

CUIDADO MÉDICO ASEQUIBLE PARA ESTADOS UNIDOS

RESUMEN

La nueva ley de reforma de salud garantizará que todos los estadounidenses tengan acceso a cuidado médico asequible y de calidad, y reducirá considerablemente el costo a largo plazo de los cuidados de salud. La no partidista Oficina de Presupuesto del Congreso (CBO, por sus siglas en inglés), ha determinado que 32 millones de personas se beneficiarán de la ley (más de un 94% de los estadounidenses), mientras se reducirá el costo de los cuidados médicos a largo plazo. Esta ley también reducirá el déficit en \$143 mil millones de dólares en los próximos diez años, con una reducción adicional de \$1.2 billones de dólares en los diez años que siguen.

CUIDADO MÉDICO ASEQUIBLE Y DE CALIDAD PARA TODOS LOS ESTADOUNIDENSES

- Prohíbe que las compañías de seguro discriminen por condiciones médicas pre existentes, condición de salud, y género
- Provee a los estadounidenses mejor cobertura y la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre su seguro médico
- Crea mercados competitivos de seguro médico donde individuos y microempresas pueden comprar cobertura médica asequible así como lo hacen las grandes empresas hoy en día
- Ofrece créditos impositivos sobre primas y ayudas de gastos compartidos a estadounidenses de ingresos bajos o medianos, proveyéndoles a familias y microempresas la deducción tributaria para cuidado médico más grande en la historia
- Asegura acceso a ayudas inmediatas a estadounidenses con aflicciones preexistentes al borde de la bancarrota por sus gastos médicos
- Crea un programa de apoyo a empleadores que ofrecen seguro médico a retirados entre las edades de 55 a 64
- Invierte considerablemente en centros de salud comunitarios con el fin de ampliar los cuidados médicos a las comunidades más necesitadas
- Otorga poderes al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) y a los comisionados estatales de seguros para conducir revisiones anuales de nuevos planes que exigen incrementos injustificados y flagrantes en sus primas

INVERSIONES CLAVES EN MEDICAID Y LA SALUD DE NUESTROS HIJOS

- Amplía la elegibilidad a Medicaid para incluir a estadounidenses no ancianos con ingresos por debajo del 133 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (conocido como FPL, por sus siglas en inglés)
- Reemplaza el llamado Tratado “Cornhusker” con ayudas justas para todos los estados con el fin de cubrir los costos de una nueva población elegible para Medicaid.
- Mantiene los actuales niveles de financiamiento para el Programa de Seguro Médico para Niños (conocido como CHIP, por sus siglas en inglés) por dos años adicionales, hasta el año fiscal 2015

- Aumenta los pagos a médicos de atención primaria bajo el programa Medicaid

MEJORANDO MEDICARE

- Añade por lo menos nueve años a la solvencia del fondo Medicare Hospital Insurance.
- Cubre la brecha en los costos de medicinas recetadas bajo Medicare (el llamado “donut hole”). Este año, los beneficiarios de Medicare que se vieron afectados por esta brecha en la cobertura de medicamentos recibirán un reembolso de \$250 dólares. Posteriormente recibirán un descuento de 50% de las farmacéuticas que fabrican medicinas de marca, aumentando a 75% el descuento sobre medicinas genéricas y de marca con miras a eliminar la brecha o “donut hole” para el año 2020
- Provee visitas médicas anuales gratuitas de bienestar bajo Medicare al tiempo que elimina los pagos de su propio bolsillo que los beneficiarios de Medicare deben hacer sobre beneficios de cuidados preventivos como exámenes de detección de cáncer y diabetes
- Provee mejor cuidado para condiciones crónicas contando con la colaboración de doctores proveyendo atención médica centrada en el paciente para 80 por ciento de los ancianos estadounidenses que padecen de cuando menos una condición crónica como alta presión o diabetes
- Mejora los pagos de Medicare para atención primaria y por lo tanto, protegerá el acceso a estos servicios de vital importancia
- Reduce los sobrepagos a los planes privados de Medicare Advantage. Actualmente Medicare paga un promedio de 14% más a planes privados. Esta legislación lleva un control estricto de esos sobrepagos para asegurar un sistema de pago justo que premia la calidad
- Promueve reembolsos a los proveedores de cuidados médicos en base a la calidad y no al volumen de los servicios que prestan. El proyecto de ley incluye varias propuestas que buscan poner fin al sistema de Medicare “a la carta”, donde se paga por servicios, y pretende crear un sistema donde se pague por servicios médicos de calidad mientras se reducen los costos para los estadounidenses de la tercera edad

PREVIENIENDO ENFERMEDADES CRÓNICAS Y MEJORANDO LA SALUD PUBLICA

- Fomenta el cuidado de salud preventivo entre personas de todas las edades y mejora las actividades de salud pública que ayudan a que los estadounidenses vivan saludablemente. Restringe además a largo plazo el creciente costo de la atención médica. La legislación elimina los gastos compartidos para cuidados preventivos recomendados, provee a individuos la información necesaria para tomar decisiones adecuadas, mejora la educación sobre prevención de enfermedades y salud pública, e invierte en una estrategia de prevención nacional y de salud pública

FUERZA LABORAL DE CUIDADOS MÉDICOS

- Realiza inversiones claves en la formación de médicos y enfermeras y otros proveedores de atención médica. Actualmente, 65 millones de estadounidenses viven en comunidades con acceso limitado a proveedores de atención médica primaria. Se necesitan 16,500 proveedores de atención médica adicionales para satisfacer las

necesidades de estas personas. Esta legislación aborda la escasez de cuidados médicos primarios y en otras prácticas médicas mediante inversiones en nuestra fuerza laboral de salud. Específicamente, se invertirá en becas y programas de cancelación de préstamos a través del National Health Service Corps para aumentar la fuerza laboral médica. La legislación también incluye incentivos para que los proveedores de atención médica primaria ejerzan en zonas necesitadas.

TRANSPARENCIA E INTEGRIDAD DE PROGRAMAS

- Provee a los consumidores información sobre hospitales y compañías de equipo médico que son propiedad de médicos, así como información sobre los propietarios de asilos de ancianos. Además, la legislación incluye cláusulas que impedirán fraude, gastos innecesarios, y abusos de los programas de Medicare, Medicaid, CHIP, y seguros privados. También establece una entidad privada y sin fines de lucro con el propósito de identificar prioridades derivadas de los estudios de cuidados centrados en los pacientes para proveer a los médicos información sobre la forma más efectiva de atender a esos pacientes sin incurrir en gastos innecesarios

MEJORANDO EL ACCESO A TERAPIAS MÉDICAS INNOVADORAS

- Establece un proceso regulador para la aprobación por la Administración de Medicinas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de versiones de productos biosimilares a productos biológicos autorizados

SERVICIOS DE APOYO Y ASISTENCIA (CLASS)

- Reduce el costo de los servicios de apoyo a largo plazo para millones de estadounidenses proveyendo asistencia económica en efectivo a personas con discapacidades para que puedan permanecer en sus hogares y comunidades. CLASS, como se conoce este programa por sus siglas en inglés, es un programa de seguros autofinanciado y de participación voluntaria provisto a través del trabajo. Los empleadores que participen del programa recibirán primas asequibles que se pagan por medio de deducciones a la nómina. La participación de los trabajadores en este programa es completamente voluntaria. La Oficina de Presupuesto del Congreso asegura que esta versión actualizada del programa es fiscalmente sana

CLAUSULAS SOBRE INGRESOS

- Reduce el déficit durante los próximos diez años y en la década posterior. La cuenta se paga totalmente con cláusulas sobre ingresos centradas en pagar por la reforma dentro del propio sistema de cuidado de salud
- Restringe los actuales incentivos fiscales de salud, recauda cuotas de la industria, instituye impuestos internos modestos, e incrementa levemente los impuestos del Medicare Hospital Insurance (HI) para individuos con ingresos de más de \$200,000 dólares y parejas que ganan más de \$250,000 dólares. La base sujeta a estos impuestos también se amplía incluyendo ingresos netos sobre inversiones. Estos incrementos de impuestos del HI no sólo financiarán la reforma al sistema de salud, sino que al

combinarse con otras cláusulas en el proyecto de ley, prolongarán la solvencia del Medicare Trust Fund por nueve años hasta por lo menos el 2026

- Contempla el pago de una cuota por parte de las aseguradoras que venden seguros médicos de alto costo. El propósito es generar opciones de seguro médico más efectivas desde el punto de vista de los costos. El proyecto de ley de reconciliación retrasa esta nueva cuota hasta el 2018 para que los planes tengan la oportunidad de implementar la reforma
- En resumen, las cláusulas sobre ingresos contempladas en el proyecto de ley representan un conjunto de propuestas responsables y balanceadas que doblan la curva del costo de cuidados médicos presionando por reducciones en los gastos de salud, cerrando lagunas tributarias imprevistas, y promoviendo los requisitos tributarios