

## MINUTA DE POSICIÓN

### FISCALIZACIÓN DE LA BONIFICACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS OTORGADAS POR LAS ISAPRES

Respecto al financiamiento que otorgan las Isapres a las prestaciones de salud requeridas por las personas afiliadas y beneficiarias, cabe señalar que se han efectuado dos Diálogos Participativos, uno en el año 2008, referente a las Garantías Explícitas de Salud (GES) y otro el 2009, referido a la Cobertura Adicional Catastrófica (CAEC), por lo que para continuar con el ciclo, este año se abordará la cobertura otorgada de acuerdo a lo establecido en el Plan de Salud Complementario.

#### DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La bonificación es el porcentaje o monto del valor total de una prestación de salud que cubre la Isapre, de acuerdo a lo pactado a través del plan de salud contratado.

En el proceso de bonificación de las prestaciones de salud en el Sistema de Isapres, existen cinco documentos que juegan un papel preponderante, estos son: la Declaración de Salud, el Contrato y Plan de Salud, Arancel y Selección de Prestaciones Valorizadas (cartilla). De igual forma, para comprender el referido proceso en sí, también se deben conocer conceptos tales como, Prestador, Copago, Copago Fijo, Prestador Preferente, Prestador Derivado, Tope por Prestación y Tope Anual por Prestación, entre otros.

#### Declaración de Salud

En el proceso de afiliación a una Isapre, el primer paso es la suscripción de una Declaración de Salud, que es un documento mediante el cual el afiliado(a) debe registrar las enfermedades o condiciones de salud preexistentes tanto de él (ella) como de sus familiares beneficiarios y sólo en éste, se pueden convenir las restricciones de cobertura. Así las cosas, con la información contenida en la Declaración de Salud, la Isapre evalúa el riesgo médico de los futuros beneficiarios previo a su afiliación o incorporación.

#### Contrato de Salud y Plan de Salud Complementario

La suscripción de un Contrato de salud permite acceder a los beneficios y coberturas pactadas en un plan de salud complementario.

Dentro de este contexto, el contrato de salud es un instrumento formal donde se establecen los derechos y obligaciones para las partes, en este caso, la Isapre y la persona cotizante, y forman parte de él, entre otros documentos, el Plan de Salud Complementario, donde se establece lo que la Isapre pagará por las atenciones de salud que reciben quienes estén afiliados y sus respectivas cargas; así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento.

A mayor abundamiento, en el plan de salud se estipulan las prestaciones hospitalarias, ambulatorias y beneficios pactados con el respectivo porcentaje de cobertura sobre el valor real, el que puede estar sujeto a topes máximos de bonificación expresados en pesos, UF o en números de veces el Arancel de la Isapre respectiva. Asimismo, el plan de salud puede contener tres modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, cuyos requisitos se encuentran regulados por la ley. Las modalidades son:

➤ **Plan Libre Elección:** El/la beneficiario(a) puede elegir libremente el prestador de salud, sin intervención de la Isapre. En este aspecto, la Superintendencia impartió instrucciones con el fin de promover en el sistema privado de salud el uso de un Formato Uniforme del Plan de Salud de Libre

Elección que permitiera y favoreciera la transparencia y comparación de los planes de salud ofrecidos en el mercado y una mejor comprensión de éstos por parte de los usuarios. La mayoría de las Isapres se adhirieron al uso del señalado formato uniforme.

- Plan Cerrado: El/la beneficiario(a) sólo puede requerir prestaciones de salud en los prestadores individualizados en el respectivo plan.
- Plan con prestadores preferentes: El/la beneficiario(a) puede acceder a prestadores definidos en el plan o de libre elección, eso sí, el monto cubierto en una u otra opción es diferente, pues se otorga mayor cobertura si se recurre a los prestadores preferentes.

En el plan de salud también se definen las modalidades de pago de las atenciones médicas, entre las cuales se encuentran las órdenes de atención médica o bono, reembolsos de pagos efectuados directamente al prestador respectivo y Programas de Atención Médica o PAM.

### **Cobertura Mínima**

La ley protege los derechos de las personas afiliadas y beneficiarias, estableciendo una cobertura mínima que las Isapres tienen la obligación de otorgar, la que no puede ser inferior al 25% de la prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura financiera que asegura el FONASA en la Modalidad de Libre Elección a todas las prestaciones contempladas en el Arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

### **Exclusiones y Restricciones**

Existen ciertas limitaciones a la cobertura que una Isapre puede aplicar y pueden ser totales o parciales:

- Exclusiones: Sólo se pueden excluir de cobertura las prestaciones relacionadas con cirugía plástica con fines de embellecimiento; atención particular de enfermería; hospitalización con fines de reposo; aquellas cubiertas por otras leyes, participación en actos de guerra; enfermedades o condiciones preexistentes no declaradas; las otorgadas fuera del territorio nacional (salvo que el plan las contemple por decisión de la Isapre) y aquellas no contempladas en el arancel Fonasa en la modalidad de Libre Elección.
- Restricciones: La Isapre puede restringir la cobertura a las prestaciones relacionadas con enfermedades preexistentes declaradas por un período de 18 meses, desde la suscripción del contrato o la incorporación de la/el beneficiaria/o, hasta un 25% de la cobertura general del plan complementario, la que no puede ser inferior al financiamiento que otorga el FONASA en la Modalidad Libre Elección. Asimismo, puede otorgar cobertura proporcional a la atención de parto a la cotizante o beneficiaria que ingresa embarazada y declara su estado de gestación.

### **Arancel de la Isapre.**

Para efectuar el cálculo de la cobertura que se otorgará a ciertas atenciones médicas, se utiliza el Arancel de la Isapre, el cual es un listado valorizado que contempla, a lo menos, todas las prestaciones del Arancel del FONASA en su Modalidad de Libre Elección, el cual debe ser reajustado en la forma y condiciones que señale el plan de salud respectivo.

### **Selección de Prestaciones Valorizadas o “cartilla”.**

Ahora bien, para facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las Isapres, la Superintendencia estableció el uso de la Selección de Prestaciones Valorizadas o “cartilla”, que es un documento que contiene el conjunto de prestaciones hospitalarias y ambulatorias más frecuentes, definidas por la Superintendencia, en las cuales la bonificación establecida en el plan se encuentra valorizada y expresada en pesos.

### **Prohibición de suspender beneficios.**

Finalmente, es preciso destacar que las Isapres no pueden contemplar en los contratos de salud, ni ordenar como medida administrativa, la suspensión o restricción de los beneficios pactados por el incumplimiento de las obligaciones del cotizante, especialmente la que se refiere al pago de la cotización, sea cual fuere la calidad que detente éste.

### **REGULACIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN COMPLEMENTARIO**

Las normas que regulan el otorgamiento de las prestaciones y demás beneficios de salud del sistema isapre, se encuentran contenidas en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, principalmente en los artículos 189 y 190. En ellos se establecen las prestaciones que, como mínimo, debe contener el plan complementario, la forma de expresar las coberturas y la modalidad y condiciones para su otorgamiento, así como la cobertura mínima aplicable a toda prestación, las restricciones permitidas y las prestaciones excluidas de cobertura.

Dichas materias se encuentran reglamentadas por la Superintendencia a través de distintas normas administrativas, agrupadas en el compendio de beneficios, contenido en la Circular IF N°77, disponible para consulta de los usuarios en el portal Web de la Superintendencia de Salud.

### **FISCALIZACIÓN**

La Superintendencia de Salud es la entidad que fiscaliza el cumplimiento de los derechos y las obligaciones emanadas del contrato de salud.

Este mandato legal se encuentra plasmado en los lineamientos estratégicos de la Institución, estableciendo que en cumplimiento de su rol regulador y fiscalizador, debe asegurar el cumplimiento de los derechos y garantías de las personas.

Para operativizar lo anterior, se diseña un Programa Anual de Fiscalización, el cual detalla las materias que son seleccionadas para ser fiscalizadas, entre las que se privilegia el otorgamiento de beneficios pactados.

Este programa se construye considerando la opinión de los distintos Departamentos de la Superintendencia de Salud, el análisis de los reclamos presentados durante el año, las materias sobre las que se debe mantener un control permanente y aquellas en que el asegurador presentó irregularidades o incumplimientos a la normativa vigente, entre otros aspectos.

Las principales líneas abordadas en los Programas de Fiscalización implementados, en relación la Cobertura del plan complementario son:

| EJE DEL PROGRAMA DE FISCALIZACIÓN | EN QUÉ CONSISTE   |
|-----------------------------------|---|
| Cobertura hospitalaria            | Se verifica que se otorgue la cobertura hospitalaria conforme a los porcentajes y topes dispuestos en el plan de salud. Procede este tipo de cobertura cuando exista un ingreso hospitalario, la utilización de una cama por al menos 4 horas o cuando se realice una prestación asociada a un pabellón igual a 5 o superior. Se examina principalmente las bonificaciones de honorarios médicos, días cama, derecho de pabellón, medicamentos e insumos. |
| Cobertura ambulatoria             | Se verifica que se otorgue la cobertura conforme a los porcentajes y topes dispuestos en el plan de salud. Procede este tipo cobertura, cuando la prestación no requiere hacer uso de día cama. Se examina la cobertura de prestaciones específicas, como aquellas afectas a tope anual por beneficiario, consultas médicas y lentes ópticos, entre otras.  |
| Cobertura en modalidad preferente | Se verifica que se otorgue la cobertura preferente en los casos que corresponde, en función de los requisitos y condiciones establecidos para su otorgamiento en el plan de salud.  |
| Arancel de Prestaciones de Salud  | Se examina que los aranceles de las isapres contemplen todas las prestaciones contenidas en el arancel del Fonasa en su modalidad de Libre Elección y las adicionales definidas por la isapre en los planes de salud. Asimismo, se revisa que se aplique correctamente el reajuste al valor de las prestaciones, según lo establecido al efecto en el contrato de salud.  |
| Cobertura Mínima Legal            | Se verifica que la cobertura otorgada a toda prestación no sea inferior a la mínima legal. Esto es, ninguna prestación puede recibir una bonificación inferior al 25% de la establecida en el plan para la prestación genérica, ni menor a la que otorga el Fonasa en la Modalidad de Libre Elección, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.  |
| Negativa de Cobertura             | Se fiscaliza que las negativas de cobertura afecten sólo a las prestaciones expresamente enumeradas en la ley y que estén fundadas en antecedentes médicos y de otra índole que acrediten el rechazo aplicado.  |