

## **LA PROPUESTA DEL PRESIDENTE**

**22 de febrero, 2010**

**La propuesta del Presidente pone el control de su propio cuidado de salud en las manos de las familias y dueños de pequeñas empresas estadounidenses.**

- Hace que el seguro sea más económico al otorgar el mayor recorte tributario de la historia para el cuidado de salud a la clase media y reducir el costo de primas para decenas de millones de familias y dueños de pequeñas empresas que ahora no pueden comprar pólizas. Esto ayuda a más de 31 millones de estadounidenses, que actualmente no tienen cuidado de salud, a poder pagarlo, y hace que la cobertura esté al alcance de muchos más.
- Crea un nuevo mercado competitivo de seguro que le dará a decenas de millones de estadounidenses las mismas opciones de seguro que tendrán los miembros del Congreso.
- Promueve mayor responsabilidad en el cuidado de salud al crear normas de sentido común para reducir primas y evitar los abusos y la negación de cobertura por parte del sector de seguros.
- Acabará con la discriminación contra los estadounidenses con enfermedades preexistentes.
- Lleva nuestro presupuesto y economía por un camino más estable al reducir el déficit en \$100,000 millones durante los próximos diez años –aproximadamente \$1 billón durante la segunda década– al reducir el gasto excesivo por el gobierno y frenar el despilfarro, fraude y abuso.

**La propuesta del Presidente busca resolver las diferencias entre los proyectos de ley de la Cámara de Representantes y del Senado, e incluye nuevas disposiciones contra el despilfarro, fraude y abuso.**

Incluye un conjunto específico de cambios a la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act), el proyecto de ley de reforma del seguro médico aprobada por el Senado. La propuesta del Presidente refleja aspectos del proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes y las prioridades del Presidente. Entre los principales cambios se encuentran:

- Eliminar la disposición de Porcentajes de Ayuda Médica Federal (Federal Medical Assistance Percentages o FMAP) para Nebraska y otorgar una cantidad significativa de fondos federales adicionales para todos los estados para la expansión de Medicaid;
- Cerrar la brecha en la cobertura del “agujero de dona” para medicamentos recetados de Medicare;

- Mejorar las disposiciones del proyecto de ley del Senado para reducir el costo del seguro a favor de las personas y familias;
- Hacer más estrictas las disposiciones para combatir el fraude, despilfarro y abuso en Medicare y Medicaid;
- Aumentar el límite de los impuestos al consumo aplicables a los planes más caros de seguro médico de \$23,000 para un plan familiar a \$27,500 e iniciarlo en el 2018 con todos los planes;
- Mejorar las medidas de protección de seguro a favor de los consumidores y crear una nueva Dirección de Tarifas de Seguro Médico (Health Insurance Rate Authority) para proporcionarles ayuda y supervisión federal a los estados a fin de realizar estudios de aumentos desmesurados de tarifas y otras prácticas injustas de los planes de seguro.

Se presenta abajo un resumen detallado de las disposiciones incluidas en el plan del Presidente:

**Medidas para reducir el costo y aumentar la responsabilidad**

**Aumento de créditos tributarios para primas de seguro médico.** Actualmente, el seguro médico a menudo cuesta demasiado y ofrece cobertura muy limitada. El alto costo hace que las personas retrasen la atención o prescindan de ella, acumulen enormes cuentas médicas o dejen de tener seguro. Los proyectos de ley de la Cámara de Representantes y el Senado reducen las primas con más competencia, supervisión y nuevos estándares de responsabilidad fijados por los mercados especializados de seguro. Los proyectos de ley también otorgan créditos tributarios y gastos compartidos y menores a las familias de ingresos modestos. La propuesta del Presidente reduce el costo del cuidado de salud al aumentar los créditos tributarios para las familias. Con relación al proyecto de ley del Senado, la propuesta del Presidente reduce aun más las primas de las familias con ingresos de menos de \$44,000 y de más de \$66,000. Con relación al proyecto de ley de la Cámara de Representantes, la propuesta reduce el precio de las primas para las familias con ingresos entre \$55,000 y \$88,000 aproximadamente.

**Créditos tributarios: Porcentaje máximo de ingresos gastados en primas**

Ingresos de una familia de cuatro miembros		Cámara	Senado	Propuesta del Presidente
De:	A:			
\$22,000	\$29,000	1.5%	2.0%	2.0 – 3.0%
\$29,000	\$33,000	1.5 – 3.0%	4.0 – 4.6%	3.0 – 4.0%
\$33,000	\$44,000	3.0 – 5.5%	4.6 – 6.3%	4.0 – 6.3%
\$44,000	\$55,000	5.5 – 8.0%	6.3 – 8.1%	6.3 – 8.1%
\$55,000	\$66,000	8.0 – 10.0%	8.1 – 9.8%	8.1 – 9.5%
\$66,000	\$77,000	10.0 – 11.0%	9.8%	9.5%
\$77,000	\$88,000	11.0 – 12.0%	9.8%	9.5%

Abarca 133-150% de nivel de pobreza, luego 150-400% de nivel de pobreza en incrementos de 50%, redondeado a \$1,000

La propuesta del Presidente también mejora la ayuda con gastos compartidos a las personas y familias con relación al proyecto de ley del Senado. Las familias con ingresos de menos de \$55,000 recibirán ayuda adicional; los fondos adicionales a los aseguradores cubrirán de 73 a 94% de sus gastos en cuidado de salud. Otorga la misma ayuda de gastos compartidos que la

propuesta del Senado a las familias de ingresos más altos y la misma ayuda que la propuesta de la Cámara de Representantes a las familias con ingresos de \$77,000 a \$88,000.

**Gastos compartidos reducidos: Porcentaje de costos pagados por el Plan de seguro médico**

Ingresos de una familia de cuatro miembros		Cámara	Senado	Propuesta del Presidente
De:	A:			
\$29,000	\$33,000	97%	90%	94%
\$33,000	\$44,000	93%	80%	85%
\$44,000	\$55,000	85%	70%	73%
\$55,000	\$66,000	78%	70%	70%
\$66,000	\$77,000	72%	70%	70%
\$77,000	\$88,000	70%	70%	70%

Abarca 133-150% de nivel de pobreza, luego 150-400% de nivel de pobreza en incrementos de 50%, redondeado a \$1,000

**Cierra el “agujero de dona” de medicamentos recetados de Medicare.** Los beneficios para medicamentos de Medicare otorgan ayuda vital a las personas mayores que toman medicamentos recetados, pero con las leyes actuales, deja a muchos beneficiarios sin asistencia cuando más la necesitan. Medicare deja de pagar los medicamentos recetados después de que el plan y beneficiario han gastado \$2,830 en medicamentos recetados, y sólo reanuda los pagos después de que los gastos propios ascienden a \$4,550. Este “agujero de dona” hace que las personas mayores paguen el costo total de medicamentos caros, lo que hace que se salten dosis o no compren sus remedios, lo que perjudica su salud y aumenta otros tipos de costos de salud. El proyecto de ley del Senado otorga un descuento de 50% para ciertos medicamentos en el agujero de dona. El proyecto de ley de la Cámara de Representantes elimina del todo el agujero de dona durante 10 años. Ambas medidas aumentan en \$500 la cantidad antes de que se inicie el agujero de dona en el 2010.

En comparación con el proyecto de ley del Senado, la propuesta del Presidente elimina del todo el “agujero de dona”. Comienza con reemplazar el aumento de \$500 en el límite inicial de cobertura con un reembolso de \$250 para beneficiarios de Medicare que caen en el agujero de dona en el 2010. También elimina el agujero de dona del todo al eliminar paulatinamente el copago, de manera que sea el 25% estándar para el 2020 en toda la brecha de cobertura.

**Invierte en Centros Comunitarios de Salud.** Los Centros Comunitarios de Salud desempeñan una función crucial en prestar atención de calidad en zonas subatendidas. Aproximadamente 1,250 centros prestan cuidados a 20 millones de personas, con un énfasis en la atención preventiva y primaria. El proyecto de ley del Senado aumenta los fondos a dichos centros para servicios en \$7,000 millones y para construcción en \$1,500 millones durante los próximos 5 años. El proyecto de ley de la Cámara de Representantes otorga \$12,000 millones durante los mismos 5 años. La propuesta del Presidente salva esa diferencia al invertir \$11,000 millones en dichos centros.

**Mejora la supervisión de aumentos de primas de seguro.** Los proyectos de ley de tanto la Cámara de Representantes como el Senado incluyen reformas significativas para hacer que el seguro sea equitativo, económico y esté al alcance de todas personas, independientemente de

enfermedades preexistentes. Una medida esencial es “el análisis de tarifas”, lo que significa que las compañías de seguros deberán presentar sus aumentos propuestos de primas a una entidad estatal o la Secretaría para su análisis. La propuesta del Presidente mejora esta política al asegurarse de que, si un aumento de tarifa es desmesurado e injustificado, las compañías de seguros deben reducir las primas, otorgar reembolsos o tomar otras medidas para reducir el precio de las primas. Se creará una nueva Dirección de Tarifas de Seguro Médico (Health Insurance Rate Authority) para que se encargue de la supervisión necesaria a nivel federal y ayude a los estados a determinar la manera de poner en práctica el análisis de tarifas y vigilar la conducta del mercado de seguros.

**Extiende las medidas de protección al consumidor contra prácticas de las compañías de seguros.** El proyecto de ley del Senado incluye una cláusula de exención que permite que las personas que están satisfechas con su cobertura actual la retengan. La propuesta del Presidente agrega ciertas importantes medidas de protección al consumidor a estos planes exentos. Requiere que a pocos meses de que se promulgue la ley, los planes ofrezcan cobertura a dependientes adultos de hasta 26 años de edad, prohíbe abrogaciones, requiere que los planes tengan un mejor proceso de apelación y requiere que las direcciones estatales de seguros realicen análisis anuales de tarifas, respaldadas por la vigilancia de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services o HHS). Cuando se inicie el mercado especializado en el 2014, la propuesta del Presidente agrega nuevas medidas de protección que prohíben todos los límites anuales y de por vida, exclusiones por enfermedades preexistentes y la discriminación que favorece a personas con alta remuneración. A partir del 2018, la propuesta del Presidente requiere que los planes excluidos cubran servicios preventivos comprobados, sin necesidad de que el consumidor comparta el costo.

**Aumenta la responsabilidad individual.** Todos los estadounidenses deben contar con seguro médico de bajo precio. Esto ayuda a todos, tanto los que tienen seguro como los que no, al reducir el traspaso de costos, por el cual las personas con seguro terminan pagando el costo inevitable de cuidado de salud de los que carecen de seguro, y hace posible una enérgica reforma del seguro médico que reduzca los abusos de las aseguradoras y aumente la seguridad y estabilidad del seguro médico para todos los estadounidenses. Los proyectos de ley de la Cámara de Representantes y el Senado requieren que las personas que tienen opciones de bajo precio pero que optan por prescindir del seguro realicen un pago para contrarrestar el costo de atención que inevitablemente necesitarán. El pago, conforme al proyecto de ley de la Cámara de Representantes, es un porcentaje de los ingresos. El Senado determina que el pago debe ser una cantidad fija o un porcentaje de los ingresos, lo que sea más alto (aunque no más alto que la prima más baja en la zona). Los proyectos de ley de la Cámara de Representantes y el Senado otorgan una exención a las personas de bajos ingresos, ya sean personas con ingresos por debajo del límite para presentar declaraciones de impuestos (la Cámara de Representantes) o ingresos por debajo del nivel de pobreza (el Senado). El Senado también incluye una exención por “adversidades” para las personas que no pueden pagar el seguro, incluida en la propuesta del Presidente. Protege a quienes tendrían que pagar primas de más de 8 por ciento de sus ingresos de tener que pagar cuota alguna, y pueden comprar un plan de bajo costo contra casos catastróficos en el mercado especializado si desean.

La propuesta del Presidente adopta la estrategia del Senado pero reduce las cuotas fijas y aumenta el porcentaje de la cuota según los ingresos de las personas que la pagan si optan por no tomar un seguro. Específicamente, reduce la cantidad fija de \$495 a \$325 en el 2015 y \$750 a \$695 en el 2016. En años subsiguientes, se calculan para reflejar la inflación usando \$695 en vez de \$750, de manera que la cantidad fija en años posteriores también sea menor que la del proyecto de ley del Senado. La propuesta del Presidente aumenta el porcentaje de ingresos que son la cantidad alternativa de pago de 0.5 a 1.0% en el 2014, de 1.0 a 2.0% en el 2015 y de 2.0 a 2.5% en el 2016 y en años subsiguientes, el mismo porcentaje de ingresos que en el proyecto de ley de la Cámara de Representantes, que hace que la cuota aumente más gradualmente. Para facilitar la administración, la propuesta del Presidente cambia la exención de pago del proyecto de ley del Senado (las personas con ingresos de menos del nivel de pobreza) a las personas con ingresos de menos del límite para presentar declaraciones de impuestos (la Cámara de Representantes). En otras palabras, un matrimonio con ingresos de menos de \$18,700 no tendrá que pagar la cuota. La propuesta del Presidente también adopta la exención por “adversidades” del Senado.

**Aumenta la responsabilidad de los empleadores.** Las empresas están pasando apuros debido al actual sistema de seguro médico. El costo de la atención médica reduce su capacidad de contratar trabajadores, invertir en sus empresas y ampliarlas, y competir local y mundialmente. Al igual que las personas particulares, los grandes empleadores deben compartir la responsabilidad de encontrar la solución. Con el proyecto de ley del Senado, no existe obligación de que los empleadores ofrezcan seguro médico. Pero por motivos de equidad, el proyecto de ley del Senado requiere que los grandes empleadores (por ejemplo, los que tienen más de 50 trabajadores) realicen pagos solamente si los contribuyentes están subsidiando el seguro médico de sus trabajadores. Esta cuota para el empleador es de \$3,000 por trabajador a tiempo completo que reciba créditos tributarios en el mercado especializado si la cobertura de ese empleador no está a su alcance o \$750 por trabajador a tiempo completo si el empleador tiene un trabajador que recibe créditos tributarios en el mercado especializado pero no ofrece cobertura para comenzar. La propuesta de la Cámara de Representantes requiere un impuesto de planilla a los aseguradores que no ofrecen un seguro médico que cumpla con los estándares mínimos. El impuesto es de 8%, por lo general, y se aplica gradualmente a los empleadores con nóminas anuales de \$500,000 a \$750,000; según la Oficina de Presupuesto del Congreso (Congressional Budget Office o CBO), la cuota para una firma con salarios promedio de \$40,000 sería de \$3,200 por trabajador.

Con la propuesta del Presidente, las pequeñas empresas recibirán \$40,000 millones en créditos tributarios para subsidiar la cobertura de sus trabajadores a partir de este año. Conforme a la propuesta del Senado, las pequeñas empresas con menos de 50 trabajadores estarían exentas de cualquier medida de responsabilidad del empleador.

La propuesta del Presidente está conforme con el proyecto de ley del Senado pues no impone que los empleadores ofrezcan o proporcionen seguro médico, pero sí requiere que ayuden a pagar el costo si los contribuyentes están subsidiando el seguro de sus trabajadores. La propuesta del Presidente mejora la transición a una política de responsabilidad del empleador en el caso de los empleadores con 50 trabajadores o más al restar los primeros 30 trabajadores al

calcular el pago (por ejemplo, una firma con 51 trabajadores que no ofrece cobertura pagará una cantidad equivalente a 51 menos 30, o 21 veces la cantidad aplicable por empleado). Cambia a \$2,000 la cantidad aplicable de pago en el caso de firmas con más de 50 empleados que no ofrecen cobertura, lo cual es un tercio de la cuota promedio de la Cámara de Representantes en el caso de una firma típica y menos de la mitad de la contribución promedio al seguro médico por empleador en el 2009. Aplica el mismo límite de tamaño a las firmas de todos los sectores económicos. Elimina del todo la cuota para los trabajadores durante un periodo de espera, mientras que mantiene el límite de 90 días de cualquier periodo de espera a partir del 2014.

### **Medidas estrictas contra el despilfarro, fraude y abuso**

Los proyectos de ley de reforma de salud de la Cámara de Representantes y el Senado contienen una variedad sin precedente de nuevos y enérgicos poderes para combatir el despilfarro, fraude y abuso. La propuesta del Presidente intensifica dichas disposiciones al incorporar varias propuestas adicionales que son parte del presupuesto propuesto por la Administración del Presidente Obama para el año fiscal 2011 o estaban incluidas en los planes republicanos.

**Base integral de datos sobre sanciones.** La propuesta del Presidente crea una base de datos integral de sanciones relacionadas con Medicare y Medicaid, supervisada por el inspector general del HHS. Esta base de datos proporcionará un punto central de recopilación que permitirá que las agencias de la ley tengan acceso a información relacionada con sanciones pasadas sobre proveedores de cuidado de salud, abastecedores y entidades relacionadas. (Fuente: H.R. 3400, “Empowering Patients First Act” (Proyecto de ley del Comité de Estudio Republicano))

**Inscripción e investigación de antecedentes de agencias de facturación y personas naturales.** En un esfuerzo por reducir las prácticas deshonestas de facturación en el programa de Medicare, la propuesta del Presidente ayudará a reducir el número de personas y agencias con antecedentes de actividades fraudulentas que participen en los programas federales de cuidado de salud. Se asegura que las entidades que facturen a Medicare a favor de proveedores tengan buena reputación. También aumenta la capacidad de la Secretaría de excluir de Medicare a las personas que presenten reclamos falsos o fraudulentos a sabiendas. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk))

### **Mayor acceso al Banco de Datos de Integridad y Protección del Cuidado de Salud.**

Aumentar el acceso a la base de datos de integridad en el cuidado de salud mejorará la coordinación e intercambio de información en las medidas para combatir el fraude. La propuesta del Presidente les otorga acceso al banco de datos a las organizaciones de control de calidad y revisión por colegas y planes privados que proporcionan productos o prestan servicios reembolsados por el programa federal de cuidado de salud. Incluye sanciones penales por uso indebido. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk))

**Responsabilidad de contratistas administrativos de Medicare por reclamos presentados por proveedores excluidos.** Para combatir el fraude, es crucial velar porque los contratistas

que están pagando reclamos hagan el mayor esfuerzo por asegurarse de que los proveedores excluidos no reciban pagos de Medicare. Por lo tanto, la disposición propuesta del Presidente responsabiliza a los contratistas administrativos de Medicare por los pagos federales a personas o entidades excluidas de programas federales, o pagos por productos o servicios para los cuales se niega pago. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk))

**Centros comunitarios de salud mental.** La propuesta del Presidente se asegura de que las personas tengan acceso a servicios integrales de salud mental en un entorno comunitario, pero adopta estándares más estrictos para las entidades que piden reembolsos como centros comunitarios de salud mental, asegurándose de que dichas instalaciones no se estén aprovechando de los pacientes de Medicare o contribuyentes. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk))

**Limitar la remisión de deudas por bancarrota de proveedores o abastecedores fraudulentos de cuidado de salud.** La propuesta del Presidente ayudará a recuperar los pagos excesivos a proveedores y abastecedores, y devolverá dichos fondos al Fideicomiso de Medicare. Evita que los proveedores fraudulentos de cuidado de salud remitan por bancarrota los montos que deben a la Secretaría por pagos excesivos. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk))

**Uso de tecnología para análisis de datos en tiempo real.** La propuesta del Presidente acelera el acceso a datos sobre reclamos para identificar más rápidamente los pagos potencialmente fraudulentos. Crea un sistema para que los programas públicos usen tecnología a fin de permitir el análisis de datos sobre reclamos y pagos en tiempo real a fin de identificar y detener el despilfarro, fraude y abuso. (Fuente: Enmienda Roskam ofrecida en cambios por el Comité de Medios y Arbitrios de la Cámara de Representantes)

**Distribución ilegal de datos o privilegios de facturación de beneficiario de Medicare o Medicaid.** La facturación fraudulenta a programas de Medicare y Medicaid les cuesta a los contribuyentes millones de dólares anualmente. Las personas que quieren obtener acceso a la información personal de los beneficiarios les ofrecen incentivos falsos a los beneficiarios de Medicare y Medicaid. Sin saberlo, muchos beneficiarios proporcionan esta información personal sin recibir jamás los servicios prometidos. La propuesta del Presidente incorpora firmes sanciones, que incluyen prisión, para las personas que compran, venden o distribuyen números de identidad de beneficiarios de Medicare o privilegios de facturación con Medicare o Medicaid si lo hacen a sabiendas, intencionalmente y con la intención de cometer fraude. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk))

**Estudio de formularios de reclamos con número universal de producto para artículos y servicios selectos con el programa de Medicare.** La propuesta del Presidente requiere que el HHS estudie y produzca un informe al Congreso que examine el costo y los beneficios de asignar números universales de productos (*universal product numbers* o *UPN*) a artículos y servicios selectos que Medicare reembolsa. El informe debe examinar si los UPN podrían ayudar a mejorar la operación eficiente de Medicare y su capacidad de detectar el fraude y abuso. (Fuente: H.R. 3970, “Medical Rights & Reform Act” (Proyecto de ley Kirk)),

Modificación Roskam ofrecida en cambios por el Comité de Medios y Arbitrios de la Cámara de Representantes)

**Perfil de medicamentos recetados de Medicaid.** La propuesta del Presidente requiere que los estados vigilen y corrijan actividades de facturación de alto riesgo, sin limitarse a los tipos de medicamentos recetados con un alto volumen de reclamos, a fin de aumentar la integridad y mejorar la calidad de la atención de los beneficiarios de Medicaid. Los estados pueden escoger uno o más tipos de medicamentos y deben formular o revisar y actualizar su plan de atención para reducir el uso y corregir cualquier episodio prevenible de cuidados, siempre que sea posible. Requerir que los estados supervisen las actividades de facturación de alto riesgo para identificar los patrones de recetas y uso que puedan indicar abusos o uso excesivo de medicamentos recetados ayudará a mejorar la integridad del programa de Medicaid y les ahorrará dinero a los contribuyentes. (Fuente: Presupuesto del Presidente para el año fiscal 2011)

**Errores de modificaciones por riesgo de Medicare Advantage.** La propuesta del Presidente requiere por estatuto que la Secretaría del HHS extrapole la tasa de error que encuentren las auditorías de validación de datos para las modificaciones por riesgo (*risk adjustment data validation* o *ADV*) en todos los pagos contractuales de Medicare Advantage (MA) para un año dado cuando se recuperan pagos excesivos. La extrapolación de errores en el puntaje de riesgo en los planes de MA se basa en la metodología utilizada en el programa de tarifa por servicio de Medicare y permite que Medicare recupere pagos excesivos por modificación de riesgo. Los planes de MA ofrecen un incentivo para reportar que los beneficiarios tienen diagnósticos más severos que los justificados porque reciben pagos más altos por puntajes de riesgo más altos. (Fuente: Presupuesto del Presidente para el año fiscal 2011)

**Modificar ciertas limitaciones de estudios médicos de Medicare.** La Ley para la Modernización de Medicare (Medicare Modernization Act) del 2003 impuso ciertas limitaciones al tipo de estudio que podían realizar los contratistas administrativos de Medicare antes del pago de reclamos conforme a la Parte A y B de Medicare. La propuesta del Presidente modifica estas disposiciones estatutarias que actualmente limitan los estudios médicos aleatorios e imponen límites estatuarios en la aplicación de análisis previos al pago de Medicare. La modificación de ciertas limitaciones para estudios médicos les dará a los contratistas de Medicare acceso adicional y más eficiente a historias médicas y reclamos, lo que ayuda a reducir el despilfarro, fraude y abuso. (Fuente: Presupuesto del Presidente para el año fiscal 2011)

**Comparación de datos de CMS-IRS para identificar a los proveedores fraudulentos.** La propuesta del Presidente autoriza al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS) a que colabore con el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service o IRS) para determinar cuáles proveedores están sumamente retrasados con el pago de impuestos a fin de ayudar a identificar antes a proveedores potencialmente fraudulentos. La comparación de datos tendrá como objetivo ciertos tipos de proveedor de alto riesgo en zonas particularmente vulnerables. Esta propuesta también permite que tanto el IRS como el Medicare recupere cualquier dinero que se le deba al gobierno federal

por medio de este programa. Al requerir que el IRS informe al CMS sobre las entidades que han evadido presentar declaraciones tributarias y al comparar los datos con datos de facturación por proveedores, esta propuesta permitirá que el CMS detecte mejor a los proveedores fraudulentos que están facturando en el programa de Medicare. (Fuente: Presupuesto del Presidente para el año fiscal 2011)

**Evitar demoras al acceso a medicamentos genéricos.** Actualmente, las farmacéuticas que producen medicamentos de marca retrasan la competencia con respecto a medicamentos genéricos por medio de acuerdos con los cuales les pagan a los fabricantes de medicamentos genéricos para que no lancen su medicamento al mercado por un tiempo, lo cual se denomina “pago por retraso” o “*pay-for-delay*”. Esto perjudica a los consumidores al retrasar su acceso a medicamentos genéricos, que generalmente son más baratos que su equivalente de marca. La Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission o FTC) recientemente calculó que esto podría costarles a los consumidores \$35,000 millones durante 10 años. La propuesta del Presidente adopta una disposición de la medida refrendada por ambos partidos que le otorga a la FTC la autoridad para velar por su cumplimiento a fin de resolver este problema. Específicamente, determina que es ilegal y atenta contra la competencia cualquier acuerdo en el que un fabricante de medicamentos genéricos recibe cualquier cosa de valor de un fabricante de medicamentos de marca que contenga una cláusula en la que el fabricante de medicamentos genéricos acepta limitar o no realizar investigación, desarrollo, comercialización, fabricación o ventas de medicamentos genéricos. Sólo se puede invalidar esta presunción si las partes en tal acuerdo demuestran con pruebas claras y convincentes que los beneficios a favor de la competencia del acuerdo superan los efectos que perjudican la competencia. La propuesta también requiere que el gerente general de la farmacéutica de medicamentos de marca certifique la exactitud y cabalidad de cualquier acuerdo que se requiera que presente ante la FTC.

### **Medidas para frenar el aumento de costos y asegurar la sostenibilidad fiscal**

**Mejoras a los pagos de Medicare Advantage.** Actualmente, Medicare paga demasiado a los planes privados, un promedio de 14 por ciento, para proporcionar los mismos beneficios que el programa tradicional, y mucho más en algunas regiones del país. El programa Medicare Advantage también ha hecho muy poco para incentivar la calidad. Lo que es peor, los planes se han aprovechado del sistema de pagos de maneras que aumentan el costo del programa al público. Por todo esto, Medicare Advantage se ha convertido en un negocio muy rentable para algunas de las más grandes compañías de seguros de salud en el país. El proyecto de ley del Senado crea un modelo de licitación para tarifas de pago y cambios graduales a fin de limitar potenciales interrupciones para los beneficiarios. El proyecto de ley de la Cámara de Representantes establece la reducción gradual de pagos en base a los costos locales de la tarifa por servicio.

La propuesta del Presidente representa un compromiso entre los proyectos de ley de la Cámara de Representantes y el Senado al fusionar ambos proyectos de ley y a la vez proporcionar mayor certidumbre de ahorros al relacionarlos a costos actuales de la tarifa por servicio. Específicamente, la propuesta del Presidente crea un conjunto de parámetros de pago en diferentes porcentajes respecto a los actuales costos promedio de la tarifa por servicio en una

zona determinada. Estos parámetros cambiarán gradualmente para evitar interrupción en el servicio a los beneficiarios, y tomará en cuenta los pagos relativos a los costos por tarifa de servicio en una zona determinada. Proporciona bonificaciones por satisfacción de clientes y calidad. Determina el monto del reembolso por ahorros entre el parámetro de pago y el plan licitado para que tome en cuenta la transición, así como el puntaje de calidad del plan: los planes con bajo puntaje de calidad recibirán reembolsos menores (es decir, pueden conservar menos de los ahorros generados). Finalmente, el plan del Presidente requiere un ajuste de pagos por patrones injustificados de codificación en planes de Medicare Advantage que han elevado sus pagos por encima de las evidencias de costos y estado de salud de sus clientes, según análisis contable. Ésta es la principal fuente de ahorros adicionales en comparación con la propuesta del Senado.

**Postergación y reforma del impuesto a planes de alto costo.** Uno de los motivos de los altos y crecientes costos de los seguros es que las aseguradoras tienen pocos incentivos para reducir sus primas. El proyecto de ley del Senado incluye un impuesto a los planes de seguro médico de alto costo. La Oficina de Presupuesto del Congreso calculó que esta medida reduciría las primas y contribuiría a la reducción del déficit a largo plazo. La propuesta del Presidente cambia la fecha en que se pondrá en vigor la medida del Senado del 2013 al 2018 para proporcionar más tiempo de transición a fin de que los planes de alto costo se vuelvan más eficientes. También aumenta el monto de las primas que están exentas del impuesto de \$8,500 a \$10,200 para una sola persona, y de \$23,000 a \$27,500 para familias, reajustadas anualmente según la inflación general más uno por ciento. Si estos montos aumentan inesperadamente rápido entre ahora y el 2018, los montos iniciales se reajustarán automáticamente en esa medida. Para asegurar que el impuesto se imponga equitativamente a las aseguradoras, la propuesta del Presidente lo reforma con la inclusión de un reajuste para las compañías cuyos costos de salud son más altos debido a la edad y sexo de sus trabajadores, y no considerará como beneficios potencialmente gravables los beneficios de oculista y dentista. La propuesta del Presidente mantiene el ajuste permanente del proyecto del Senado a favor de ocupaciones de alto riesgo, como socorristas.

**Ampliación de la base imponible del seguro de hospitalización (Hospital Insurance o HI) de Medicare para contribuyentes de altos ingresos.** Según la ley actual, las personas que reciben un salario pagan el impuesto HI de Medicare sobre los ingresos recibidos, pero quienes tienen un ingreso considerable que no es un salario no pagan dicho impuesto, lo cual no es equitativo. El proyecto de ley de la Cámara de Representantes incluye un impuesto adicional de 5.4% para las familias de altos ingresos a fin de aumentar la equidad del sistema tributario y respaldar la reforma de salud. El proyecto de ley del Senado incluye un incremento del impuesto HI para familias de altos ingresos por razones similares, un incremento de 0.9% sobre las rentas por encima de un monto específico hasta un total de 2.35% por empleado sobre estos montos. La propuesta del Presidente adopta el enfoque del proyecto de ley del Senado y añade un incremento de 2.9 % (equivalente a la porción combinada para el empleador y empleado del impuesto HI actual) sobre los intereses, dividendos, pagos anuales, regalías y alquileres, excepto ingresos derivados de un oficio o negocio que no es una actividad pasiva (por ejemplo, ingresos de la participación activa en corporaciones S) que deben pagar los contribuyentes por los ingresos que excedan \$200,000 para una sola persona y \$250,000 para parejas casadas que

pagan impuestos juntos. Los ingresos adicionales de este impuesto sobre remuneraciones salariales irán al fideicomiso HI, y los ingresos sobre ingresos no salariales irán al fideicomiso del Seguro Médico Suplementario (Supplemental Medical Insurance o SMI).

**Aumentos en las tarifas de medicamentos de marca.** A medida que más estadounidenses tengan acceso a seguro de salud, tendrán más posibilidades de pagar medicamentos de marca. Más aun, el plan del Presidente cierra el “agujero de dona” de Medicare, asegurando que las personas mayores no prescindan ni reduzcan su consumo de medicamentos necesarios. Ambas medidas resultarán en mayores ingresos para el sector farmacéutico. La propuesta del Presidente aumenta en \$10,000 millones durante diez años los ingresos provenientes de este sector, que el proyecto de ley del Senado calcula que ascienden a \$23,000 millones. También pospone un año la implementación de estas tarifas, hasta el 2011, y hace cambios para facilitar la administración por el IRS.

**Cierre de brechas tributarias.** Adopta dos propuestas de la Cámara de Representantes para cerrar brechas tributarias: (1) La actual ley otorga un crédito tributario por la producción de biocombustibles de celulosa. Este crédito tributario fue concebido para promover la producción y el uso de combustibles renovables. La intención de la ley no era incluir ciertos líquidos resultantes del procesamiento de papel o pulpa (conocido como “licor negro” cuando se deriva de la producción de papel kraft) dentro de este crédito tributario. La propuesta del Presidente adopta la medida del proyecto de ley de la Cámara de Representantes que aclara que el “licor negro” no cumple con los requisitos para el crédito tributario. (2) La propuesta del Presidente ayuda a evitar ventajas tributarias injustificadas al aclarar las circunstancias que determinan que las transacciones tienen “importancia económica” (a diferencia de sólo realizarse para obtener beneficios tributarios) y aumenta las multas para transacciones que carecen de “importancia económica”. Con esto, adopta la medida de la Cámara de Representantes, con cambios técnicos menores.

## **OTRAS MEJORAS**

**Mejoras a la equidad en el financiamiento federal para los estados.** Los estados y el gobierno federal han sido socios en la creación de una red de seguridad de atención de salud para poblaciones vulnerables y de bajos ingresos. Ellos manejan y comparten el costo de Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (Children’s Health Insurance Program o CHIP). El proyecto de ley del Senado crea un marco nacional para los requisitos de acceso a Medicaid que son la base de los intercambios a \$29,000 para una familia 4 (133% de pobreza), y para ellos proporciona apoyo financiero que varía según el estado.

En relación al proyecto de ley del Senado, la propuesta del Presidente reemplaza el apoyo variable a los estados en el proyecto de ley del Senado con un apoyo federal uniforme de 100% a todos los estados con el fin de establecer requisitos de acceso para nuevos beneficiarios desde el 2014 al 2017, apoyo de 95% para el 2018 y 2019, y 90% para el 2020 y años posteriores. Este enfoque se asemeja al proyecto de ley de la Cámara de Representantes, que proporciona apoyo total a todos los estados durante los primeros años y luego 91% en años posteriores. La propuesta del Presidente también reconoce la inversión temprana que han hecho algunos

estados para ayudar a los no asegurados con la expansión de Medicaid a adultos con ingresos por debajo del 100% de pobreza, e incrementa la tasa de contrapartida de dichos estados en ciertos servicios de salud en 8 por ciento a partir del 2014. La propuesta del Presidente también proporciona asistencia adicional a los territorios y eleva el tope de fondos de Medicaid en 35%, en lugar del 30% propuesto por el proyecto de ley del Senado.

**Simplificación de la definición de ingreso.** La propuesta del Presidente busca simplificar los requisitos de ley para varios programas existentes así como para los nuevos créditos tributarios. Siguiendo algunas de las medidas en el proyecto de ley de la Cámara de Representantes, la propuesta del Presidente concordará las definiciones de ingreso a fin de hacerles más fácil a los beneficiarios maniobrar dentro del sistema y simplificar la administración para los estados y el gobierno federal: se cambiará la definición de ingreso usada para beneficios de ingreso bruto modificado a ingreso bruto ajustado y modificado, la cual es más fácil de implementar; se creará un 5% para ingresos no incluidos para determinar si la persona cumple con los requisitos para Medicaid, a fin de facilitar la transición del uso actual por los estados respecto a ingresos no incluidos; se simplificará el proceso de conciliación de ingresos para determinar los créditos tributarios y reducir costos compartidos, y se aclarará el tratamiento tributario de las contribuciones del empleador por cobertura de dependientes adultos.

**Postergación y reforma de las tarifas para proveedores de seguro de salud.** Al igual que el sector farmacéutico, el sector de seguros se beneficiará porque más estadounidenses tendrán cobertura. El proyecto de ley del Senado incluye impuestos por \$67,000 millones para las compañías de seguro médico en 10 años para compensar el costo de inscribir a millones de estadounidenses en sus planes. La propuesta del Presidente posterga el impuesto hasta el 2014 para que coincida con cláusulas de cobertura más amplias que expandirán considerablemente el mercado para los proveedores de seguro de salud. También otorga exenciones limitadas a los planes que sirven propósitos cruciales en la comunidad, como las organizaciones sin fines de lucro que reciben más del 80% de su ingreso de programas gubernamentales orientados a poblaciones de bajos ingresos, personas mayores o discapacitados, así como asociaciones voluntarias de beneficios para empleados (Voluntary Employees' Beneficiary Associations o VEBA) que no son creadas por empleadores.

**Postergación de la tarifa para productores de dispositivos médicos y su conversión a impuesto** al consumo. El sector de dispositivos médicos se beneficiará de la expansión de cobertura del seguro de salud. Tanto el proyecto de ley de la Cámara de Representantes como el proyecto de ley del Senado elevarán los ingresos de este sector en \$20,000 millones en 10 años. La propuesta del Presidente reemplaza la tarifa sobre dispositivos médicos con un impuesto al consumo (que devengará los mismos ingresos) que empezará en el 2013 para facilitar la administración por el IRS.

**Mejoras a la Ley CLASS.** Las propuestas de reforma del seguro de salud de la Cámara de Representantes y el Senado incluyen un programa de Ayuda, Servicios y Apoyo con Vivienda Comunitaria (Community Living Assistance Services and Supports o CLASS), un programa de seguro voluntario, con fondos privados para servicios a largo plazo. El programa CLASS ofrece a los trabajadores una deducción opcional por planilla para un programa de seguro que

proporciona un beneficio en efectivo en caso de discapacidad. La propuesta del Presidente hace varios cambios al proyecto de ley del Senado para mejorar la estabilidad financiera del programa CLASS y asegurar su solvencia a largo plazo.

**Protección del Fideicomiso del Seguro Social.** La propuesta del Presidente dispone que, de ser necesario, se transferirán fondos al Fideicomiso del Seguro Social para asegurar que no sean afectados por su propuesta.

**Implementación efectiva asegurada.** Los cambios hechos por la reforma del seguro médico requerirán implementación cuidadosa, efectiva, deliberada y transparente. La propuesta del Presidente asigna \$1,000 millones para que el gobierno implemente las medidas de la reforma del seguro médico. También posterga varias de las medidas para asegurar la implementación eficaz y mejorar la transición: el crédito por descubrimiento terapéutico, eliminación de la deducción de gastos asignables al subsidio de la Parte D de Medicare, tarifas al sector farmacéutico y productores de dispositivos médicos, y la tarifa al sector de seguros médicos.

Para mayor información acerca de la propuesta del Presidente, visite <http://www.whitehouse.gov/health-care-meeting>