



Informe final para la opción pública de Colorado

15 de noviembre de 2019

*Presentado por
la División de Seguros de Colorado, parte del Departamento de Organismos Reguladores
y
el Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica*

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Generalidades de la legislación HB19-1004	8
Aportes y comentarios de las partes interesadas.....	8
¿Qué es la opción pública?	9
¿Quién puede inscribirse en la opción pública?	9
¿Qué beneficios se cubrirán?	10
¿Cómo será más asequible la opción pública?	11
¿Cómo funcionará el Comité Asesor?	14
¿Cómo se adapta la opción pública a otras iniciativas de atención médica?	15
¿Cómo afectará esto los costos de los empleadores?	16
¿Cómo afectará esto al presupuesto estatal?	17
¿Por qué el programa Medicaid Buy-In es una alternativa?	17
¿Cuál es el rol de la División de Seguros?	18
¿Cuál es el rol del Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica?	19
¿Cuál es el rol de Connect for Health Colorado?	19
¿Se exigirá participar a los hospitales y las aseguradoras?	20
¿Qué otras consideraciones de políticas influyeron en este informe?	20
¿Esta propuesta requiere una exención 1332?	22
¿Qué legislación se requiere para implementar la opción pública?	24
Cronograma para los próximos pasos.....	24
Conclusión	25

Apéndice I: Análisis actuarial

Apéndice II: Resumen sobre la participación de las partes interesadas

Apéndice III: Resumen de la opción pública

Apéndice IV: Presentación del borrador del lanzamiento de las sesiones para las partes interesadas

Apéndice V: Comentarios públicos

(debido a la gran extensión del Anexo V, no se adjunta al presente, pero se puede consultar en línea en el siguiente enlace <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/proposal-affordable-health-coverage-option>)

Resumen

Garantizar que todas las personas puedan acceder a una atención médica asequible es un desafío que ha atormentado a los funcionarios públicos y a los expertos en políticas durante décadas, a pesar de los aparentes esfuerzos constantes por abordar los costos de cobertura y atención. La Ley de Atención Asequible (*Affordable Care Act*) supuso un gran avance en el aumento de la cobertura, pero no trató el costo subyacente de la atención. Para muchas personas, tanto en Colorado como en todo el país, aun los subsidios pagados por el Gobierno federal no son suficientes para que el seguro sea asequible.

La ley HB19-1004 fue sancionada y promulgada en mayo de 2019 en respuesta a este importante y persistente problema. Encomendó al Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica de Colorado (*Department of Health Care Policy and Financing, HCPF*) y a la División de Seguros de Colorado (*Colorado Division of Insurance, DOI*) hacer una recomendación al órgano legislativo sobre el diseño de una opción pública más asequible que las opciones actuales disponibles para los residentes de Colorado que procuran obtener atención a través de los mercados individuales y de grupos pequeños.

Para asegurarnos de recibir los aportes de cada rincón del estado, llevamos a cabo un enorme proceso de difusión y retroalimentación. El comisionado de seguros Michael Conway, la directora ejecutiva del HCPF Kim Bimestefer, y el teniente gobernador Primavera organizaron 20 sesiones públicas para escuchar opiniones en Alamosa, Aurora, Boulder, Burlington, Denver, Durango, Edwards, Glenwood Springs, Grand Junction, Greeley, Hugo, Keystone y Pueblo. Recibimos 260 comentarios escritos y dirigimos tres grupos de discusión. Para obtener el máximo provecho de la naturaleza colaboradora de Colorado, fuimos más allá de lo que se nos pidió en HB19-1004 y tomamos la medida adicional de elaborar un borrador del informe para comentarios públicos, a fin de que todas las partes interesadas tuvieran la oportunidad de seguir mejorando la recomendación.

Esta recomendación surge directamente de las ideas innovadoras, preguntas reflexivas e inquietudes importantes planteadas durante este proceso, y les brinda una respuesta. Pide a todas las partes interesadas (proveedores de atención médica, compañías de seguros, fabricantes de medicamentos de venta con receta, agentes y residentes de Colorado) que acudan a la mesa de negociaciones y hagan el trabajo que les corresponda para contribuir a que la atención sea más asequible. Esto supone un enfoque cuidadosamente equilibrado que fortalece la competitividad del mercado, a la vez que da herramientas a los líderes estatales para aumentar la asequibilidad. Reconoce el papel fundamental que desempeñan los hospitales en nuestra comunidad, aceptando también que los costos hospitalarios son uno de los principales factores del aumento general del costo de la atención médica. Da inicio a una nueva plataforma que continúa transformando nuestro sistema de atención médica en uno que paga por el valor, no en función del volumen. Establece formas cuidadosamente ponderadas para proteger y fortalecer nuestros hospitales independientes, rurales y de acceso crítico que se diseñaron en colaboración con los mismos hospitales. Recomienda que la mayoría de los ahorros federales se utilice para seguir ofreciendo ayuda con las primas y reducciones de los costos para los residentes de Colorado que en la actualidad reciben un subsidio y que tienen problemas de asequibilidad. Por último, y como punto más importante, refleja nuestra obligación para con los residentes de Colorado de garantizar que todas las personas y, en última instancia, los pequeños y medianos empleadores, puedan pagar el seguro para acceder a la atención que necesitan. En resumen, esta recomendación se basa en un proceso de colaboración amplio y prolongado que implicó a múltiples partes interesadas, para presentar una propuesta que nos permitirá dar un paso muy importante para acercarnos a lograr la cobertura universal para Colorado.

De conformidad con HB19-1004, recomendamos que Colorado establezca una opción pública estructurada como una asociación público-privada y que inicialmente se venda en el mercado individual, tanto dentro como fuera del mercado (*on and off the exchange*) a partir del año del plan 2022. En el borrador del informe nuestros actuarios estimaron que la propuesta daría lugar a que en 2022 se pueda acceder a planes que son entre un 9 y un 18 % más baratos que otros planes disponibles. Esta recomendación final está en consonancia con ese objetivo. Recomendamos que el plan sea administrado por aseguradoras del sector privado, esté disponible en todo el estado para todos los residentes que necesiten cobertura en el mercado individual y que las personas puedan utilizar subsidios federales, si corresponde. Recomendamos que se ofrezca en el nivel de extrema urgencia y en las categorías de metales bronce, plata y oro, y que promueva la calidad a través del diseño de beneficios estandarizados.

A través de una asociación innovadora entre el gobierno estatal y las aseguradoras privadas, la opción pública aumentará las opciones para los clientes y dará lugar a que cada condado cuente con al menos dos aseguradoras en el mercado individual, solucionando así el molesto problema dado por el creciente número de condados con una única aseguradora en Colorado (22 a partir de enero de 2020) donde las personas solo tienen una opción de aseguradora para la cobertura.

Por último, recomendamos la creación de un Comité Asesor, integrado por diversas partes interesadas, que efectúe permanentemente recomendaciones a la DOI y el HCPF sobre formas de reducir los costos, mejorar el acceso y promover la calidad mediante la opción pública.

Para alcanzar los objetivos de ahorro fijados en nuestro análisis actuarial, los ahorros se generarán mediante tres estrategias principales. En primer lugar, recomendamos aumentar la tasa de pérdida médica (*medical loss ratio*, MLR) de la aseguradora para la opción pública del 80 % al 85 %, equivalente a la MLR en el mercado de grupo grande. Esto significa que 5 centavos adicionales de cada dólar de la prima deberán imputarse a la atención de los pacientes en lugar de a la administración u otros gastos no relacionados con la atención.

En segundo lugar, recomendamos que las tasas de reembolso hospitalarias se fijen a través de una fórmula pública y transparente que garantice la sostenibilidad y ayude a estabilizar nuestros hospitales rurales, evitando, a su vez, la inflación de precios que actualmente tiene lugar en algunos mercados. Esta fórmula se aplicaría a cada hospital por separado, dando como resultado tasas de reembolso que se pueden expresar como un porcentaje de Medicare, al igual que las tasas de reembolso de aseguradoras privadas también se pueden expresar como un porcentaje de Medicare. Como consecuencia, la fijación de precios será más racional y habrá una mayor rendición de cuentas de los hospitales hacia las comunidades a las que prestan servicios. A su vez, ayudará a los formuladores de políticas a comparar las tasas de reembolso en los mercados.

En tercer lugar, recomendamos que se exija a las aseguradoras que todas las compensaciones de los fabricantes de medicamentos de venta con receta (como, por ejemplo, los descuentos) pagadas a las compañías de seguros o a sus administradores de beneficios de farmacia (*pharmacy benefit managers*, PBM) se trasladen a los usuarios. Esto ayudará a desalentar las iniciativas desalineadas entre fabricantes y aseguradoras que promueven el uso de los medicamentos de costo más alto.

Históricamente, Colorado ha estado a la vanguardia en cuanto al diseño y la implementación de estrategias para mejorar el acceso a la atención médica y su calidad. Nos complace presentar esta recomendación que representa el siguiente y decidido paso adelante para el estado. A continuación se

describirá en detalle cómo funcionarán estos elementos, los datos y la retroalimentación en los que nos basamos para esta recomendación, y se especificarán las medidas legislativas que consideramos necesarias para una implementación exitosa.

La opción pública es un enfoque innovador que representará una diferencia tangible para los residentes de Colorado y, en última instancia, para los pequeños empleadores de la ciudad. Permitirá agilizar la prestación de la atención médica asequible al trabajar en conjunto con otras políticas existentes y propuestas para ampliar el acceso y reducir los costos. Si bien en otros estados y a nivel nacional están teniendo lugar debates similares, creemos que esta solución público-privada, diseñada por y para Colorado, es la adecuada para nuestro estado y puede servir como un primer modelo para todo el país. Todo lo que puede encontrarse en esta recomendación tiene el objetivo de lograr que la atención médica de alta calidad sea más asequible para los residentes de Colorado.

Estamos deseosos de colaborar con la Asamblea General y con la comunidad sanitaria mayor cuando consideren esta recomendación y sigan adoptando medidas para que la atención médica sea más asequible para los residentes de Colorado.

Introducción

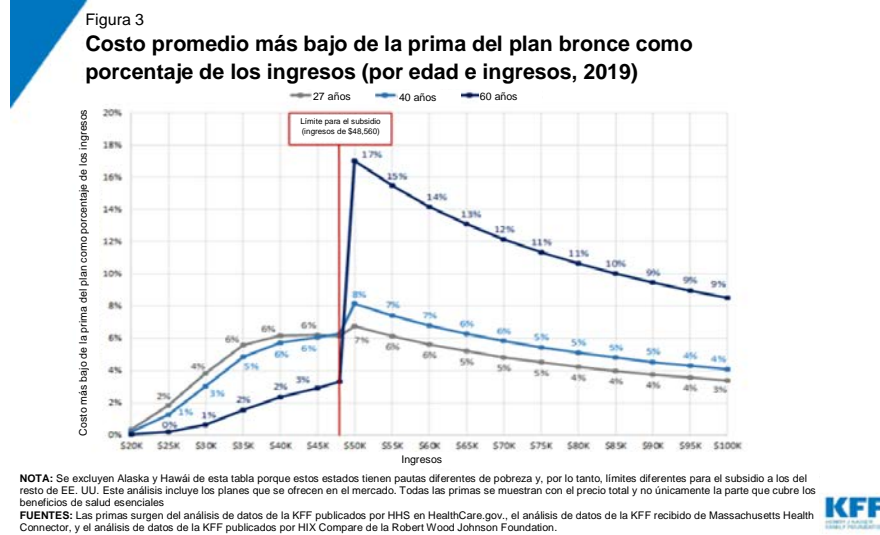
Al reconocer que la asequibilidad es uno de los obstáculos más importantes para el acceso a la atención médica, el gobernador Polis y la Asamblea General de Colorado han tomado una cantidad de medidas para mejorar la asequibilidad, que incluyen establecer la Oficina para Ahorrarle Dinero a las Personas en la Atención Médica (*Office of Saving People Money on Health Care*), la aprobación de un programa de reaseguro, el apoyo de alianzas comunitarias para la compra, el lanzamiento de un Mapa de asequibilidad de la atención médica en comunidades alrededor del estado, la creación de nuevos incentivos para los hospitales, a fin de que transformen sus prácticas para atender mejor las necesidades de sus comunidades, y el diseño y la recomendación de una opción de seguro público.

La asequibilidad es un problema apremiante y permanente en todo el estado. Nuevos datos arrojados por la Encuesta de acceso a la salud de Colorado (*Colorado Health Access Survey, CHAS*) 2019 muestran que el 90 % de los residentes de Colorado sin seguro dicen que el "costo" es la razón por la que no tienen cobertura.¹ Incluso quienes *tienen* cobertura del seguro de salud están preocupados por la asequibilidad. Las partes interesadas en cada una de las reuniones que mantuvimos manifestaron preocupaciones importantes sobre su imposibilidad de costear los gastos de su propio bolsillo: sus deducibles, coaseguros y copagos.

Los residentes están pagando un considerable porcentaje de sus ingresos en atención médica, y esto se aplica especialmente a las personas que no cumplen los requisitos para los subsidios federales. Como lo demuestra la imagen más abajo, la parte de los ingresos destinada al seguro de salud sube vertiginosamente para las personas que ganan más de \$48,560 por año, aproximadamente 400 % de la línea de pobreza federal, o el umbral donde terminan los subsidios.

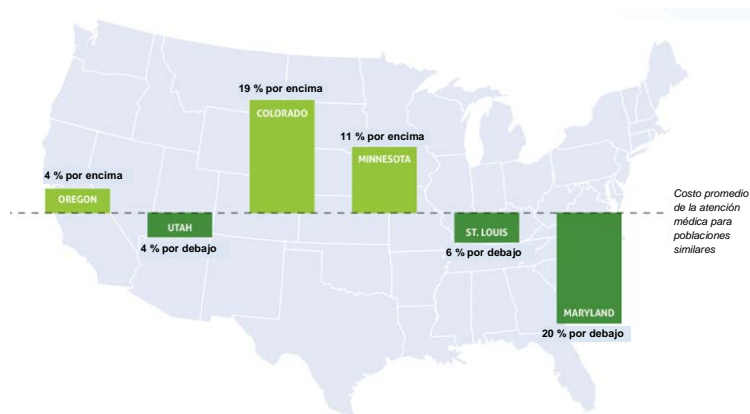
¹Instituto de Salud de Colorado (2019): Encuesta de acceso a la salud de Colorado: progreso en peligro. Extraído del Powerpoint de presentación de la CHAS en coloradohealthinstitute.org/research/CHAS. Véase también Ingold, J. (25 de septiembre de 2019). La tasa de personas sin cobertura de seguro de salud en Colorado se mantiene estable pero un estudio reciente muestra tendencias problemáticas en el mercado de atención médica del estado). The Colorado Sun. Puede consultarse en <https://coloradosun.com/2019/09/25/colorado-health-access-survey-results/>.

Imagen 1.



Existen muchos factores que influyen sobre los costos de la atención médica. Sin embargo, en esencia, el costo es una ecuación de dos partes: la combinación del precio que se le cobra y cuánta atención necesita usted. Numerosos estudios demuestran que los estadounidenses no necesitan más atención que el resto del mundo.² De hecho, Colorado es uno de los estados más saludables, lo que repercute favorablemente sobre la cantidad de atención que sus residentes necesitan. Aun así, nuestros costos generales son significativamente más altos que los de otros estados.³ Para llegar a la raíz del problema, algo que las partes interesadas pidieron rotundamente, debemos tomar el control del elevado precio de la atención.

Imagen 2.



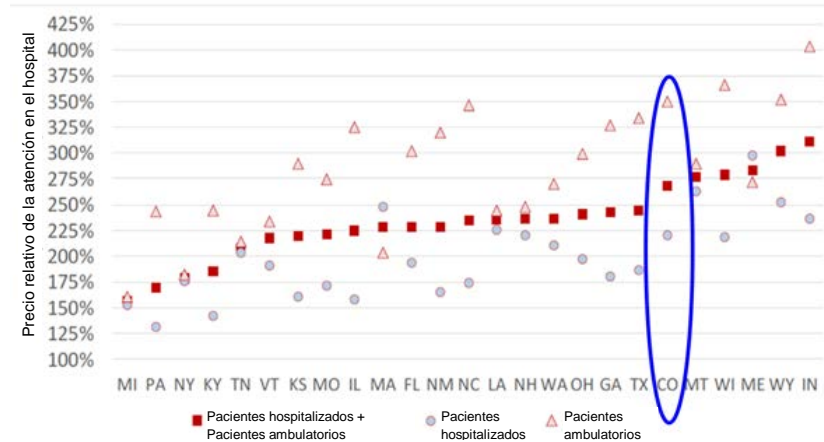
En este sentido, resulta claro que Colorado está preparado para un cambio positivo. Según un informe reciente realizado por la Corporación RAND y como se puede ver en la Imagen 3 a continuación,

² Véase, por ejemplo, Papanicolas I., Woskie, L.R. y Jha A.K. (2018). El gasto en atención médica en Estados Unidos y otros países de ingresos altos *JAMA*. 319(10):1024–1039. Puede consultarse en <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>.

³ Center for Improving Value in Health Care (8 nov. 2019). Los costos de la atención médica en Colorado continúan subiendo por encima de los de otros estados. Puede consultarse en <https://www.civhc.org/2018/11/08/colorados-health-care-costs-continue-to-rise-above-other-states/>.

Colorado es uno de los estados con precios de hospitales más altos de todo el país.⁴ De hecho, los hospitales en la mayoría de los otros estados cobran a las personas y a los empleadores precios más bajos que los que se cobran en Colorado, y tienen mucho éxito, sin interrupciones.

Imagen 3.



Existen también variaciones disparatadas en los precios de los hospitales de nuestro estado. Un informe reciente publicado por el Centro para Mejorar el Valor de la Atención Médica (*Center for Improving Value in Health Care*, CIVHC) mostró una variación de más del 400 % en todo Colorado por el mismo grupo de servicios.⁵ Por ejemplo, un parto en el condado de Routt cuesta en promedio \$17,160 frente a los \$6,000 que se cobran en un hospital del área de Denver.⁶

Además de estas variaciones de precios injustificadas, los residentes de Colorado de muchas regiones de nuestro estado solo tienen la opción de una aseguradora. En los condados donde existe una única aseguradora, los residentes de Colorado tienen una posibilidad de elección limitada sin el beneficio de la competencia para bajar los precios.

Si tomamos en cuenta el costo de los medicamentos de venta con receta, los costos también son altos. En un informe de 2019, la Kaiser Family Foundation concluyó que casi 8 de 10 estadounidenses creen que los costos de los medicamentos de venta con receta no son razonables, y que 1 de 4 estadounidenses que toman medicamentos tienen grandes dificultades para adquirirlos.⁷ Lamentablemente, el elevado costo de los medicamentos de venta con receta repercute directamente en el cumplimiento de los pacientes de sus planes de medicación: el 29 % de los adultos o bien no obtuvo su medicamento con receta o no tomó sus medicamentos de acuerdo con la receta para ahorrar dinero, lo que con frecuencia a largo plazo cuesta más dinero tanto a la persona como al sistema.⁸

⁴ White, C. & Whaley, C. (2019). Los precios pagados a los hospitales por los planes médicos privados son altos en relación con Medicare y varían ampliamente: conclusiones de una iniciativa de transparencia dirigida por un empleador). Santa Monica, CA: RAND Corporation. Puede consultarse en https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR3033.html.

⁵ Center for Improving Value in Health Care (5 sept. 2019). Información regional sobre precios como un porcentaje de Medicare ahora disponible). Puede consultarse en <https://www.civhc.org/2019/09/05/regional-price-information-as-a-percent-of-medicare-now-available/>.

⁶ Información obtenida con la herramienta "Shop for care" del Centro para mejorar el valor de la atención médica. Center for Improving Value in Health Care (sin fecha). Shop for Care. Puede consultarse en <http://www.civhc.org/shop-for-care/>.

⁷ Kirzinger, A., Lopes, L., Wu, B., & Brodie, M. (1 mar. 2019). Encuesta de seguimiento de salud de la KFF - Febrero de 2019: medicamentos de venta con receta. Puede consultarse en <https://www.kff.org/health-reform/poll-finding/kff-health-tracking-poll-february-2019-prescription-drugs/>. Kaiser Family Foundation (1 mar. 2019). Encuesta: Casi 1 de 4 estadounidenses que toma medicamentos con receta dice que es difícil adquirir sus medicamentos, inclusive una gran parte de personas con problemas de salud, con bajos ingresos y edad cercana a Medicaid). Puede consultarse en <https://www.kff.org/health-costs/press-release/poll-nearly-1-in-4-americans-taking-prescription-drugs-say-its-difficult-to-afford-medicines-including-larger-shares-with-low-incomes/>.

⁸ Kirzinger, A., Lopes, L., Wu, B., & Brodie, M. (1 mar. 2019). KFF Health Tracking Poll - Febrero de 2019: Prescription Drugs. Puede consultarse en <https://www.kff.org/health-costs/poll-finding/kff-health-tracking-poll-february-2019-prescription-drugs/>.

Constantemente escuchamos en las reuniones con las partes interesadas y los comentarios que la gente quiere la opción pública, para que la atención médica sea más asequible. Sin embargo, esto debe ponderarse cuidadosamente con el mantenimiento y la ampliación del acceso a la atención, y con el reconocimiento de que nuestros hospitales desempeñan una importante función económica y en el ámbito de la salud pública en nuestras comunidades. En este contexto elaboramos esta recomendación para disminuir los costos, aumentar la competencia, impulsar la infraestructura existente en nuestro estado y crear un modelo para un seguro de salud asequible.

Información general sobre HB 19-1004

Se encomendó a la División de Seguros (*Department of Insurance, DOI*) y al Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica (*Department of Health Care Policy and Financing, HCPF*) elaborar una propuesta que identifique la implementación más eficaz de una opción pública que cumpla los siguientes objetivos:

- desarrollar un enfoque innovador y proactivo, específico para Colorado, para aumentar el acceso de los usuarios a una cobertura de atención médica asequible y de alta calidad;
- ofrecer una opción de cobertura de atención médica adicional para los que viven en uno de los ahora 22 condados del estado que tienen solo una aseguradora que ofrezca planes individuales;
- aumentar la competencia en el estado entre las aseguradoras de salud para ejercer presión con respecto a la reducción de las primas de seguro de salud y aumentar las opciones para los usuarios;
- considerar la viabilidad y los costos de implementar una opción pública para cobertura médica que aproveche la infraestructura actual del estado; y
- aprovechar la experiencia del HCPF, que administra Medicaid de Colorado (también conocido como Health First Colorado), la DOI y varios expertos en el campo de la atención médica y las pólizas de atención médica.

Aportes y comentarios de las partes interesadas

Para la elaboración de esta opción pública de Colorado, el HCPF y la DOI recabaron los aportes de las partes interesadas al recibir 260 cartas y comentarios del público, dirigir grupos de discusión y organizar 20 sesiones para escuchar opiniones en las comunidades de todo el estado.

Las partes interesadas que participaron en las sesiones incluyeron, entre otros, representantes de la comunidad, proveedores de atención médica, hospitales, organismos de servicios humanos y de salud del condado, compañías de seguros, agentes de seguros, usuarios, empresas, organizaciones sin fines de lucro y funcionarios electos. Las partes interesadas expresaron sus opiniones sobre las poblaciones a las que se les debe prestar servicios, las estrategias de contención de gastos, la asequibilidad, las necesidades, las brechas y las prioridades.

Algunos temas comunes identificados en estas reuniones de partes interesadas comprendieron:

- el tratamiento de los costos subyacentes de la atención médica, en particular de los costos hospitalarios;
- la simplificación de los procesos y productos;
- la posibilidad de una opción pública en todo el estado para todos quienes la deseen;
- el uso de la infraestructura de Connect for Health Colorado;
- la reducción de los costos aparte de las primas, por ejemplo, los copagos, deducibles y gastos pagados del propio bolsillo;

- la atención de poblaciones sin seguro y que cumplen los requisitos para los subsidios;
- entender el impacto de los requisitos de participación;
- la ponderación de las tarifas reducidas con la importancia del acceso a la atención médica, y
- la inclusión de un beneficio dental.

¿Qué es la opción pública?

La opción pública es un nuevo plan de seguro que optimizará las fortalezas de la industria pública y privada de Colorado, diseñada por Colorado, para Colorado. El plan lo venderán las compañías de seguro autorizadas e incluirá un conjunto integral de beneficios estandarizados. La opción pública permitirá a los residentes de Colorado acceder a una cobertura más asequible y de alto valor.

Nuestra última simulación actuarial estima que los ahorros promedio en primas de todo el estado rondarán en un 10.6 %. En algunas regiones del estado serán significativamente más altos.

Imagen 4.

Tabla 1: Diferencia entre las primas ACA promedio de referencia en 2022 y la opción pública por región

	Todo el estado	Zonas de clasificación urbanas 1, 2, 3	Zonas de clasificación rurales del Oeste 5, 9	Zonas de clasificación rurales del Este 4, 6, 7, 8
Prima ACA de referencia proyectada para 2022	\$538.78	\$502.28	\$668.55	\$576.40
Prima ACA de referencia estimada para 2022 para la opción de cobertura estatal	\$481.69	\$463.19	\$566.07	\$479.19
Diferencia	-10.6 %	-7.8 %	-15.3 %	-16.9 %

¿Quién podrá inscribirse en la opción pública?

La opción pública estará disponible para todos los residentes de Colorado. Cualquier residente de Colorado, de cualquier lugar del estado, podrá adquirir la opción pública. Cabe destacar, sin embargo, que las personas que reúnen las condiciones para Medicare, Medicaid, Tricare, VA y coberturas patrocinadas por el empleador pueden recibir una mejor atención si permanecen en esos programas.

La opción pública también estará disponible para los residentes de Colorado que reciben subsidios federales. Dada la importancia de los subsidios de créditos fiscales federales para que las coberturas de cientos de miles de residentes de Colorado sean asequibles, la opción pública se ofrecerá como un plan de salud calificado (*Qualified Health Plan*, QHP) a través de Connect for Health Colorado, el mercado de seguros de salud del estado (el mercado). Los residentes de Colorado que reúnan las condiciones para recibir créditos fiscales y otros subsidios podrán utilizar créditos fiscales para adquirir la opción pública. Los agentes autorizados podrán recibir el pago por sus servicios en el marco de la opción pública, y ofrecer orientación valiosa a los usuarios durante el proceso de compra.

La opción pública estará disponible independientemente de la elegibilidad para los subsidios. Todos los residentes de Colorado podrán inscribirse en la opción pública. Se ofrecerá dentro y fuera del mercado, si bien alentaremos a los usuarios a que empiecen el proceso de solicitud en el mercado para garantizar que reciban los subsidios que puedan corresponderles.

La opción pública será una opción más, junto con las demás opciones del mercado. La opción pública se ofrecerá de forma paralela a los planes que actualmente se venden, lo que redundará en un aumento de la competitividad y de las opciones para los residentes de Colorado. La compra de la opción pública no será un requisito.

En concreto, habrá una opción pública estandarizada ofrecida para cada categoría de metal en el mercado por las aseguradoras en el mercado individual. En otras palabras, habrá al menos un plan de opción pública para las categorías de extrema urgencia, bronce, plata y oro, además de los niveles de variables para la reducción de la distribución de costos para el plan plata, ofrecido por cada aseguradora. En la práctica, en muchas regiones esto significa decenas de opciones adicionales para los residentes de Colorado. Los usuarios podrán identificar claramente la opción pública en el mercado.

Algunas partes interesadas expresaron su preocupación por la falta de competencia. Como se señaló anteriormente, esta recomendación ofrece más opciones en el mercado individual, especialmente en las regiones donde actualmente solo hay una aseguradora que ofrezca pólizas. Básicamente, la opción pública creará más opciones, no menos.

¿Qué beneficios se cubrirán?

La opción pública cubrirá beneficios de salud esenciales. Dado que la opción pública se ofrecerá como un QHP, el plan incluirá todos los beneficios de salud esenciales cubiertos por los planes que comercializa Connect for Health Colorado. Estos beneficios comprenden la atención hospitalaria, los fármacos de venta con receta, la cobertura por maternidad, los servicios de prevención y la atención de salud mental. Al igual que otros planes en el mercado individual, se ofrecerán servicios preventivos, tales como controles anuales, controles pediátricos, estudios de detección del cáncer y opciones de anticoncepción sin costo adicional para los pacientes.

La opción pública definirá más beneficios que se pueden usar antes del deducible. Muchos interesados expresaron preocupación con respecto a las ofertas de los planes actuales, ya que los deducibles altos dificultan que los residentes de Colorado accedan a sus beneficios. Es posible que los usuarios se demoren en obtener más atención de rutina debido a los altos requisitos de distribución de costos. La opción pública estará concebida para ofrecer un conjunto más grande de servicios de atención primaria y preventiva de mayor valor con los que las personas y familias puedan contar sin necesidad de pagar el deducible.

La opción pública tendrá diseños innovadores. El HCPF y la DOI incentivarán y recompensarán la prestación, el reembolso y la utilización de la atención de alto valor, y desalentarán la atención de bajo valor. Por ejemplo, los pagos en función del valor podrán usarse para recompensar a los proveedores y aseguradoras que atienden las influencias sociales de la salud o hacen intervenciones eficaces para prevenir la diabetes. Los pagos globales se podrían usar para incentivar la coordinación y la eficiencia. La opción pública ofrecerá una plataforma que continúe transformando a nuestro sistema de atención médica en uno que paga por el valor, no en función del volumen.

El Comité Asesor hará recomendaciones sobre inclusiones específicas en el diseño de los beneficios, permitiendo así un enfoque coordinado y cooperativo para conseguir los objetivos compartidos de todo el estado. Los planes no incluidos en la opción pública seguirán estando no estandarizados, dado que las aseguradoras han manifestado su interés en continuar innovando a través de sus diseños exclusivos de planes.

¿Cómo será más asequible la opción pública?

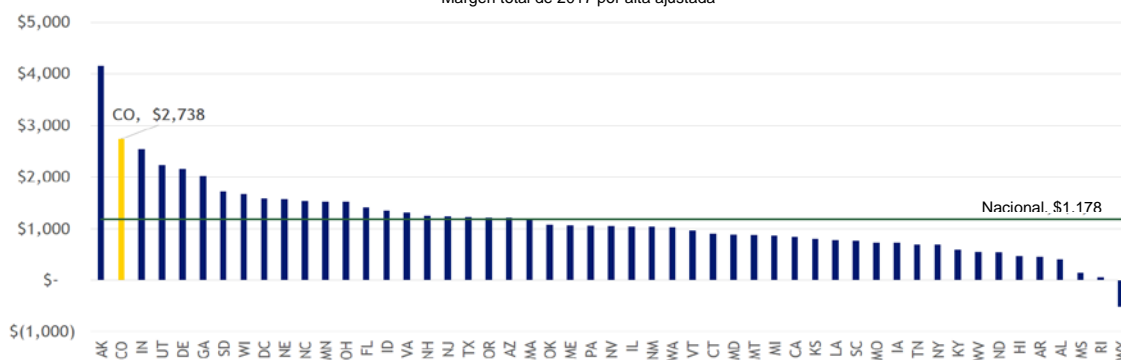
La opción pública garantizará que más dinero de las primas se asigne a la atención. Las leyes federales actuales exigen que como mínimo 80 centavos por dólar recaudado de las primas en el mercado individual se gasten en la atención del paciente. El plan de la opción pública aumentará ese requisito a 85 centavos, para garantizar que más cantidad del dinero de la prima de una persona se asigne a su atención médica. Massachusetts ha adoptado un enfoque similar al exigir que 88 centavos de cada dólar se asignen a la atención en el mercado individual y el de grupos pequeños combinados. La administración está en conversaciones con el Gobierno federal con respecto al aumento de la tasa de pérdida médica (MLR) y se actualizará en el órgano legislativo a medida que sepamos más.

La opción pública garantizará que los descuentos de medicamentos de venta con receta beneficien directamente a los usuarios. Se exigirá a las aseguradoras que garanticen que los descuentos farmacéuticos y todas las compensaciones restantes de los fabricantes de medicamentos de venta con receta que se paguen a las aseguradoras o sus administradores de beneficios de farmacia (*pharmacy benefit managers*, PBM), como por ejemplo derechos de participaciones de mercado, descuentos, etc., se aplican al beneficio de los usuarios. Esto significa que todas esas compensaciones se deben trasladar a los usuarios, ya sea a través de primas generales reducidas o participaciones en los costos del proyecto del plan reducidos. Esto iniciará el proceso de corrección de incentivos no alineados en todo el sistema que premia a los intermediarios por fomentar el uso de medicamentos de valor elevado.

La opción pública creará una lista de tarifas de reembolso hospitalario de pacientes ingresados y ambulatorios, que dará como resultado ahorros, así como también precios más razonables para los usuarios y en breve a pequeños y medianos empleadores.⁹ El motivo principal de que el seguro de salud sea tan costoso es porque la atención médica es costosa. Esto es especialmente cierto cuando se analizan los precios de hospitales. Los gastos hospitalarios son el componente mayor de las primas de atención médica, y representan entre el 40 y el 50 % de las tasas de primas de seguro.¹⁰ Colorado tiene alguno de los precios de hospitales más altos de la nación. Ocupamos el cuarto lugar con respecto a gastos administrativos más altos, el segundo más alto en cuanto a construcción de hospitales, y el segundo lugar en relación con las ganancias más altas, según informes presentados por hospitales ante el gobierno federal.¹¹ Como se puede ver en esta gráfica, a Colorado solamente lo supera Alaska en cuanto a los márgenes totales, lo que refleja el exceso de utilidades, tanto relacionadas con pacientes como con no pacientes, sobre los costos operativos totales.¹²

Imagen 5.

Margen total de 2017 por alta ajustada



⁹ En vigencia desde el 1 de enero de 2016, la legislación del estado de Colorado define "pequeño empleador" como un empleador que tiene hasta 100 empleados (C.R.S. 10-16-102(61)(b)); no obstante, muchos consideran a los empleadores con más de 50 empleados como de tamaño mediano. Por lo tanto, aquí nos referiremos a pequeños y medianos empleadores.

¹⁰ Apéndice I, Informe de Wakely Actuarial.

¹¹ Informes de costos de Medicare, datos extraídos por el Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica en 2019.

¹² Informes de costos de Medicare, con datos extraídos por el Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica en 2019.

Además, los hospitales gastan en promedio solamente 54 centavos de cada dólar en la atención de los pacientes, según un informe publicado por la Colorado Hospital Association.¹³ Los hospitales tienen la oportunidad de mejorar la asequibilidad al aumentar la eficiencia y la cantidad de dinero que realmente se gasta en actividades relacionadas con la atención.

Esto se debe en parte a que las tasas de reembolso hospitalario se definen mediante negociaciones individuales, privadas, con compañías aseguradoras. Los hospitales tienen mucho poder en estas negociaciones, particularmente por su tamaño y su participación en el mercado debido al aumento de fusiones y adquisiciones en Colorado durante los últimos años, y los monopolios y oligopolios regionales.¹⁴ Esto contribuye al aumento de los precios mientras los operadores no controlan los reembolsos hospitalarios, que en última instancia afectan a las primas o las participaciones en los costos que pagan los usuarios. Las cinco compañías de seguros más grandes de la nación —todas prestan servicio en Colorado— no han podido evitar que los precios de los hospitales de Colorado alcancen algunos de los niveles más altos de todo el país.¹⁵ La opción pública interviene para abordar este problema, aportando asequibilidad primero a los residentes de Colorado que adquieren su propio seguro, y en breve a empresas pequeñas y medianas.

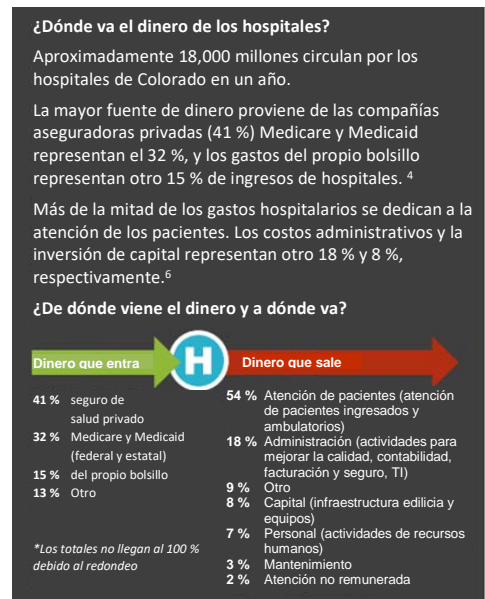


Imagen 6.

Proponemos que el monto que se debe reembolsar un hospital por servicios a pacientes cubiertos por opción pública se defina por una fórmula **clara, pública y transparente**.

Esta fórmula tomará en cuenta variables importantes que reflejan la diversidad de los hospitales de Colorado, y se aplicará a cada hospital por separado, dando como resultado tasas de reembolso que se pueden expresar como un porcentaje de Medicare, al igual que las tasas de reembolso de aseguradoras privadas también se pueden expresar como un porcentaje de Medicare. Esto ayudará a mejorar la eficacia de todo el estado, y a reducir la desenfrenada variedad de los precios en todo el estado, y a la vez controlar los precios exorbitantes, generando ahorros que se puedan trasladar a los residentes de Colorado.

De esta fórmula se excluirán hospitales psiquiátricos autónomos, instituciones para enfermedades mentales (*Institutions for Mental Disease, IMD*), hospitales para enfermedades agudas y crónicas, y aquellos hospitales autorizados o certificados como vitales de rehabilitación.

La fórmula de reembolso se definirá por medio de un proceso diligente y cuidadoso. Esta recomendación describe una estructura sobre cómo se deben definir las tasas de reembolso hospitalarias, y recomienda llevar a cabo más trabajo para garantizar que la metodología reduzca los

¹³ Colorado Hospital Association & Colorado Health Institute (sin fecha). Asequibilidad en Colorado: respuestas sobre los costos de la atención médica. Puede consultarse en <https://cha.com/wp-content/uploads/2018/12/Affordability-in-Colorado-Report.pdf>.

¹⁴ Ingold, J. (4 de julio de 2017). In Colorado's drumbeat of medical mergers, rural hospitals often trade independence for better care (Bajo la presión continua de fusiones médicas, los hospitales rurales a menudo intercambian independencia por mejor atención). The Denver Post. Puede consultarse en <https://www.denverpost.com/2017/07/04/colorado-rural-hospitals-merge-with-big-city-health-economic-concerns/>.

¹⁵ White, C. & Whaley, C. (2019). Los precios pagados a los hospitales por los planes médicos privados son altos en relación con Medicare y varían ampliamente: conclusiones de una iniciativa de transparencia dirigida por un empleador. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Puede consultarse en https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR3033.html.

precios adecuadamente y a la vez fomente la sostenibilidad económica de nuestros hospitales rurales, hospitales de acceso crítico y hospitales independientes. Hemos comenzado a trabajar con expertos de la universidad John Hopkins que brindan ayuda técnica en el desarrollo de metodologías para implementar la fórmula.

En nuestro proyecto de informe propusimos definir el punto de referencia en 175 % y 225 % de Medicare. En este informe final proponemos que las tasas de reembolso se determinen mediante una fórmula clara, pública y transparente, que podría bien caer en ese rango, pero es importante destacar que se aplicará a cada hospital por separado para incentivar la eficacia y los resultados.

Esto se debe a que reconocemos que los promedios no lo dicen todo, particularmente en nuestro estado. Por ejemplo, un hospital rural de las Llanuras Orientales (*Eastern Plains*) tiene un modelo empresarial profundamente diferente al de sistemas de salud más grandes en la Cordillera Frontal (*Front Range*), que están entre los sistemas hospitalarios más lucrativos del estado.¹⁶ Muchos hospitales de acceso crítico de todo nuestro estado tienen márgenes reducidos, los que limitan su posibilidad de desarrollar sus servicios y capacidades en este ecosistema de atención médica dinámico. Del mismo modo, nuestros hospitales independientes son líneas de vida para sus comunidades, con misiones ligadas a su independencia.

Nuestro objetivo es reducir los precios cuando sea posible, y a la vez consolidar la sostenibilidad económica y la salud de los proveedores, y por eso lo que es adecuado para todo el mundo simplemente no es adecuado. Es por esto que proponemos desarrollar una fórmula pública y transparente que tome en cuenta numerosas variables y ajuste la tasa de acuerdo con los precios impulsores del mercado en pos de lograr una gama más razonable con el transcurso del tiempo. El último punto es crítico. Los hospitales representan la parte mayor del sistema de atención médica; un enfoque de varios años para lograr precios de mercado más racionales hará posible que la industria planee y se adapte debidamente.

La fórmula de reembolso tendrá en cuenta variables como por ejemplo:

- una combinación de pagadores del hospital (cuántos de sus pacientes están cubiertos por Medicaid, Medicare, seguro comercial o no tienen seguro)
- si el hospital es rural, de acceso crítico, urbano independiente o forma parte de un sistema más grande
- márgenes de pacientes, márgenes totales (que toman en cuenta riesgos de inversiones y otras utilidades), y rentabilidad acumulada con el transcurso del tiempo
- gastos administrativos en comparación con normas nacionales

Durante los próximos meses, consideraremos otros modelos de pago en función del valor para impulsar comportamientos que impulsen la asequibilidad o aumenten las inversiones en regiones necesitadas y carentes de servicios.

Además, el Departamento de Pólizas y Financiamiento de Atención Médica (HCPF) y la División de Seguros (DOI) llevarán a cabo un análisis exhaustivo actuarial, de costos y márgenes, que incluya la simulación de precios con respecto a hospitales específicos, como por ejemplo hospitales de acceso crítico o independientes como Denver Health, Boulder Community Health, Granf Junction Community y Parkview Medical Center, a fin de garantizar que en nuestros métodos tengamos representada la

¹⁶ Baumgarten, A. (12 sept. 2019). Utilidades récord de los hospitales de Colorado; las aseguradoras son rentables de nuevo, agregar miembros. Puede consultarse en <https://allanbaumgarten.com/colorado/>.

diversidad de todos nuestros hospitales.¹⁷ En última instancia, el modelo abordará las cargas impuestas por los precios altos que cobran algunos de los hospitales del área de la Cordillera Frontal y la montaña, protegerá nuestros hospitales independientes, y ayudará a que prosperen nuestros hospitales rurales y de acceso crítico. Se prevé que este análisis adicional finalice a principios de febrero.

Este modelo revisado nos permite lograr esos objetivos, y refleja los aportes de las partes interesadas que enfatizaron la necesidad de ejercer presión para bajar los precios y a la vez proteger a los hospitales más vulnerables de nuestro estado. Este proceso nos dará la posibilidad de probar nuestras premisas de forma conjunta con nuestras partes interesadas, y evitar consecuencias imprevistas que se pueden identificar con análisis posteriores. Además, este proceso garantizará que podamos avisar con mucha anticipación de los reembolsos establecidos a fin de permitir a los hospitales prever seriamente el impacto económico, planificar y adaptarse.¹⁸

Estamos colaborando con los hospitales rurales y de acceso crítico y sus representantes para garantizar su sostenibilidad económica por medio de la opción pública. Desde 2005 han cerrado más de 150 hospitales rurales en todo el país, según un informe reciente de Cecil G. Sheps Center para Health Services Research.¹⁹ Combatir eficazmente esta tendencia, y ayudar a nuestros hospitales rurales y de acceso crítico a prosperar, es una consideración clave de la opción pública.

Para lograr este objetivo tuvimos numerosas reuniones y conversaciones con la dirección de hospitales rurales y hospitales de acceso crítico, a fin de entender sus dificultades y abordarlas mediante la opción pública. Garantizar la sostenibilidad de los hospitales rurales y hospitales de acceso crítico es y continuará siendo una prioridad mientras elaboramos la fórmula de reembolso.

Además, el diseño del plan público se va a integrar a otras iniciativas del estado que deliberada y concienzudamente incentivan la sostenibilidad económica de los hospitales rurales. Por ejemplo, el HCPF está instaurando un Fondo de apoyo rural para la transformación hospitalaria (*Hospital Transformation Rural Support Fund*) de \$12 millones con el objeto de ofrecer financiación para hospitales rurales y hospitales pequeños comarcales, a fin de que puedan contratar actuarios de seguros y asesores para configurar e implementar nuevas metodologías de pago en función del valor; ayudar con la planificación estratégica para atender las necesidades incipientes de las comunidades rurales, inclusive su población en aumento de residentes de Colorado de edad avanzada; obtener subvenciones federales y de otro tipo; y mucho más. La opción pública funcionará alineada con esto y muchas otras estrategias con el fin de crear soluciones que ayuden a los proveedores rurales a tener éxito, y resistan firmemente la tendencia nacional de cierres de hospitales rurales.

¿Cómo funcionará el Comité Asesor?

El Comité Asesor garantizará que las opiniones de las partes interesadas continúen sirviendo de apoyo a la evolución en progreso de la opción pública. El Comité Asesor ayudará a continuar y aprovechar al máximo el talento, las ideas y la experiencia de las partes interesadas, que ayudaron a crear y refinar

¹⁷ Esto incluye hospitales urbanos independientes, definidos como un hospital general dentro de un condado urbano, que no pertenece ni es operado por un sistema de atención médica.

¹⁸ Mientras tanto, hemos presentado un documento adjunto de todos los hospitales de Colorado y las variables mencionadas anteriormente, con la excepción de "rentabilidad acumulada con el transcurso del tiempo", que está en curso. Más aún, HB1001, la Ley de Transparencia Hospitalaria se aprobó durante la sesión legislativa de 2019. Por medio de esa legislación de las normas aprobadas, en enero de 2020 se presentarán al HCPF siete años de información financiera sobre los hospitales de Colorado.

¹⁹ The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, University of North Carolina (sin fecha). 161 Rural Hospital Closures: January 2005 - Present (119 since 2010) (Cierres de 161 hospitales rurales: enero de 2005 - actualidad (119 desde 2010)). Puede consultarse en <https://www.shepscenter.unc.edu/programs-projects/rural-health/rural-hospital-closures/>.

esta recomendación de opción pública, impulsando el éxito conjunto, a largo plazo de la opción pública. Nuestra recomendación es que el Comité Asesor se establezca en la DOI en una estructura similar al modelo de Colaboración de atención primaria determinado en HB 19-1233.

El Comité asesorará sobre cuestiones de reglamento durante toda la implementación de la opción pública, inclusive beneficios, asequibilidad, metodologías de control de costos, innovación en función del valor, tarifas del plan, gastos del propio bolsillo y el desarrollo de parámetros de calidad. Garantizará que la opción pública cumpla con sus objetivos previstos de aumentar el acceso a la cobertura asequible de alta calidad, y analizará como la opción pública puede fomentar aún más la asequibilidad en todo el mercado de seguros de salud.

Recomendamos que el Comité Asesor saque provecho de una amplia variedad de puntos de vista y refleje la diversidad del estado. Esto garantizará que los integrantes más importantes —los residentes de Colorado— estén bien representados. También recomendamos que el Comité se concentre en la diversidad de usuarios, específicamente en aquellos quienes según los datos presentan los mayores obstáculos para acceder a atención médica asequible, de alta calidad, debido a situaciones relativas a ingresos, lugar geográfico, idioma, raza/origen étnico, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.²⁰

Por ejemplo, es vital que reconozcamos que los mercados de atención médica operan de manera muy distinta en la Cordillera Frontal que en muchas de nuestras comunidades rurales. Así pues, necesitamos estructurar el Comité Asesor para enfrentar estas importantes diferencias, quizás por medio de iniciativas como por ejemplo un subcomité asesor rural, u otros pasos. De hecho, nuestras comunidades rurales, hospitales rurales, hospitales de acceso crítico y comunidades fronterizas tienen necesidades singulares, y esas necesidades se deben abordar de manera singular.

¿Cómo se adapta la opción pública a otras iniciativas de atención médica?

La opción pública mejorará la atención primaria en Colorado. Al mismo tiempo que se desarrolla la opción pública, Colorado ha emprendido un proceso para crear un sistema de atención primaria modernizado. El modelo de Colaboración de atención primaria, creado por el órgano legislativo en 2019, respaldará el desarrollo de prácticas de atención primaria avanzadas en Colorado al garantizar que la parte del sistema de atención médica que se centra en mantener sanas a las personas tenga los recursos que necesita. La opción pública se alineará con este trabajo al utilizar estructuras de pago que gestionen afecciones crónicas, coordinen a los proveedores y apoyen la salud emocional y física y el bienestar de los afiliados.

La opción pública impulsará pagos en función del valor y modelos de prestación de servicios innovadores que controlen los costos con mayor eficacia. El HCPF y la DOI trabajan continuamente para impulsar la innovación en la atención médica, reducir precios y mejorar la calidad y los resultados. La opción pública se alineará con este trabajo, en especial cuando hacerlo así puede promover la sostenibilidad de los hospitales rurales y pequeños hospitales de acceso crítico.

²⁰ Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina; División de Salud y Medicina; Junta de Salud de la Población y Práctica de Salud Pública; Comité sobre soluciones comunitarias para promover la equidad en salud en Estados Unidos; Baciu A, Negussie Y, Geller A, et al., editores. (11 ene. 2017). Comunidades en acción: caminos para la equidad en la salud; la situación de las desigualdades sanitarias en los Estados Unidos. Washington, D.C.: National Academies Press. Puede consultarse en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425844/>.

Por ejemplo, el HCPF está desarrollando un modelo, en colaboración con hospitales, para promover "Centros de Excelencia" (*Centers of Excellence* o "CoE"), donde se concentren los conocimientos y experiencia y los recursos que apoyen la atención interdisciplinaria, consolidada. En regiones rurales, el CoE tiene como fin ayudar a aumentar el acceso a la atención al ampliar los servicios coordinados que se ofrecen, lo que también impulsa la sostenibilidad. En regiones con exceso de capacidad y variación de precios, el CoE puede aumentar el volumen de pacientes en los centros de mayor calidad y menor costo, y a la vez reducir el uso de los centros de mayor costo y menor calidad. En suma, las primas de seguro se reducen, los resultados de los pacientes mejoran, y los hospitales que funcionan mejor hacen crecer su actividad comercial. El HCPF y la DOI colaborarán con una variedad de partes interesadas para crear parámetros de objetivos de calidad todos los años y pagos en función del valor afines que den origen a los incentivos correctos en todo el sistema de atención médica.

La opción pública se fundamenta en ahorros de reaseguro. En la sesión legislativa de 2019, los legisladores aprobaron HB19-1168, que estableció un programa de reaseguro de dos años para los años del plan 2020 y 2021. Para 2020, el programa redujo primas 20.2 % en promedio en el mercado individual. El estado puede optar por ampliar más el programa de reaseguro más allá de 2021. Mientras que se prevé que la opción pública entre en vigor en 2022, las exenciones federales para ambos programas se tomarán mutuamente en cuenta.

Si bien nadie piensa que paga demasiado poco por el seguro de salud, algunas partes interesadas han preguntado si los usuarios individuales necesitan aún más ahorros por medio de una opción pública, dado el efecto favorable del reaseguro. Puesto que los aumentos de la prima familiar acumulada durante los últimos cuatro años en el mercado individual totalizaron un 80 % (2009: \$11,952 en comparación con 2017: \$19,339), es importante que continuemos aportando soluciones de asequibilidad a los residentes de Colorado que adquieren seguros en el mercado individual.

¿Cómo afectará esto los costos de los empleadores?

Se llevarán a cabo esfuerzos especiales para controlar y evitar el traslado de costos (*cost shifting*):

Algunas partes interesadas expresaron el temor de que los hospitales hagan traslado de costos a los mercados de grupos grandes y pequeños, si para la opción pública se definen tarifas más bajas. Esto se debe a que si bien la evidencia empírica de estudios económicos demuestra que hay poca o ninguna relación entre los costos de tarifas para aseguradoras privadas y lo que los hospitales reciben de Medicare y Medicaid, se piensa a la ligera que esos programas reembolsan por debajo del costo, y los hospitales recuperan la diferencia por medio de tarifas negociadas mayores con aseguradoras privadas.

Si bien esta cuestión se plantea siempre que se hacen intentos para mejorar los mercados de atención médica, es importante reconocer algunas cosas. En primer lugar, HB19-1004 exige que la opción pública responda tanto a los mercados de grupos individuales como de grupos pequeños, y este informe describe una vía para ingresar lo antes posible en el mercado de grupos pequeños, lo que ayuda a evitar el traslado de costos y también a que las pequeñas y medianas empresas ahorren dinero en atención médica.

En segundo lugar, se medirán bastante las repercusiones en los hospitales, durante los primeros años. El mercado individual solamente presta servicio a aproximadamente un 7 % de la población del estado en el momento de este informe. La transición de los afiliados a la opción pública será gradual, al igual que la transición de las tasas de reembolso hasta los objetivos finales.

Además, al crear una fórmula pública y transparente, los empleadores tendrán otro modelo para utilizar en sus tarifas negociadas. Creemos que esto ofrece a los empleadores una nueva herramienta para reducir costos.

Es importante que las preocupaciones sobre el traslado de costos no nos impida liderar un cambio importante. En algunos casos en que la preocupación sea válida, tenemos herramientas de la normativa para abordarla. Pero con frecuencia el traslado de costos se plantea como una manera de estancar iniciativas para afectar el *statu quo*. Debemos reconocer que el traslado de costos solamente ocurre si lo permitimos. Invitamos a los hospitales y a las aseguradoras a trabajar de manera intencional y metódica para evitar el traslado de los costos. Tienen colaboradores en el HCPF y la DOI que lo hacen.

El comisionado de seguros tiene otras herramientas para evitar el traslado de costos. Al publicar las tarifas de la opción pública, le damos a las aseguradoras, los empleados, las asociaciones comerciales y las comunidades un punto de datos importante en sus negociaciones. Por ejemplo, esperamos que iniciativas como la Peak Health Alliance y otras cooperativas de compra usen esta información para ayudar a reducir sus costos también.²¹

No obstante, si observamos el traslado de costos como resultado de la opción pública, el comisionado tiene autoridad para intervenir. HB19-1233 ofrece nueva autoridad para que el comisionado analice los costos subyacentes totales de la atención. En consecuencia, la DOI podrá evaluar y responder mejor a las tentativas de traslado de costos.

¿Cómo afectará esto al presupuesto estatal?

La opción pública no pondrá en riesgo el presupuesto estatal. Serán las compañías de seguros —no el estado— las que asumirán el riesgo por el pago de las reclamaciones de salud, como lo hacen hoy en día en el mercado individual actual.²²

La opción pública requerirá un financiamiento mínimo del estado. Costará aproximadamente \$750,000 poner en marcha durante dos ejercicios fiscales, y después menos de \$1 millón anualmente para que las agencias supervisen y gestionen la opción pública; una fracción minúscula de los ahorros proyectados para los usuarios. La opción pública no exige que el estado de Colorado cubra ninguno de los costos de la atención, a menos que el órgano legislativo decida específicamente financiar beneficios nuevos más allá de los beneficios de salud esenciales requeridos y los beneficios cubiertos por el plan de referencia del estado. Es posible que sea necesaria alguna financiación menor adicional para completar la solicitud del estado de una exención 1332 relacionada con la opción pública.

¿Por qué el programa Medicaid Buy-In es una alternativa?

El desarrollo de la opción pública como una asociación público-privada es una vía de acceso innovadora para la cobertura universal. Algunas partes interesadas sugirieron que la opción pública aprovechara la infraestructura de Medicaid. Específicamente, se sugirió que el HCPF ampliara y mejorara su infraestructura para administrar la opción pública además de Medicaid, el programa Child Health Plan Plus (CHP+) y otros programas de la red de asistencia. El HCPF y la DOI consideraron esta oportunidad,

²¹ Tozzi, J. & Recht, H. (21 de junio de 2019). Villas de esquí de Colorado podrían componer el alto costo de la atención médica de los estadounidenses. Bloomberg. Puede consultarse en <https://www.bloomberg.com/graphics/2019-colorado-new-healthcare-cost-plan/>.

²² Las aseguradoras de Colorado deben mantener reservas económicas para garantizar que se puedan pagar todas las reclamaciones; la DOI audita y controla su solidez económica y suficiencia de reserva.

pero finalmente decidieron no continuar en esta etapa debido a los beneficios únicos del innovador modelo de asociación público-privada.

Sin embargo, el desarrollo aprovechando las fortalezas de nuestro programa Medicaid es un camino viable hacia adelante en pos de la cobertura universal, si este plan recomendado no se pone en práctica. Efectivamente, el grupo de trabajo de análisis de ahorro en el costo de la atención médica (*Health Care Cost Savings Analysis Task Force*) de HB19-1176, que se inició el mes pasado, podría considerar esto lógicamente como una opción de respaldo. Hay aproximadamente otros 13 estados que también están considerando alguna forma del programa Medicaid Buy-In de los que podemos aprender si este plan no recibe el apoyo necesario.

El enfoque recomendado reduce los riesgos financieros para el presupuesto estatal. Para que el HCPF administre el plan estatal, el estado tendría que financiar los gastos iniciales, las reservas iniciales y crecientes que conlleva el plan de salud y asumir el riesgo financiero que supone la opción pública en desarrollo. Esto podría representar un problema para el proceso de presupuestación anual del estado.

¿Cuál es el rol de la División de Seguros?

La DOI mantendrá la autoridad normativa. Como principal organismo responsable de regular el mercado de seguros de salud privados en Colorado, la DOI continuará autorizando tarifas y diseños de planes de aseguradoras y planes, incluidos los planes de la opción pública. La DOI será responsable de garantizar que los planes de la opción pública cumplan con los requisitos de beneficios y tarifas que estipulan la legislación y los reglamentos de Colorado.

La DOI actualmente revisa las tarifas que los planes de seguros de salud desean cobrar en el mercado individual para garantizar que se justifiquen en función de los costos de prestación de atención médica y otros factores. Recomendamos que la DOI, como parte del proceso de revisión de tarifas tratado anteriormente, garantice que los planes de la opción pública cumplan con los puntos de referencia de pago establecidos —por el hospital— para garantizar el cumplimiento del programa, así como también con la referencia del asequibilidad. Además, la DOI informará públicamente todos los años y tomará acción para evitar el traslado de costos mediante el proceso de revisión de tarifas, incluido el traslado de costos al mercado de grupos grandes. Por lo tanto este comportamiento de los proveedores se puede abordar mediante el proceso de elaboración de normas de los estándares de asequibilidad como se define en HB 19-1233.

¿Cuál es el rol del Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica?

El HCPF se asociará con la DOI para trazar los objetivos, los requisitos operativos, los diseños de los planes, los puntos de referencia de los reembolsos, la presentación de informes y la supervisión de la opción pública. Las aseguradoras comerciales podrán administrar la opción pública.

Además, el HCPF se puede asociar con la opción pública a efectos de aprovechar el volumen de afiliados, los conocimientos y experiencia y los recursos a fin de repercutir en las incipientes prácticas óptimas de Colorado en cuanto a estrategia de control de costos, metodologías de pago alternativas, influencia del sistema de prestación de servicios, perspectivas rurales, presentación de informes de transparencia en desarrollo e innovaciones tecnológicas. La opción pública también se beneficiará de los conocimientos y experiencia del HCPF y las prácticas óptimas en cuanto a presentación de informes del funcionamiento

hospitalario, así como también del análisis de reclamaciones y utilización que identifique incompetencias y brechas de las aseguradoras con respecto a las prácticas óptimas, impulsando la responsabilidad de las aseguradoras y reduciendo las primas para beneficio de los usuarios. En última instancia, esta asociación entre el HCPF, especialmente Medicaid, y la opción pública pretende beneficiar a la opción pública, a los empleadores y a todos los residentes de Colorado.

¿Cuál es el rol de Connect for Health Colorado?

Connect For Health utilizará su infraestructura para la inscripción. Como la opción pública se venderá como un plan de salud calificado (QHP) en el mercado individual, Connect for Health Colorado tendrá un rol fundamental para conectar a los residentes de Colorado con la opción pública. Aprovechar Connect for Health Colorado para la elegibilidad y la inscripción hace mejor uso del mercado actual del estado, un canal de distribución conocido y consolidado para una cobertura de salud asequible en el estado. Al ofrecer la opción pública, Connect for Health Colorado impulsará el objetivo original de crear un mercado estatal que se adecue a las necesidades singulares de Colorado, busque soluciones específicas para Colorado y explore la mayor cantidad de opciones disponibles para el estado de Colorado.

Ofrecer la opción pública por medio de Connect for Health Colorado permite al estado usar una plataforma de compras fácil de usar ya establecida. Además, Connect for Health Colorado puede adaptarse más fácil y rápidamente a apoyar el lanzamiento inicial de la opción pública y las mejoras futuras al programa. Principalmente, usar Connect for Health Colorado garantiza que los residentes de Colorado que reúnan las condiciones para obtener subsidios de impuestos federales y asistencia de distribución de costos puedan seguir accediendo a esos programas asequibles.

Connect for Health llevará a cabo actividades de divulgación y marketing. Connect for Health Colorado tiene una misión estatal y federal de llevar a cabo servicios de extensión y asistencia a los usuarios; esfuerzos que continúan durante todo el año. Connect for Health Colorado trabaja para alentar la compra activa a fin de asegurar que los usuarios encuentren las mejores opciones de cobertura disponibles para sus necesidades. Agregar la opción pública a los productos en el mercado, le brindará al mercado una nueva oportunidad de ofrecer a los usuarios un plan que es más asequible y que está diseñado pensando en ellos,

Las actividades de divulgación de Connect for Health Colorado se llevan a cabo a través de varios canales. Connect for Health Colorado se asocia con organizaciones de confianza de la comunidad para crear conciencia, incentivar la inscripción y responder preguntas, en una iniciativa que comprende a 400 asistentes, 600 agentes y 176 organizaciones socias. Durante la Inscripción abierta, Connect for Health Colorado despliega un plan de medios de comunicación pagados y ganados para intensificar estos mensajes en línea, en las noticias y en las redes sociales.

La opción pública será un elemento central en esta iniciativa de divulgación y *marketing*, y destacará tanto la asequibilidad como las nuevas opciones en los condados que tienen actualmente una sola aseguradora. Las personas que adquieran cobertura en Connect for Health podrán identificar los planes de la opción pública a través de la marca compartida que incluya tanto la marca de la opción pública como la marca de la aseguradora. Los agentes autorizados podrán recibir el pago por sus servicios en el marco de la opción pública, y ofrecer orientación valiosa a los usuarios durante el proceso de compra.

¿Se exigirá participar a los hospitales y las aseguradoras?

La opción pública garantizará el acceso y la adecuación de la red. Una preocupación importante en relación con todas las pólizas que se centran en la asequibilidad de la cobertura es garantizar una fuerte red de proveedores que estén dispuestos a participar. En determinadas regiones del estado hay una cantidad limitada de proveedores; si esos proveedores optaran por no participar en la opción pública, la aseguradora que administra la opción pública podría no estar en condiciones de ofrecer un producto.

Una opción pública exitosa requerirá que todas las partes interesadas se acerquen a cumplir sus roles para poder brindar atención médica asequible a los residentes de Colorado. Somos optimistas en pensar que los proveedores reconocerán su importante rol y se asociarán con las aseguradoras para garantizar redes adecuadas. Sin embargo, si hubiera regiones en las que las redes no fueran adecuadas, el estado podría implementar medidas para garantizar que los sistemas de salud participen y ofrezcan atención de calidad y asequible a las personas cubiertas. El HCPF y la DOI buscan un diálogo abierto con los proveedores y aseguradoras para lograr esta meta. Creemos que nuestra fórmula, que reconoce las necesidades específicas de los hospitales independientes, rurales y de acceso crítico, debería reducir significativamente el riesgo de que se retiren hospitales.

La opción pública aumentará el acceso y la competencia en todo el estado. Las aseguradoras son un componente clave del plan de opción pública. Además, HB19-1004 ordena al HCPF y a la DOI que consideren cómo aumentar la competencia por medio de la opción pública. Nuestro objetivo es garantizar que la opción pública esté disponible en todo el estado, y que cada condado tenga por lo menos dos aseguradoras a fin de garantizar la elección del usuario, así como también la competencia entre aseguradoras, que es necesaria para reducir las primas de seguro.

En el borrador de la propuesta, recomendamos que se exija ofrecer la opción pública a las aseguradoras que superen cierta participación en el mercado. Después de considerar los aportes de las partes interesadas, nuestro informe final recomienda que se exija a las aseguradoras que operen en el mercado individual que ofrezcan la opción pública junto con sus otros productos. Si la opción pública está disponible en todo el estado, y hay por lo menos dos aseguradoras en cada condado, no creemos que sea necesario tomar más medidas.

Pero si no se logra este objetivo, recomendamos que se otorgue al comisionado la autoridad para garantizar que por lo menos dos aseguradoras ofrezcan la opción pública en condados que tengan una sola aseguradora. Reconocemos que no todas las aseguradoras (por ejemplo, Denver Health) están en posición de cubrir todas las regiones del estado. Dichas limitaciones de las aseguradoras también se tomarán en cuenta cuando el comisionado decida cómo responder mejor si no hay por lo menos dos aseguradoras que compitan en cada condado, todos los años. En última instancia, la opción pública aumentará la competencia ente los planes y ofrecerá mayores opciones a más residentes de Colorado.

¿Qué otras consideraciones de políticas influyeron en este informe?

La opción pública tiene en cuenta estándares de asequibilidad. La legislación que nos habilita nos encomendó establecer una definición de asequibilidad que sirva de guía para el desarrollo y la implementación de la opción. Nuestras consideraciones en cuanto a la asequibilidad comprenden los siguientes puntos:

- Total de gastos del propio bolsillo, inclusive primas, copagos, coaseguros, deducibles y máximos de gastos del propio bolsillo en el producto.

- Capacidad de ser adquirido sin sacrificar otras prioridades presupuestarias necesarias para la autosuficiencia básica, tomando en cuenta el tamaño de la familia, la ubicación, el nivel de ingresos o el grado de enfermedad.

Si bien este estándar de asequibilidad reconoce las metas amplias de cobertura asequible para todos los residentes de Colorado, es importante destacar que cumplir con este estándar podría en última instancia depender de una variedad de nuevas fuentes de financiación, como por ejemplo dólares de exención federal, fondos del estado, u otros apoyos para hacer realidad los ahorros en los costos para los usuarios.

El estándar de asequibilidad anterior se alinearán con los estándares de asequibilidad de la División de Seguros según se describe en HB19-1233 y se desarrolla mediante la formulación de normativas durante 2019-2020.

La opción pública se extenderá al mercado de grupos pequeños. El costo del seguro de salud para las pequeñas y medianas empresas continúa aumentando a tasas insostenibles, lo que crea una carga para las pequeñas empresas y sus empleados, y reduce el número de pequeñas empresas que ofrecen beneficios. Según una reciente encuesta llevada a cabo por la Cámara de Comercio de Grand Junction, el 32 % de los empleadores no ofrece cobertura del seguro de salud a sus empleados, y el 10 % tuvo que reducir la cobertura en el último año o está pensando en reducirla.²³

Si bien creemos que la opción pública debería estar disponible para el mercado de grupos pequeños, también creemos que es prudente extender la opción pública al mercado de grupos pequeños después de que se implemente exitosamente en el mercado individual. Afortunadamente, los empleados de empresas de cualquier tamaño que no ofrecen seguro de salud podrán adquirir el plan de opción pública antes en el mercado individual, sin importar sus ingresos o su ubicación geográfica. Estimamos que los requisitos de participación para las aseguradoras que estamos recomendando para el mercado individual se aplicarán de forma similar al mercado de grupos pequeños a medida que nos extendamos a este último.

También recomendamos permitir a los empleadores que se autofinancian y que prefieren un seguro de exceso de siniestralidad ("*stop loss*") al seguro tradicional, que se adhieran a la opción pública. Esto les permitiría mantener las ventajas del autofinanciamiento aprovechando a su vez las medidas de asequibilidad de la opción pública. Dado que las aseguradoras administran la opción pública, esta alternativa podría adaptarse fácilmente en beneficio de todos los pequeños empleadores y de sus empleados.

La opción pública se enfoca en las poblaciones vulnerables. El mercado de seguros individual está estructurado para garantizar que todos aquellos que necesiten cobertura puedan adquirir un plan en el que confíen y que puedan usar para acceder a la cobertura. Sin embargo, determinadas poblaciones aún tienen problemas para obtener la atención que necesitan. La opción pública apoyará a estos grupos cuando busquen inscribirse en una cobertura, inclusive los residentes de Colorado de bajos ingresos, las personas con enfermedades crónicas, las personas con limitado dominio del inglés y las familias con niños incluidos en el plan Child Health Plan Plus. El personal de asistencia al usuario de Connect for

²³ Cámara de Comercio de la región de Grand Junction (2019). Encuesta sobre atención médica para empresas (2019) Puede consultarse en <https://www.surveymonkey.com/results/SM-VLYGY93J7/>.

Health Colorado estará disponible para responder preguntas y ayudar a los residentes de Colorado a explorar su cobertura.

La opción pública tendrá beneficios integrales para ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas a gestionar su atención, mediante el desarrollo de un sistema de atención primaria más integral para apoyar las necesidades de los pacientes. La opción pública también reconocerá que, así como las circunstancias personales cambian, también cambian las opciones de cobertura. A medida que los residentes de Colorado se cambien de programa, la opción pública apoyará la continuidad de la atención y las necesidades de los residentes de Colorado mientras trabajan para lograr y conservar la buena salud.

La opción pública reducirá la cantidad de personas sin cobertura de seguro y con seguro insuficiente, lo que redundará en un aumento de la cobertura y en la reducción de la atención no compensada en beneficio de los proveedores. Algunas partes interesadas expresaron su preocupación acerca de que la opción pública no aborda las necesidades de las personas sin cobertura de seguro. Al contrario, está diseñada justamente para eso.

En la actualidad, uno de los motivos más importantes por el que los residentes de Colorado no tienen cobertura de seguro es debido a su costo. Muchas personas reciben ayuda económica para adquirir un seguro: las personas de bajos ingresos pueden acceder a Medicaid, y los mayores de 65 años pueden acceder a Medicare. Los empleadores que ofrecen seguro de salud con frecuencia contribuyen con el pago del total o de parte de la prima correspondiente a los empleados. Las personas que no cumplen los requisitos para Medicaid pero ganan menos del 400 % del nivel de pobreza federal (*federal poverty level*, FPL) pueden calificar para recibir ayuda económica a través de Connect for Health Colorado y de los subsidios federales.

Sin embargo, tenemos una importante brecha de accesibilidad para las personas que desean adquirir un seguro de salud en el mercado individual. La opción pública está concebida en parte para reducir el porcentaje de ingresos necesario para pagar las primas del seguro individual para todos aquellos que no califiquen para los subsidios federales o la ayuda económica (con ingresos superiores al 400 % del FPL).

No obstante, también reconocemos que quienes se encuentran por debajo del 400 % del FPL siguen teniendo grandes dificultades para pagar el seguro de salud. De hecho, según el informe más reciente de la CHAS, la tasa de personas sin seguro de parte de dicha población supera el 11 %.²⁴ Aun aquellos que no pueden pagar las primas muchas veces no reciben atención debido a los altos deducibles y gastos del propio bolsillo. Como se explicará con más detalle a continuación, recomendamos solicitar una exención 1332 como parte del programa de opción pública, en parte apuntando a conseguir más ayuda para esa parte de la población.

¿Esta propuesta requiere una exención federal 1332?

Una exención 1332 implicaría ahorros adicionales en los costos, pero no es necesaria para implementar la recomendación. Para maximizar la asequibilidad para los residentes de Colorado, la DOI y el HCPF recomiendan presentar una solicitud para una exención 1332 a fin de destinar ahorros federales que de otro modo se gastarían en créditos fiscales a planes de salud calificados de primas más altas en ausencia

²⁴Instituto de Salud de Colorado (2019). Encuesta de acceso a la salud de Colorado 2019: progreso en peligro. Extraído del Powerpoint de presentación de la CHAS en coloradohealthinstitute.org/research/CHAS.

de la opción pública de menor costo. La opción pública de menor costo reducirá el monto que el Gobierno federal gasta en créditos fiscales. Si un mecanismo del estado tiene como consecuencia un gasto federal inferior, esos ahorros pueden destinarse al estado a través de una exención 1332. Colorado también aprovechó esta opción para su programa de reaseguro.

Colorado podría entonces utilizar estos dólares federales para una diversidad de opciones que tendrán un impacto directo y positivo como, por ejemplo:

- bajar los deducibles y los gastos del propio bolsillo;
- financiar beneficios adicionales de alto valor del plan como, por ejemplo, la cobertura odontológica;
- aumentar los subsidios de primas disponibles para los usuarios.

Recomendamos encarecidamente la aplicación de incrementos de un 80-90 % de fondos de la exención en beneficio de la población subsidiada. Según el informe más reciente de la CHAS, la tasa de personas sin cobertura dentro de la población que califica para los subsidios alcanza el alto porcentaje de 11.8 %. Las partes interesadas nos exhortaron a reconocer que la transferencia de financiación podría utilizarse para apuntar a esa población, para ayudar a resolver ese problema.

En este sentido, recomendamos que la mayor parte de los fondos de la exención se destinen a esta población. Una opción sería aumentar las reducciones en la distribución de costos para todos los que estén dentro del 200 y el 250 % del FPL y extender nuevas reducciones en la distribución de costos a quienes estén comprendidos dentro del 250 y el 400 % del FPL.²⁵ Al maximizar los dólares federales se verán beneficiados los usuarios subsidiados que todavía tienen grandes dificultades para hacer frente a los deducibles altos y los gastos que deben pagar de su propio bolsillo.

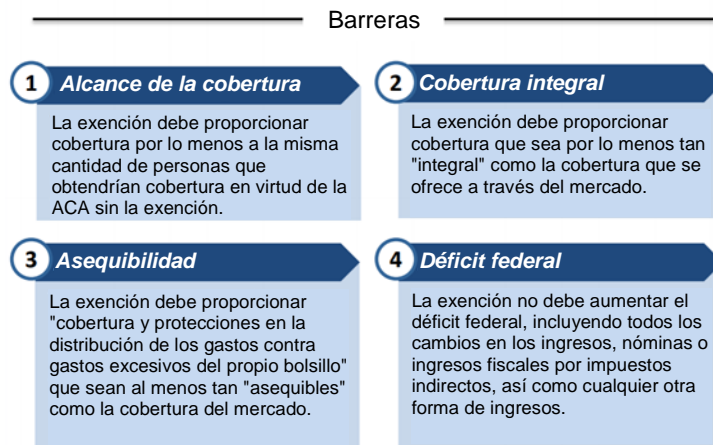


Imagen 7

Recomendamos destinar los fondos restantes a reducciones adicionales de las tasas o a ayudar con los gastos del propio bolsillo para los usuarios de clase media que estén por encima del límite actual del subsidio. Como alternativa, parte de los fondos restantes podría eventualmente utilizarse para financiar la asistencia para la inscripción, a fin de ayudar a que todas las personas dentro del mercado individual puedan encontrar cobertura.

Estimamos que Colorado recibirá aproximadamente unos \$89 millones. El informe actuarial adjunto (Apéndice I) muestra las primeras simulaciones para los distintos usos de los dólares federales. Durante los próximos meses llevaremos a cabo más simulaciones para someter a consideración del órgano legislativo.

²⁵ Apéndice I, Informe de Wakely Actuarial

¿Qué legislación se requiere para implementar la opción pública?

HB19-1004 dio al HCPF y a la DOI la amplia facultad de implementar una propuesta para una opción pública. Sin embargo, es probable que la Asamblea General necesite hacer ajustes a la autoridad legal existente en esta próxima sesión legislativa, a fin de implementar con éxito elementos clave de esta propuesta como, por ejemplo, la participación de los proveedores y de las aseguradoras, los reembolsos hospitalarios, la estandarización del plan y posiblemente ajustes a la tasa de pérdida médica y el Comité Asesor.

Estamos deseosos de colaborar estrechamente con los legisladores estatales y la comunidad de partes interesadas más amplia para garantizar el éxito de la propuesta de opción pública.

Cronograma para los próximos pasos

La administración reconoce la necesidad de una fuerte participación continua de las partes interesadas durante los próximos años para implementar la opción pública más eficaz y económica posible para los usuarios y, posteriormente, para las pequeñas empresas. Los próximos pasos previstos son los siguientes.

Otoño de 2019

- Apoyar a los legisladores en la adopción de la legislación necesaria para implementar la opción pública.
- Iniciar el análisis actuarial necesario para el proceso de la exención 1322.

Invierno y primavera de 2020

- Finalizar la fórmula de reembolso hospitalario.
- Preparar la exención 1332 para su presentación.
- Apoyar las iniciativas legislativas para implementar la opción pública.
- Incluir a las partes interesadas en el proceso de diseño de beneficios.

Otoño de 2020

- Continuar el proceso de diseño de los beneficios.
- Crear el Comité Asesor de la opción pública.

Invierno 2021

- Presentar la exención federal 1332 al Gobierno federal.
- Iniciar el proceso reglamentario para los diseños de los planes y las iniciativas en materia de ahorro de costos.

Primavera y verano de 2021

- Las aseguradoras presentan los planes y las tarifas de la opción pública a la DOI para su revisión.
- La DOI completa la revisión de los planes y las tarifas de la opción pública.

Otoño de 2021

- Lanzamiento de los planes y tarifas de la opción pública.
- Inicio de la inscripción abierta para 2020 en Connect for Health Colorado.

Enero de 2022

- Inicio de la cobertura de los planes de la opción pública.

Junio de 2024

- Presentación de la evaluación integral de los dos primeros años de la opción pública previstos para la Asamblea General.

Conclusión

Un plan de opción pública para una cobertura asequible se puede lograr en Colorado por medio de un enfoque estratégico de una asociación público-privada para la reducción de costos, la alineación de incentivos, el diseño de planes de beneficios de alto valor y la garantía de acceso de calidad a la atención para los residentes de Colorado.

Este plan usará la infraestructura existente para la cobertura —Connect for Health Colorado— y no requerirá que el estado corra riesgos como una aseguradora de salud, sino que se apoyará en aseguradoras autorizadas para administrar los planes, mantener el riesgo financiero y gestionar la contratación de proveedores.

Dentro del plan serán fundamentales una gama de medidas para ahorrar costos, que comprenden los reembolsos hospitalarios determinados mediante una fórmula clara, pública y transparente calculada en función de cada hospital, innovaciones en la prestación de la atención, y el aumento de cada dólar de prima que debe pagarse para la atención de los pacientes. En general, el HCPF y la DOI trabajarán conjuntamente en la administración del plan, y crearán un Comité Asesor para recabar los consejos de las partes interesadas.

Durante toda la implementación y administración del plan, el estado se compromete a trabajar con las comunidades de proveedores, aseguradoras y partes interesadas de todo Colorado para avanzar con una opción pública que priorice la asequibilidad, mejore la calidad y le ahorre dinero a los residentes de Colorado para la atención médica.