación de prestaciones entre Isapres.

La Superintendencia se ha comprometido a desarrollar un diagnóstico sobre las prestaciones adicionales durante el transcurso del tercer trimestre de 2008, a fin de constatar la pertinencia de impartir instrucciones generales tendientes a generar la Selección de Prestaciones Adicionales definida en el apartado anterior.

(5) Procedimiento de Incorporación de Prestaciones al Arancel

Las Isapres están a cargo de diseñar un procedimiento piloto que considera la incorporación de todas aquellas prestaciones que se encuentran asociadas al tratamiento de la obesidad mórbida en sus respectivos aranceles. Este procedimiento será posteriormente visado por la Superintendencia y dará origen a instrucciones de general aplicación.

Las Isapres se comprometieron a entregar este primer procedimiento durante el transcurso del tercer trimestre de 2008.

(6) Clasificador de Planes

Como se ha descrito en el apartado anterior, la implementación del Clasificador de Planes se desarrollará en cuatro etapas consecutivas que concluirán hacia el 2010.

En este contexto, la Superintendencia se ha comprometido a desarrollar la primera de etapas de este proyecto en el transcurso del cuarto trimestre de 2008. Esta primera etapa consiste en la puesta en marcha de un observador de planes.

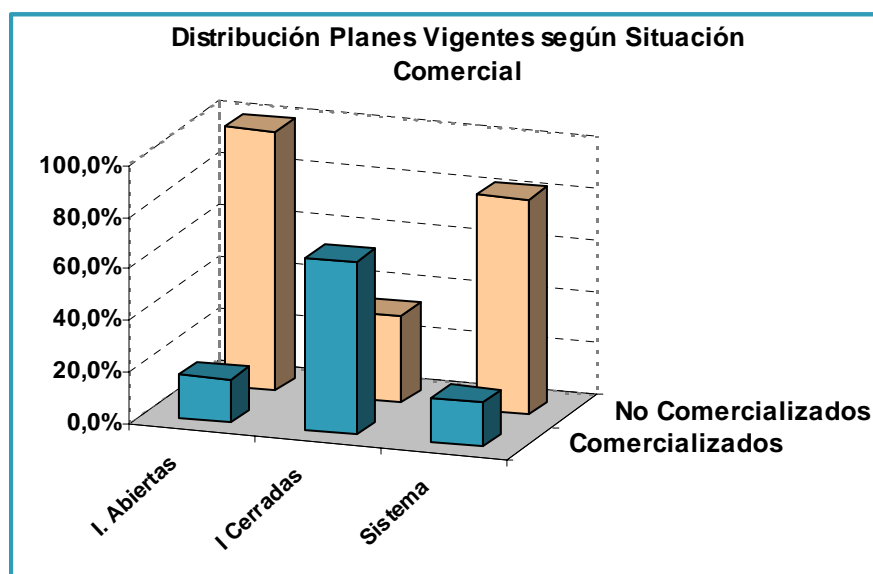
Adicionalmente, se ha previsto que, en la medida que exista disponibilidad de tiempo y recursos, durante el año 2008 se desarrollarán los términos de referencia y licitaciones de algunos de los estudios de evaluación que constituyen la segunda etapa de este proyecto y cuyos resultados se esperan para comienzos del año 2009. Un avance en este sentido son por una parte, la incorporación de preguntas atinentes en el Estudio de Opinión que actualmente se está desarrollando y por otra, la elaboración de los términos de referencia del estudio sobre dimensiones de valor para el usuario en la selección del plan de salud, los cuales se acompañan en el anexo 9 de este informe.

ANEXO 1

Distribución de los Planes Vigentes según Situación Comercial Enero de 2007

Cód.	Isapre	Situación Comercial de los Planes				Totales N°
		Comercializados		No Comercializados		
		N°	%	N°	%	
63	Fusat	66	9,3%	645	90,7%	711
67	Colmena	4.102	42,9%	5.454	57,1%	9.556
70	Normédica	394	55,0%	323	45,0%	717
78	ING Salud	526	10,9%	4.288	89,1%	4.814
80	Vida Tres	297	4,4%	6.414	95,6%	6.711
81	Ferrosalud	177	50,1%	176	49,9%	353
88	Masvida	258	15,6%	1.394	84,4%	1.652
99	Banmédica	344	2,8%	11.932	97,2%	12.276
107	Consalud	598	16,8%	2.970	83,2%	3.568
I. Abiertas		6.762	16,8%	33.596	692,2%	40.358
62	San Lorenzo	9	40,9%	13	59,1%	22
65	Chuquicamata	31	75,6%	10	24,4%	41
68	Río Blanco	8	100,0%	0	0,0%	8
76	Fundación	99	65,1%	53	34,9%	152
94	Cruz del Norte	5	100,0%	0	0,0%	5
I. Cerradas		152	66,7%	76	33,3%	228
Sistema		6.914	17,0%	33.672	83,0%	40.586

Fuente: Archivo Maestro de Planes de Salud

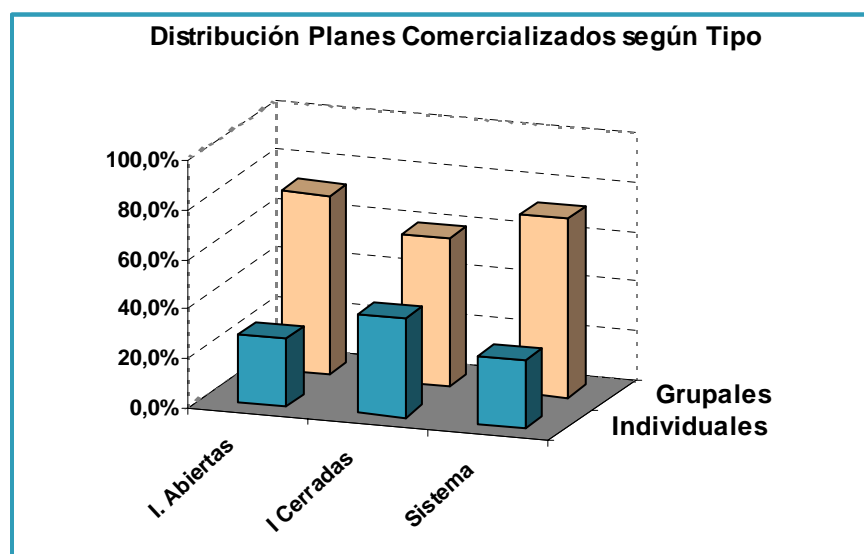


ANEXO 2

Distribución de los Planes Comercializados según Tipo Enero de 2007

Cód.	Isapre	Planes según Tipo				Totales N°
		Individuales		Grupales		
		N°	%	N°	%	
63	Fusat	24	36,4%	42	63,6%	66
67	Colmena	148	3,6%	3.954	96,4%	4.102
70	Normédica	324	82,2%	70	17,8%	394
78	ING Salud	190	36,1%	336	63,9%	526
80	Vida Tres	297	100,0%	0	0,0%	297
81	Ferrosalud	102	57,6%	75	42,4%	177
88	Masvida	258	100,0%	0	0,0%	258
99	Banmédica	344	100,0%	0	0,0%	344
107	Consalud	151	25,3%	447	74,7%	598
I. Abiertas		1.838	27,2%	4.924	72,8%	6.762
62	San Lorenzo	3	33,3%	6	66,7%	9
65	Chuquicamata	8	25,8%	23	74,2%	31
68	Río Blanco	0	0,0%	8	100,0%	8
76	Fundación	50	50,5%	49	49,5%	99
94	Cruz del Norte	0	0,0%	5	100,0%	5
I. Cerradas		61	40,1%	91	59,9%	152
Sistema		1.899	27,5%	5.015	72,5%	6.914

Fuente: Archivo Maestro de Planes

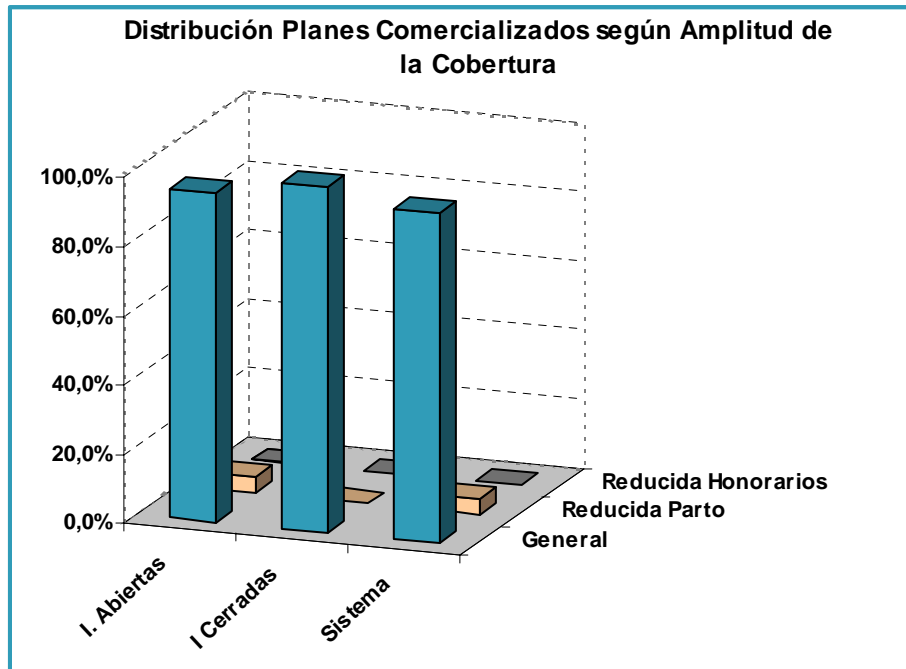


ANEXO 3

Distribución de los Planes Comercializados según Amplitud de la Cobertura Enero de 2007

Cód.	Isapre	Planes según Amplitud de la Cobertura						Totales N°
		General		Reducida Parto		Reducida Honorarios		
		N°	%	N°	%	N°	%	
63	Fusat	66	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	66
67	Colmena	4.100	100,0%	0	0,0%	2	0,0%	4.102
70	Normédica	363	92,1%	31	7,9%	0	0,0%	394
78	ING Salud	512	97,3%	14	2,7%	0	0,0%	526
80	Vida Tres	221	74,4%	76	25,6%	0	0,0%	297
81	Ferrosalud	177	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	177
88	Masvida	150	58,1%	108	41,9%	0	0,0%	258
99	Banmédica	268	77,9%	76	22,1%	0	0,0%	344
107	Consalud	597	99,8%	1	0,2%	0	0,0%	598
I. Abiertas		6.454	95,4%	306	4,5%	2	0,0%	6.762
62	San Lorenzo	9	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	9
65	Chuquicamata	31	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	31
68	Río Blanco	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	8
76	Fundación	99	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	99
94	Cruz del Norte	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
I. Cerradas		152	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	152
Sistema		6.606	95,5%	306	4,4%	2	0,0%	6.914

Fuente: Archivo Maestro de Planes

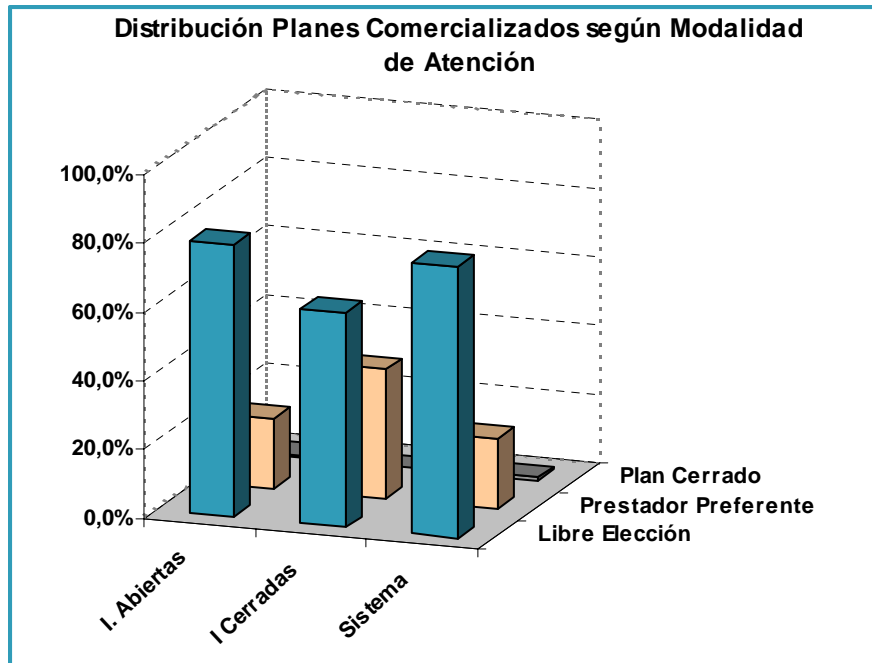


ANEXO 4

Distribución de los Planes comercializados según Modalidad de Atención Enero de 2007

Cód.	Isapre	Planes según Modalidad de Atención						Totales N°
		Libre Elección		Prestador Preferente		Plan Cerrado		
		N°	%	N°	%	N°	%	
63	Fusat	66	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	66
67	Colmena	4.102	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4.102
70	Normédica	88	22,3%	306	77,7%	0	0,0%	394
78	ING Salud	461	87,6%	62	11,8%	3	0,6%	526
80	Vida Tres	12	4,0%	285	96,0%	0	0,0%	297
81	Ferrosalud	177	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	177
88	Masvida	248	96,1%	10	3,9%	0	0,0%	258
99	Banmédica	15	4,4%	329	95,6%	0	0,0%	344
107	Consalud	178	29,8%	369	61,7%	51	8,5%	598
I. Abiertas		5.347	79,1%	1.361	20,1%	54	0,8%	6.762
62	San Lorenzo	9	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	9
65	Chuquicamata	10	32,3%	21	67,7%	0	0,0%	31
68	Río Blanco	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%	8
76	Fundación	71	71,7%	28	28,3%	0	0,0%	99
94	Cruz del Norte	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
I. Cerradas		95	62,5%	57	37,5%	0	0,0%	152
Sistema		5.442	78,7%	1.418	20,5%	54	0,8%	6.914

Fuente: Archivo Maestro de Planes

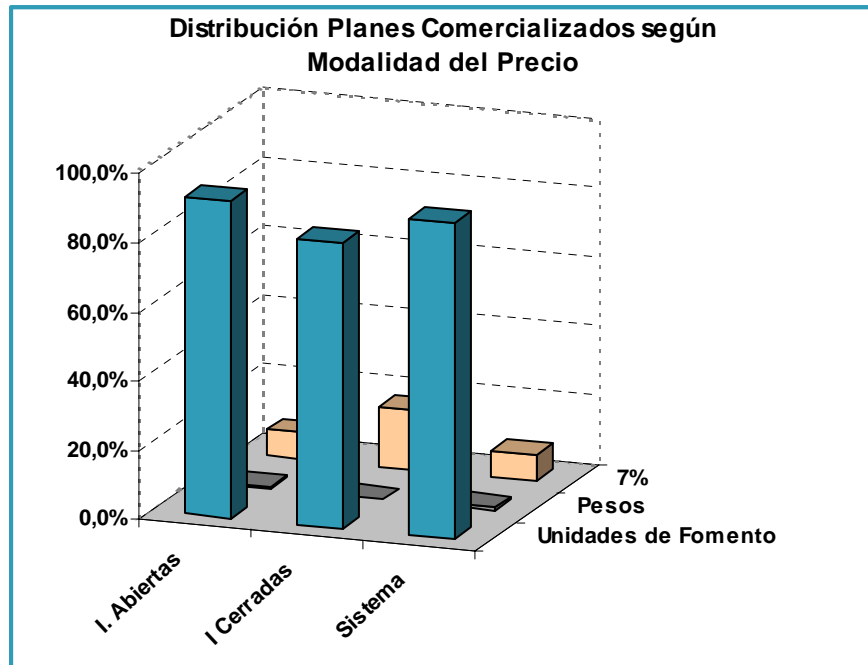


ANEXO 5

Distribución de los Planes Comercializados según Modalidad del Precio Enero de 2007

Cód.	Isapre	Unidades de Fomento		Planes según Modalidad del Precio				Totales N°
		N°	%	Pesos		7%		
				N°	%	N°	%	
63	Fusat	51	77,3%	0	0,0%	15	22,7%	66
67	Colmena	4.074	99,3%	0	0,0%	28	0,7%	4.102
70	Normédica	327	83,0%	0	0,0%	67	17,0%	394
78	ING Salud	190	36,1%	0	0,0%	336	63,9%	526
80	Vida Tres	297	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	297
81	Ferrosalud	64	36,2%	48	27,1%	65	36,7%	177
88	Masvida	258	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	258
99	Banmédica	344	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	344
107	Consalud	597	99,8%	0	0,0%	1	0,2%	598
I. Abiertas		6.202	91,7%	48	0,7%	512	7,6%	6.762
62	San Lorenzo	6	66,7%	0	0,0%	3	33,3%	9
65	Chuquicamata	16	51,6%	0	0,0%	15	48,4%	31
68	Río Blanco	4	0,0%	0	0,0%	4	0,0%	8
76	Fundación	95	96,0%	0	0,0%	4	4,0%	99
94	Cruz del Norte	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
I. Cerradas		126	82,9%	0	0,0%	26	17,1%	152
Sistema		6.328	91,5%	48	0,7%	538	7,8%	6.914

Fuente: Archivo Maestro de Planes



ANEXO 6

**Distribución de Planes Comercializados según Tramos de Cobertura Ambulatoria y Hospitalaria
Enero de 2007**

		Cobertura Hospitalaria								Total
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/i	
Cobertura Ambulatoria	100%	390	2	0	0	2	0	0	15	409
	90% - 99%	116	467	19	31	24	0	0	36	693
	80% - 89%	629	56	12	0	0	0	0	0	697
	70% - 79%	4	3.127	38	185	1.239	364	0	72	5.029
	60% - 69%	0	15	0	3	19	3	0	0	40
	50% - 59%	0	15	4	0	0	0	0	0	19
	< a 50%	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	s/i	0	8	0	0	0	0	0	17	25
Total	1.139	3.690	73	220	1.285	367	0	140	6.914	

**Distribución de Cotizantes de Planes Comercializados según Tramos de Cobertura Ambulatoria y Hospitalaria
Enero de 2007**

		Cobertura Hospitalaria								Total
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/i	
Cobertura Ambulatoria	100%	28.098	8	0	0	14	0	0	2.745	30.865
	90% - 99%	13.071	3.454	27	44	31	0	0	10.155	26.782
	80% - 89%	51.238	5.174	70	0	0	0	0	0	56.482
	70% - 79%	201	166.194	485	1.035	13.602	5.855	0	628	188.000
	60% - 69%	0	91	0	178	329	89	0	0	687
	50% - 59%	0	173	127	0	0	0	0	0	300
	< a 50%	0	0	0	11	3	0	0	0	14
	s/i	0	2.078	0	0	0	0	0	50.306	52.384
Total	92.608	177.172	709	1.268	13.979	5.944	0	63.834	355.514	

ANEXO 7

CARTILLA VALORIZADA DE PRESTACIONES OBLIGATORIAS

Identificación Única del Plan:

PRESTACIONES	PONDERADOR	VECES VALOR DE REFERENCIA	COBERTURA
		LIBRE ELECCIÓN	PRESTADOR PREFERENTE
PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			Se debe indicar la cobertura asociada al mejor convenio*, sobre la base de las siguientes reglas:
Día cama	17,40%	17,9 veces	- Si la cobertura preferente mejora los topes de libre elección, estos se deben expresar en veces el valor de referencia. - Si la cobertura preferente se presenta sin topes se debe indicar el porcentaje de cobertura y la expresión "sin tope". - Si la cobertura preferente está expresada en copagos, se debe indicar la expresión "copagos fijos".
Día cama cuidados intensivos o coronarios	3,06%	6,2 veces	
Día cama cuidados intermedios	3,67%	9,6 veces	
Exámenes de laboratorio	3,24%	6,8 veces	
Imagenología	3,04%	5,4 veces	
Kinesiología	1,04%	6,0 veces	
Procedimientos	4,64%	6,9 veces	
Derechos de pabellón	14,83%	5,8 veces	
Honorarios médicos quirúrgicos	41,93%	10,0 veces	
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis	2,04%	7,3 veces	
Visita por médico tratante	3,85%	5,8 veces	
Visita por médico interconsultor	1,00%	5,3 veces	
Traslados Médicos	0,27%	9,9 veces	
Total Hospitalario	42,91%	9,9 veces	
PRESTACIONES AMBULATORIAS			IDEM
Consulta médica	54,14%	4,8 veces	
Exámenes de laboratorio	10,94%	3,0 veces	
Imagenología	15,92%	2,9 veces	
Kinesiología	3,86%	3,6 veces	
Fonoaudiología	0,56%	3,6 veces	
Radioterapia	0,15%	4,4 veces	
Box ambulatorio	0,02%	7,7 veces	
Procedimientos	8,34%	3,2 veces	
Pabellón ambulatorio	0,84%	3,2 veces	
Honorarios médicos quirúrgicos	2,73%	4,6 veces	
Prótesis y órtesis	2,51%	1,5 veces	
Atención integral de enfermería y nutricionista	0,00%	1,0 veces	
Total Ambulatorio	57,09%	4,0 veces	

(*) Se deben identificar los prestadores a los que corresponden las coberturas preferentes indicadas

BORRADOR ARCHIVO MAESTRO DE LA SUPERCARTILLA

1. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES

1.1 Estructura Computacional del Archivo Maestro Prestaciones Obligatorias.

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico
(04)	CODIGO DE PRESTACION	Numérico
(05)	TOPE DE PLAN EN ATENCIÓN AMBULATORIA	Numérico
(06)	TOPE DE PLAN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	Numérico

2. DEFINICIONES

2.1 Definiciones del Archivo Maestro Prestaciones Obligatorias.

En este archivo debe informarse los topes (Ambulatorio, Hospitalario) asignados a cada prestación que son bonificados por cada plan de salud complementario en comercialización, según el arancel de prestaciones Fonasa.

(01) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en esta Superintendencia.

Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe corresponder al código vigente.
- ✓ Debe ser igual al número especificado en el nombre del archivo remitido por la Isapre.

(02) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato AAAAMM, donde:

AAAA = Año

MM = Mes que se informa.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

(03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.

Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos o apóstrofes, sin guiones, puntos ni comas.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El nombre identificador del plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
- ✓ Debe tener la misma estructura y secuencia utilizada para identificar al plan en el campo 03 del Archivo Maestro de Planes de Salud y en el campo 22 del Archivo Maestro de Beneficiarios.

(04) CÓDIGO DE PRESTACION

Corresponde al código definido en el arancel de prestaciones del Fondo Nacional de Salud vigente al momento de informar.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

(05) TOPE DE PLAN EN ATENCIÓN AMBULATORIA

Corresponde al tope del plan para la prestación ambulatoria (campo 04) y plan (campo 03), expresado en pesos (\$). Para aquellos topes que están expresados en Unidades de Fomento deberán llevarse a pesos usando la Unidad de Fomento determinada por la Superintendencia de Salud.

Campo numérico, sin decimales. Para ello deberá realizarse un proceso de redondeo de topes.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, para aquellas prestaciones que se de carácter ambulatorias.
- ✓ **Validadores de Consistencia:**
- ✓ Debe ser cero en el caso que, la prestación informada sólo se otorgue en modalidad de atención hospitalaria.
- ✓ El código de la prestación informada debe ser parte del arancel de prestaciones Fonasa vigente.

(06) TOPE DE PLAN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Corresponde al tope del plan para la prestación hospitalaria (campo 04) y plan (campo 03), expresado en pesos (\$). Para aquellos topes que están expresados en Unidades de Fomento deberán llevarse a pesos usando la Unidad de Fomento determinada por la Superintendencia de Salud.

Campo numérico, sin decimales. Para ello deberá realizarse un proceso de redondeo de topes.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, para aquellas prestaciones que se de carácter hospitalario.
- ✓ **Validadores de Consistencia:**
- ✓ Debe ser cero en el caso que, la prestación informada sólo se otorgue en modalidad de atención ambulatoria.
- ✓ El código de la prestación informada debe ser parte del arancel de prestaciones Fonasa vigente.

**TERMINOS DE REFERENCIA
DIMENSIONES DE VALOR PARA EL USUARIO EN LA
SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD**

Departamento de Estudios y Desarrollo

Noviembre 2007

I. Antecedentes

La Superintendencia de Salud, inicia sus funciones y atribuciones a partir del 1° de enero de 2005. Le corresponde a este Organismo, supervigilar y controlar a las Isapres y al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) en los términos que señalan las respectivas leyes que rigen a estas instituciones. Además, vela por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley relativa al Régimen de Garantías de Salud, actividades que ejerce a través de su Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. Asimismo, le compete fiscalizar a todos los prestadores públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación, y el cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación, tarea que ejerce por medio de la Intendencia de Prestadores.

Como parte de los objetivos estratégicos de la Superintendencia de Salud, está el velar por los derechos de las personas. En tal sentido, se pretende contribuir y coadyuvar con herramientas que aporten al conocimiento del usuario en términos de entregar los insumos para optimizar la elección de un plan de salud, su eventual compra y eficiencia en su uso.

El escenario actual no facilita este objetivo ya que a enero de 2007, el Sistema Isapre contaba con 40.586 planes de salud vigentes, de los cuales un 17% estaban en comercialización, es decir, 6.914 planes y de estos últimos 1.899 eran de tipo individual. Esta diversidad de planes se produce especialmente entre las isapres abiertas del Sistema, las cuales han intentado maximizar sus ventas estableciendo amplias diferenciaciones al producto. La multiplicidad y la complejidad de los planes de salud existentes en el mercado, la diversidad en los atributos del producto (precio, grupales o individuales, libre elección o prestadores de salud preferentes, o cerrados, entre otros atributos.) Esta diversidad ha condicionado que los consumidores a lo menos se sientan confundidos con la información que se les entrega, que les impide comparar los planes de acuerdo a las dimensiones que ellos valoran y/o atributos que debieran mostrar para comprenderlos y rentabilizarlos de manera razonable.

Con la experiencia acumulada, se han constatado cambios en la formulación de los planes de salud y nuevas propuestas que favorecen la familiaridad del plan con los usuarios, pero aún es insuficiente. Por cuanto estos planes en su formulación obedecen a estrategias comerciales propias de cada isapre. En tal sentido, el plan de salud estratégicamente debe mostrar, priorizar y sustentarse en las principales dimensiones de valor y atributos que son significativos para el usuario. De esta manera, efectuar una mejor elección, tener un mayor conocimiento, y calidad en la eficiencia de su uso.

En consecuencia, constituye un desafío conocer las dimensiones que valora la familia respecto de su plan en el momento de elegir. Por esta vez, se utilizará el término familia para referirse al

cotizante y su carga cónyuge, que son las personas que podrían tener influencia en la selección del plan.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea un estudio destinado a conocer las dimensiones de valor y atributos, que más valora el usuario al momento de elegir y comprar un plan de salud. Con todo, es necesario dividir el mercado heterogéneo (conjunto de usuarios) en segmentos homogéneos específicos, que permitan determinar características relevantes para cada grupo y poner en evidencia las dimensiones – atributos de diferenciación entre los usuarios al elegir el plan. Del mismo modo, reconocer aquellas que son comunes a todos los segmentos.

Finalmente, para la realización del estudio de opinión se contratarán los servicios de una empresa especializada en este tipo de investigación, proceso que se efectuará mediante un llamado a licitación a través del Portal de Chile Compras.

II. Objetivos

Objetivo General

- Determinar las dimensiones de valor y/o atributos que influyen en los usuarios de Isapres al seleccionar un plan de salud.

Objetivos Específicos

1. Identificar los beneficios, atributos y valores, que reconoce el usuario respecto a su plan de salud.
2. Identificar el conocimiento y grado de satisfacción que tienen los usuarios respecto de su plan de salud.
3. Obtener información comparativa entre los usuarios de las distintas isapres con relación a la imagen, percepción y expectativas que tienen ellos respecto de su plan.
4. Identificar las experiencias de los usuarios en el uso de su plan de salud.
5. Identificar los principales actores que los usuarios señalan como facilitadores en el conocimiento y uso de su plan.
6. Identificar los principales actores que los usuarios señalan como obstaculizadores en el conocimiento y uso de su plan.
7. Identificar las áreas problemáticas que tienen los usuarios respecto de la comprensión y entendimiento de su plan.
8. Identificar las dimensiones de valor - atributos del plan de salud que son comunes en los distintos segmentos y aquellas expresiones de valor esenciales que son propias del grupo según nivel socioeconómico, sexo, edad, ciclo de vida e isapre.
9. Identificar el usuario del grupo familiar que influye y determina la decisión de elección, eventual cambio o compra del plan.
10. Diferenciar el comportamiento de los distintos segmentos de usuarios respecto de sus preferencias por isapre, de su plan de salud, vías que utilizan para comparar los planes, de donde y de quienes obtienen la información para su elección, decisión de compra o cambio.
11. Identificar las distintas tipologías de consumidores con relación a la elección del plan de salud.
12. Identificar los aspectos que son de interés del usuario que contribuirían a la comprensión y entendimiento de su plan tales como, diseño, mensaje, presentación y vías de información.
13. Identificar al miembro de la familia que administra el plan de salud y su experiencia en el uso de él, con la isapre y con los prestadores de salud.

14. Identificar la importancia y atributos que se le atribuyen al prestador de salud, cobertura, precio base, factores de riesgo y precio total, para la elección del plan.
15. Formular indicadores que permitan monitorear en el tiempo las dimensiones de valor y atributos que la familia considera importantes para elegir su plan (se pretende evaluar cambios en las preferencias).
16. Identificar los aspectos que tenderían a simplificar y reducir el esfuerzo de búsqueda de la información para la elección del plan de salud
17. Identificar la mejor combinación de dimensiones de valor y o atributos a mostrar en el plan de salud para influir en una mejor selección del mismo.
18. Proponer la combinación de dimensiones de valor y atributos que soporta de mejor forma la comparación del plan de salud, para su eventual elección. Asimismo, los aspectos que este debe considerar en su diseño para una mejor comprensión.

III. Universo y Muestra

El universo está constituido por el total de cotizantes hombres - mujeres y sus cargas cónyuges de 18 años o más, pertenecientes a los distintos niveles socioeconómicos de Isapres abiertas, residentes en el Gran Santiago, más las comunas de San Bernardo y Puente Alto.

La muestra será propuesta por la empresa que postula a la licitación, deberá especificar detalladamente el diseño muestral y la selección de las unidades muestrales.

IV. Metodología

Investigación con metodología de tipo cualitativa, la propuesta técnica debe considerar técnicas de investigación que permitan una mayor profundización del estudio tales como: proyectivas, experienciales, de observación participante, éstas deben permitir la identificación de las dimensiones de valor y atributos que importan al usuario de isapre al seleccionar un plan de salud. Estas técnicas pueden ser entre otras: laddering, collage, historia de vida, grupos con técnicas con profundización individual (GPI) y evocación de imágenes.

Por otro lado, la propuesta debe contener las especificaciones del diseño técnico sobre el método empleado en el proceso de selección de la muestra y los criterios utilizados en la determinación de la estratificación muestral.

Aspectos a considerar:

1. La Superintendencia se reserva el derecho de propiedad de las transcripciones u otros elementos obtenidos en las técnicas usadas e informes resultantes.
2. Los resultados serán presentados en un informe que de cuenta del estudio cualitativo y del contenido analítico correspondiente al estudio. Estos resultados serán expuestos en las sesiones necesarias para los directivos de la Superintendencia.
3. Se valorará la aplicación de triangulación metodológica en el estudio que permita completar y comparar los resultados sobre el objeto del estudio.

V. Costos estimados, pagos y plazos para la ejecución

Se estima que la investigación tiene un costo total no superior a \$10.000.000. El informe final deberá ser entregado a más tardar el marzo de 2008.

De los pagos se estipula lo siguiente:

1. Pago del 50% del valor total al momento de la entrega del diseño metodológico de la investigación, de la o las técnica (s) a usar, selección de la muestra y aplicación de estas.
2. Pago del saldo equivalente a un 50% del valor total al momento de la aprobación del informe final, que considera resultados, análisis de resultados y propuestas orientadoras respecto al diseño, presentación de formato y atributos que debe incorporar el plan para permitir de mejor manera su comparación.

Ambos pagos estarán sujetos a la aprobación de la contraparte técnica de la Superintendencia.

De los plazos:

Se estima que el inicio de actividades será el 1 de enero y el plazo disponible para su realización será hasta marzo 2008, fecha en que se entregará el informe final.

ANEXO

1. USUARIOS ISAPRES

Total de cotizantes y cargas del Gran Santiago según sexo SEPTIEMBRE 2007

	Femenino	Masculino	Total
Número de Cotizantes	273.335	479.566	752.901
Número de cargas, cónyuges	137.755	2.953	140.708
Total	411.090	482.519	893.609

LISTADO DE COMUNAS CONSIDERADAS PARA EL ESTUDIO

Código Comuna	Nombre Comuna
13102	Cerrillos
13103	Cerro Navia
13104	Conchalí
13105	El Bosque
13106	Estación Central
13107	Huechuraba
13108	Independencia
13109	La Cisterna
13110	La Florida
13111	La Granja
13112	La Pintana
13113	La Reina
13114	Las Condes
13115	Lo Barnechea
13116	Lo Espejo
13117	Lo Prado
13118	Macul
13119	Maipú
13120	Ñuñoa
13121	Pedro Aguirre Cerda
13122	Peñalolén
13123	Providencia
13124	Pudahuel
13201	Puente Alto
13125	Quilicura
13126	Quinta Normal
13127	Recoleta
13128	Renca
13401	San Bernardo
13129	San Joaquín
13130	San Miguel
13131	San Ramón
13101	Santiago
13132	Vitacura