



PLATAFORMA DE SALUD

Igualdad para Todos los Puertorriqueños



Datos

Estimados del Negociado del Censo Año 2014

Población de 65 años o más ascendería a **582,130**

Representa el 16% de un estimado total de 3,638,965 habitantes.

Comparación:

Censo del Año 2000

Población de 65 años o más, ha aumentado en 156,993 personas.

Panorama Real 2016

Proporción de personas mayores de 65

Alcanza el 18% de la población total

Datos

Clase Médica de Puerto Rico

**Hemos perdido el 35% de nuestro médicos.
Reducción de 14,000 a menos de 9,000 médicos.**

Éxodo en la Clase Médica Puerto Rico

364 médicos en el año 2014 y otros 500 durante el 2015.

Consecuencias:

Escasez en prácticamente la totalidad de las especialidades, agravando las filas de pacientes y atrasos de meses en obtener una cita.

Datos

Asignación Suplementaria

\$6 billones bajo el Affordable Care Act
a nuestro programa de Medicaid .

Problemática

Se agotará durante el año 2017 o principios del 2018
21 a 30 meses antes de lo previsto (2019)

Medicaid

El programa Medicaid en PR cubre a los individuos **hasta el 50%** del nivel federal de pobreza en comparación los **48 estados contiguos y DC**.

Medicaid en los estados incluye a los individuos **hasta el 133%** del nivel federal de pobreza. Eso es \$26,813 para una familia de tres en los **48 estados contiguos y DC** y cantidades más altas en Alaska y Hawaii. En el estado de Hawaii, es \$30,843.

¡DESIGUALDAD EN PUERTO RICO!

Lamentablemente, Medicaid cubre una familia de tres, con ingresos de sólo hasta **\$10,080 en nuestra Isla.**



Medicaid

Dos Grandes Limitaciones en Medicaid para Puerto Rico:

- ① Los costos compartidos
- ② Límite en el financiamiento

Veamos:

En la actualidad el Gobierno Federal le provee a Puerto Rico el **55% de los fondos de los costos compartidos** a nuestro programa de Medicaid conocido como Mi Salud.

Medicaid

El Gobierno Federal nos **proporcionaría el 83% de los fondos de los costos compartidos para Mi Salud**, basado en el costo per capita de Puerto Rico en comparación con el resto de los estados si no tratasen en igualdad de condiciones.

Levantar la restricción en el límite en el financiamiento que se le impone a los territorios y no a los estados, conocido en inglés como “dollar cap”.

Si arreglamos estas dos limitaciones en el programa de Medicaid, esto significaría una inyección anual para el **programa de Mi Salud para Puerto Rico de \$1.5 billones, basado en los costos actuales.**



Medicaid

Presentaré legislación para...

Que se corrija tanto el costo compartido del programa de Medicaid y se levante el límite en el financiamiento del programa que se le impone a los territorios.

Que se elimine el término prescriptivo en el cual se limita la asignación de los fondos adicionales para Puerto Rico bajo Medicaid en el Affordable Care Act.



Geographic Practice Cost Index (GPCI)

La escala tarifaria de Medicare para proveedores de servicio se ajusta para reflejar la **variación del costo en cada región geográfica.**

El índice geográfico de costos de práctica, conocido en inglés como geographic practice cost index (GPCI), se **establece para cada región designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)** a través del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Con el GPCI, se determinan los desembolsos que reciben los **médicos que rinden servicios bajo la Parte B de Medicare.**



Geographic Practice Cost Index (GPCI)

Para el GPCI, se determina **un valor base de unidad de pago, que este año es de \$35.82**, y un valor relativo de cuántas unidades Representa cada tipo de servicio (relative value unit o RVU).

El RVU se divide en tres componentes:

- ① valor del trabajo del profesional
- ② gastos operacionales de llevar a cabo la práctica
- ③ costo de seguros o litigios de impericia

Los índices de los costos operacionales para servicios de salud en Puerto Rico **se computan en sólo 70% del promedio nacional o del de Islas Vírgenes.**

Estas discrepancias le cuestan a Puerto Rico un estimado **de \$57 a \$75 millones en reembolsos y la suma puede alcanzar los \$120 millones anuales.**

Geographic Practice Cost Index (GPCI)

Gracias a los esfuerzos del Colegio de Médicos Cirujanos de PR, el actual Comisionado Residente, entre otros, CMS ya ha propuesto un ajuste reglamentario de las métricas utilizadas para el cómputo de los desembolsos a los médicos puertorriqueños bajo Medicare Parte B.

Para el año 2018 los multiplicadores deberán acercarse a la igualdad con factores de 0.998, 1.007 y 0.990. Aún así **esto está basado sobre un estimado general y todavía esto no alcanza el 1.25 que se les debería pagar a los médicos bajo un trato comparable a estados con costos similares a los de Puerto Rico.**

¿Qué haré?

Será mi misión como Comisionada Residente, asegurar que CMS y HHS cumplan con este programa, que el **Congreso presupueste los fondos** para lograrlo y que tanto este ajuste como una **evaluación real de los factores de costo** para determinar cuáles son **verdaderamente correspondientes a la realidad**, se conviertan en mandato de ley hasta que seamos admitidos como estado.



Medicare Parte B

50 Estados de la Nación y el Distrito de Columbia:

Beneficiarios quedan automáticamente inscritos a la Parte A y B de Medicare. Debido a que los beneficiarios de la parte B deben pagar una prima por la cubierta, éstos pueden optar por darse de baja de la misma (opt out).

Puerto Rico:

Beneficiarios no quedan automáticamente inscritos a la Parte B. **Se tiene que solicitar la cubierta (opt in) en un periodo de siete meses, que comienza a los tres meses previos en que la persona cumple 65 años.**

La prima por concepto Parte B que corresponde pagar el beneficiario **puede aumentar por una penalidad de hasta un 10%.**

Medicare Parte B

Datos del Año 2010:

Unas 27,851 personas, que equivalen al **4.2%** de beneficiarios de Medicare en la Isla, **pagaron penalidades que sobrepasaron los \$4.2 millones**. Esto contrasta con el resto de los estados en los cuales sólo el **1.4%**.

El requisito de “opt in” de la Parte B de Medicare resulta ser uno más que discriminatorio.

¿Qué haré?

Presentar legislación dirigida a que los **puertorriqueños reciban el mismo trato que los ciudadanos americanos que residen en el resto de los estados** respecto a la suscripción de la Parte B de Medicare.

Medicare Advantage

En el área de servicios de proveedores médicos, el **pago promedio bajo Medicare Advantage a nivel nacional es cerca de \$826** por paciente en la tarifa básica por mes, mientras que en **Puerto Rico promedia \$473, o sea 43% menos en la tarifa básica.**

El cómputo de la fórmula no se adapta a la realidad puertorriqueña al no tomar en consideración que **aquí, 73 a 75% de los beneficiarios de Medicare se han acogido a Medicare Advantage.**

Esto es **más del doble que en los otros estados** y que vale señalar, que **son la clientela con los ingresos más bajos y mayor cantidad de condiciones crónicas en todo el sistema.**

Medicare Advantage

Al calcular los pagos se consideran con preferencia los precios que aplican a proveedores del Medicare tradicional de pago directo o reembolso. Osea, que **los costos y los patrones de servicio y utilización** no reflejan adecuadamente los fondos necesarios para atender los beneficiarios.

El **GPCI del Medicare tradicional** está calculado incorrectamente, lo que hace que el cálculo para los costos de **Medicare Advantage** esté también incorrectamente calculado.

¿Qué haré?

Propondré legislación para que mediante un mandato permanente, el **cálculo en Puerto Rico reconozca la prevalencia de clientes de Medicare Advantage** y que el GPCI aumente para los **Advantage**, según los costos comparables con los de los estados.



Low Income Subsidy (LIS)

El Subsidio por Bajos Ingresos, conocido en inglés como Low Income Subsidy (LIS), fue aprobado a través del Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA), al igual que la Parte D de Medicare.

Este subsidio provee asistencia a aquellos ciudadanos que están **por debajo del 150% del nivel de pobreza federal**, conocido como Federal Poverty Level (FPL), para el pago de la **prima del seguro** al cual se acogió el beneficiario de la Parte D, los **deducibles y copagos**.

Al convertir este por ciento en cifras, **los ingresos requeridos son de \$17,820** en los 48 estados continentales y el Distrito de Columbia.



Low Income Subsidy (LIS)

Legislación Federal

Excluyó de los beneficios de LIS a los territorios de los Estados Unidos.

Desigual el trato con Puerto Rico

Se nos deduce de nuestros salarios el mismo por ciento por concepto de Medicare que nuestros con-ciudadanos que residen en los estados, sin recibir los mismos beneficios.

CONSECUENCIA:

Puerto Rico pierde una cifra estimada en \$300 millones.

Esto resulta más alarmante al considerar los niveles de pobreza existentes en la Isla, pues **el ingreso medio familiar en Puerto Rico es de \$19,210**, comparado con los **\$39,680** prevalecientes en **Mississippi**, que es el estado con la cifra más baja.



Tricare

¡TRATO DESIGUAL PARA PUERTO RICO!

Tricare considera a la Isla como ultramar (overseas),
al igual que a las Islas Vírgenes.

Como consecuencia de esto, la mayoría de los veteranos pensionados y sus dependientes o viudo/as que residen en la Isla, **no tienen acceso a Tricare Prime hasta tanto cualifican para Tricare For Life,** que es la versión bajo Medicare.

La facultad de determinar dónde aplican los beneficios de Tricare Prime corresponde al Secretario de la Defensa, o sea, es una acción ejecutiva **que no requiere la intervención del Congreso.**



Tricare

Datos para el Año 2011:

El Departamento de la Defensa realizó un estudio sobre la viabilidad de extender los beneficios de Tricare Prime a los territorios de los Estados Unidos.

El mismo señaló que unos **15,450 veteranos pensionados menores de 65 años, residen en Puerto Rico**, pero al presente, son **inelegibles para Tricare Prime**.

De acuerdo a este informe, el **costo estimado de extender el programa a todos los territorios, se estimó \$29.7 millones**.

De igual manera, el cambio **requeriría modificar o enmendar los contratos de Tricare** con los planes que lo administran.

Tricare

El costo estimado es ínfimo cuando se toma en cuenta **el presupuesto del Departamento de la Defensa que sobrepasa los \$500,000 millones.**

La concesión de Tricare Prime para los veteranos y los dependientes de militares activos residentes de Puerto Rico **traería consigo millonarios ahorros en gastos por servicios de salud** que al presente no están cubiertos.

Tricare

¿Qué haré?

Reclamaré trato igual para los pensionados y los dependientes de militares residentes en Puerto Rico.

Esto lo lograré mediante conversaciones con el Departamento de la Defensa para que la Isla no sea considerada como ultramar, lo que nos excluye de plano de los beneficios de Tricare Prime.

Resultado:

Así, los miles de puertorriqueños que han luchado por la democracia y la libertad, recibirán trato igual sobre servicios de salud, como los demás ciudadanos americanos que han servido a nombre de la Nación.



Health Insurance Tax (HIT)

El Health Insurance Tax (HIT) se incluyó en el Affordable Care Act (ACA) y requiere a las compañías aseguradoras el **pago de un impuesto cuando tengan un nivel de primas netas suscritas mayor a los \$25 millones** cada año.

La cantidad que corresponde pagar a una compañía por concepto del HIT, es determinada por el Secretario del Tesoro Federal **en base a las primas netas suscritas según reportado por la aseguradora** y cualquier otra información disponible.

Una vez se determina la suma, se le notifica a la aseguradora no más tarde del 31 de agosto de cada año y el **pago deberá realizarse a más tardar el 30 de septiembre.**



Health Insurance Tax (HIT)

Datos:

Según un análisis del ACA realizado por el Congressional Budget Office (CBO) durante el año 2009, el impacto del HIT así como otros impuestos establecidos por dicha Ley, **serían transferidos por las aseguradoras a sus clientes** mediante un aumento en el costo de las primas.

En el caso particular de Puerto Rico, se estima que el HIT ha tenido el efecto de **incrementar el costo de las primas en un 2%** y se prevé que sucesivamente aumentará aun más.

El Puerto Rico Medicare Coalition for Fairness estima que la suma por concepto de HIT que correspondería cada año a la Isla, aumentará de \$102 millones en el 2014 a \$258.9 millones en el 2019, para un **total de \$1.3 billones en dicho periodo.**

Health Insurance Tax (HIT)

Conforme la interpretación del ACA realizada por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), **Puerto Rico está fuera de las disposiciones relacionadas con el intercambio de seguros de salud, así como de los créditos y los subsidios** (Premium Tax Credit, Cost-Sharing Subsidies, Small Business Tax Credit).

Sin embargo, la **Isla está sujeta al HIT** lo que nos coloca en una **situación injusta** al tener que financiar subsidios de los cuales no recibimos beneficio alguno.

¿Qué haré?

Como Comisionada Residente presentaré legislación dirigida a **eximir al Puerto Rico** del pago del HIT, lo que redundará en una **reducción en el pago de primas por seguros de salud, que sobrepasaría los \$200 millones al año.**



Disproportionate Share Hospital (DSH)

Puerto Rico **está excluido de los beneficios del Supplemental Security Income (SSI)**, que provee asistencia económica a personas con ingresos bajos de 65 años o más, así como personas no videntes o incapacitadas.

Esto se debe a que la definición de “estado” según incluida en la Ley, **sólo hace referencia a los 50 estados de la Nación y el Distrito de Columbia.**

Debido a que los residentes de la Isla no se benefician del SSI, el cálculo del disproportionate patient percentage (DPP) se ve afectado, razón por la cual **nuestros hospitales pierden una suma aproximada a los \$100 millones anuales bajo el DSH.**



Disproportionate Share Hospital (DSH)

Este año CMS ha propuesto por reglamento administrativo insertar en la fórmula una **variable específica para estimar la equivalencia en Puerto Rico, de lo que sería la clientela de pacientes elegibles para SSI, de 14% de los elegibles para Medicaid no más tarde de 2018. Esto, vale decir, es sólo un estimado realizado por CMS.**

CMS también utiliza otra fórmula conocida como **Método Alterno de Excepción Especial (Alternate Special Exception Method)** para calcular los desembolsos bajo DSH.

El método alternativo tiene el propósito de que más hospitales cualifiquen para el beneficio si: se localiza en **zonas urbanas, tienen 100 camas o más**, pueden evidenciar que al menos el **30% de las ganancias netas por concepto de hospitalización provienen de fondos locales destinados al cuidado de indigentes.**

Disproportionate Share Hospital (DSH)

¿Qué haré?

Presentaré propuestas que **den mandato de ley**, no sólo reglamentos administrativos, para las enmiendas para que respecto a Puerto Rico **se utilice el método alternativo o, de utilizarse el DPP, el resultado se ajuste con variables basadas en la realidad** de la Isla que subsanen la inaplicabilidad del SSI a los residentes hasta tanto Puerto Rico sea admitido como estado.

Resultado

Sólo de esta manera podemos asegurar que **nuestros hospitales** podrán participar de los beneficios del DSH en **igualdad de condiciones que aquellos localizados en los estados de la Nación.**



Action for Dental Health Act of 2015

La medida busca enmendar la Ley del Servicio de Salud Pública con el fin de **mejorar los servicios de salud oral** para los individuos de escasos recursos.

Crearía **dos subvenciones** a través del Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

PRIMERA: Ayudaría a los dentistas a **proveer cuidado** a aquellos que están sufriendo de falta de cuidado dental.

SEGUNDA: Llevaría ayuda y cuidado a personas que ya están sufriendo de condiciones dentales, reforzaría la red de seguridad social y mejoraría la **educación de salud oral y de prevención** de condiciones orales.

¿Qué haré?

Garantizar que las disposiciones de la ley se hagan **extensivas a Puerto Rico** o, de aprobarse durante el presente Congreso, radicar legislación dirigida a hacer extensiva la ley a nuestra isla.



Action for Dental Health Act of 2015

Beneficios:

Reducir el uso de las salas de emergencia por problemas de cuidado dental y cuyos problemas podrían ser mejor atendidos en una oficina dental.

Facilitar el que se provean servicios dentales a los residentes de los hogares de envejecientes quienes están afectados por la falta de cuidado.

Reducir la crisis oral.

Reducir el deterioro dental en adultos en un 15% a nivel nacional para el 2020 y en niños en un 15%.

