

Seguro de Cuidados de la Salud. Cambios de Tarifas. Iniciativa para Promulgar un Estatuto.

- Exige que los cambios en las tarifas al seguro de salud, o todo aquello que afecte los cargos relacionados con el seguro de salud, sean aprobados por el Comisionado de Seguros antes de que entren en vigencia.
- Prevé aviso público, divulgación, y audiencia sobre los cambios en las tarifas del seguro de salud, y posterior revisión judicial.
- Exige una declaración jurada por parte de la aseguradora de salud en cuanto a la exactitud de la información enviada al Comisionado de Seguros para justificar los cambios en las tarifas.
- No se aplica a planes de salud para grupos grandes proporcionados por empleadores.
- Prohíbe que las aseguradoras de salud, automóviles y viviendas establezcan pólizas de elegibilidad o tarifas sobre la base de falta de cobertura anterior o historial de crédito.

Resumen del Analista Legislativo sobre el Cálculo del Impacto Fiscal Neto del Estado y Gobierno Local:

- Incremento de los costos administrativos del estado para regular el seguro de salud, que muy probablemente no excederá unos pocos millones de dólares anuales en la mayoría de los años, financiado con las tarifas pagadas por las compañías de seguro.

Análisis del Analista Legislativo**Antecedentes**

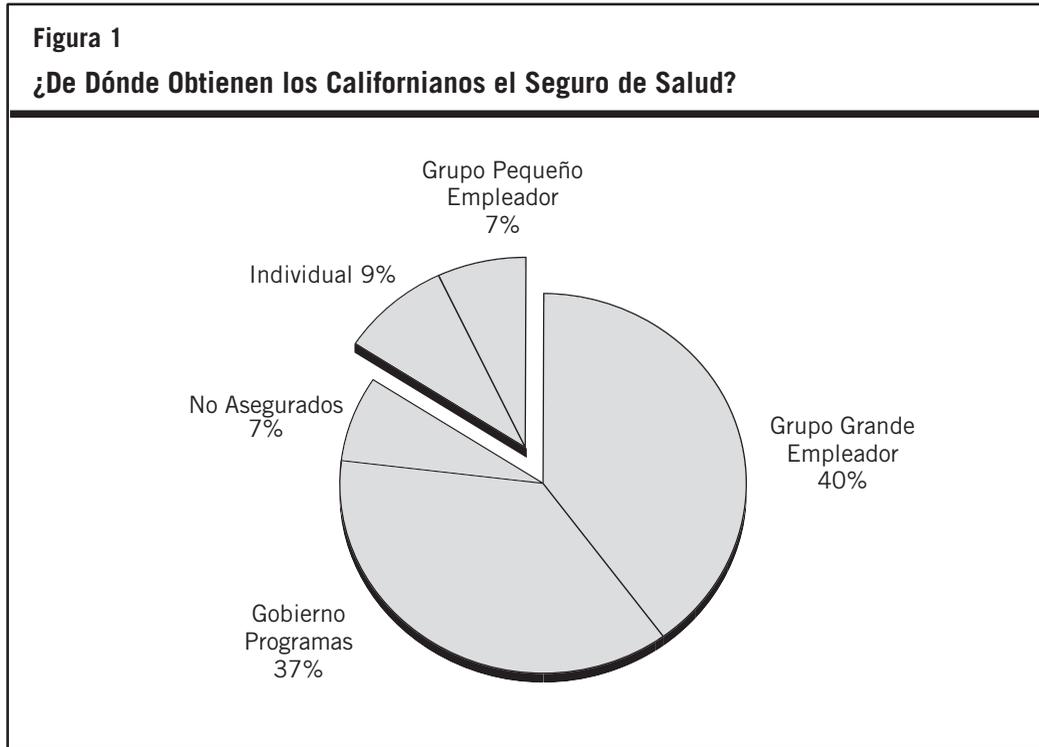
Esta iniciativa de ley requiere que el Comisionado de Seguros (el Comisionado) apruebe precios para ciertos tipos de seguros de salud. El proceso de aprobación de precios sería similar al proceso que se utiliza actualmente para otros tipos de seguros, tales como el seguro de automóviles y de propietarios de casa. A continuación proveemos información preliminar sobre los seguros de salud en California y sobre la regulación de los precios de seguros de automóviles y de propietarios de casa.

Seguro de salud en California

Fuentes de Seguros de salud. Según se muestra en la figura 1, los Californianos obtienen su seguro de salud de diferentes formas. Algunas personas y familias lo obtienen de programas gubernamentales, tales como Medicare o Medicaid (también conocido en California como Medi-Cal). Otras personas y familias obtienen el seguro de salud según su trabajo de los empleadores. La cobertura de salud que proveen las compañías con más de 50 empleados se conoce como cobertura de grupos grandes. La cobertura que proveen las compañías con 50 empleados o menos se conoce como cobertura de grupos pequeños. Aun así, hay otras personas y familias que adquieren sus seguros de salud directamente de una compañía de seguros (también

conocidos como seguro de salud individual). Esta iniciativa de ley aplica principalmente a seguros de salud individual y de grupos pequeños, los cuales cubren aproximadamente 6 millones de californianos o 16 por ciento de la población.

Existen dos Departamentos de Estado que Supervisan los Seguros de salud en California. La mayoría de los productos de seguros de salud que se venden en California deben estar aprobados por entes reguladores del estado para garantizar que cumplen con los requisitos del estado. Por ejemplo, las compañías de seguros de salud deben proveer beneficios básicos a las personas inscritas, tales como consultas médicas, hospitalización y medicamentos recetados y deben tener una cantidad adecuada de médicos disponibles para proveer asistencia médica de manera oportuna. El Departamento de Cuidados de la Salud Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Seguros de California (CDI, por sus siglas en inglés) generalmente son los que hacen cumplir estos requisitos. El DMHC está dirigido por un director designado por el gobernador y se encarga de regular algunos tipos de seguros de salud. El CDI está dirigido por el Comisionado elegido y se encarga de regular otros tipos de seguros de salud. La mayoría de los californianos asegurados tienen un seguro de salud que está regulado por el DMHC. La regulación de los seguros de salud individuales o de grupos



pequeños de California se divide en cierto modo de manera equitativa entre el DMHC y el CDI. Los costos de las actividades de cada departamento están generalmente financiados por las cuotas que se cobran en las compañías de seguros reguladas. Algunos otros tipos de seguros de salud, como el programa federal Medicare, por lo general no están sujetos a los requisitos del estado y, por lo tanto, no están regulados por ninguno de los dos departamentos.

Revisión, sin Aprobación, de los Precios de los Seguros de Salud. A partir de 2011, las compañías de seguros deben presentar ante el DMHC o el CDI la información sobre los precios propuestos para todos los seguros de salud individual y de grupos pequeños antes de que estos puedan entrar en vigor. (No es obligatorio que las compañías de seguro presenten información de precios de grupos grandes). Tanto el DMHC como el CDI revisan la información de precios y determinan si el aumento de precio es razonable o no. Al evaluar la razonabilidad de los precios de los seguros de salud, el DMHC y el CDI pudieran considerar una variedad de factores, tales como: (1) los beneficios médicos que cubren, (2) la porción del costo que pagan las personas inscritas a través de copagos y deducibles y (3) si los costos administrativos de la compañía son razonables.

Los departamentos también deben hacer pública cierta información de estas revisiones en sus sitios web. Sin embargo, el DMHC y el CDI no tienen actualmente ninguna autoridad para rechazar o aprobar los precios antes de que entren en vigor.

La Reforma Federal del Cuidado de la Salud crea Intercambios de Beneficios de Salud. La Ley federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible promulgada en 2010, también conocida como la reforma federal del cuidado de la salud, creó mercados denominados intercambios de beneficios de salud. Las compañías de seguros pueden vender los productos de seguros de salud a individuos y pequeñas empresas en estos intercambios. Algunas personas y familias de ingresos bajos a moderados pueden recibir subsidios federales para que sus seguros de salud sean asequibles. Estos subsidios federales no están disponibles para seguros adquiridos fuera del intercambio. El intercambio de California, que ha estado operativo desde octubre de 2013, es conocido como Covered California y está regulado por una Junta de cinco miembros (la Junta) compuesta por individuos nombrados por el gobernador y la legislatura. Actualmente Covered California está

financiado por los fondos federales y las cuotas tasadas en las compañías de seguro participantes.

La Junta de Covered California Negocia con la Aseguradoras. Según la ley estatal, la Junta tiene la autoridad de aprobar cuáles productos de seguros de salud se venden a través de Covered California, sujeto a requisitos federales y estatales. Por consiguiente, la Junta negocia ciertas características del plan, como los precios, con las compañías de seguros que buscan vender sus productos a través de Covered California.

Seguro de Salud del Mercado Individual Vendido Durante "Inscripción Abierta". Generalmente, las personas se pueden inscribir en un seguro de salud del mercado individual sólo durante ciertos meses o períodos de inscripción abierta. La inscripción abierta por lo general comienza en el otoño y dura unos meses.

Seguro de Automóviles y de Propietarios de Casa Regulación de Precios

Precios de los Seguros de Automóviles y de Propietarios de Casa Sujetos a un Proceso de Aprobación de Precios. En 1988, los electores de California aprobaron la Propuesta 103 que exigía que los precios de ciertos tipos de seguro, incluyendo los seguros de automóviles y de propietarios de casa, no fueran excesivos, inadecuados o discriminatorios. (Los seguros de salud no están sujetos actualmente a los requisitos de la Propuesta 103). La Propuesta 103 requiere que el Comisionado revise y apruebe los precios propuestos antes de que entren en vigor. El Comisionado puede celebrar una audiencia pública sobre cualquier precio propuesto. Además, el consumidor o su representante puede cuestionar un precio propuesto y solicitar una audiencia pública. El Comisionado tiene el deber de conceder una audiencia pública cuando los cambios en los precios propuestos excedan ciertos porcentajes. El Comisionado tiene la autoridad final para aprobar o rechazar los precios propuestos. Los consumidores, representantes o compañías de seguros pueden apelar ante una corte la decisión tomada por el Comisionado sobre los precios.

Propuesta

Los Precios de los Seguros de Salud Individual y de Grupos Pequeños Deben estar Aprobados por el Comisionado. La iniciativa de ley exige que los precios

de seguros de salud individual y de grupos pequeños, incluyendo los precios de seguros que estén regulados por el CDI o DMHC, se sometan al proceso de aprobación de precios establecido bajo la Propuesta 103. La iniciativa de ley también estipula que los precios propuestos después del 6 de noviembre de 2012 deben estar aprobados por el Comisionado y que los pagos basados en los precios en efecto el 6 de noviembre de 2012 estén sujetos a reembolso. Existe cierta incertidumbre legal acerca de si el Comisionado pudiera exigirle a las compañías de seguro que emitan el reembolso de los seguros de salud que ya no estén en efecto.

La iniciativa de ley también define "precios" en términos generales de manera que incluye otros factores además de las primas, como los beneficios, los copagos y los deducibles. Aunque existe cierta incertidumbre acerca de cómo se interpretaría esta disposición, es probable que no le conceda ninguna otra autoridad al Comisionado para aprobar características de productos de seguros de salud además de las primas, tales como los tipos de beneficios que cubren.

El Ente Regulador Existente de DMHC se Mantendrá. Según la iniciativa de ley, DMHC continuaría regulando ciertos tipos de seguros de salud y tendría la autoridad de *revisar* ciertos precios de los seguros de salud. Sin embargo, el Comisionado tendría la autoridad única de *aprobar* los precios.

Cargos de Trámites de Seguro Cobrados para Pagar los Costos Administrativos del Estado. Cualquier costo administrativo adicional al CDI que resulte de la iniciativa de ley estaría financiado por el aumento de cargos pagados por las compañías de seguros.

Prohibición en Virtud del Historial Crediticio y Cobertura de Seguro Previa. La iniciativa de ley también prohíbe el uso del historial crediticio de una persona o la ausencia de una cobertura de seguro previa para determinar los precios o la elegibilidad para seguros de salud, seguros de automóviles o de propietarios de casa. Ya por lo general la ley vigente prohíbe el uso de tales factores al momento de determinar los precios o la elegibilidad para seguros de salud. La ley vigente permite en ciertos casos el uso del historial crediticio o cobertura de seguros previa al momento de determinar los precios o la elegibilidad

para seguros de automóviles y de propietarios de casa. Sin embargo, en la práctica, las compañías de seguros normalmente no han hecho uso de estos factores.

Efectos Fiscales

Los efectos fiscales más significativos de esta iniciativa de ley en los gobiernos locales y estatales, que se describen detalladamente a continuación, son en los costos administrativos del estado. Es probable que los costos administrativos netos adicionales del estado provenientes de esta iniciativa de ley **no excedan unos pocos millones de dólares anualmente, pero pudieran ser más elevados en algunos años**. Estos costos estarían financiados por las rentas en concepto de cargos adicionales cobradas por las compañías de seguros.

Aumento de Costos Administrativos del Estado para el CDI. Esta iniciativa de ley resultaría en costos adicionales para el CDI, que incluyen los costos para revisar y aprobar los precios de los seguros de salud y llevar a cabo audiencias públicas sobre los precios propuestos. Es poco probable que estos costos acumulables excedan unos pocos millones de dólares al año. El monto de los costos adicionales dependería de varios factores, incluyendo la frecuencia con la que el CDI o los representantes de los consumidores cuestionan los precios propuestos. Los costos podrían ser un poco más elevados en los años siguientes a la entrada en efecto de la iniciativa de ley. Por ejemplo, habría costos únicos adicionales si el CDI revaluara los precios que están actualmente en efecto.

Efectos poco claros en los costos administrativos del DMHC. La iniciativa de ley no impone directamente

nuevas tareas al DMHC, pero podría afectar los costos administrativos del DMHC. La dirección y el alcance de este efecto potencial no está claro. Por ejemplo, con el tiempo, no está claro el grado en el que DMHC continuaría con la revisión de precios de los seguros de salud en virtud de la autoridad de aprobación de precios otorgada al CDI bajo esta iniciativa de ley. Si el DMHC redujera o eliminara sus actividades de revisión de precios, esto resultaría en ahorros administrativos de hasta cientos de miles de dólares al año. Por otra parte, ciertos costos administrativos del DMHC podrían aumentar según la iniciativa de ley si las acciones tomadas por el Comisionado resultaran en cargas laborales adicionales de regulación para DMHC.

Costos Administrativos Potenciales para Covered California. La iniciativa de ley no impone nuevas tareas a Covered California, pero podría resultar en costos administrativos adicionales. Es probable que el proceso de aprobación de precios nuevos que lleva a cabo el CDI resulte en un proceso de aprobación más largo para algunos productos de seguro de salud individual y de grupos pequeños. En la medida que se demore más la aprobación de un producto, éste podría no ofrecerse durante un período de inscripción abierta. A su vez, esto podría tener efectos fiscales en Covered California. Por ejemplo, podría haber costos adicionales para proveer asistencia al consumidor a las personas que cambien a una compañía de seguros diferente. No está claro si las largas demoras en la aprobación de precios ocurrirían bajo la iniciativa de ley o, en caso de que ocurrieran, la frecuencia con la que lo harían.

Visite <http://cal-access.sos.ca.gov> para conocer detalles sobre el dinero aportado en esta contienda.