PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATOLICA DE VALPARAISO

Análisis del Mercado Privado de Salud en Chile

Octubre 2012

Salud: un mercado especial

- *"Este tema de suponer que el mercado de salud es un mercado normal, donde los usuarios pueden comparar precios y elegir es una utopía completa y la regulación tiene que actuar mucho más preventivamente"* [1] *y esto lleva a la necesidad de profundizar el análisis acerca de la morfología y el comportamiento de los agentes dentro del mercado"*

Ministro de Salud Jaime Mañalich. / Diario La Tercera.

Arrow (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”

- *“En ocasiones hay bienes para los que no existe un mercado perfecto, en el sentido de que no hay un precio que se pueda pagar para evitar o propiciar algunas acciones aunque éstas sean identificables y afecten al bienestar de los individuos que las acometen o de otros cualesquiera”*

Provisión y aseguración sanitario: mercados imperfectos

- Incertidumbre en cuanto a la probabilidad de enfermar;
- Incertidumbre en cuanto a la probabilidad de recuperarse total o parcialmente.
- Información se convierte en un bien muy preciado
- Problema: el comprador de información (diagnóstico, tratamiento) no conoce el valor real de la información

Se reduce el bienestar de los individuos

1. No se puede transferir todos los riesgos que uno quisiera ni pagando (o cobrando) un precio;
2. Se reduce el deseo de comprar un bien incierto, del que no se conoce por completo su valor.

Porque no utilizamos la teoría neoclásica de las organizaciones

no dispone de un entramado teórico para analizar los principales problemas sobre incentivos en organizaciones.

Sus limites provienen de las asunciones irreales que hace del comportamiento humano

Economía institucional: bajando la economía de la pizarra

Racionalidad limitada

Contratos incompletos

Comportamiento oportunista

Asimetría Informativa

Relación de agencia

Mercado servicios médicos

características estructurales e instituciones sociales especiales,

intentos por superar la suboptimalidad derivada de la incertidumbre y la información imperfecta.

Contexto de la salud

EVOLUCIÓN DEL GASTO DE SALUD TOTAL EN CHILE

AÑO	PIB (1). MM$	Gto. Público (2). MM$ c/caño	Gasto Público / PIB %	Gto. Privado (3). MM$ c/caño	Gasto Privado / PIB %	GASTO Salud Total MM$ c/caño	Gasto Salud TOTAL / PIB %
2000	40.679.937	1.564.224	3,8%	1.849.187	4,5%	**3.413.411**	8,4%
2001	43.657.602	1.741.755	4,0%	2.043.631	4,7%	**3.785.386**	8,7%
2002	46.484.933	1.791.411	3,9%	2.207.272	4,7%	**3.998.683**	8,6%
2003	51.156.415	1.912.123	3,7%	1.961.355	3,8%	**3.873.478**	7,6%
2004	58.303.211	2.131.176	3,7%	2.129.813	3,7%	**4.260.989**	7,3%
2005	66.192.596	2.349.401	3,5%	2.239.079	3,4%	**4.588.480**	6,9%
2006	77.830.577	2.675.902	3,4%	2.387.980	3,1%	**5.063.882**	6,5%
2007	85.849.774	3.039.685	3,5%	2.655.010	3,1%	**5.694.695**	6,6%
2008	89.262.568	3.500.383	3,9%	3.022.645	3,4%	**6.523.028**	7,3%
2009	91.591.252	4.087.049	4,5%	3.288.587	3,6%	**7.375.636**	8,1%
2010	103.806.380	4.554.093	4,4%	3.495.806	3,4%	**8.049.899**	7,8%

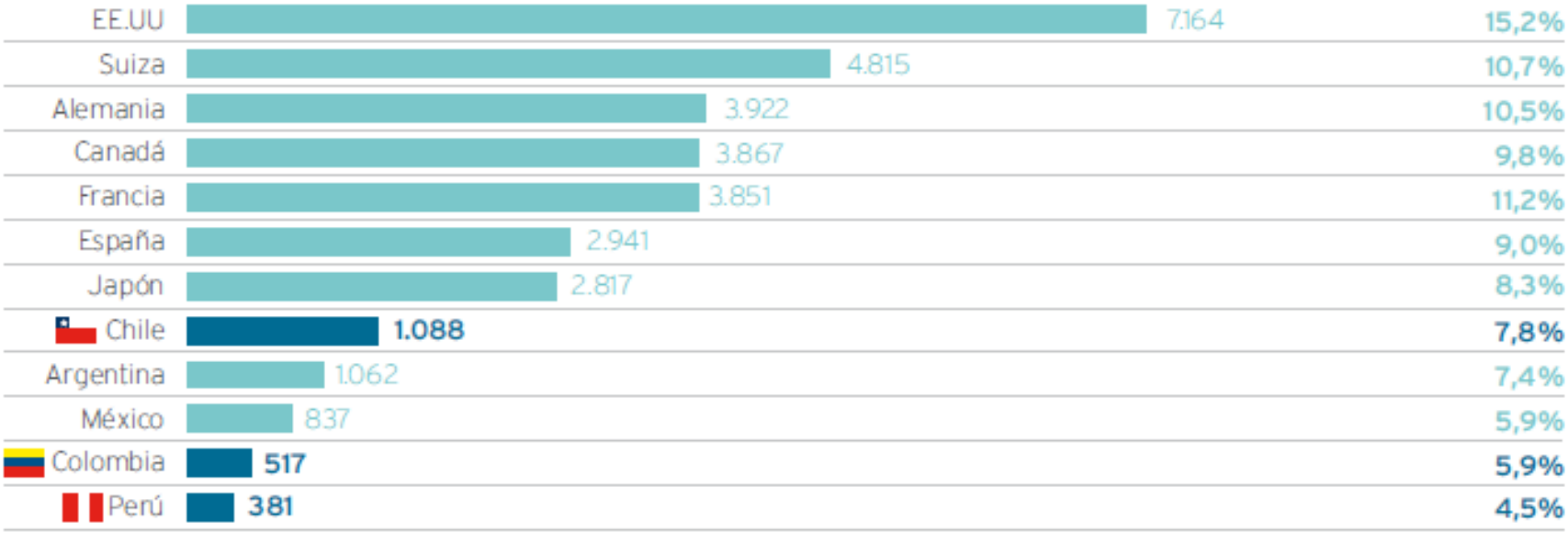
(1) Considera PIB en millones de pesos corrientes serie anual Banco Central.

(2) Comprende además del aporte Fiscal Interinstitucional, aporte de cotizaciones Seguridad Social.

(3) Corresponde al gasto realizado directamente por las personas al financiamiento de su salud.

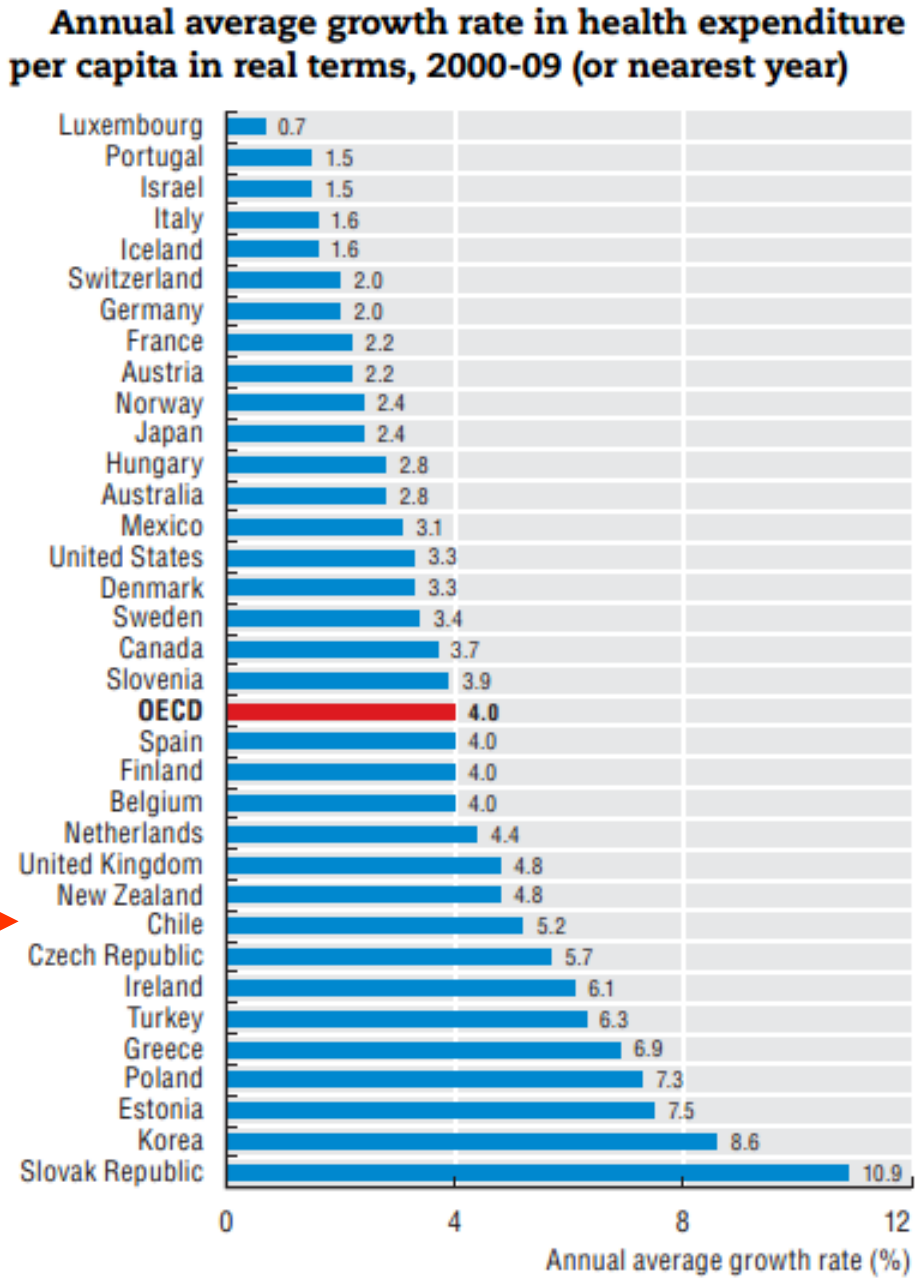
FUENTE: Planificación Institucional - Subdepartamento de Estudios

Gasto en Salud Per Cápita (US$ PPP) y Gasto en Salud / PIB Total



El gasto en salud per cápita promedio en el mundo es de aproximadamente US$ 1.100 PPP.

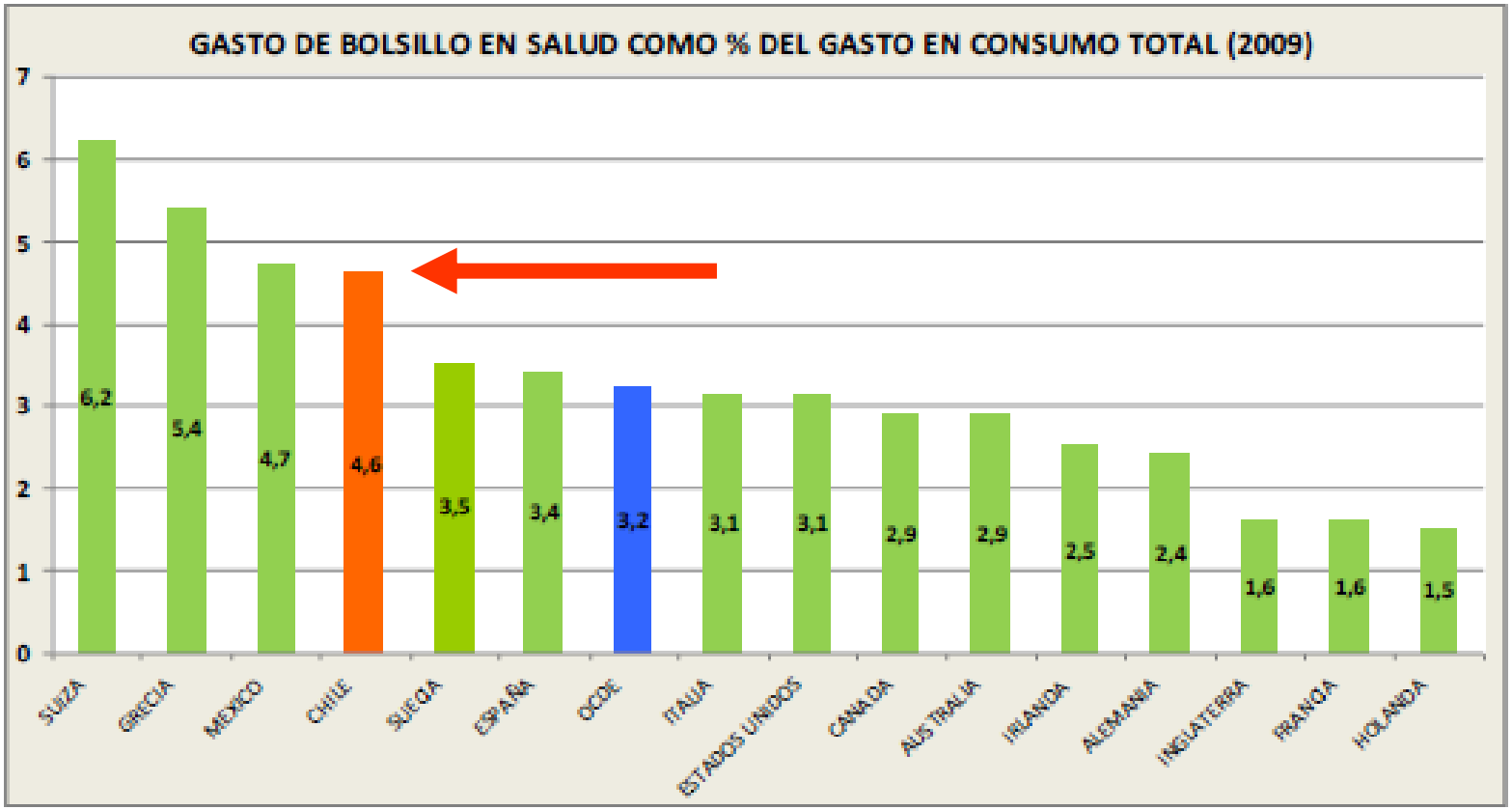
Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011.


Annual average growth rate in health expenditure per capita in real terms, 2000-09 (or nearest year)
Luxembourg 0.7
Portugal 1.5
Israel 1.5
Italy 1.6
Iceland 1.6
Switzerland 2.0
Germany 2.0
France 2.2
Austria 2.2
Norway 2.4
Japan 2.4
Hungary 2.8
Australia 2.8
Mexico 3.1
United States 3.3
Denmark 3.3
Sweden 3.4
Canada 3.7
Slovenia 3.9
OECD 4.0
Spain 4.0
Finland 4.0
Belgium 4.0
Netherlands 4.4
United Kingdom 4.8
New Zealand 4.8
Chile 5.2
Czech Republic 5.7
Ireland 6.1
Turkey 6.3
Greece 6.9
Poland 7.3
Estonia 7.5
Korea 8.6
Slovak Republic 10.9
0
4
8
12
Annual average growth rate (%)

GASTO DE SALUD PRIVADO, AÑOS 2000-2010

Año	Gasto de Bolsillo MM$ c/año	% Part.	Cotización Voluntaria MM$ c/año	% Part.
2000	1.664.677	48,8	184.510	5,4
2001	1.830.060	48,3	213.571	5,6
2002	1.976.504	49,4	230.768	5,8
2003	1.692.663	43,7	268.693	6,9
2004	1.828.086	42,9	301.728	7,1
2005	1.910.562	41,6	328.517	7,2
2006	2.034.981	40,2	352.999	7,0
2007	2.270.751	39,9	384.259	6,7
2008	2.579.339	39,5	443.306	6,8
2009	2.816.509	38,2	472.078	6,4
2010	3.075.486	38,2	420.320	5,2

FUENTE: Boletín Estadístico FONASA.



FUENTE: Health at a Glance 2011 – OCDE

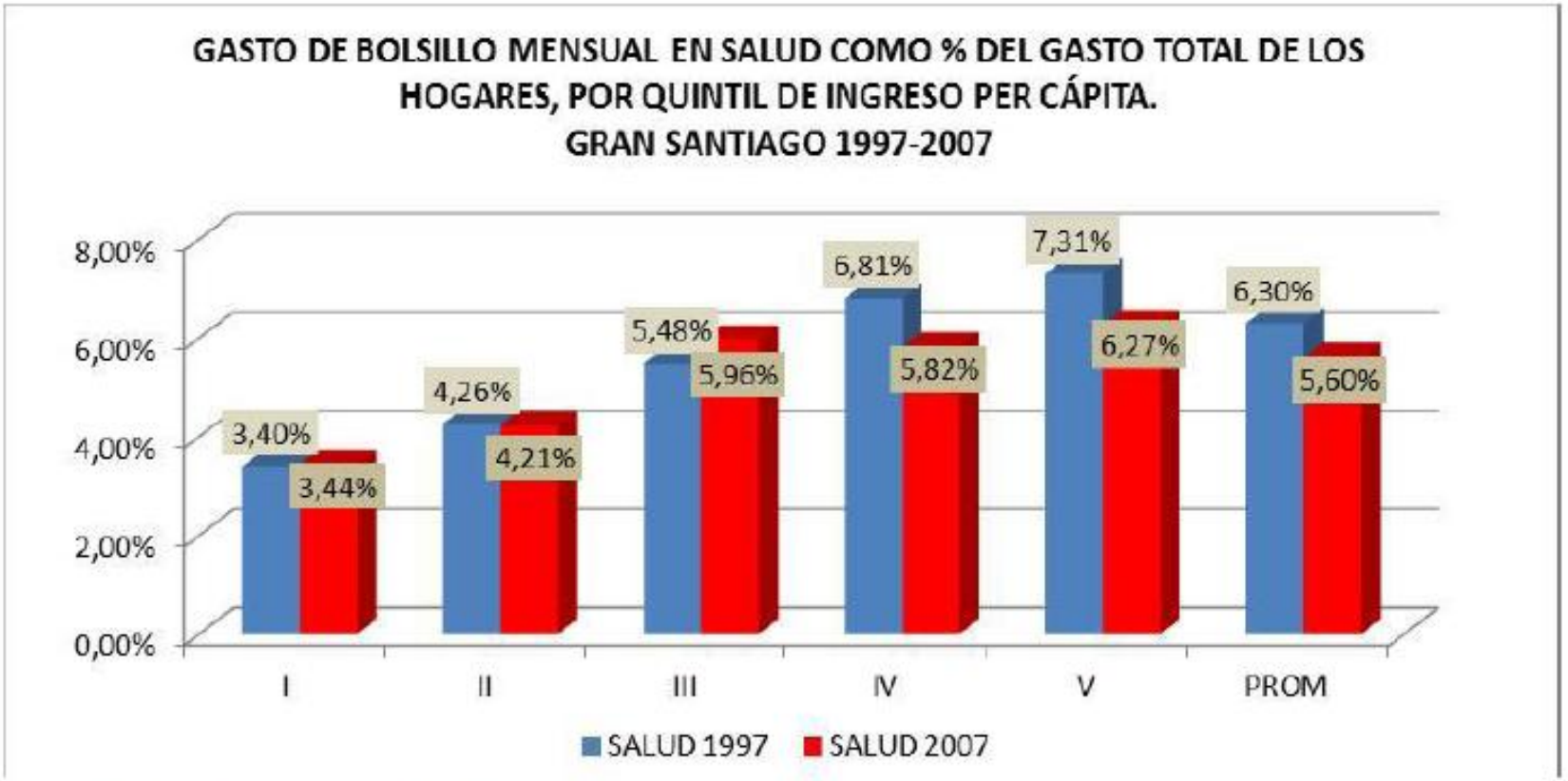
Estructura del GASTO DE BOLSILLO, por quintil de hogares, según producto, Gran Santiago.
EPF Noviembre 2006 - Octubre 2007

RESUMEN

PRODUCTOS	TOTAL	I	II	III	IV	V
Medicamentos e Insumos	34%	37%	40%	32%	33%	34%
Aparatos y Equipos Auxiliares	8%	10%	10%	9%	9%	7%
Servicios profesionales de salud	41%	30%	36%	36%	43%	43%
Atención Hospitalaria	16%	23%	13%	23%	14%	15%
Seguros de Salud	1%	0%	0%	0%	0%	1%

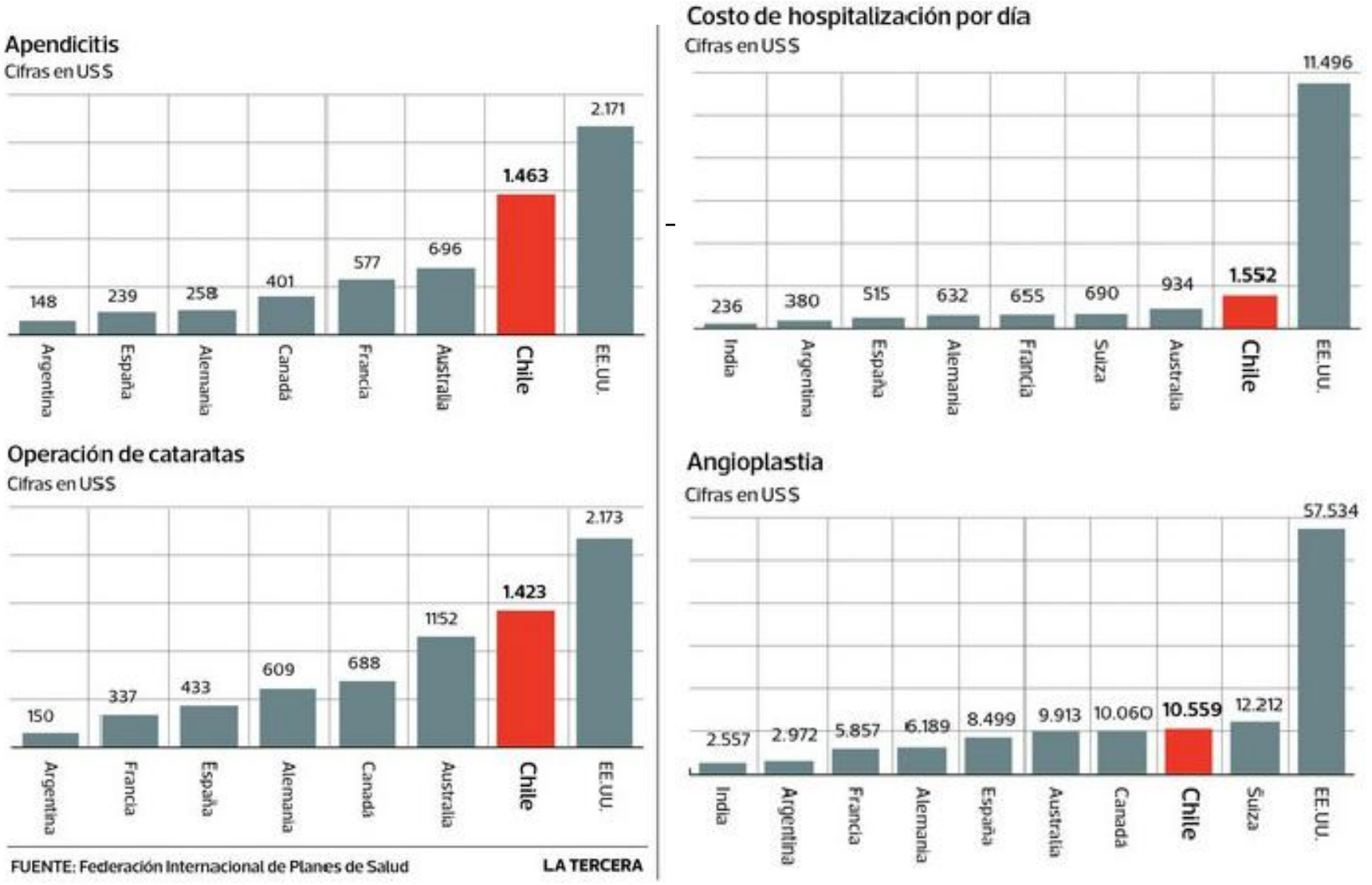
Fuente: última Encuesta de Presupuestos Familiares - EPF 2007.

MAYOR GASTO PROPORCIONAL
EN TODOS LOS QUINTILES



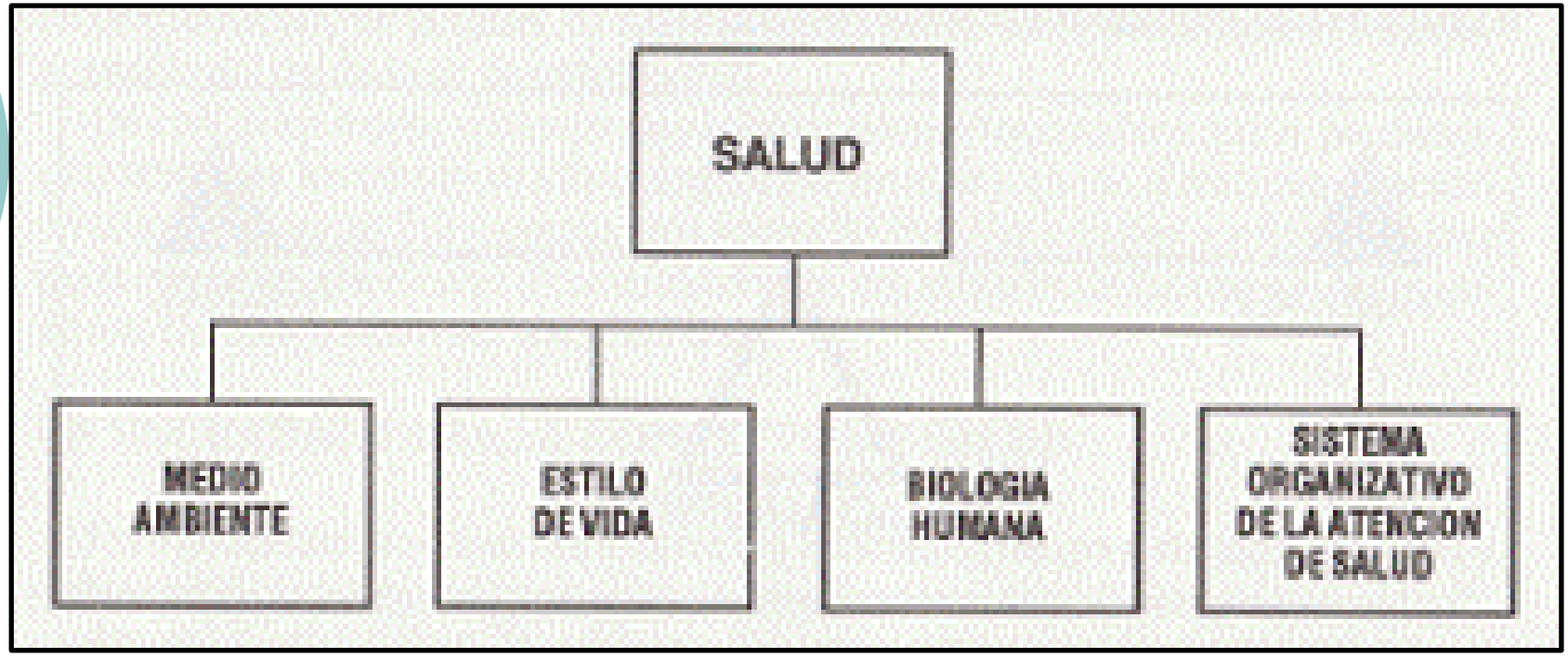
Fuente: Elaborado con datos INE 2008.

el gasto en salud sólo ha disminuido significativamente para los dos quintiles de mayores ingresos, ha aumentado para el tercer quintil y se ha mantenido relativamente constante para los dos quintiles de menores ingresos.



segunda posición en términos de costos para prestaciones tan comunes y recurrentes como apendicitis y el tercer lugar para angioplastia, así como el segundo lugar en materia de costos de hospitalización por día.

Porque hay que controlar el gasto en salud o reasignarlo ?



El famoso estudio de Dever mostraba que del total del gasto en salud, el 90 % se invierte en servicios sanitarios que sólo logran impactar en un 11 % la mortalidad de la población. En estilos de vida, que ograrían un impacto de un 43 % de la mortalidad prevalente, se invierte sólo 1,5 %.También se destina sólo un 1,6 % al entorno que impactaría sobre el 19 % de la mortalidad.

Demanda

- los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos,
- dispuestos a adquirirlos directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo,
- Buscan neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento de enfermedad.

Salud: Bien de confianza

- servicios cuya utilidad o necesidad resulta difícil de evaluar incluso a la propia persona que lo recibe.
- aparición de terceros pagadores (aseguradoras) que manejan el riesgo colectivo tiene por objetivo reducir la asimetría informativa
- Cuando comienza a comprar el asegurador se va convirtiendo en un bien experiencia.

Oferta

- la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos submercados, que a su vez mantienen importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

Características del mercado

1. Innovaciones tecnológicas médicas opera como un factor exógeno de alta influencia.
2. Mercados y actores dinámicos y cambiantes, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas influencias.

Mercados de salud

seguros de salud

provisión de asistencia sanitaria.

Enfoque contractual del estudio

Planes de salud

- información
- Incentivos

Provisión de atención de la salud

- información
- incentivos

Diferencias informativas: costos y calidad

Costo: pueden ser en alguna medida objetivable y verificable

Calidad: no es observable fácilmente y resulta muy difícil de verificar.

Donde se puede dar competencia regulada

médicos de atención primaria,

productos intermedios (laboratorio, diagnóstico, radiología, servicios auxiliares, etc.) y

aseguradoras dentro de una misma zona geográfica.

El usuario esta limitado para elegir prestador lo hace por amenidades y no por efectividad y calidad de la respuesta que no esta en condiciones de evaluar

Contratos de salud

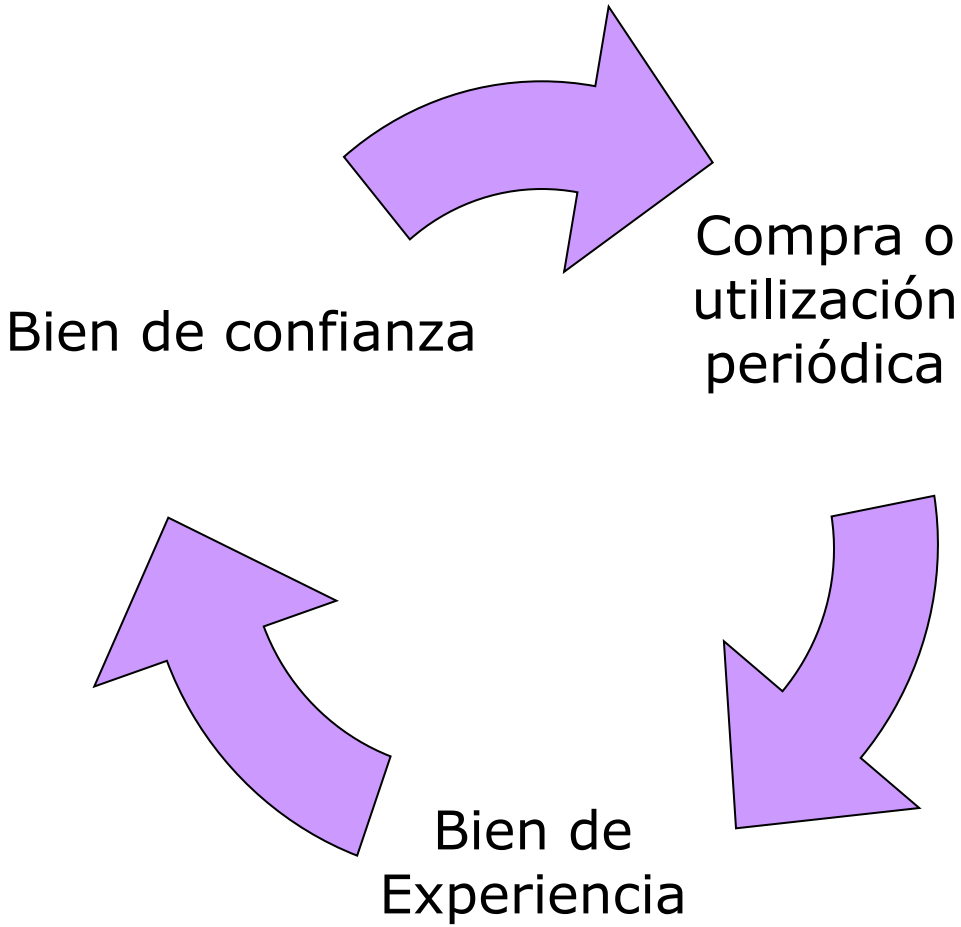
- *Un contrato completo perfectamente redactado podría convertirse en una solución óptima a los problemas de motivación. Especifica que debe hacer cada parte en todas las circunstancias posibles y arregla la distribución de los costos incurridos y de los beneficios realizados en cada contingencia. De esta manera todos tendrían incentivos para atenerse a los términos del contrato.*

MALA NOTICIA: todos los contratos son incompletos

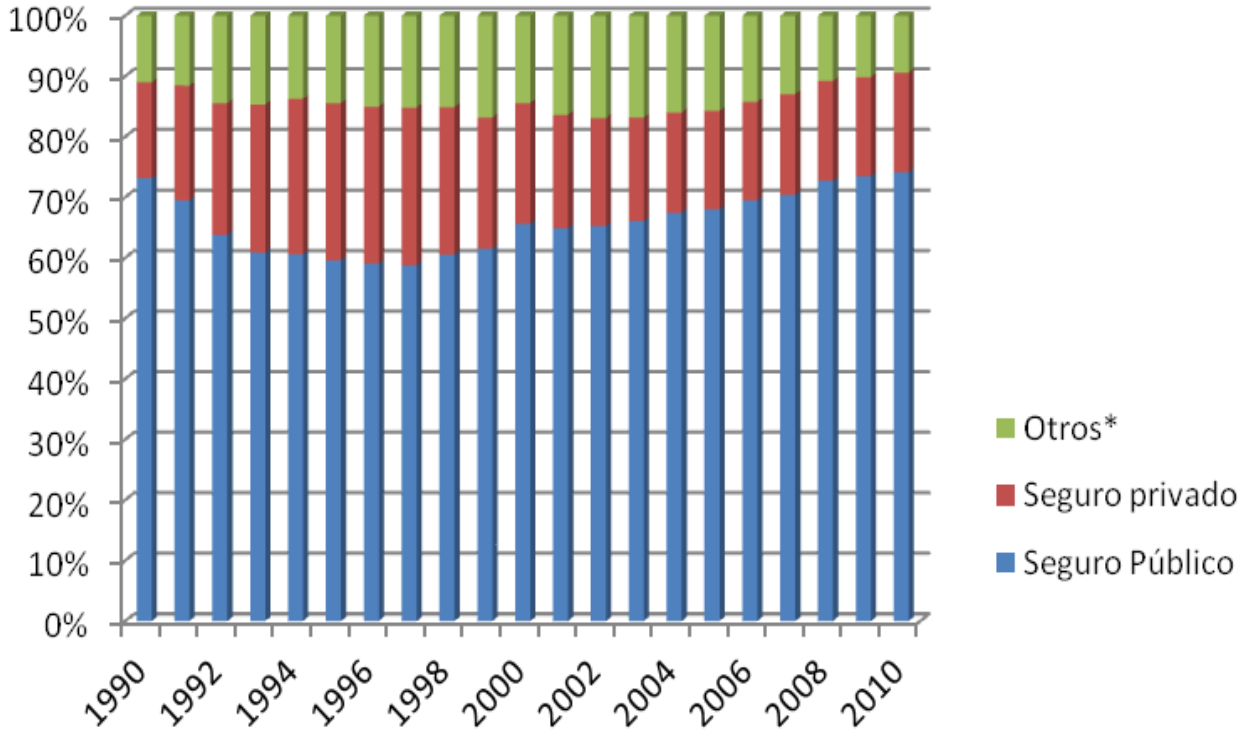
Contratos e incentivos

- Los contratos se hacen para proteger a las partes, alineando incentivos.
- Cuando los contratos son imperfectos, como es el caso de los firmados entre las Isapres y los beneficiarios también puede ser imperfecta la alineación.
- Una nueva regulación de los vínculos debería plantear esquemas básicos para el diseño de un contrato o mecanismo de incentivos que minimice la pérdida residual e induzca al agente a tener un comportamiento deseado por el principal.

La aseguradora no compra un bien de confianza sino de experiencia y lo hace por cuenta y orden del afiliado



Porcentaje de beneficiarios por tipo de seguro



* Otros Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados antes indicado

Fuente: Fonasa

78,2% (FONASA) / 21,8% ISAPRES

Al revisar las cifras de los cotizantes de seguros de salud, se observa que en el periodo 2003-2010, los cotizantes de Fonasa superan el 70% de los asegurados, con una tendencia ascendente, mientras que los asegurados de Isapre si bien se mantienen por sobre el 20%, presentan una tendencia descendente.

Figura 2

Porcentaje de Cotizantes según Tipo de Sistema

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FONASA	75,5%	76,3%	77,6%	77,5%	77,2%	77,3%	78,1%	78,2%
ISAPRES	24,5%	23,7%	22,4%	22,5%	22,8%	22,7%	21,9%	21,8%

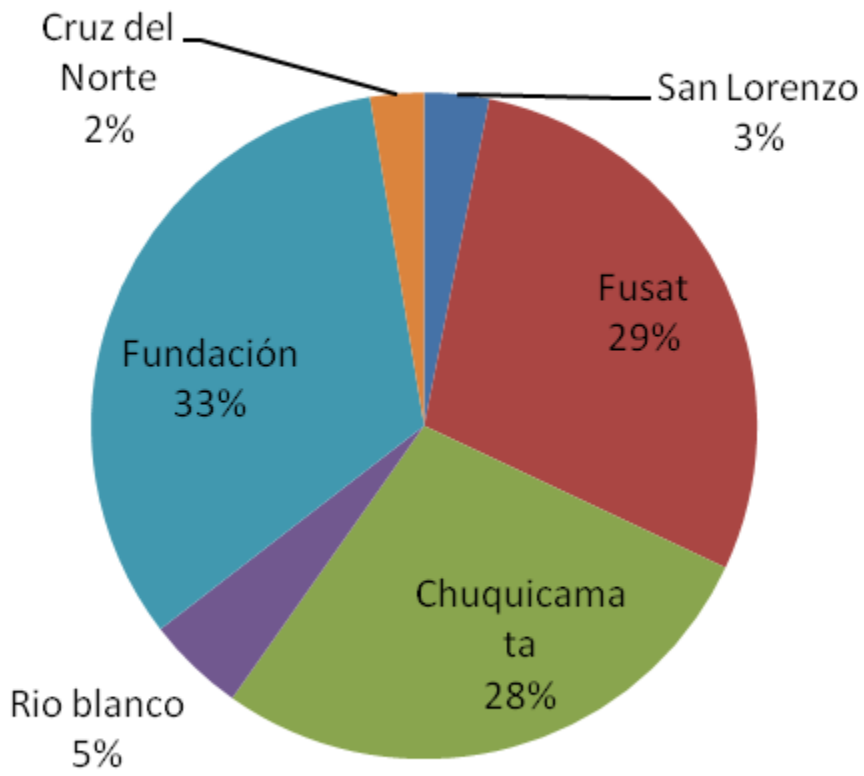
Cotizantes sector privado

Isapres	1990		2011	
	N°	%	N°	%
Abiertas	798.687	93%	1.480.300	97%
Cerradas	64.575	7%	44.999	3%
Total	863.262	100%	**1.525.299**	100%

Beneficiarios sector privado

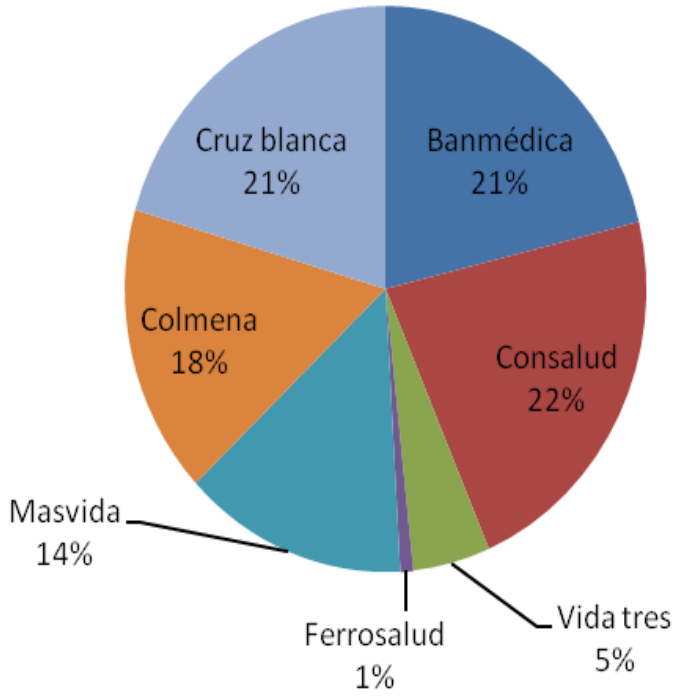
Isapre	1990		2011	
	N°	%	N°	%
Abiertas	1.900.255	90%	2.818.597	96%
Cerradas	208.053	10%	107.376	4%
Total	2.108.308	100%	**2.925.973**	100 %

Participación de Mercado Isapre cerrada 2011



Fuente: Superintendencia de salud

Participación de mercado de las Isapre Abiertas (Junio 2012)



Fuente: Superintendencia de salud

CONCENTRACION DE MERCADO

	IHH	Índice de dominancia
2000	1560	2650
2001	1537	2478
2002	1726	2529
2003	1924	2602
2004	1885	2562
2005	2195	3042
2006	2189	3088
2007	2109	2741
2008	2120	2501
2009	2084	2444
2010	2073	2412
2011	2063	2355
Junio 2012	2059	2339

Para el cálculo de ambos índices se considera el hecho que las Isapre Banmédica y Vida tres pertenecen a un mismo dueño.

Número de cotizantes y renta imponible promedio en $. Diciembre del 2011

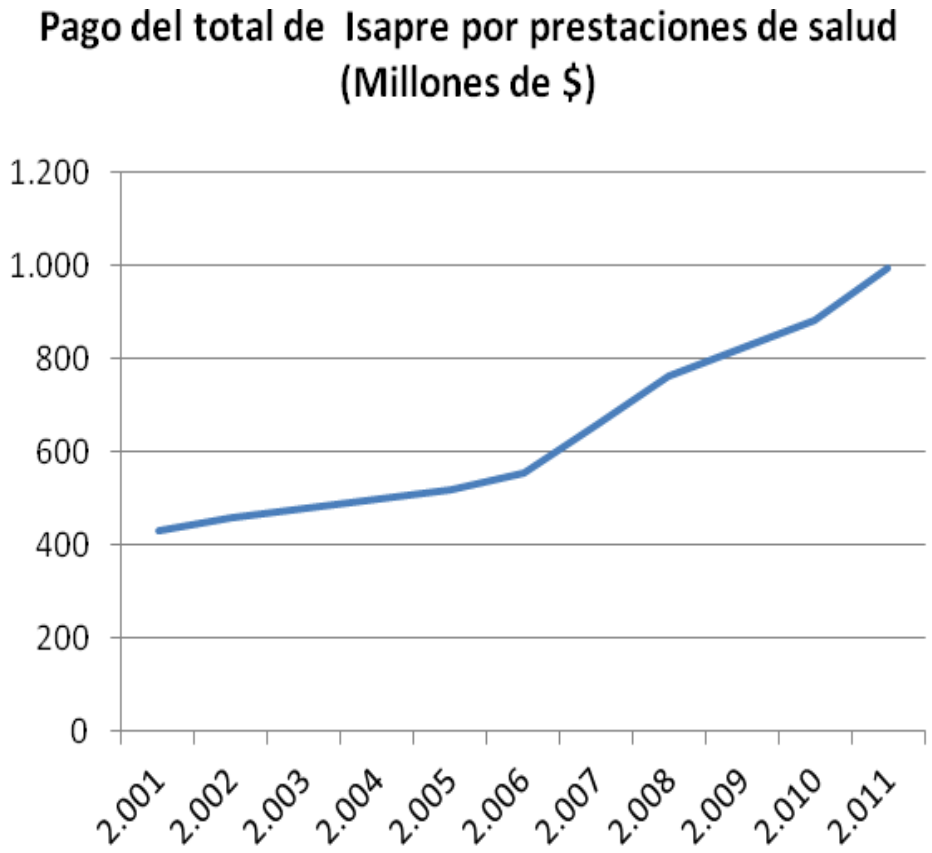
ISAPRE	*Cotizantes*	*Renta Imponible*
Colmena	245.744	$ 937.489
Cruz Blanca	299.396	$ 823.693
Vida Tres	71.901	$ 879.642
Ferrosalud	12.014	$ 277.178
Masvida	204.115	$ 896.635
Banmédica	316.285	$ 785.748
Consalud	330.845	$ 707.184
Total	1.525.299	$ 821.634

Número de cotizantes y renta imponible promedio en $. Diciembre del 2011

ISAPRE	*Cotizantes*	*Renta Imponible*
Colmena	245.744	$ 937.489
Cruz Blanca	299.396	$ 823.693
Vida Tres	71.901	$ 879.642
Ferrosalud	12.014	$ 277.178
Masvida	204.115	$ 896.635
Banmédica	316.285	$ 785.748
Consalud	330.845	$ 707.184
Total	1.525.299	$ 821.634

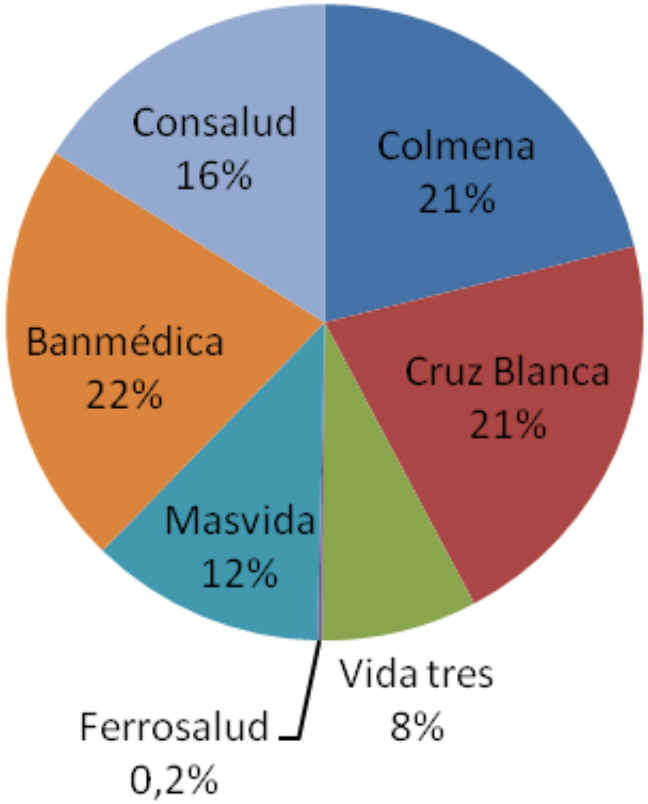
Figura 10
Isapre

Tramos	***Ferrosalud***	***Consalud***	***Cruz Blanca***	***Banmédica***	***Vida Tres***	***Masvida***	***Colmena***
< 200	2%	3%	2%	2%	3%	1%	2%
200-399	14%	16%	7%	9%	5%	4%	4%
400-599	12%	18%	13%	14%	7%	9%	9%
600-799	8%	15%	13%	13%	7%	10%	10%
800-999	4%	10%	10%	10%	7%	10%	9%
1000-1199	2%	7%	8%	7%	6%	9%	8%
1200-1399	1%	5%	8%	6%	7%	8%	7%
>= 1400	2%	13%	25%	23%	38%	35%	38%
Sin inf.	53%	13%	14%	17%	20%	13%	13%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



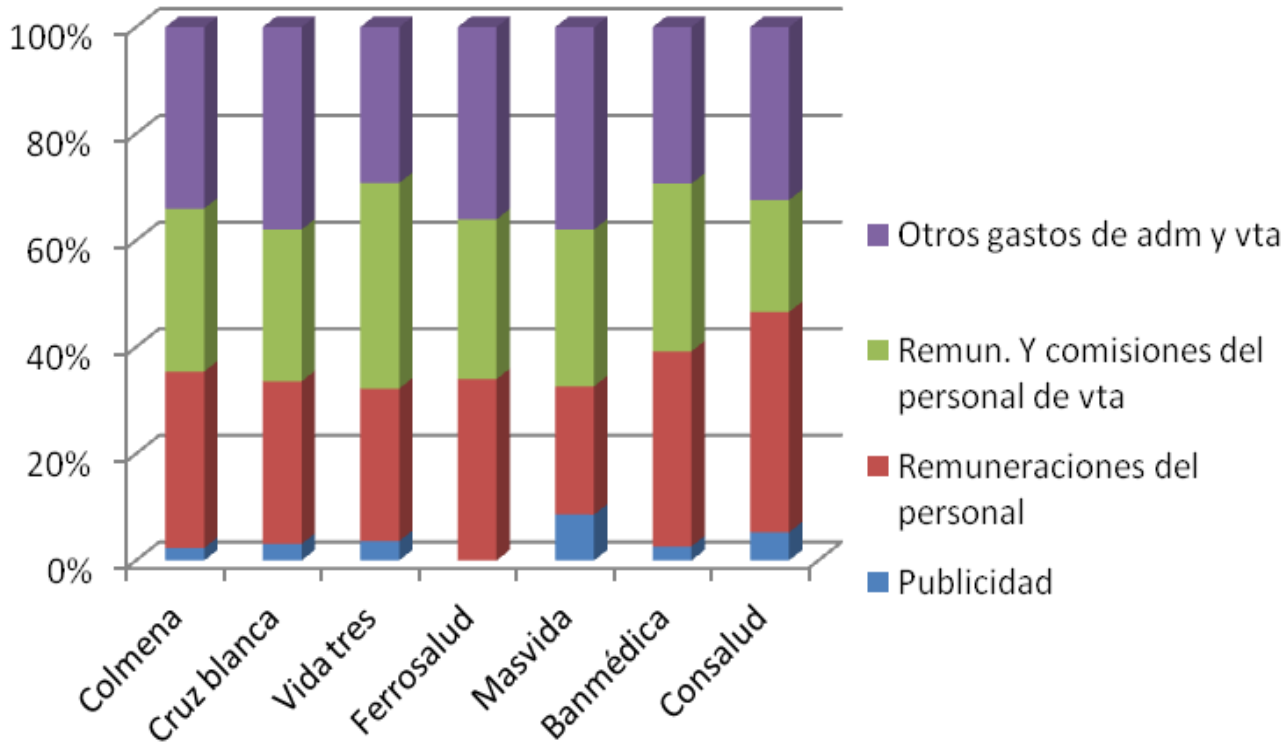
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de salud

Pago de prestaciones de salud por Isapre con respecto al total de Isapre abiertas. 2011

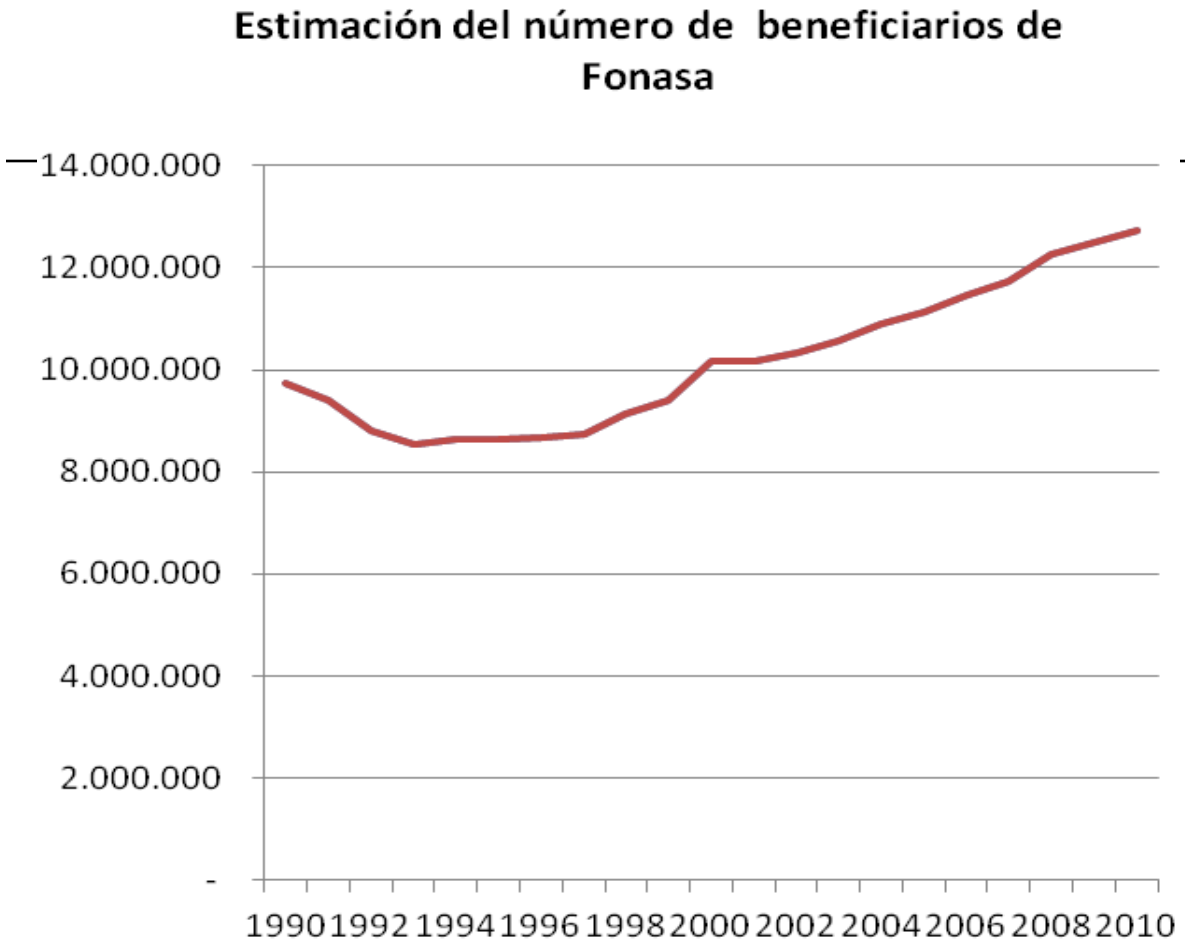


Fuente: Elaboración propía a partir de datos de la

Composición gasto de administración y ventas por isapre año 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la superintendencia de salud



Fuente: Fonasa

Tramo A

Nivel Ingresos

- Indigentes o carentes de recursos
- Beneficiarios de pensiones básicas solidarias
- Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020)

PORCENTAJE DE COPAGO : 0%

Tramo B

Nivel Ingresos

- Ingreso Imponible Mensual menor o igual a $193.000

PORCENTAJE DE COPAGO : 0%

Tramo C

Nivel Ingresos

- Ingreso Imponible Mensual mayor a $193.001 y menor o igual a $281.780
- Con 3 o más cargas familiares, **pasará a Grupo B**

PORCENTAJE DE COPAGO : 10%

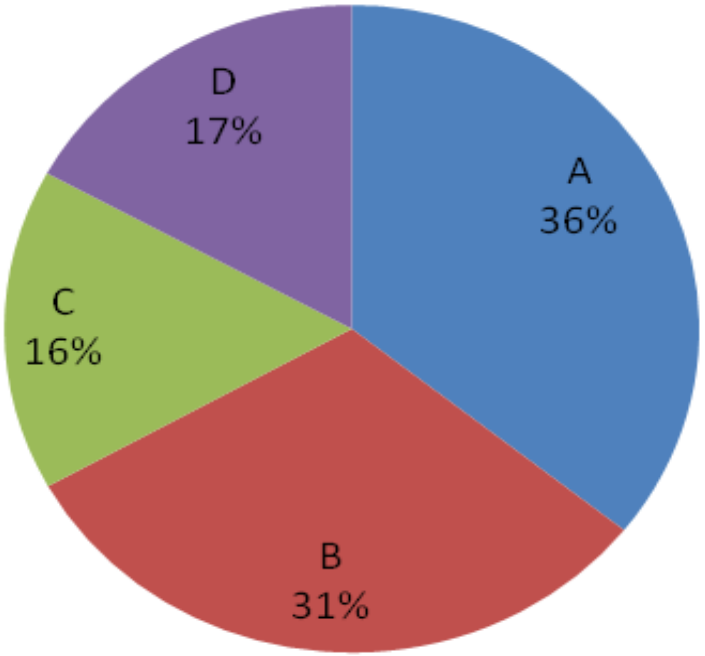
Tramo D

Nivel Ingresos

- Ingreso Imponible Mensual mayor a $281.781
- Con 3 o más cargas familiares, **pasará a Grupo C**

PORCENTAJE DE COPAGO : 20%

Composición de beneficiarios Fonasa según tramos. 2010



Fuente: Fonasa

Rol del asegurador

- La asimetría informativa tiende a crear incentivos para el comportamiento oportunista de los proveedores y solo un comprador experto que actúa en forma colectiva en nombre de una población puede moderar los comportamientos oportunistas de los prestadores

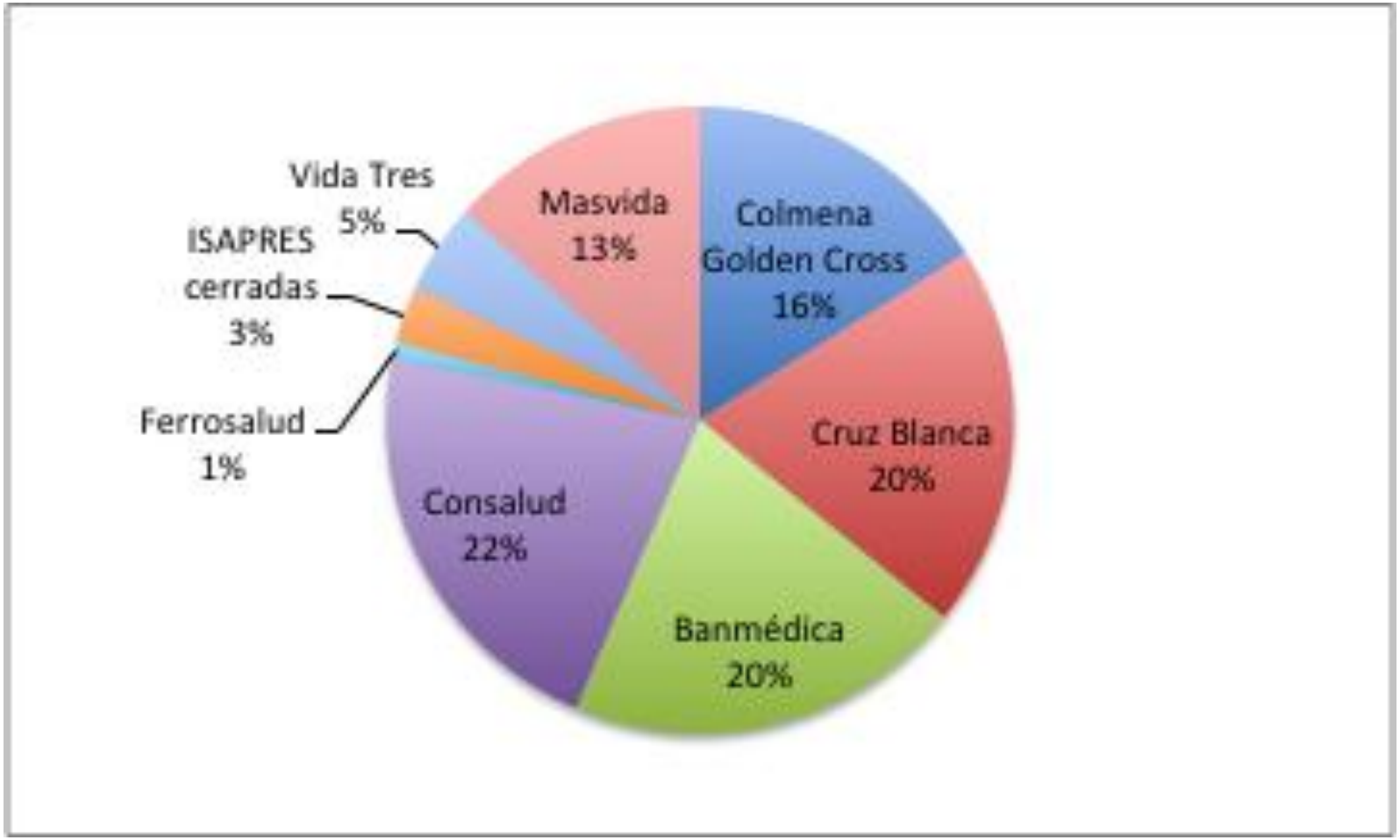
Funciones de los aseguradores

vigilancia y auditoria de los proveedores;

administrar el riesgo de la población afiliada;

administración del acceso de los afiliados

Mercado concentrado:
5 grupos – 96% del mercado



Participación estable de mercado: cautividad o los afiliados son felices y no lo saben ?

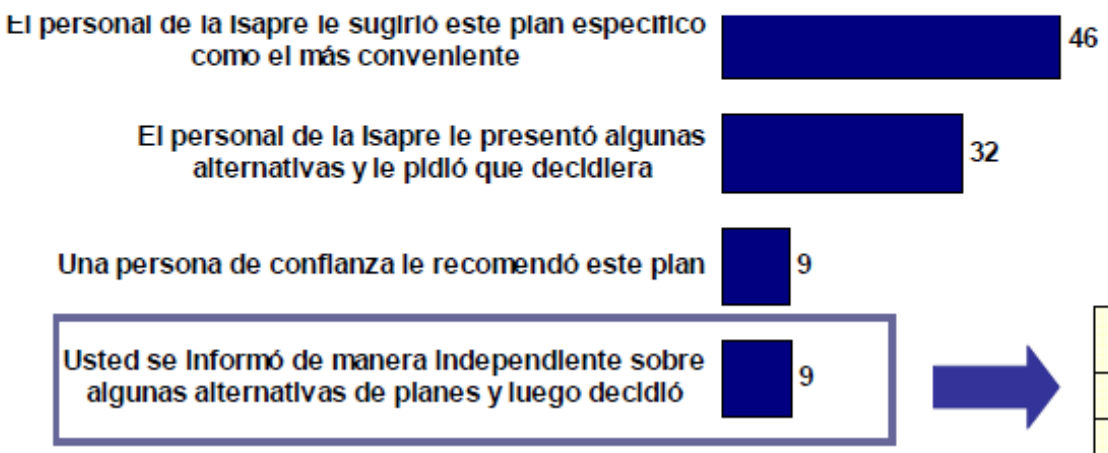
	2008	2009	2010	2011	2012
Colmena Golden Cross	15,7%	16,8%	16,8%	16,6%	16,5%
Cruz Blanca	21,3%	20,0%	20,0%	20,2%	20,5%
Vida Tres	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,8%
Ferrosalud	0,7%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Mas Vida	11,8%	12,8%	13,5%	13,8%	13,9%
Isapre Banmédica	22,0%	22,1%	22,1%	21,4%	21,2%
Consalud S.A.	23,1%	22,3%	21,7%	22,3%	22,3%
Total de Afiliados al sistema de Isapres	1.382.230	1.350.223	1.400.784	1.480.300	1.530.037

Criterios de elección

%	SEXO		EDAD				GSE		
	Hombre (195)	Mujer (205)	18 – 29 (105)	30 – 39 (103)	40 – 49 (92)	50 y más (100)	BC1 (137)	C2 (147)	C3D (116)
Recibió ayuda del personal de la ISAPRE	48	50	50	44	55	48	45	53	48
Recibió ayuda de otras personas	21	21	26	23	15	18	20	17	26
No recibió ayuda	31	29	25	33	30	34	35	30	25
Miró tabla de factores	46	42	40	51	44	38	47	45	39

Cómo decidió finalmente el plan de salud

A10. Y de estas otras frases, ¿cuál representa mejor la forma en que usted eligió su actual plan de salud?
Base: Total entrevistados (400)



En el 78% de los casos, la elección se hizo sobre el marco presentado por personal de la Isapre. En más de la mitad de estos casos, fue totalmente dirigida.

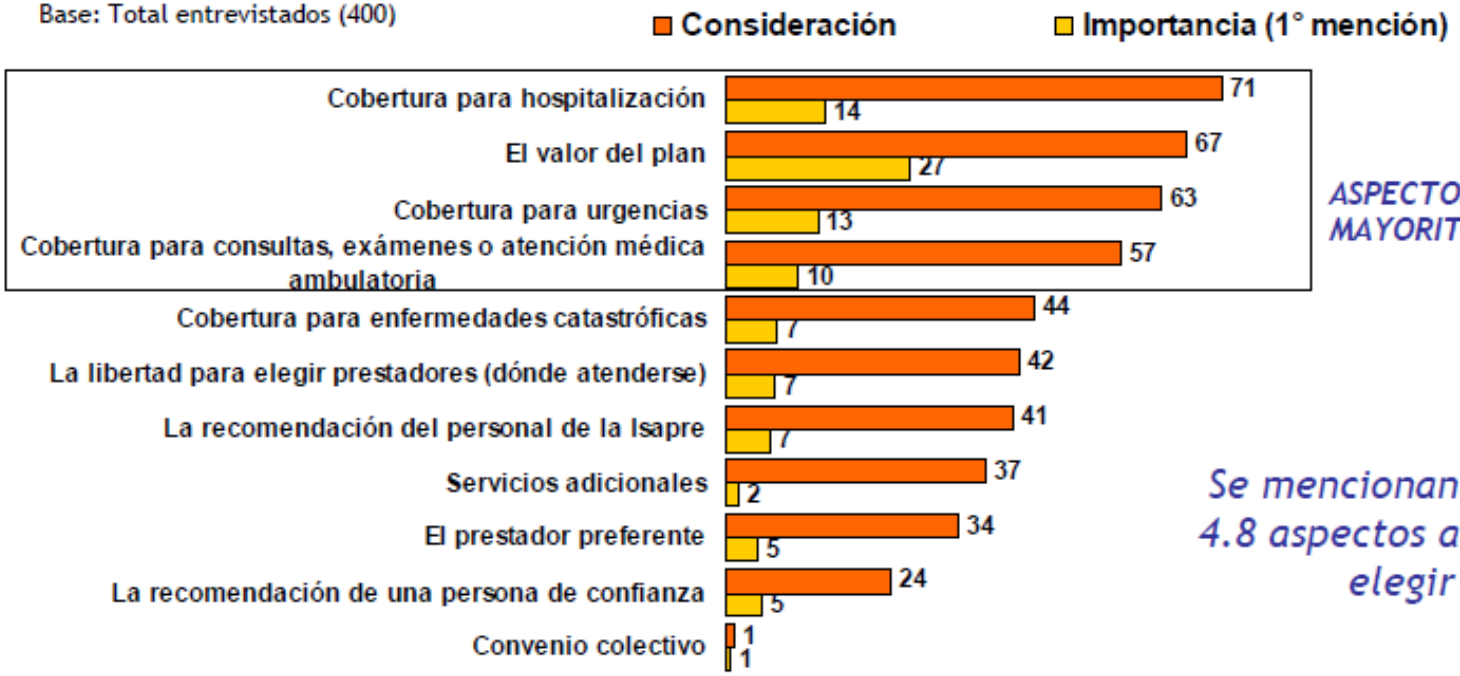
Base: quienes se informaron de manera independiente	N = 37
Pidió información en la Isapre	52%
Buscó información en Internet	28%

Importancia de aspectos para decidir Plan actual

A16. De los siguientes aspectos, ¿cuáles tuvo en cuenta al momento de elegir el plan de salud?

A17. Y de estos aspectos que tuvo en cuenta, ¿cuál fue el más importante?, ¿y el segundo?, ¿y el tercero?

Base: Total entrevistados (400)



ASPECTOS CONSIDERADOS MAYORITARIAMENTE

Se mencionan en promedio 4.8 aspectos a considerar al elegir plan.

	18 – 29 (105)	30 – 39 (103)	40 – 49 (92)	50 y más (100)	BC1 (137)	C2 (147)	C3D (116)
Cobertura hospitalaria	50	55	51	63	55	59	48
El valor del plan	55	48	53	44	43	52	56
Cobertura para urgencias	43	49	47	40	38	43	55
Cobertura ambulatoria	38	31	34	38	34	39	32
Cobertura catastrófica	23	29	31	18	25	24	29
Libre elección	19	21	22	21	28	21	14
El prestador preferente	18	12	13	18	20	15	10

Aranceles

- Si bien las Isapre tienen la obligación de construir sus planes por referencia a un arancel[1] éste no está claramente especificado en los planes y sólo es posible acceder a él en la medida en que los datos del plan permitan hacer el cálculo. Si el plan entrega porcentajes de cobertura para una prestación y montos máximos de bonificación, no es posible calcular ni el "arancel" detrás del plan, ni el copago mínimo ni máximo.

- Lo más que puede desprenderse es cuánto, con independencia del porcentaje de cobertura, financiará como máximo la Isapre.

Precio lista y precio final de la prestación.

- El paciente solamente sabrá el valor *ex post* y sólo de la prestación específica otorgada cada vez, lo que nuevamente hace improbable la toma racional de decisiones en éste ámbito, pues no podrá calcular por referencia a su plan qué prestador le conviene para cada prestación.

- Esto se agudiza en prestaciones de urgencia, hospitalarias y catastróficas, cuya planificación y control es mucho menor que en el de prestaciones ambulatorias.

Dispersión de precios.

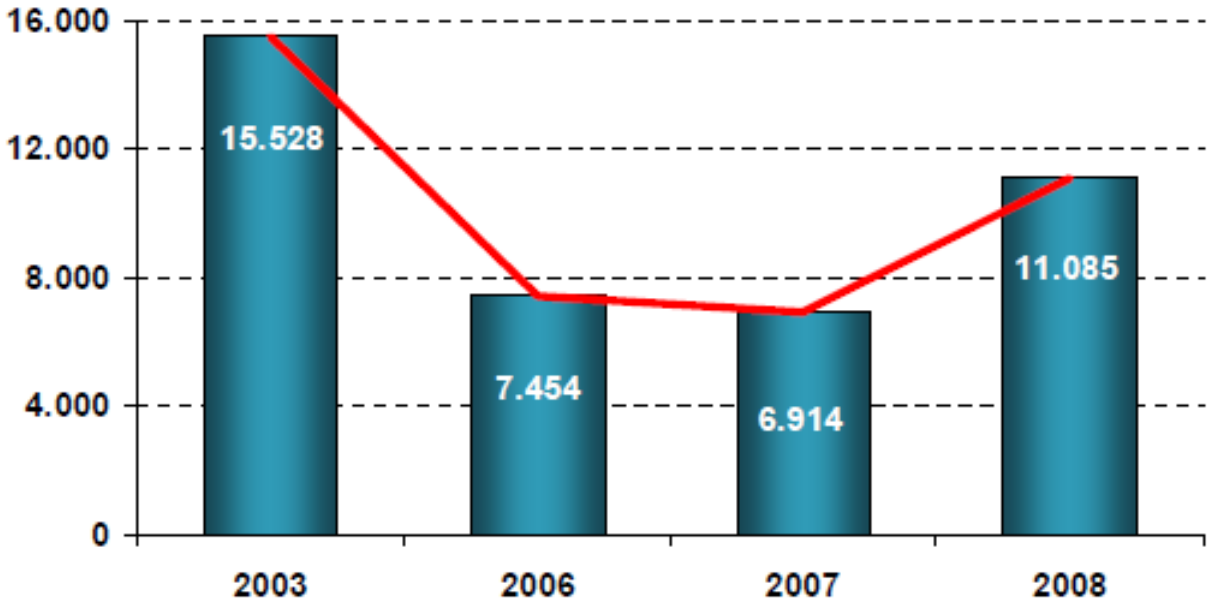
- no existe un indicador común que pueda mostrar una diferencia de calidad tal entre las prestaciones ofrecidas por el sistema público y el privado, o entre las prestaciones que ofrecen los diferentes prestadores privados.

- Es fundamental encontrar una explicación para la dispersión de precios y explicitar además de la acreditación, los diferentes beneficios y servicios adicionales que ofrece cada prestador que puedan dar luces al consumidor sobre qué bien está comprando, y tomar una decisión racional en relación a la cantidad de dinero extra que desea desembolsar por dichos servicios.

Cantidad de planes.

- hay más de 50.000 planes vigentes y más de 12.000 que están siendo actualmente ofrecidos por las Isapres, aumentando en número año a año.
- Los consumidores no son capaces de procesar semejante variedad de “productos”,

Evolución de la Oferta de Planes Complementarios de Salud 2003 a 2008



Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

Indices de Calidad.

- Información que los consumidores tengan sobre prestadores debe ser la principal guía en materia de salud y no a la inversa, esto es, que el plan de salud condicione el resto de sus elecciones. Para esto basta con que un porcentaje importante de consumidores esté informado para que la competitividad del sistema aumente, dice la OFT

- La pregunta es nuevamente quién debe cumplir el rol principal que ayude a los usuarios a procesar la información disponible en miras a una mejor toma de decisiones.

Rentabilidad

Indicadores Financieros de Diversas Industrias en Chile
Año Móvil Julio 2010 - Junio 2011

Sectores	Empresas	Ingresos	Utilidad del Ejercicio	Margen de Utilidad
Sanitarias	5	663.055	152.688	23,0%
Bancos	6	6.674.540	1.430.641	21,4%
Telecomunicaciones	2	1.882.291	308.726	16,4%
Electricas	13	8.863.710	1.267.191	14,3%
Clínicas	2	173.848	22.244	12,8%
Combustibles	2	1.236.946	148.386	12,0%
Seguros Vida	30	3.014.192	351.658	11,7%
Embotelladoras	4	2.402.499	282.014	11,7%
Autopistas Concesionadas	10	1.368.300	155.239	11,3%
Retail	4	11.734.004	751.490	6,4%
Isapres	7	1.394.544	68.956	4,9%
Seguros Generales	20	1.545.929	25.995	1,7%
Total	**105**	**40.953.859**	**4.965.228**	**12,6%**

Cifras Expresas en Millones de Pesos (MM$) de Junio de 2011

Fuente: Altura Management en base a datos de: Superintendencia de Valores y Seguros, Superintendencia de Salud, Bolsa de Comercio de Santiago.

- De acuerdo a este indicador, industrias reguladas como las sanitarias, telecomunicaciones, eléctricas y autopistas concesionadas hayan sido más rentables en un período de auge económico que otras cuyas utilidades dependen considerablemente de los vaivenes del mercado.
- Estos resultados se contraponen al principio que sostiene que mayores riesgos deberían ser compensados con mayores retornos en el largo plazo.

Estudio descomposición de Du Pont – sudivisión ROE en tres ratios

- permiten entender las razones de un mayor o menor retorno entre compañías o industrias.

$$ROE = \frac{Utilidad\ Neta}{Ventas} \times \frac{Ventas}{Activos} \times \frac{Activos}{Patrimonio\ Inicial}$$

Composición

1. el margen neto, el que está relacionado con el margen derivado de cada venta.
2. rotación de activos y está relacionado con la eficiencia operacional (cuántos pesos de venta son generados por cada peso de activos de la empresa).
3. nivel de apalancamiento financiero. A mayor relación entre activos y patrimonio mayor es la proporción de deuda con respecto a esta última partida del balance y mayor la rentabilidad del accionista en el caso en que el resultado de la empresa sea positivo.

Recalculo considerando ROE

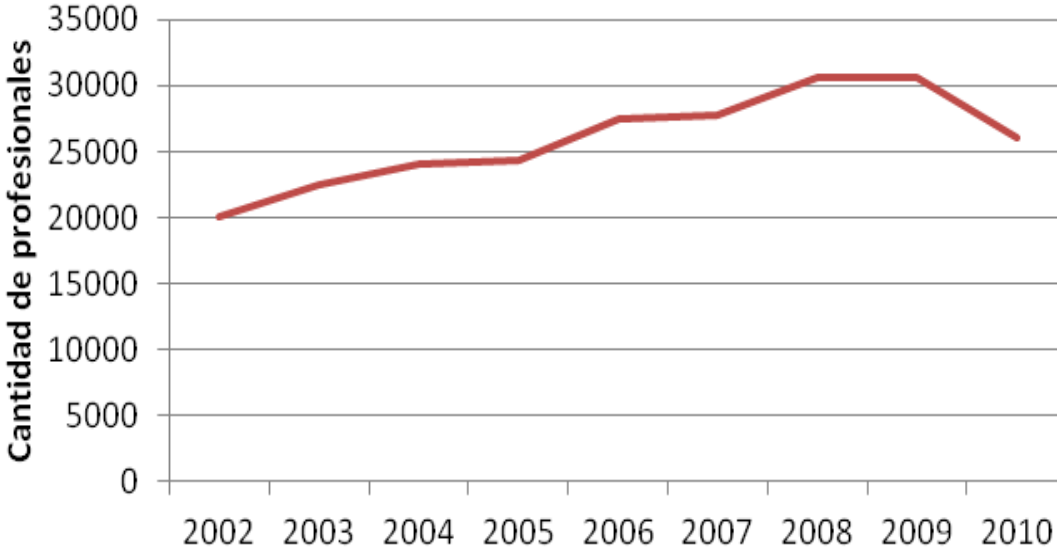
Industria	Ratio Financiero	2008	2009	2010	2011	Promedio
Isapres	ROE	34.9%	20.8%	41.3%	43.1%	**35.0%**
	ROA	12.3%	7.6%	14.9%	16.8%	**12.9%**
Cías. Seguros Generales	ROE	5.0%	8.7%	2.2%	13.6%	**7.4%**
	ROA	1.3%	2.2%	0.6%	3.0%	**1.8%**
Cías. Seguros Vida	ROE	-6.9%	23.7%	25.7%	4.2%	**11.7%**
	ROA	-0.8%	2.1%	2.5%	0.6%	**1.1%**
Sistema Bancario	ROE	13.1%	18.2%	20.0%	18.6%	**17.5%**
	ROA	1.1%	1.1%	1.6%	1.2%	**1.2%**

- Calculada de esta manera la rentabilidad de las isapres es sustantivamente mayor a las de las compañías de seguros generales, compañías de seguros de vida y sistema bancario, tanto en ROE como ROA, con promedios de 35% y 12,9% respectivamente entre los años 2008 y 2011.

Mercado de provisión de servicios de salud

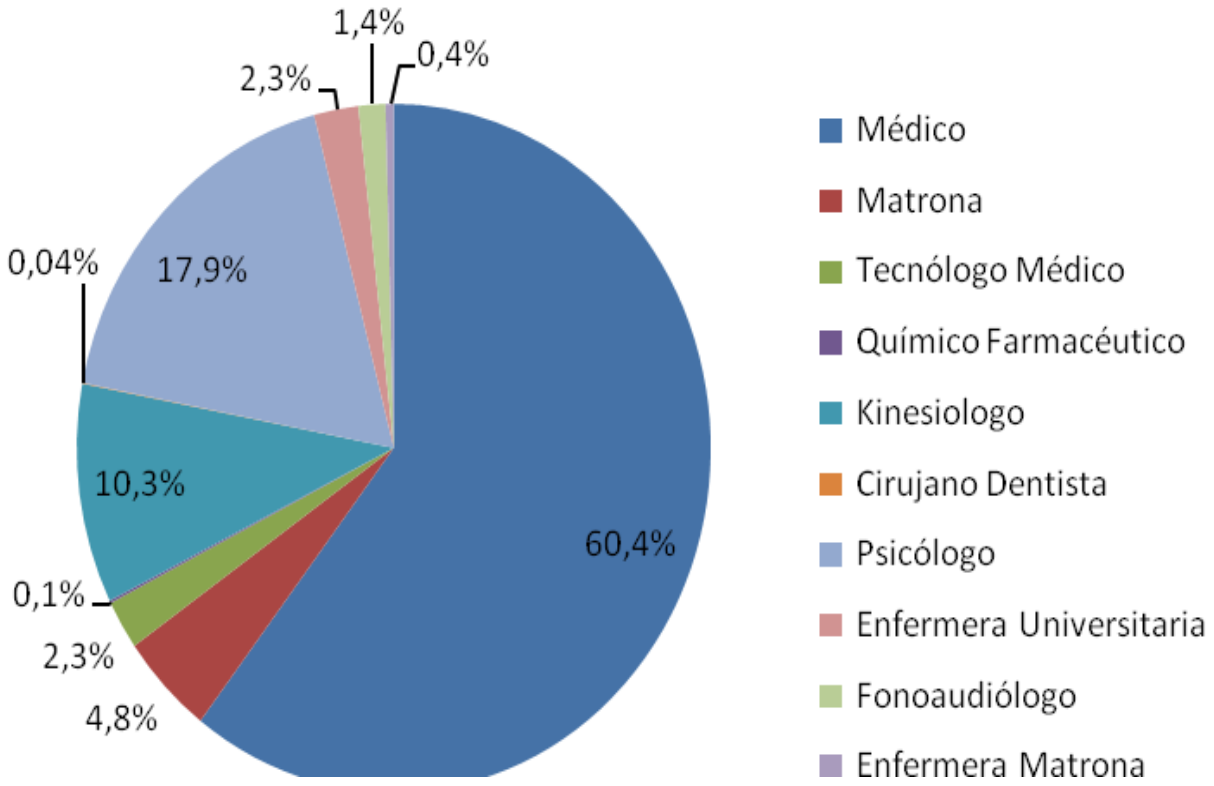
- Fonasa,
- Isapres
- Prestadores privados y públicos.

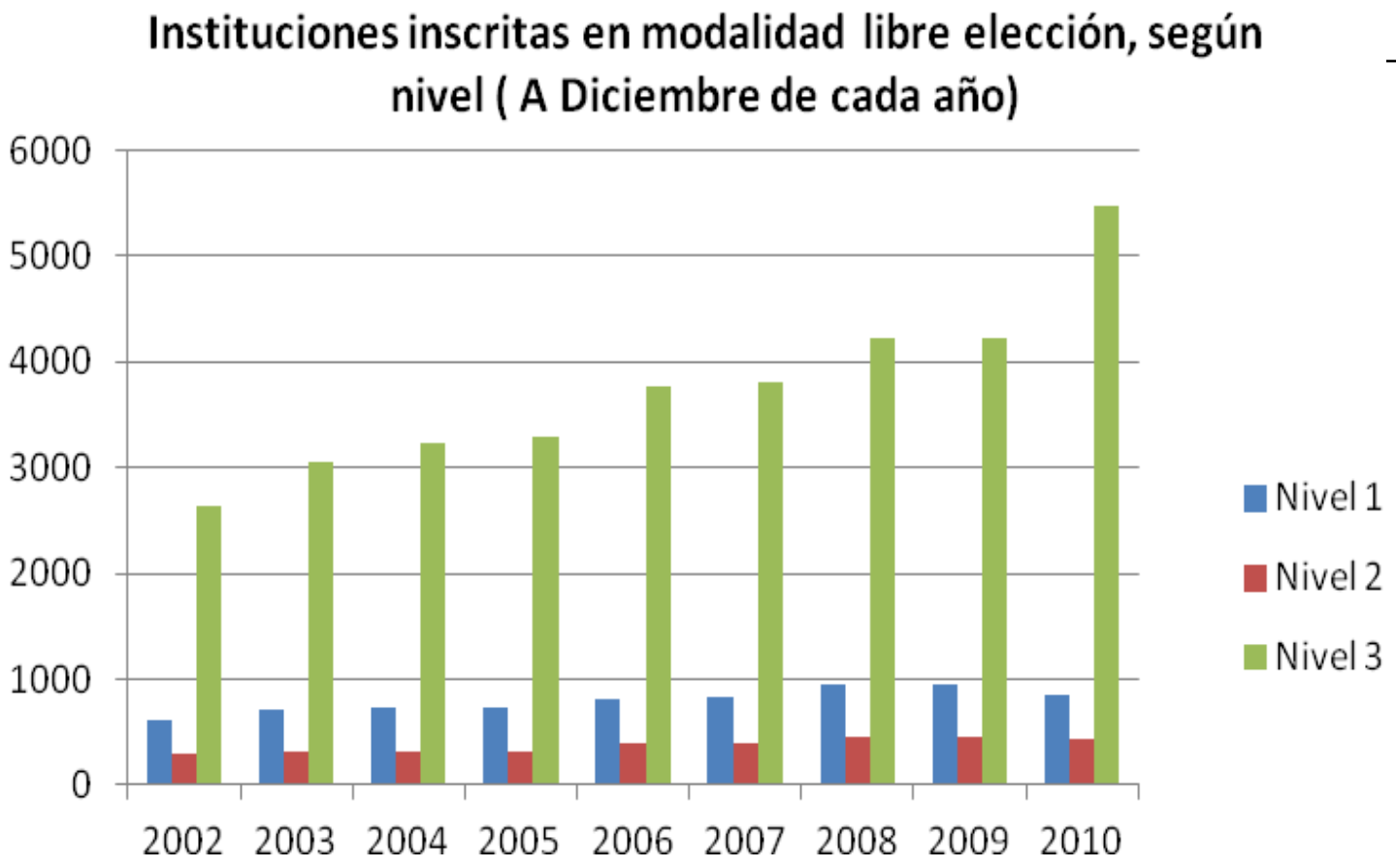
Profesionales inscritos en modalidad libre elección a Diciembre de cada año



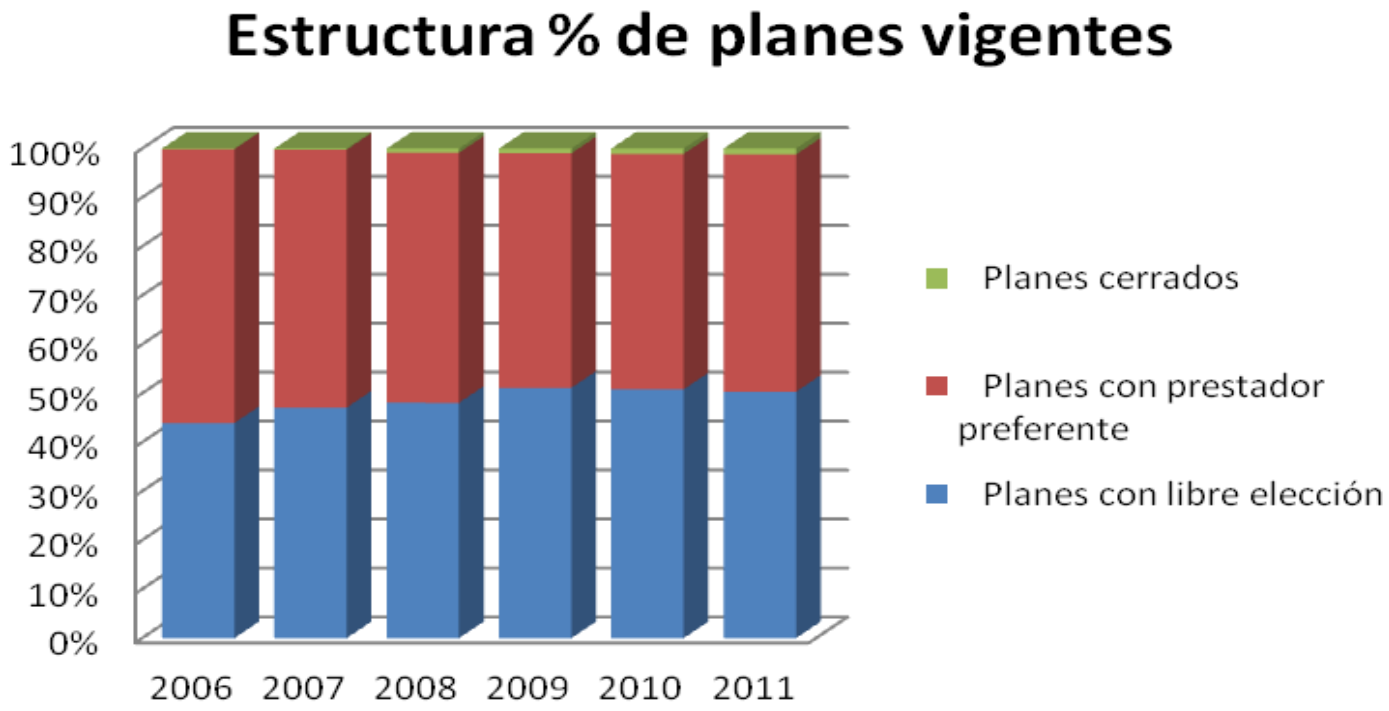
Fuente: FONASA

Profesionales inscritos en modalidad libre elección (Diciembre 2010)

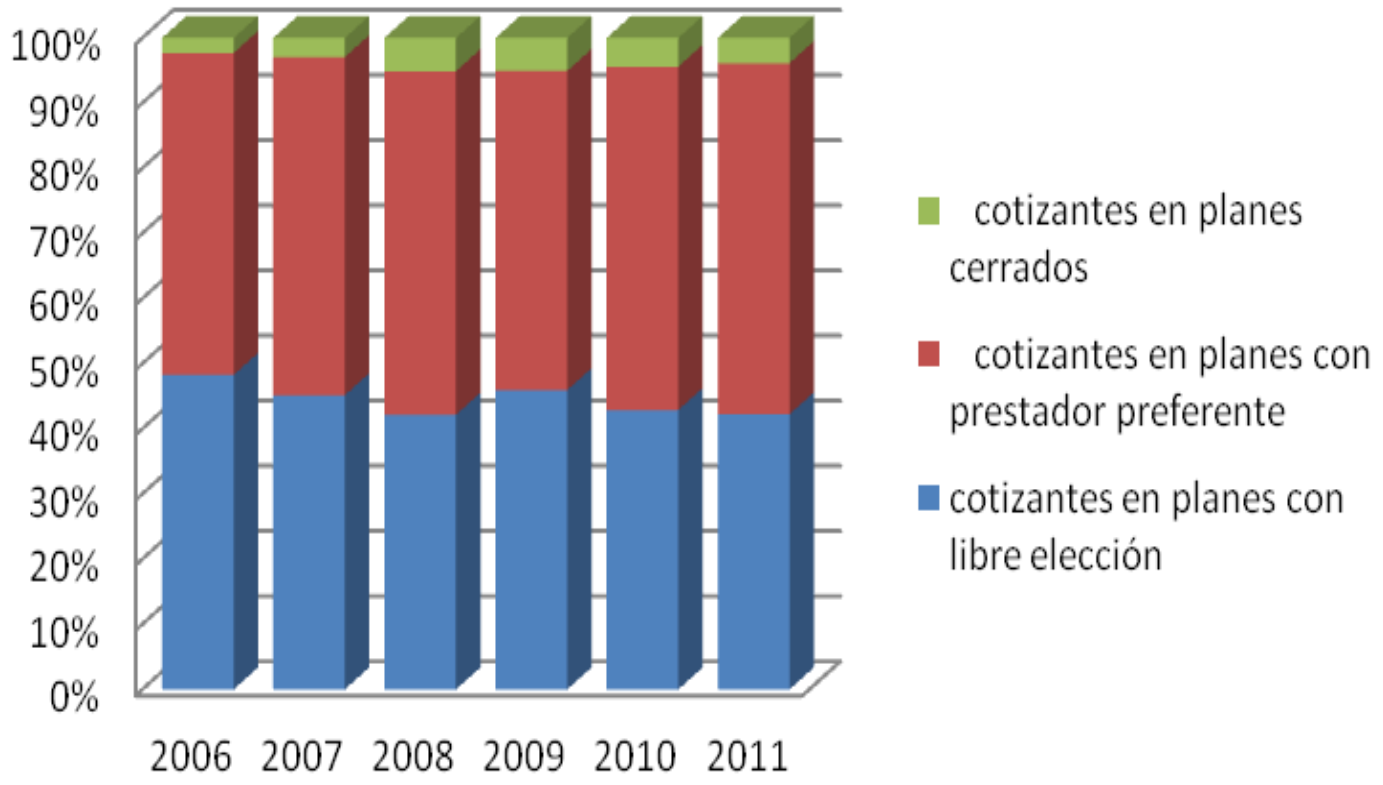



Instituciones inscritas en modalidad libre elección, según nivel (A Diciembre de cada año)
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
Nivel 1
Nivel 2
Nivel 3

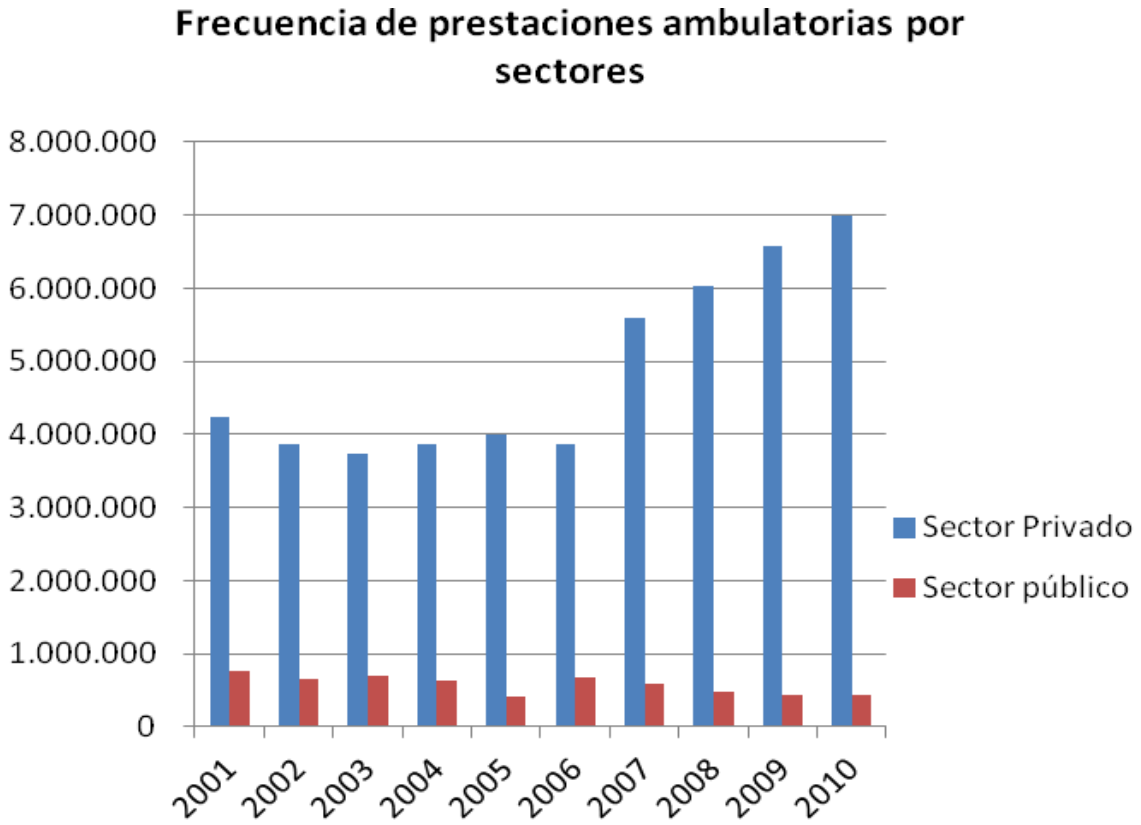
ISAPRE


Estructura % de planes vigentes
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
2006
2007
2008
2009
2010
2011
Planes cerrados
Planes con prestador preferente
Planes con libre elección

% de cotizantes por tipo de planes



Prestadores

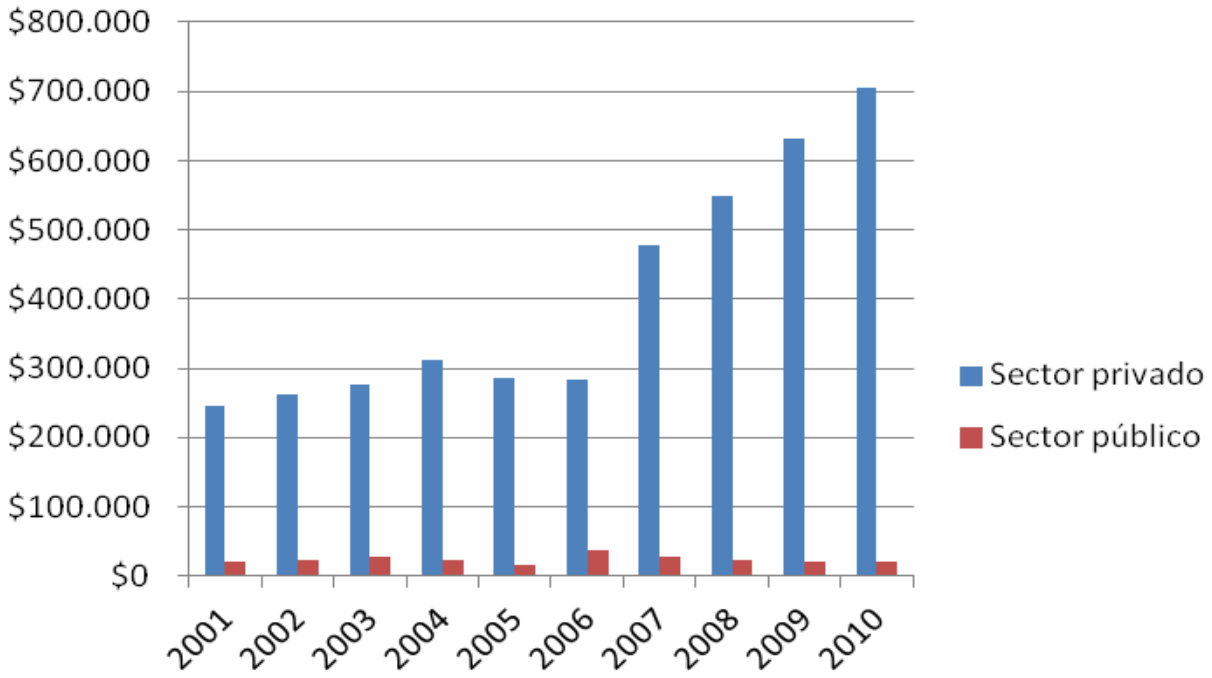


Fuente: Superintendencia de salud

Fuente: Superintendencia de salud

Fuente: Superintendencia de salud

Monto facturado en prestaciones hospitalarias (mill de $) por sectores



Fuente: Superintendencia de salud

Acreditación

- Actualmente existen 32 prestadores institucionales acreditados, la mayor parte de ellos ubicados en la región metropolitana

Prestadores ambulatorios

Distribución médicos especialistas y generales (2010)

Profesionales Profesionales	Total Chile Público + Privado		Sector Público (APS + Servicios de Salud	
	Nº	%	Nº	%
Médicos Generales	9,160	38.7 %	5,144	35.5 %
Médicos Especialistas	14,535	61.3 %	9,331	64.5 %
Total	23.695 (1)	100 %	14,475	100 %

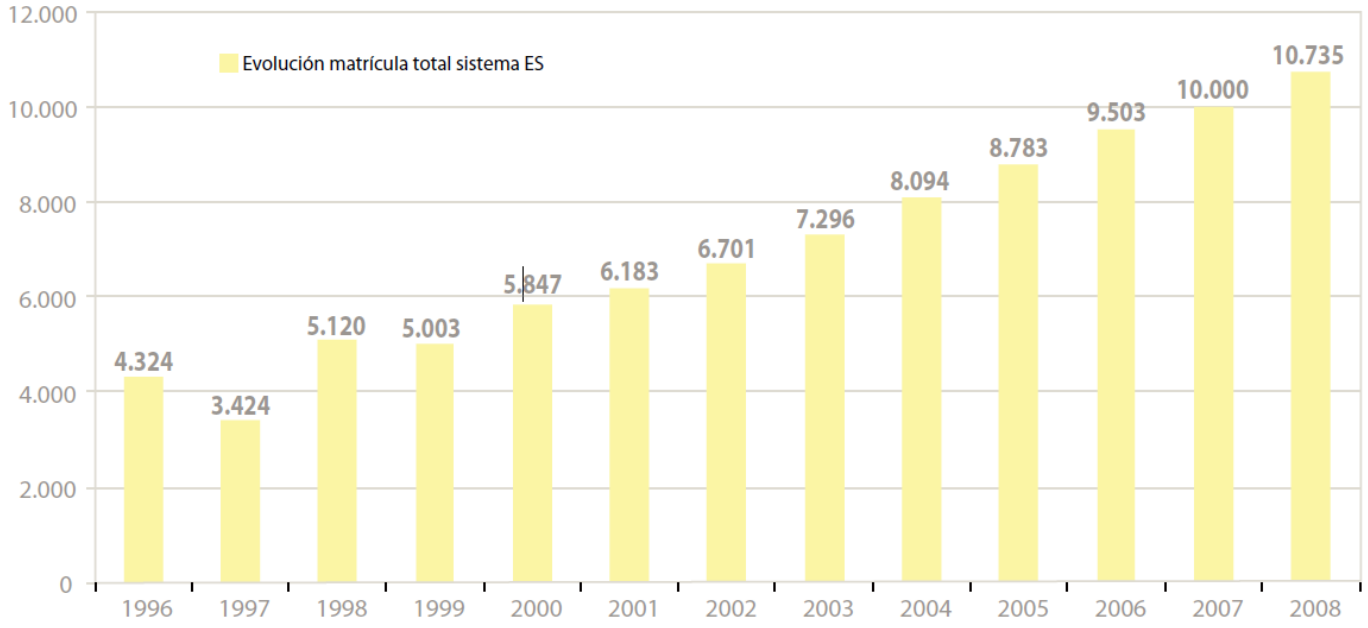
Fuentes: Registro Superintendencia de Salud, Base Modalidad de Libre Elección FONASA, SIRH, APS Desempeño Difícil, CONACEM

(1) Este Número total de Médicos corresponde a 86 % del total de los Médicos del país cuyo carácter de Médico General o Médico Especialista se pudo identificar en forma válida, mediante el cruce de las bases de datos señaladas en fuentes.

Gobierno de Chile / Ministerio de Salud

Crecimiento de la matricula

GRÁFICO Nº 11
Evolución Comparativa:
Matrícula Total Carrera de Medicina Universidades Chilenas 1996 - 2008



Fuente: Base de Datos del Consejo de Educación Superior

TABLA N° 1
Distribución geográfica[5] del total de los médicos en Chile

Médicos por Área Geográfica				
Área Geográfica	Cantidad de médicos	%	Número de médicos por cada 100.000 habitantes	Número de habitantes por médico
Norte	2.418	8,1	119,5	837,0
Central	21.899	73,0	212,1	471,4
Centro Sur	4.415	14,7	132,2	756,5
Sur	1.264	4,2	117,5	851,0
PAÍS	29.996	100,0	178,9	558,9

Fuente: Servicio de Impuestos Internos e INE (Población 2008)

Aspectos metodológicos: El Área Norte agrupa a las regiones I, II, III, IV y XV; el Área Central agrupa a las regiones V, VI, VII y XIII; el Área Centro-Sur agrupa a las regiones VIII, IX y XIV; y el Área Sur agrupa a las regiones X, XI y XII.

ESQUEMA Nº 3
Estimación económica del mercado de los médicos en Chile

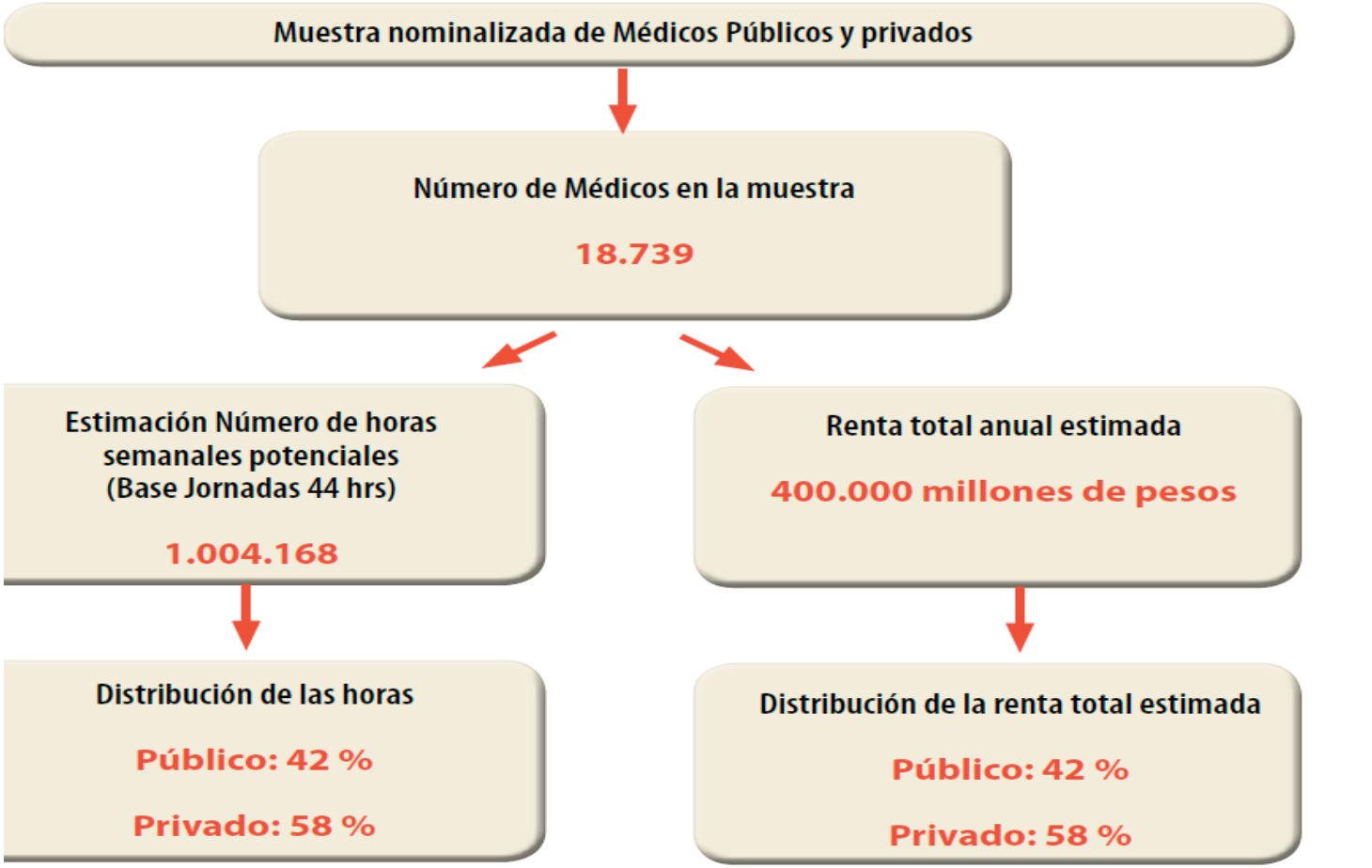
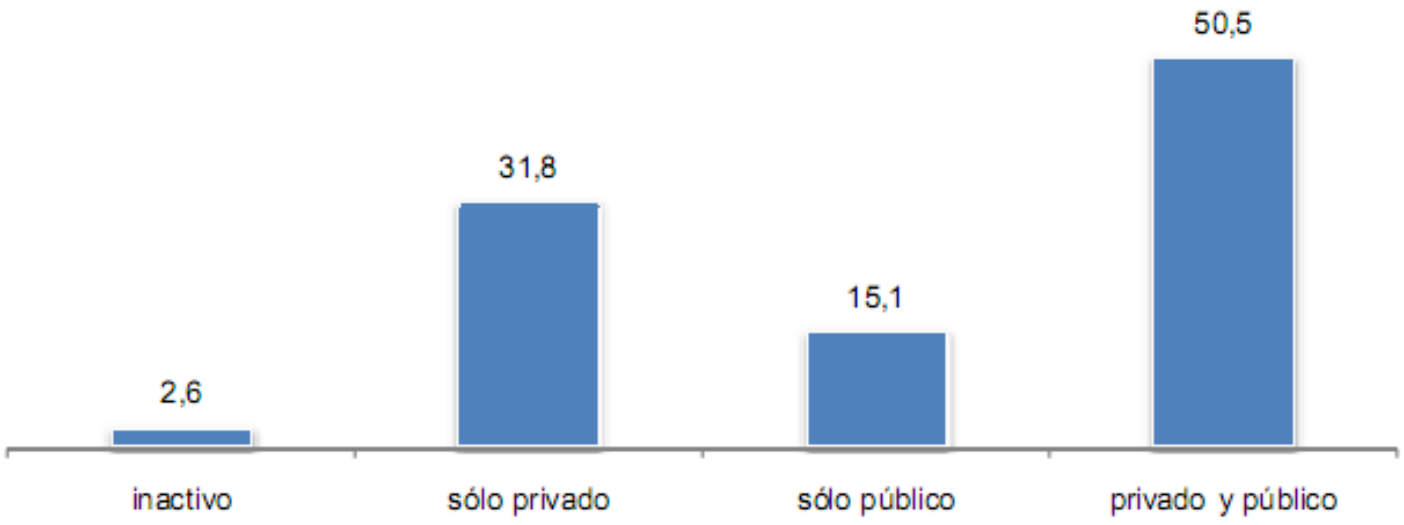


Gráfico 19: Propiedad del trabajo (%; n=600)



Servicios Médicos Ambulatorios

- La prestación de servicios de salud ambulatoria ha ido cobrando cada vez mayor importancia para los Grupos lo que se manifiesta en sus planes de inversión para los próximos años, los cuales se están centrando en la expansión de este tipo de servicio.

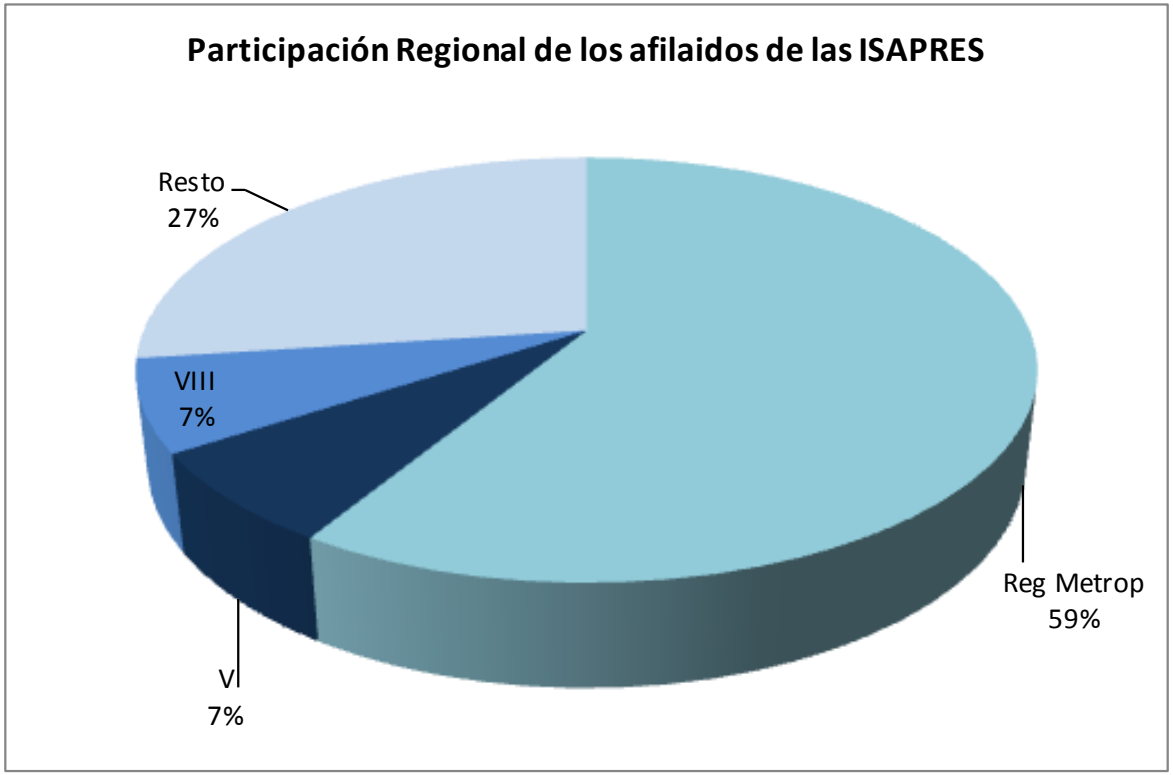
Mercado de provisión de servicios hospitalarios

- La estructura de segmentos de los prestadores de salud se asocia por lo general a los usuarios de una o más isapre. Las clínicas y hospitales examinados tenían una importante asociación con los usuarios de determinadas isapres.

Concentración de los prestadores donde vive la población (mercado) Región Metropolitana

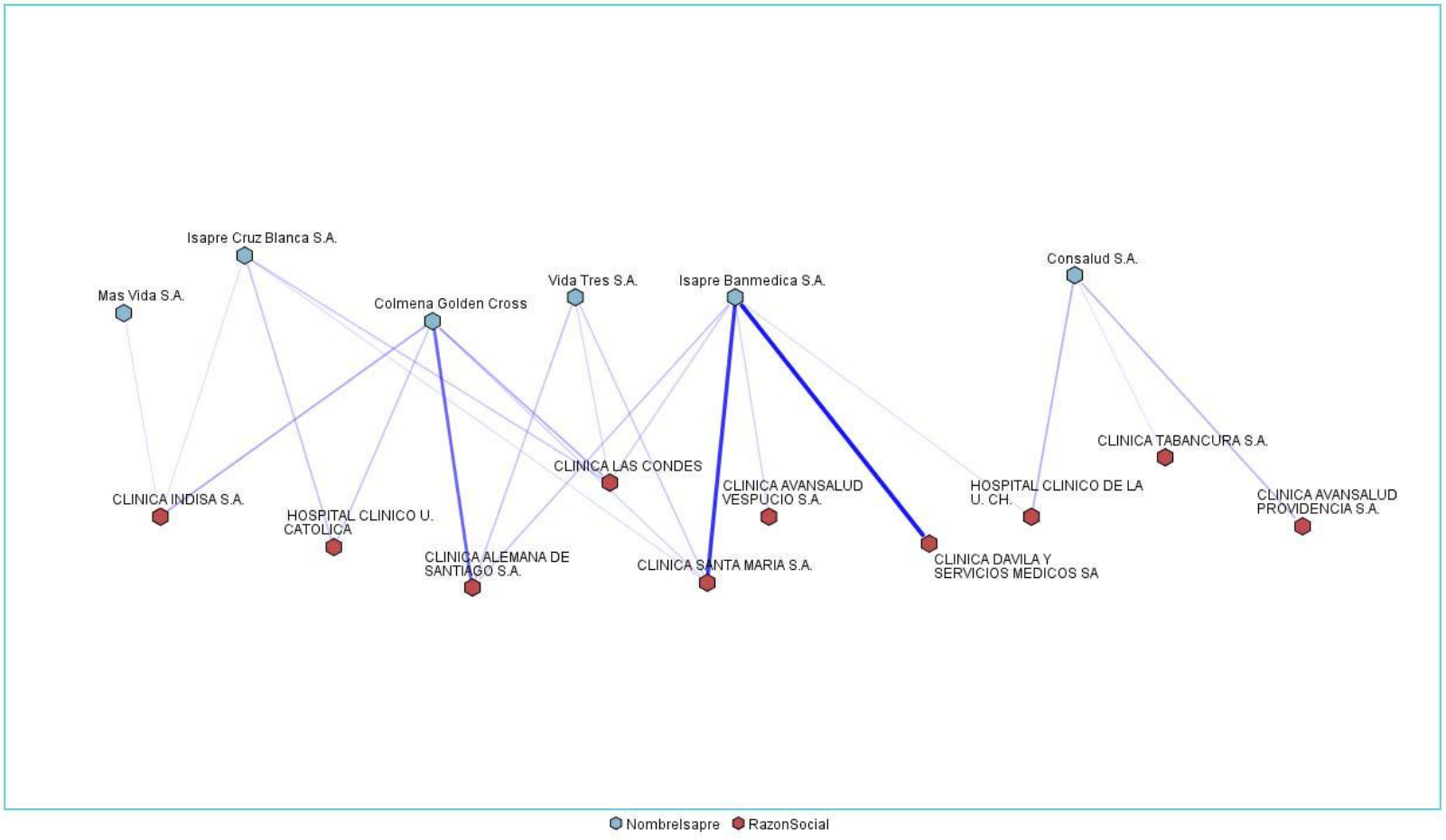
COMPOSICION DEL PADRON POR REGIONES

REGION	Año 2009
I	2.10%
II	5.10%
III	1.30%
IV	1.80%
V	7.10%
VI	3.80%
VII	2.60%
VIII	7.00%
IX	3.00%
X	3.80%
XI	0.40%
XII	1.10%
XIV	1.30%
XV	0.80%
Reg Metrop	58.80%
Total	100.00%



Los planes de salud son un "negocio" de las áreas urbanas, con ingresos medios y altos

Isapre y Clínicas de la región metropolitana



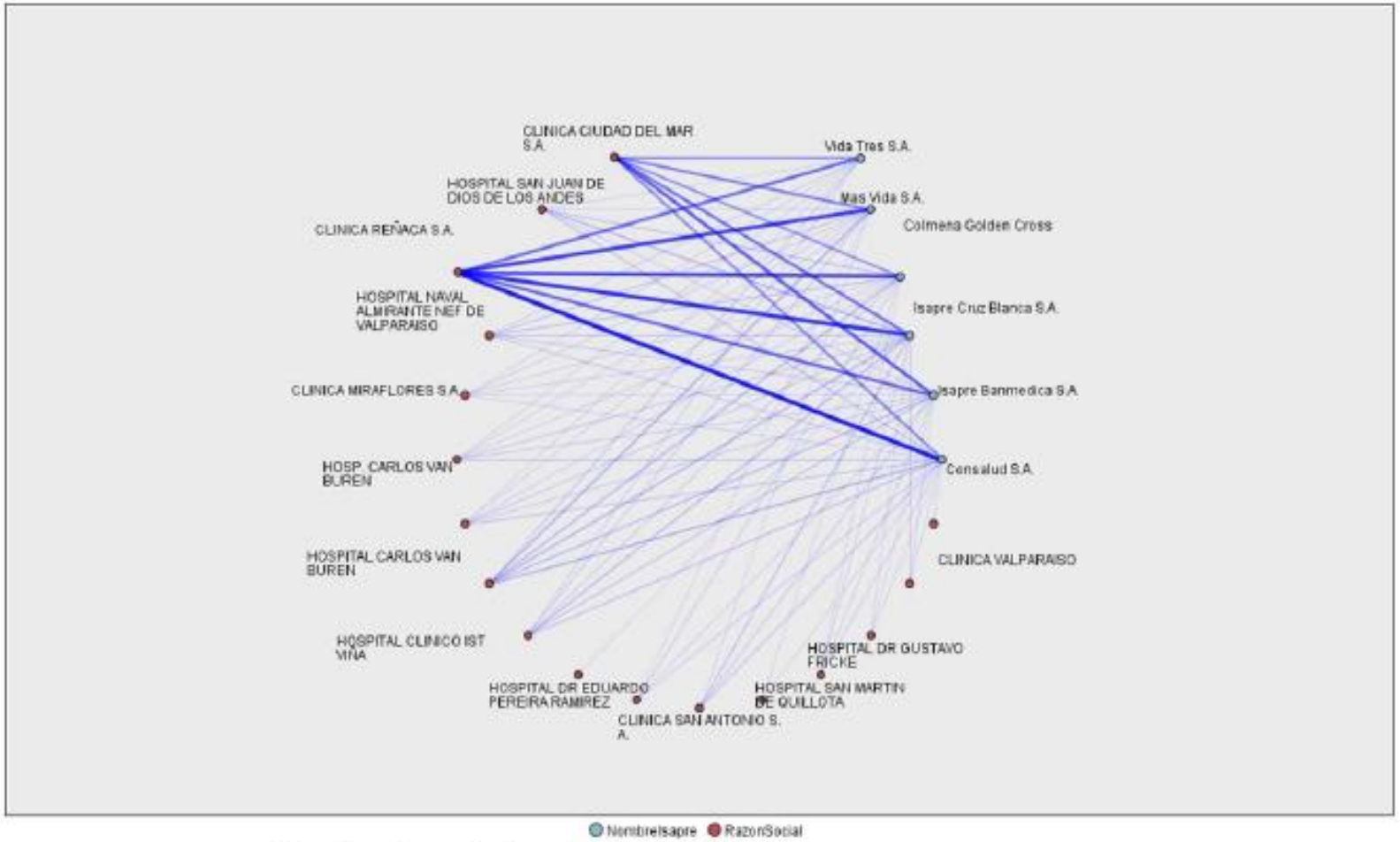
Segmentación de Principales Prestadores de Salud de la Región Metropolitana

Seg	Clínica/Hospital	Isapre Clientes	%	Prestador Preferente (PP) SI	Prestador Preferente (PP) NO	Tramos de Cotización Pactada (M$) De A	<40	40 54	54 68	68 81	81 92	92 104	104 123	123 152	152 206	>206
1	Clínica Alemana	Colmena Banmédica Vida Tres	47.6% 20,4% 20,1%	25.60%	74.40%				9.4%	24.7%			26.2%	17.8%	21.9%	
2	Clínica Las Condes	Colmena Cruz Blanca Vida Tres	30.8% 22,1% 16,6%	8.80%	91.20%					17.6%	8.9%	19.8%	28.4%		25.3%	
3	Clínica Tabancura	Consalud Colmena Banmédica	29.4% 25.0% 18,4%	18.80%	81.20%					36.7%	34.4%			28.9%		
4	Clínica INDISA	Colmena Masvida Cruz Blanca	39.6% 16,5% 16,7%	14.00%	86.00%					52.2%	33.9%			13.9%		
5	Clínica Dávila	Banmédica	70.9%	38,3%	61,7%				35.2%	15.5%	31.6%			17.7%		
6	Hospital Clínico de la P.U.C.	Cruz Blanca Colmena	34.6% 33.9%	No segmenta					19.6%	32.3%				48.1%		
7	Clínica Santa María	Banmédica	54.4%	32.70%	67.30%				13.7%	30.1%			36.0%		20.2%	
8	Clínica Avansalud	Banmédica	66.5%	Es prestador preferente para Consalud y Banmédica					39.6%	30.2%		30.2%				
9	Hospital Clínico de la U.Ch.	Consalud Banmédica Cruz Blanca	45.4% 22,1% 11,6%	Para 42,8% de clientes era PP y de éstos un 93% son de Consalud .				22.6%	31.1%		46.3%					

Fuente: Superintendencia de Salud, Base Datos Prestaciones Bonificadas, Base de Datos de Cotizantes y Cargas

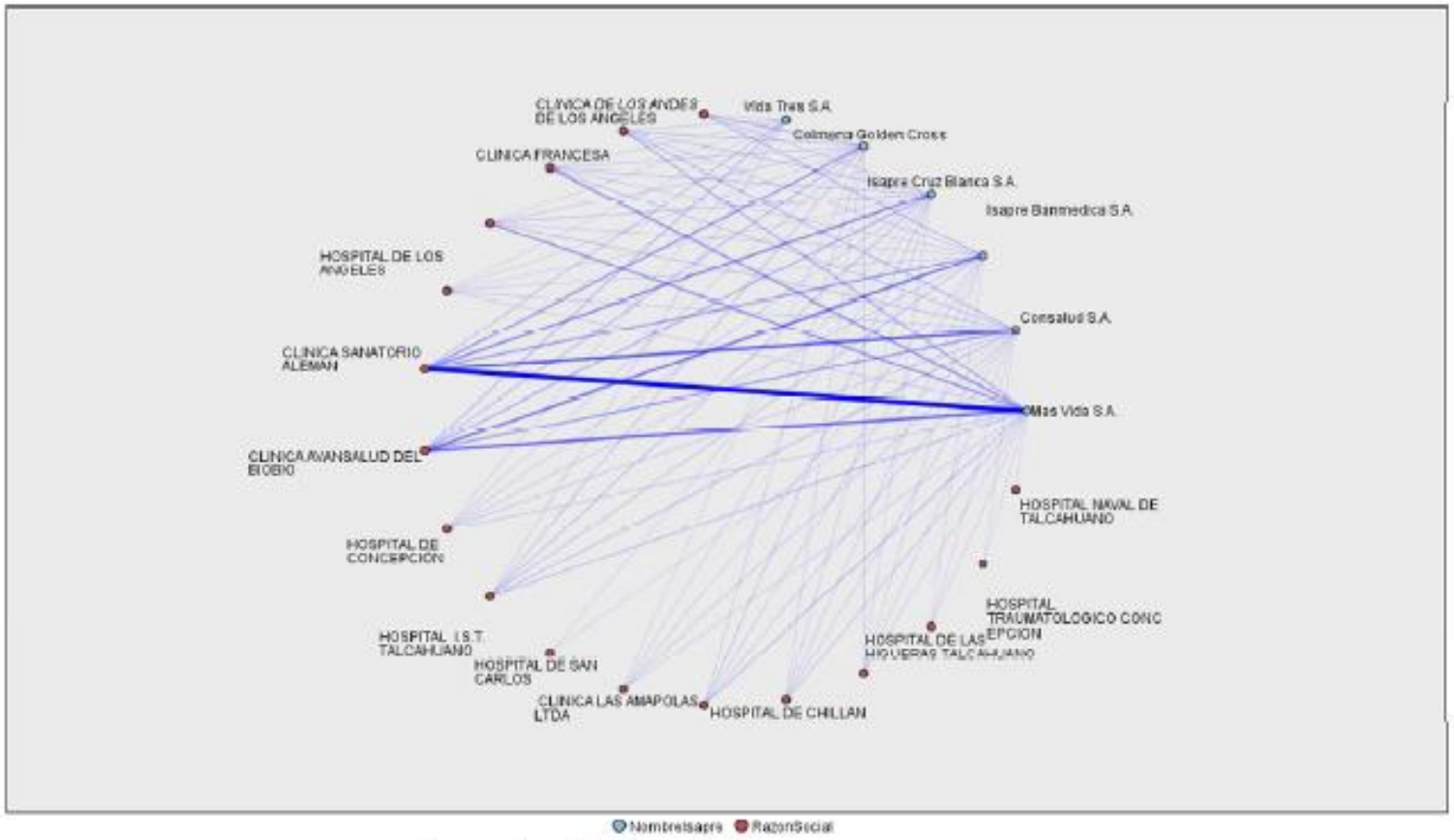
Nota: Los tramos de cotización pactada corresponde a los clientes en que el prestador no era preferente.

G2-Principales Prestadores de Salud y su Relación con Isapres de la Quinta Región (Enero a diciembre 2009)



Fuente: Superintendencia de Salud

G3-Principales Prestadores de Salud y su Relación con Isapres de la Octava Región (Enero a diciembre 2009)



Fuente: Superintendencia de Salud

Estructura sistema de pagos

- La estructura de más común en el sistema de salud chileno es el pago por servicio (*fee-for-service; FFS*) o intervención. Conforme a este sistema, el asegurador, sea privado o público, paga al prestador un monto por cada prestación o intervención realizada.

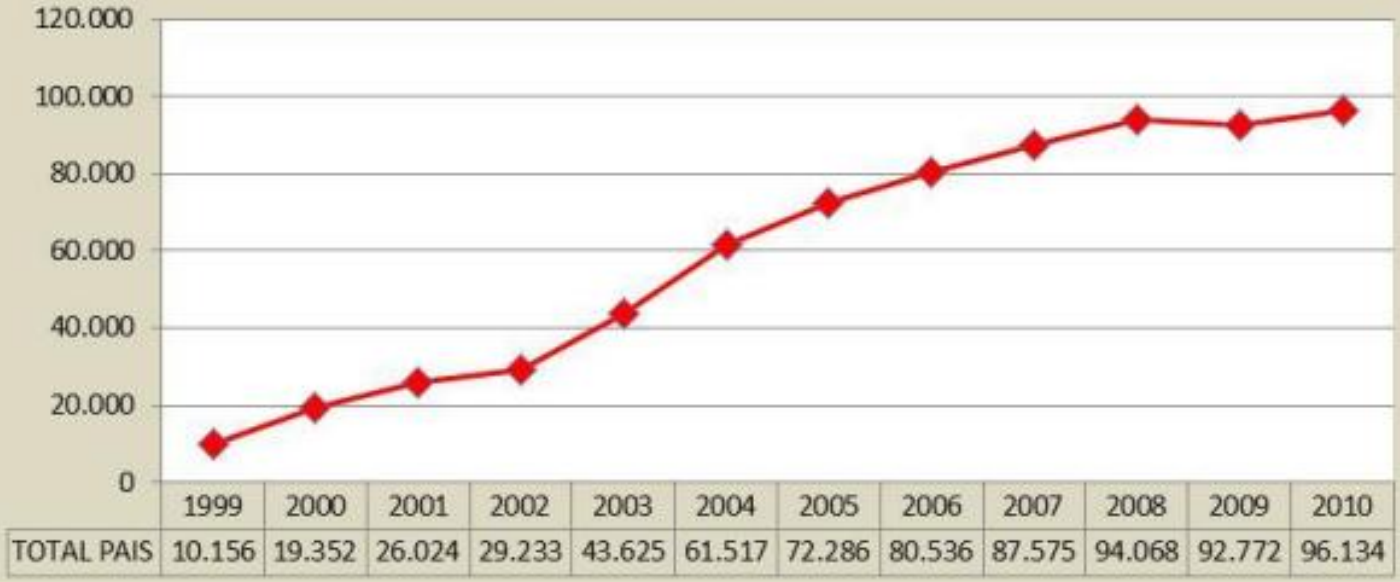
Tres alternativas: pagos por rendimiento, pagos asociados a diagnóstico y pagos 'per cápita'.

1. **Pago por rendimiento (*pay-for-performance; P4P*).**

2. **Pago asociado a diagnóstico/episodio (*Episode Based Payment; PAD*).**

3. **Pagos globales (per cápita o capitation).**

Prestaciones PAD 1999-2010



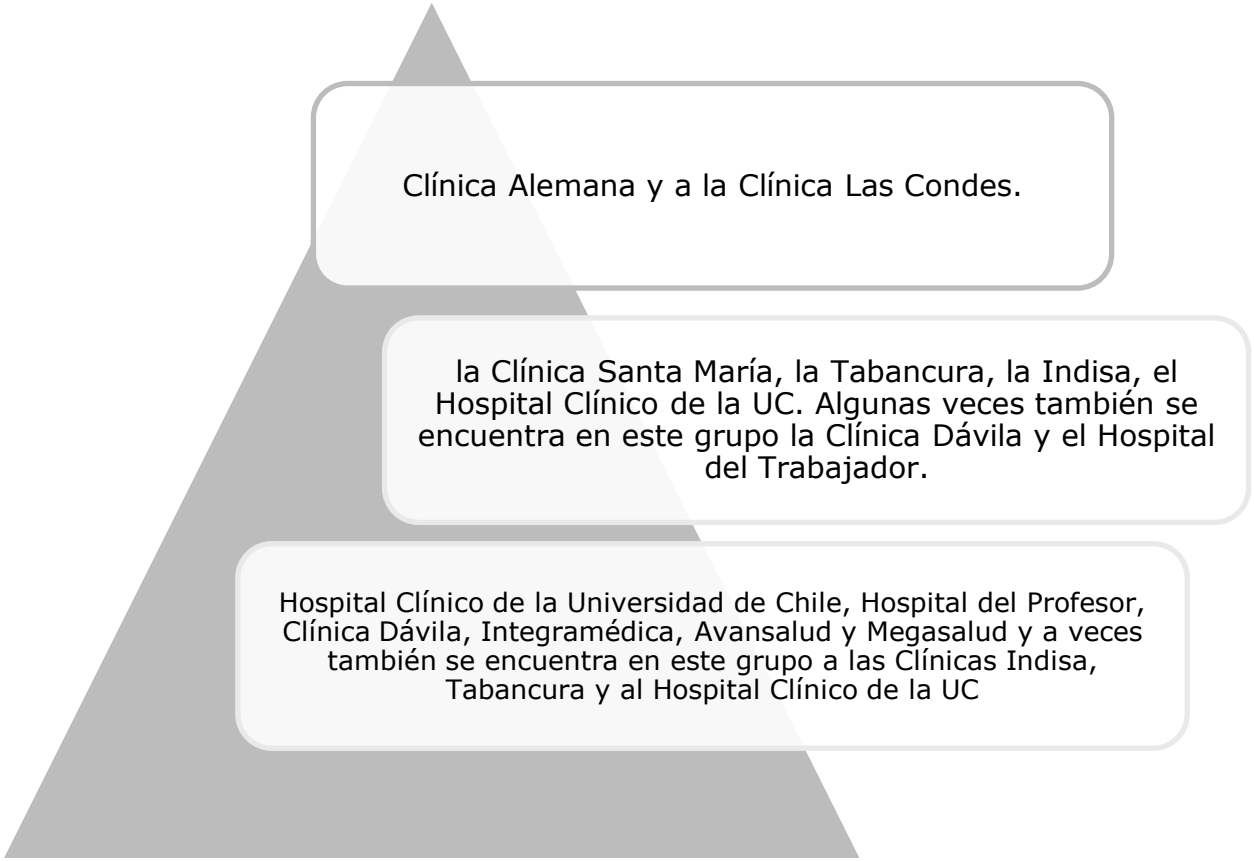
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOTAL PAIS	10.156	19.352	26.024	29.233	43.625	61.517	72.286	80.536	87.575	94.068	92.772	96.134

Fuente: Boletin FONASA.

Análisis de los Precios Establecidos en los Convenios de Isapres con los Principales Prestadores (Sep – 2009)

- *Isapres que presentan mejor capacidad de negociación de precios bajos*
- *Isapres cuyos precios están por sobre el precio de lista*
- Los prestadores con mayor varianza en los precios negociados
- Mayores rebajas respecto al precio de lista

Niveles de precios y de prestadores: ¿Quiénes compiten más directamente con quiénes?

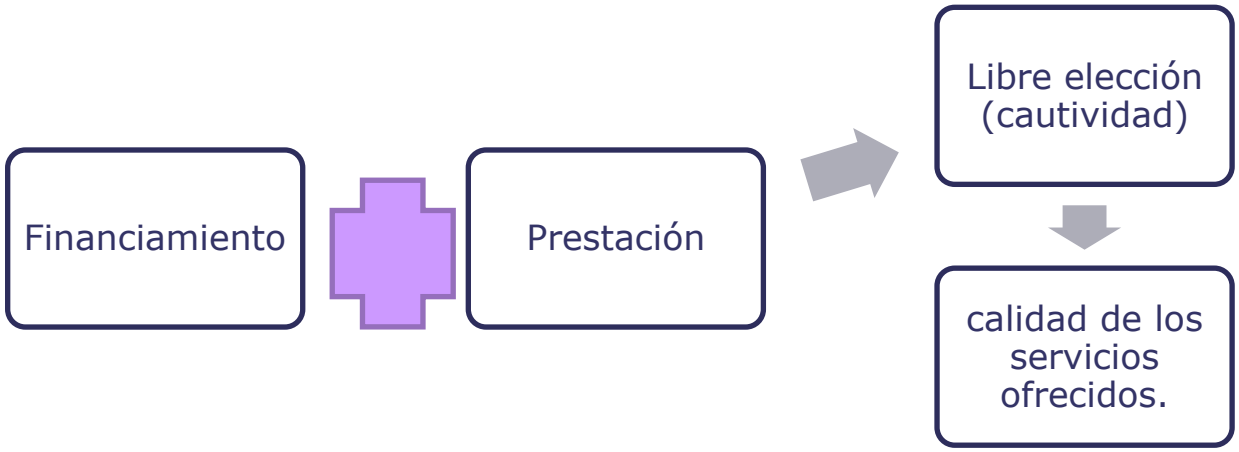


Análisis de la integración vertical

La integración vertical es un esquema de propiedad y control sobre las empresas. Las compañías integradas verticalmente están unidas por una jerarquía y comparten un mismo propietario.

La integración vertical es la agrupación en la misma organización de varios procesos consecutivos pero separables, necesarios para la producción de un bien o servicio.

Integración vertical



Potenciales eficiencias de la integración

- Mejora de la capacidad negociadora.
- Evita el riesgo moral.
- Fomento de inversiones (mayor coordinación)
- Menores costos.

Riesgos de toda forma de acuerdo vertical

- Tendencias a la concentración
- Generación de barreras de entrada (‘*foreclosure*’)
- Suavización de la competencia por calidad

No debemos cometer el error de …..

comparar el mercado real con el regulador ideal

sino el mercado real con el regulador real.

Superintendencia de servicios de salud

- Rol clave en la recopilación y análisis de la información – excelente trabajo durante estos años
- Avances en la realización de rankings comparativos a través de una selección de indicadores
- Proveer información al beneficiario de manera clara para que tenga elementos para decidir.
- Pero esto no será suficiente para regular y obligar a innovar

El gran comprador de servicios como regulador: rol de FONASA

Caso de Medicare en Estados Unidos que compra servicios para 45 millones de personas y establece las condiciones de negociación de mercado en cuanto a modalidades de pago y calidad de los servicios.

Recomendaciones

Disminuir las asimetrías de información en materia de planes de salud.

1. Nomenclador común
2. Valores en unidades comparables
3. Cotizador virtual

Disminuir las asimetrías de información en materia de planes de salud.

4	• Plan garantizado de salud
5	• Fortalecimiento del ranking de la superintendencia

Disminuir las asimetrías de información en materia de prestadores.

6	• Transparentar indicadores de calidad por servicio
7	• Indicadores de precios (paquetización)
8	• Replicar estrategias de ranking

Incentivos en materia de planes de salud.

9	• Disminución de la cautividad del sistema
10	• Establecimiento de un IPC en Salud

Incentivos en materia de selección de proveedores

11	• Modalidades de pago – convenios
12	• Integración vertical – propiedad

Muchas gracias

Carlos Vassallo Sella
cvassallo@udesa.edu.ar