

Abril 2015– Síntesis rápida de evidencia

¿Cuál es el impacto de aplicar un valor mínimo al Medical Loss Ratio (MLR) de los seguros de salud en Chile?

El Medical Loss Ratio (MLR) es la proporción de los ingresos que un asegurador de salud recibe por primas, que es gastado en servicios clínicos. Una de las intervenciones que se ha propuesto es establecer un porcentaje mínimo para este indicador, de manera de controlar las ganancias que las Isapres pudiesen percibir a costa de los usuarios.

Mensajes clave

- Los cambios ocasionados por el establecimiento de un MLR se centran más bien en el aumento de gastos en bonos más que en una reducción de las primas.
- Los aseguradores con un **MLR menor a 70% aumentan** significativamente sus **gastos en bonos** al implementar un umbral de MLR obligatorio de 80%.
- La definición de un umbral en el MLR generaría un **aumento en los gastos para mejorar la calidad de la atención**, no obstante **no se observó una mejora de calidad efectiva** en salud mental.
- **Mercados monopólicos** muestran **menores MLR**. Sin embargo, al **aumentar la participación** del asegurador en el **mercado, aumentaría el MLR** y el **número de bonos por persona**.
- Aseguradores con **presencia en otros mercados** tendrían **menores MLR**.
- Para aseguradores con bajo MLR, la aplicación de un umbral para MLR generaría un aumento significativo de más de 10% en su MLR al año siguiente de aplicada la medida.
- La experiencia de EEUU muestra que se redujeron los gastos administrativos, aumentaron las devoluciones de dinero a asegurados, mientras que el valor de las primas y la inversión en calidad se ha mantenido relativamente constante. Aseguradores con fines de lucro tendrían menores MLR.

Este documento se encuentra disponible en

EVIPNET Chile (evipnet.minsal.cl)

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia de una intervención que se realiza en un plazo **no mayor a 15 días hábiles**



Este resumen incluye:

- **Introducción:** Contextualización del problema.
- **Principales hallazgos:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones
- **Consideraciones de Implementación:** Identificación de algunos elementos a tener en cuenta a la hora de implementar una política de estas características.



No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Consideraciones en la implementación, tales como precio, marcos regulatorios, impacto en equidad, etc.
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.
- Datos de la realidad del país en esta área
- Listado de stakeholders clave en el área

El resumen **NO** utiliza revisiones sistemáticas

Tiempo utilizado para preparar esta síntesis:

6 días hábiles

¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el **Departamento de Asesoría Ministerial; Gabinete de la Ministra** del Ministerio de Salud de Chile.

Introducción

El Medical Loss Ratio (MLR) se define como la proporción de los ingresos que un asegurador de salud recibe por primas, que es gastado en servicios clínicos[1].

Como una forma de limitar las ganancias del sistema ISAPRE y mejorar la cobertura de los usuarios, se ha propuesto como alternativa una política para definir un umbral para MLR en el cual, se deba devolver a los usuarios la cantidad que no fue gastada en servicios clínicos.

De esta forma, un asegurador con un bajo MLR, tendría incentivos para aumentar este valor, ya sea incrementando el numerador (mejorando los beneficios a los usuarios) o disminuyendo el denominador (reduciendo el valor de las primas) [2].

Regulando de esta forma el mercado, esta política beneficiaría a los usuarios de 2 formas distintas:

1. La devolución por parte de los aseguradores que tienen MLR menores que la norma.
2. Para evitar devolver, los aseguradores podrían reducir los costos administrativos, sus ganancias y, controlar el incremento de las primas [3].

Por otro lado, esta política podría introducir cambios en el mercado; otra forma que los aseguradores tendrían para aumentar el MLR sería disminuir los gastos administrativos, lo que podría reducir su competitividad en el mercado [2].

Por último, experiencias internacionales han mostrado que una política de estas características tendría un gran impacto. Un estudio que analizó los datos de EEUU por cada estado antes de la implementación de la medida, mostró que cerca del 50% estaría por debajo del requerimiento solicitado. Además, cerca de la mitad de los asegurados, estaría en aseguradoras que no cumplirían esta norma [4].

¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la creación de una política para establecer un umbral para Medical Loss Ratio (MLR) en el mercado de las aseguradoras de salud en Chile.

¿Cómo fue preparado este resumen?

Utilizando palabras clave como "Medical Loss Ratio", "Regla 80-20", "Loss Ratio", "Seguros de salud" y "Prima" se buscó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, PDQ Evidence, Health System Evidence y Health Evidence con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas del tema. Al no encontrarse, se seleccionaron todos los estudios primarios que abordaran el tema.

Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto del efecto de una política para controlar las ganancias del sistema ISAPRE, imponiendo un umbral al MLR. Se buscan artículos que evalúen el impacto de una política de estas características. Se presentan los principales hallazgos encontrados, junto a algunas breves consideraciones de implementación.

Resumen de Hallazgos

Esta síntesis busca conocer el impacto de establecer un umbral para el Medical Loss Ratio (MLR) sobre el mercado de los seguros de salud en Chile. Se compara contra el caso de no contar con un umbral de estas características. Se incluyeron únicamente los casos de seguros individuales, excluyendo todo tipo de seguros colectivos o de vida.

Al no encontrarse revisiones sistemáticas, se utilizaron principalmente **3 estudios primarios** y **5 estudios descriptivos** de la evaluación *expost* de este programa en EEUU.

ESTUDIOS PRIMARIOS

Hallazgo 1

→ **Aplicar un mínimo valor a cumplir para MLR no generaría una reducción significativa en el valor de la prima.**

El único estudio que aborda este indicador muestra el impacto del valor de MLR en la prima de seguro de salud. Este estudio compara las diferencias en el valor de las primas entre el año anterior y posterior a la aplicación de la ley. Además, evalúa un posible efecto diferencial entre aseguradores bajo y sobre la norma establecida para MLR. Sin embargo, no se encontró un efecto significativo en ninguno de los grupos evaluados.

Referencia	Var independiente	Grupo 1	Grupo 2	Var dependiente	Resultado
(Abraham et al, 2014) [2]	MLR año anterior a la aplicación de la ley	<70%	>70%	Variación anual en valor de primas	Dif: 78.62
		>90%	<90%		Dif: 170.8

*Resultados estadísticamente significativos

Hallazgo 2

→ **Los aseguradores con un MLR menor a 70% aumentan significativamente sus gastos en bonos al implementar un umbral de MLR obligatorio de 80%.**

La evidencia muestra que los cambios ocasionados por esta política se centran más bien en el aumento de gastos en bonos más que en una reducción de las primas [2]. El mismo estudio mencionado anteriormente señala que, cuando el asegurador tiene un MLR menor a 70%, los gastos en bonos aumentan significativamente producto de la intervención. Sin embargo, este cambio no se observa en aseguradores que hayan tenido un MLR mayor a 90%.

Referencia	Var independiente	Grupo 1	Grupo 2	Var dependiente	Resultado
(Abraham et al, 2014) [2]	MLR año anterior a la aplicación de la ley	<70%	>70%	Dif anual en gastos en bonos	Dif: 289*
		>90%	<90%		Dif: 12.2

*Resultados estadísticamente significativos

Hallazgo 3

→ **La definición de un umbral para el MLR generaría un aumento en los gastos para mejorar la calidad de la atención, no obstante no se observó una mejora de calidad efectiva en salud mental.**

El estudio que analiza los aseguradores en cada año, mostró que éstos aumentaron significativamente sus gastos en estrategias de mejora de calidad, no obstante con un efecto pequeño [2].

Otro estudio mostró que no existe una relación clara entre MLR y la calidad del cuidado entregado[5]. No obstante, la única variable significativa fue la calidad de la salud mental, mostrando que un asegurador con mayor MLR predice una menor calidad de la salud mental.

Referencia	Var independiente	Grupo 1	Grupo 2	Var dependiente	Resultado
(Abraham et al, 2014) [2]	MLR año anterior a la aplicación de la ley	<70%	>70%	Dif anual en inversión en calidad	Dif: 4.22*
		>90%	<90%		Dif: 3.83*
(Quast, 2013)[5]	MLR	Variable continua		Calidad de salud mental (HEDIS)**	Coef: Reg: -23.9*
				Calidad de condiciones crónicas***	No signif
				Calidad de salud de la mujer***	No signif
				Calidad de salud del niño***	No signif

*Resultados estadísticamente significativos

**HEDIS es un índice para medir calidad

***Estas condiciones son una serie de variables que no fueron significativas en la regresión

Hallazgo 4

→ **Mercados monopólicos muestran menores MLR. Sin embargo, al aumentar la participación del asegurador en el mercado, aumentaría el MLR y el número de bonos por persona.**

La evidencia muestra que al aumentar la participación del asegurador en el mercado, aumentaría el MLR y el número de bonos por asegurado al mes, lo que podría mostrar ciertas economías de escala [1].

Sin embargo, cuando el asegurador es el único en el mercado, el MLR y el número de bonos por asegurado al mes se reducen, mostrando que aseguradores que operan en mercados monopólicos tienen menores MLR que los aseguradores que operan en mercados con un mayor número de competidores [1]. Finalmente, no se encontró una asociación clara cuando el mercado tiene entre 2 a 4 competidores.

Referencia	Var independiente	Grupo 1	Grupo 2	Var dependiente	Resultado**
(Karaca-Mandic et al, 2015) [1]	% de participación del asegurador en el mercado	Variable continua		# bonos por asegurado al mes	Coef Reg: 0.457*
		Variable continua		MLR	Coef Reg: 0.093*
	# de aseguradores en el mercado	1	>1	# bonos por asegurado al mes	Coef Reg: -0.151*
		2 a 4	>4		Coef Reg: -0.027
		1	>1	MLR	Coef Reg: -0.078*
		2 a 4	>4		Coef Reg: -0.019

*Resultados estadísticamente significativos

**Coeficientes no lineales

Hallazgo 5

→ **Aseguradores con presencia en otros mercados tendrían menores MLR.**

Un único estudio muestra que los aseguradores involucrados ampliamente en otros sectores del mercado (tanto de salud como otros) tienden a presentar menores MLR [2].

Referencia	Var independiente	Grupo 1	Grupo 2	Var dependiente	Resultado
(Abraham et al, 2014) [2]	Asegurador con presencia en otros mercados	Si	No	MLR	Coef Reg: -0.003*

*Resultados estadísticamente significativos

Hallazgo 6

→ **Para aseguradores con bajo MLR, la aplicación de un umbral para MLR generaría un aumento significativo de más de 10% en su MLR al año siguiente de aplicada la medida.**

Al estudiar el MLR de un asegurador como predictor de la diferencia observada entre el año previo y posterior a la implementación de la ley, se observa que los cambios fueron significativos. Además, el MLR aumentó en promedio más de 10 puntos porcentuales para aseguradores que tenían un MLR menor a 70%.

Referencia	Var independiente	Grupo 1	Grupo 2	Var dependiente	Resultado
(Abraham et al, 2014) [2]	MLR del año anterior a la aplicación de la ley	<70%	>70%	Dif Anual en MLR	Dif: 10.9*
		>90%	<90%		Dif: 2.91*

*Resultados estadísticamente significativos

EVALUACIÓN EXPOST DE LA POLÍTICA EN EEUU

Hallazgo 7

→ **La experiencia de EEUU muestra que se redujeron los gastos administrativos, aumentaron las devoluciones de dinero a asegurados, mientras que el valor de las primas y la inversión en calidad se ha mantenido relativamente constante. Aseguradores con fines de lucro tendrían menores MLR.**

La experiencia de EEUU muestra que, en promedio, los aseguradores después de aplicada la norma, gastaron el 84% en gastos médicos, 11% en gastos administrativos y menos de un 1 % en mejoras de calidad [6].

Se observó que al año siguiente de aplicar la medida, para alcanzar el MLR deseado, los aseguradores redujeron sus gastos administrativos [2][3][7], sin incrementar sustancialmente sus ganancias [3][7]. Esto se observó especialmente en aseguradores con un bajo MLR en el año anterior [2].

En términos de la devolución, se pudo ver que pese a que en el primer año las aseguradoras devolvieron gran cantidad de dinero a los asegurados (no obstante fue menor de un 1% del valor de la prima [6]), esta devolución se redujo casi a la mitad al 2do año [7].

Por otro lado, se observó que las primas se incrementaron, aunque solo en términos nominales, puesto que los costos médicos aumentaron en una proporción mayor de un año para otro [3]. Sin embargo, la inversión en mejoramiento de la calidad se ha mantenido baja [7].

Por último, analizando los datos del año previo a la implementación de la ley, se observa que una mayor proporción de los aseguradores con fines de lucro hubiesen tenido que devolver, en comparación con aseguradores sin fines de lucro [8].

Información Adicional

Citación sugerida

Cristian Mansilla, Cristian A. Herrera. ¿Cuál es el impacto de aplicar un valor mínimo al Medical Loss Ratio (MLR) de los seguros de salud en Chile?. Abril 2015. EVIPNet Chile; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Palabras Clave

Medical Loss Ratio; Loss Ratio; 80-20 rule; Health insurance; Regulation; Affordable Care Act; Care delivery; Patient protection; Clinical benefit; Premium; Health care expenses; Medical care expenses

Referencias

- [1] P. Karaca-Mandic, J. M. Abraham, and K. Simon, "Is the medical loss ratio a good target measure for regulation in the individual market for health insurance?," *Health Econ.*, vol. 24, no. 1, pp. 55–74, Jan. 2015.
- [2] J. M. Abraham, P. Karaca-Mandic, and K. Simon, "How has the Affordable Care Act's medical loss ratio regulation affected insurer behavior?," *Med. Care*, vol. 52, no. 4, pp. 370–7, Apr. 2014.
- [3] M. J. McCue and M. A. Hall, "Insurers' responses to regulation of medical loss ratios.," *Issue Brief (Commonw. Fund)*, vol. 26, pp. 1–13, Dec. 2012.
- [4] J. M. Abraham and P. Karaca-Mandic, "Regulating the medical loss ratio: implications for the individual market.," *Am. J. Manag. Care*, vol. 17, no. 3, pp. 211–8, Mar. 2011.
- [5] T. Quast, "The Patient Protection and Affordable Care Act's provisions regarding medical loss ratios and quality: evidence from Texas.," *J. Health Care Finance*, vol. 40, no. 1, pp. 1–10, Jan. 2013.
- [6] M. A. Hall and M. J. McCue, "Insurers' medical loss ratios and quality improvement spending in 2011.," *Issue Brief (Commonw. Fund)*, vol. 14, pp. 1–9, Mar. 2013.
- [7] M. J. McCue and M. A. Hall, "The federal medical loss ratio rule: implications for consumers in year 2.," *Issue Brief (Commonw. Fund)*, vol. 8, pp. 1–9, May 2014.
- [8] M. A. Hall and M. J. McCue, "Estimating the impact of the medical loss ratio rule: a state-by-state analysis.," *Issue Brief (Commonw. Fund)*, vol. 7, pp. 1–14, Apr. 2012.