

CIRCULAR IF/ N° 112¹

Santiago, 28 ene 2010

**IMPARTE NUEVAS INSTRUCCIONES SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE
ADECUACIÓN DE LOS PRECIOS BASE Y DEROGA LA CIRCULAR IF/14, DEL 3
DE FEBRERO DE 2006**

En ejercicio de las atribuciones conferidas a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, especialmente las contenidas en los números 2 y 8 del artículo 110 y en el artículo 114, ambos del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud -en adelante el DFL N°1- y en virtud de lo dispuesto en el artículo 198 del citado decreto, se imparten las siguientes instrucciones referidas a las reglas a que deben sujetarse las Instituciones de Salud Previsional para la aplicación del procedimiento de adecuación anual de los precios base de los planes complementarios.

2.- DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Circular, se entiende por:

Plan de salud: el plan de salud complementario.

Precio base: el precio único asignado por la Isapre a cada plan de salud o precio de lista, el cual, multiplicado por el factor que corresponda a la persona afiliada o beneficiaria de conformidad a la respectiva tabla de factores, sirve para determinar el precio final que se pagará a la Isapre por el plan de salud contratado.

Procedimiento de adecuación: el procedimiento de adecuación anual de contratos establecido en el artículo 197 del DFL N°1, el cual sólo puede estar referido al precio base del plan de salud y se aplica a los contratos cuya anualidad se cumpla a partir del mes de julio de cada año.

Planes revisados en el procedimiento de adecuación: todos los planes individuales que tienen al menos una persona cotizante con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año, salvo aquéllos cuyo precio base se encuentre expresado en el porcentaje de la cotización legal para salud².

Cartera: el total de beneficiarios y beneficiarias que se encuentran adscritos a los planes revisados en el procedimiento de adecuación y que tienen beneficios vigentes en el mes de enero de cada año.

¹ Modificada por Resolución Exenta IF N°126, del 9 de marzo de 2010, que resuelve recurso de reposición de las Isapre Banmédica y Vida Tres.

² Se eliminó la parte final de este párrafo que decía: "y aquéllos que se encuentren sometidos al proceso de adecuación excepcional a que se refiere el número 5 de la letra C) del artículo 189 del DFL 1, de 2005, de Salud".

Variación del precio: el cambio porcentual real (sobre la variación del IPC) proyectado por la Isapre para el precio base de cada uno de los planes de salud revisados en el procedimiento de adecuación.

Promedio ponderado de las variaciones: la suma de las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en el total de la cartera.

Banda de precios: el rango porcentual en el que deben encontrarse las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación. El límite máximo de la banda se obtiene multiplicando el promedio ponderado de las variaciones de precios por 1,3 y el límite mínimo se obtiene multiplicando dicho promedio por 0,7.

3.- OBJETIVO DEL NUEVO PROCEDIMIENTO DE ADECUACIÓN

Con las modificaciones introducidas por la Ley N°20.015, el artículo 197 del DFL N°1, dispone que las Instituciones de Salud Previsional podrán revisar anualmente los contratos de salud pudiendo sólo modificar el precio base de los planes.

Asimismo, el punto 2 del artículo 198 del DFL N°1 dispone que la variación del precio base de cada plan de salud no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio.

Esta regla, tiene por objetivo vincular el porcentaje de variación del precio de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación con el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos, en un mismo período, buscando delimitar la dispersión de las alzas que puede existir al interior de una misma Isapre y con ello, mejorar el nivel de solidaridad entre sus beneficiarios y beneficiarias.

4.- CÁLCULO DE LA BANDA DE PRECIOS

4.1.- Información Necesaria para el Cálculo

La Isapre deberá efectuar el cálculo de la banda de precios con la información que se indica en las letras siguientes:

a) Planes revisados en el procedimiento de adecuación en trámite.

Deben incluirse todos los planes individuales que tengan, a lo menos, una persona cotizante con beneficios vigentes en el mes de enero del año correspondiente, salvo aquéllos cuyo precio base se encuentre expresado en el porcentaje de la cotización legal para salud.³

³ Se eliminó la parte final de este párrafo que decía: “y aquéllos que se encuentren sometidos al proceso de adecuación excepcional a que se refiere el número 5 de la letra C) del artículo 189 del DFL 1, de 2005, de Salud”.

- b) Variaciones de precios proyectadas por la isapre para cada uno de los planes señalados en el punto anterior.

Dicha variación deberá calcularse sobre precios base expresados en unidades de fomento (UF). Para expresar en UF los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, la Isapre deberá utilizar el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

Las variaciones de precios deberán expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal, utilizando el método de aproximación simétrica, por ejemplo, 2,24 debe informarse como 2,2 mientras que 2,25 debe informarse como 2,3.

Las variaciones de precios pueden ser equivalentes a cero (0%), pero, de igual forma deberán considerarse para el cálculo de la banda de precios.

- c) La cartera de cada uno de los planes señalados precedentemente.

La cartera debe estar referida a las personas cotizantes y sus cargas con beneficios vigentes en el mes de enero del año correspondiente.

4.2.- Cálculo del Promedio Ponderado de las Variaciones

Conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del punto 2 del artículo 198 del DFL N°1, el promedio ponderado de las variaciones se calculará sumando las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en el proceso de adecuación, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en el total de la cartera.

El promedio ponderado de las variaciones se calcula como sigue:

$$\overline{PPV} = \frac{\sum_{i=1}^n Vp_i \times b_i}{B}$$

Donde:

\overline{PPV} = Promedio ponderado de las variaciones de precios.

Vp_i = Variación porcentual del precio base del plan i.

b_i = Cartera del plan i.

B = Cartera total equivalente a la suma de los b_i .

n = Cantidad de planes revisados en el procedimiento de adecuación.

El promedio ponderado de las variaciones de precios deberá expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal.

Ejemplo:

Plan	Variación	Cartera
A	2,2%	500
B	4,0%	200
C	2,0%	300
Cartera Total		1.000

$$\overline{PPV} = \frac{0,022 \times 500 + 0,04 \times 200 + 0,02 \times 300}{1.000} = 0,025$$

$$\overline{PPV} = 2,5\%$$

4.3.- Determinación de la Banda de Precios

La variación del precio base de cada plan de salud no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio.

En consecuencia, la banda de precios se calcula como sigue:

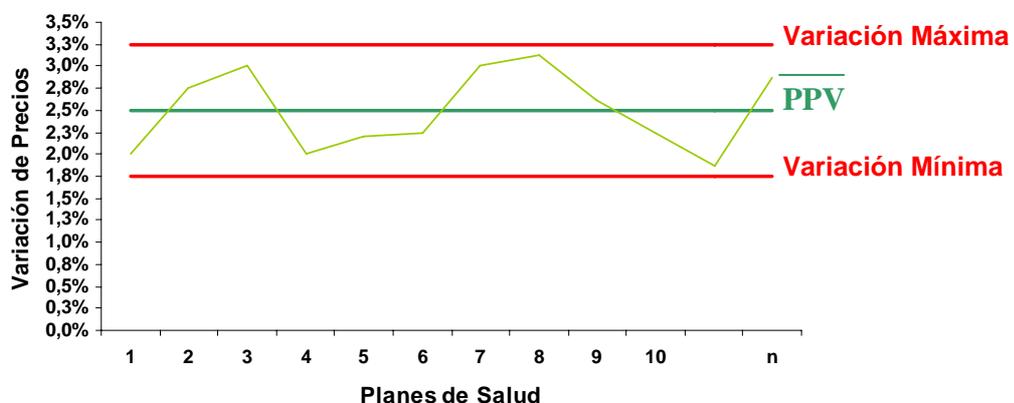
$$\text{Variación Máxima Posible} = \overline{PPV} \times 1,3$$

$$\text{Promedio Ponderado de las Variaciones} = \overline{PPV}$$

$$\text{Variación Mínima Posible} = \overline{PPV} \times 0,7$$

Ejemplo:

Si el promedio ponderado de las variaciones de precios es equivalente a 2,5%, entonces, la variación máxima posible de aplicar al precio base de cada plan de salud es de 3,3% y la variación mínima es de 1,8%.



4.4.- Aplicación de la Banda de Precios

Las variaciones de precios ajustadas a esta regla, se aplicarán a todos los contratos que cumplan anualidad entre los meses de julio del año que corresponda y junio del año siguiente, considerando el precio base que cada persona cotizante tenga al momento de la adecuación, el cual, en virtud de un dictamen judicial, resolución de esta Superintendencia u otra razón justificada, puede ser distinto al precio base vigente o de lista para el plan respectivo.

5.- PLANES CREADOS ENTRE FEBRERO Y JUNIO DE CADA AÑO

Conforme a lo dispuesto en el punto 3 del artículo 198 del DFL N°1, las variaciones de precios que determine la Isapre para los planes creados entre febrero y junio de cada año, ambos meses inclusive, deberán ajustarse a la regla indicada precedentemente, pero en el proceso de adecuación del período siguiente.

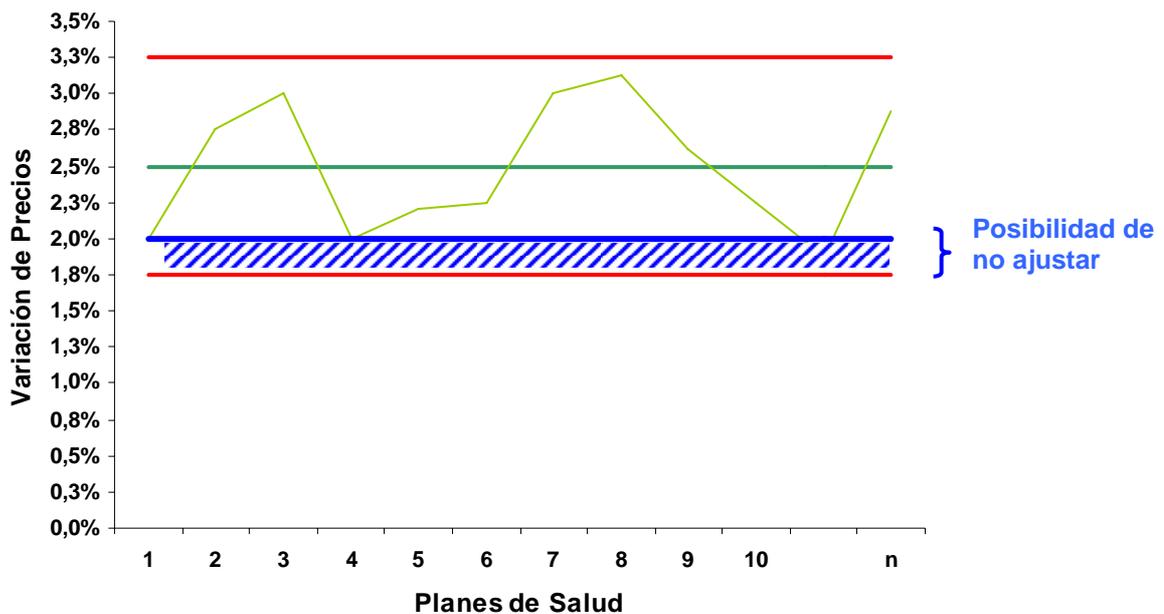
Lo anterior implica que la variación real de precios proyectada para estos planes deberá aplicarse entre febrero y junio del año subsiguiente, por cuanto, no es posible que dichos planes sean considerados en el proceso de adecuación en trámite.

Esta misma regla se aplica para planes creados con anterioridad a febrero y que no tengan cotizantes con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año.

6.- OPCIÓN DE NO AJECUAR LOS PRECIOS BASE

Conforme a lo dispuesto en el número 4 del artículo 198 del DFL N°1, las Isapres podrán optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en que la variación de precios proyectada, dentro de la banda, sea igual o inferior a 2%.

Ejemplo:



7. ENVÍO DE INFORMACIÓN A LA INTENDENCIA

7.1. Las Isapres deberán informar antes del día 31 de marzo de cada año⁴ el valor porcentual del promedio ponderado de las variaciones de precios (PPV) que proyectan aplicar durante el proceso de adecuación en trámite, como así también, el rango porcentual en que fluctuarán dichas variaciones de precios.

Para efectos de cumplir con el plazo de envío antes señalado, las Isapres deberán remitir la información solicitada, por medio de un correo electrónico dirigido a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y a la Jefatura del Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia. Lo anterior, sin perjuicio de informar por escrito a esta Intendencia, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha del correo electrónico señalado.

7.2. Por otra parte, las Isapres deberán informar la situación en la que se encuentran sus planes, en relación al proceso de adecuación en trámite, completando la opción que corresponda en el nuevo campo (32) que se agrega al “Archivo Maestro de Planes Complementarios”, según se indica en el numerando siguiente.

8. MODIFICA ANEXO DE LA CIRCULAR IF/N°13, DEL 02 DE FEBRERO DE 2006.

Modifícase el anexo de la circular IF/13, del 02 de febrero de 2006, del siguiente modo:

- a) Agrégase en el numeral 1.1 sobre “Estructura computacional del Archivo Maestro de Planes Complementarios”, a continuación del campo (31), el siguiente nuevo campo (32), con su descripción y tipo numérico:

(32)	MARCA DE LA ADECUACIÓN	Numérico
-------------	-------------------------------	----------

- b) Agrégase, en el numeral 2.1 sobre “Definiciones del Archivo Maestro de Planes Complementarios”, a continuación de la definición (31) sobre porcentaje bonificación prestaciones hospitalarias, la siguiente nueva:

(32) MARCA DE LA ADECUACIÓN	Indica la situación del plan informado con respecto al proceso de adecuación en trámite a que se refiere el párrafo tercero del artículo 197, del DFL N°1, de 2005. Campo numérico, sin punto o coma decimal, con valores entre 1 y 6, según corresponda, donde: 1 = Plan cuyo precio base será ajustado en el procedimiento de adecuación anual en trámite. 2 = Plan cuyo precio base no será
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁴ La Resolución Exenta 126, del 9 de marzo de 2010, reemplazó la expresión “hasta el...” por “antes del...”.

	<p>ajustado en el procedimiento de adecuación anual en trámite, por cuanto la variación de precios proyectada para los mismos es igual o inferior al 2% dentro de la banda.</p> <p>3 = Plan sometido a un proceso de adecuación excepcional, por término o modificación de convenios con prestadores cerrados o preferentes, a que se refiere el número 5 de la letra C) del artículo 189 del DFL 1, de 2005, de Salud.⁵</p> <p>4 = Plan cuyo precio base no será ajustado en el procedimiento de adecuación anual en trámite, por cuanto no tiene personas cotizantes con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año.</p> <p>5 = Plan individual cuyo precio base se encuentra expresado al 7%.</p> <p>6 = Plan grupal</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ✓ No se acepta cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si en este campo se informa valor = 2, el campo 24 debe tener valor "N". ✓ Si en este campo se informa valor = 4, el campo 28 debe tener valor cero. ✓ Si en este campo se informa valor = 5, el campo 04 debe tener valor "I", el campo 06 debe tener valor "N" y el campo 07 debe tener valor "3". ✓ Si en este campo se informa valor = 6, el campo 04 debe tener valor "G".
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9.- FISCALIZACIÓN

Esta Intendencia fiscalizará el cumplimiento de las instrucciones comprendidas en la presente Circular y dejará sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, ello sin perjuicio de la eventual aplicación de las sanciones que correspondan de acuerdo al artículo 220 DFL N°1 y de lo establecido en el artículo 127 inciso 3° del DFL N°1.

⁵ Este número fue modificado por la Resolución Exenta IF/N°126, del 9 de marzo de 2010.

Asimismo, esta Intendencia informará al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determinen, sobre aquellos casos en que se dejen sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado en el DFL N°1 y en este instructivo.

10.-DEROGACIÓN DE NORMATIVA

A partir de la vigencia de la presente Circular, se deroga la Circular IF/N°14, de fecha 3 de febrero de 2006.

11.- VIGENCIA DE LA CIRCULAR

La presente Circular entrará en vigencia a partir de la fecha de su notificación, y tanto ésta como el texto actualizado de la Circular IF/N°13, estarán disponibles en el sitio Web de la Superintendencia de Salud.

**ALBERTO MUÑOZ VERGARA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

Incorpora Firma Electrónica Avanzada

UNA/FNP/RDM/RPS/SAQ

DISTRIBUCION:

- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Superintendente
- Intendentes
- Jefaturas de Departamentos
- Jefaturas de Subdepartamentos
- Agencias Regionales
- Oficina de Partes