La Cámara de Comercio de Puerto Rico

y su Comité de Salud presentan el Seminario

ObamaCare 2017

6 de octubre de 2016

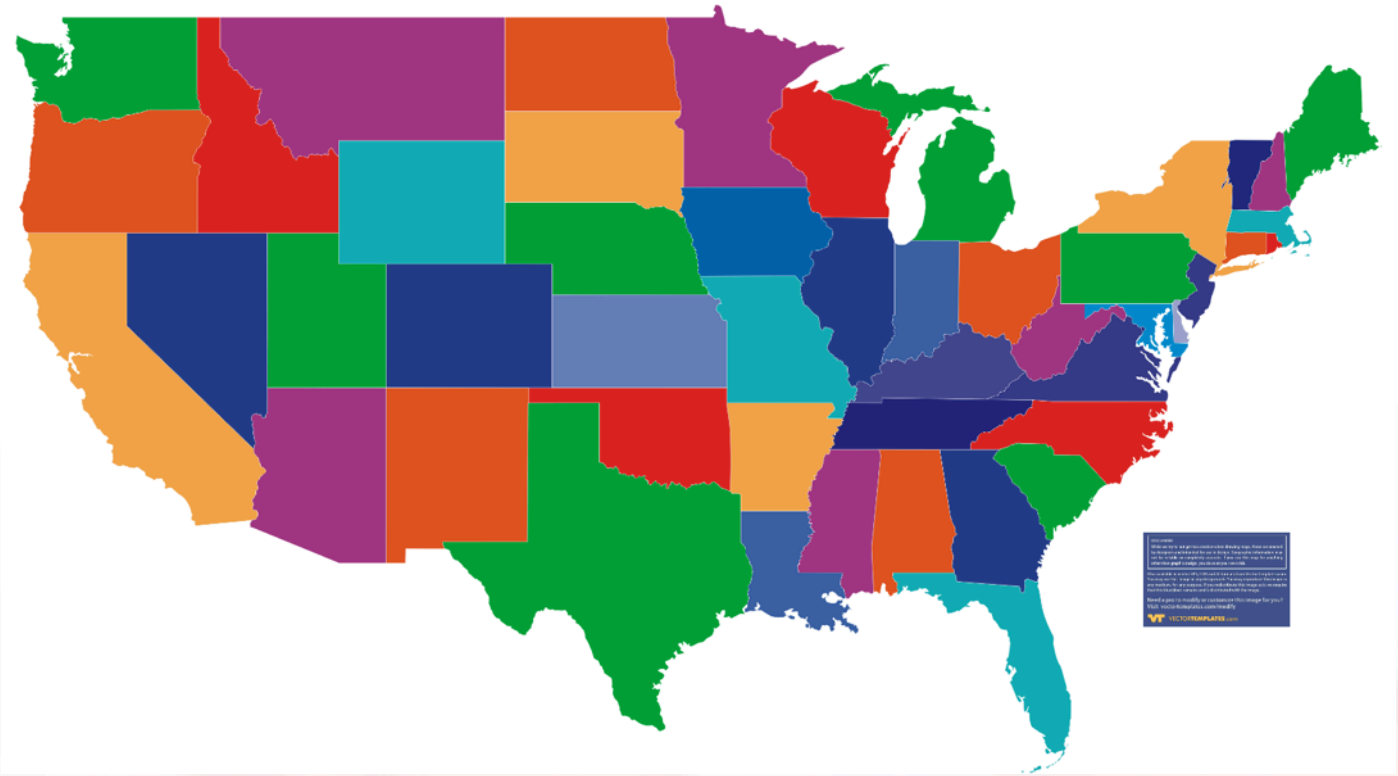
Obamacare en su *Cuarto Año*

¿Qué pasó y cómo llegamos aquí?

C. Eduardo Zetina

QINETIX GROUP

CGF Insurance LLC



¿Cómo les va al otro lado del charco?

+23.7%

Promedio Ponderado del los aumentos en tarifas solicitadas en los planes Obamacare de los EEUU

Projected 2017 Weighted Average Individual Market Rate Hikes
(assuming 100% of enrollees continue in current plans) • 2016 Charles Gaba / ACASignups.net

Based on Exchange-Based 2016 QHP Selections		% of Total	Weighted Average (requested)	Weighted by State (requested)	2016 QHP Selections	% of Total	Weighted Average (approved)	Weighted by State (approved)
Alabama	195,055	1.54%	39.30%	0.60%				
Alaska	23,029	0.18%	10.00%	0.02%				
Arizona	203,066	1.60%	68.10%	1.09%				
Arkansas	73,648	0.58%	14.9%	0.09%				
California	1,575,340	12.42%	13.2%	1.64%				
Colorado	150,769	1.19%	17.7%	0.21%				
Connecticut	116,019	0.91%	26.8%	0.25%				
Delaware	28,256	0.22%	30.5%	0.07%				
Dist. of Columbia	22,693	0.18%	8.9%	0.02%				
Florida	1,742,819	13.74%	17.7%	2.43%				
Georgia	587,845	4.64%	27.7%	1.28%				
Hawaii	14,564	0.11%	35.1%	0.04%				
Idaho	101,073	0.80%	27.0%	0.22%				
Illinois	388,179	3.06%	43.9%	1.34%				
Indiana	196,242	1.55%	18.0%	0.28%				
Iowa	55,089	0.43%	32.0%	0.14%				
Kansas	101,555	0.80%	35.3%	0.28%				
Kentucky	93,666	0.74%	23.8%	0.18%				
Louisiana	214,148	1.69%	26.8%	0.45%				
Maine	84,059	0.66%	20.6%	0.14%				
Maryland	162,177	1.28%	28.1%	0.36%				
Massachusetts	213,883	1.69%	10.4%	0.18%				
Michigan	345,813	2.73%	17.2%	0.47%				
Minnesota	83,507	0.66%	23.0%	0.15%				
Mississippi	108,672	0.86%	17.6%	0.15%	108,672	18.36%	**15.80%**	2.90%
Missouri	290,201	2.29%	16.0%	0.37%				
Montana	58,114	0.46%	49.9%	0.23%				
Nebraska	87,835	0.69%	35.0%	0.24%				
Nevada	88,145	0.70%	15.0%	0.10%				
New Hampshire	55,183	0.44%	13.1%	0.06%				
New Jersey	288,573	2.28%	8.7%	0.20%				
New Mexico	54,865	0.43%	24.9%	0.11%				
New York	271,964	2.14%	17.3%	0.37%	271,964	45.95%	**16.60%**	7.63%
North Carolina	613,487	4.84%	20.4%	0.99%				
North Dakota	21,604	0.17%	4.5%	0.01%				
Ohio	243,715	1.92%	13.1%	0.25%				
Oklahoma	145,329	1.15%	51.0%	0.58%				
Oregon	147,109	1.16%	27.5%	0.32%	147,109	24.86%	**23.80%**	5.92%
Pennsylvania	439,238	3.46%	23.6%	0.82%				
Rhode Island	34,670	0.27%	3.6%	0.01%	34,670	5.86%	**1.30%**	0.08%
South Carolina	231,849	1.83%	17.8%	0.33%				
South Dakota	25,999	0.21%	35.6%	0.07%				
Tennessee	268,867	2.12%	59.0%	1.25%				
Texas	1,306,208	10.30%	35.1%	3.62%				
Utah	175,637	1.38%	30.7%	0.43%				
Vermont	29,440	0.23%	8.3%	0.02%	29,440	4.97%	**7.00%**	0.35%
Virginia	421,897	3.33%	17.8%	0.59%				
Washington	200,691	1.58%	13.5%	0.21%				
West Virginia	37,284	0.29%	36.9%	0.11%				
Wisconsin	239,034	1.88%	20.0%	0.38%				
Wyoming	23,770	0.19%	7.4%	0.01%				
TOTAL	**12,681,874**	**100.00%**		**23.73%**	**591,855**	**100.00%**		**16.87%**

Total Size	**12,681,874**
% of Total	**100.00%**

Total Size	**12,681,874**
% of Total	**4.67%**

Montana +49.9%

Oklahoma +51.0%

Tennessee +59.0%

Arizona +68.1%

Projected 2017 Weighted Average Individual Market Rate Hikes

(assuming 100% of enrollees continue in current plans) • 2016 Charles Gaba / ACASignups.net

Based on Exchange-Based 2016 QHP Selections		% of Total	Weighted Average (requested)	Weighted by State (requested)	2016 QHP Selections	% of Total	Weighted Average (approved)	Weighted by State (approved)
Alabama	195,055	1.54%	39.30%	0.60%				
Alaska	23,029	0.18%	10.00%	0.02%				
Arizona	203,066	1.60%	68.10%	1.09%				
Arkansas	73,648	0.58%	14.9%	0.09%				
California	1,575,340	12.42%	13.2%	1.64%				
Colorado	150,769	1.19%	17.7%	0.21%				
Connecticut	116,019	0.91%	26.8%	0.25%				
Delaware	28,256	0.22%	30.5%	0.07%				
Dist. of Columbia	22,693	0.18%	8.9%	0.02%				
Florida	1,742,819	13.74%	17.7%	2.43%				
Georgia	587,845	4.64%	27.7%	1.28%				
Hawaii	14,564	0.11%	35.1%	0.04%				
Idaho	101,073	0.80%	27.0%	0.22%				
Illinois	388,179	3.06%	43.9%	1.34%				
Indiana	196,242	1.55%	18.0%	0.28%				
Iowa	55,089	0.43%	32.0%	0.14%				
Kansas	101,555	0.80%	35.3%	0.28%				
Kentucky	93,666	0.74%	23.8%	0.18%				
Louisiana	214,148	1.69%	26.8%	0.45%				
Maine	84,059	0.66%	20.6%	0.14%				
Maryland	162,177	1.28%	28.1%	0.36%				
Massachusetts	213,883	1.69%	10.4%	0.18%				
Michigan	345,813	2.73%	17.2%	0.47%				
Minnesota	83,507	0.66%	23.0%	0.15%				
Mississippi	108,672	0.86%	17.6%	0.15%	108,672	18.36%	**15.80%**	2.90%
Missouri	290,201	2.29%	16.0%	0.37%				
Montana	58,114	0.46%	49.9%	0.23%				
Nebraska	87,835	0.69%	35.0%	0.24%				
Nevada	88,145	0.70%	15.0%	0.10%				
New Hampshire	55,183	0.44%	13.1%	0.06%				
New Jersey	288,573	2.28%	8.7%	0.20%				
New Mexico	54,865	0.43%	24.9%	0.11%				
New York	271,964	2.14%	17.3%	0.37%	271,964	45.95%	**16.60%**	7.63%
North Carolina	613,487	4.84%	20.4%	0.99%				
North Dakota	21,604	0.17%	4.5%	0.01%				
Ohio	243,715	1.92%	13.1%	0.25%				
Oklahoma	145,329	1.15%	51.0%	0.58%				
Oregon	147,109	1.16%	27.5%	0.32%	147,109	24.86%	**23.80%**	5.92%
Pennsylvania	439,238	3.46%	23.6%	0.82%				
Rhode Island	34,670	0.27%	3.6%	0.01%	34,670	5.86%	**1.30%**	0.08%
South Carolina	231,849	1.83%	17.8%	0.33%				
South Dakota	25,999	0.21%	35.6%	0.07%				
Tennessee	268,867	2.12%	59.0%	1.25%				
Texas	1,306,208	10.30%	35.1%	3.62%				
Utah	175,637	1.38%	30.7%	0.43%				
Vermont	29,440	0.23%	8.3%	0.02%	29,440	4.97%	**7.00%**	0.35%
Virginia	421,897	3.33%	17.8%	0.59%				
Washington	200,691	1.58%	13.5%	0.21%				
West Virginia	37,284	0.29%	36.9%	0.11%				
Wisconsin	239,034	1.88%	20.0%	0.38%				
Wyoming	23,770	0.19%	7.4%	0.01%				
TOTAL	**12,681,874**	**100.00%**		**23.73%**	**591,855**	**100.00%**		**16.87%**

Total Size	**12,681,874**
% of Total	**100.00%**

Total Size	**12,681,874**
% of Total	**4.67%**

- Para el 2017, 1 de cada 3 condados en los EEUU va a tener una sola opción de aseguradora para sus planes *Obamacare*.

- UnitedHealth anunció que se saldrá de 31 de los 34 mercados de *Obamacare*.

- Humana también anunció una movida similar al quedarse en sólo 156 de los 1,351 condados donde participaba de los planes *Obamacare*.

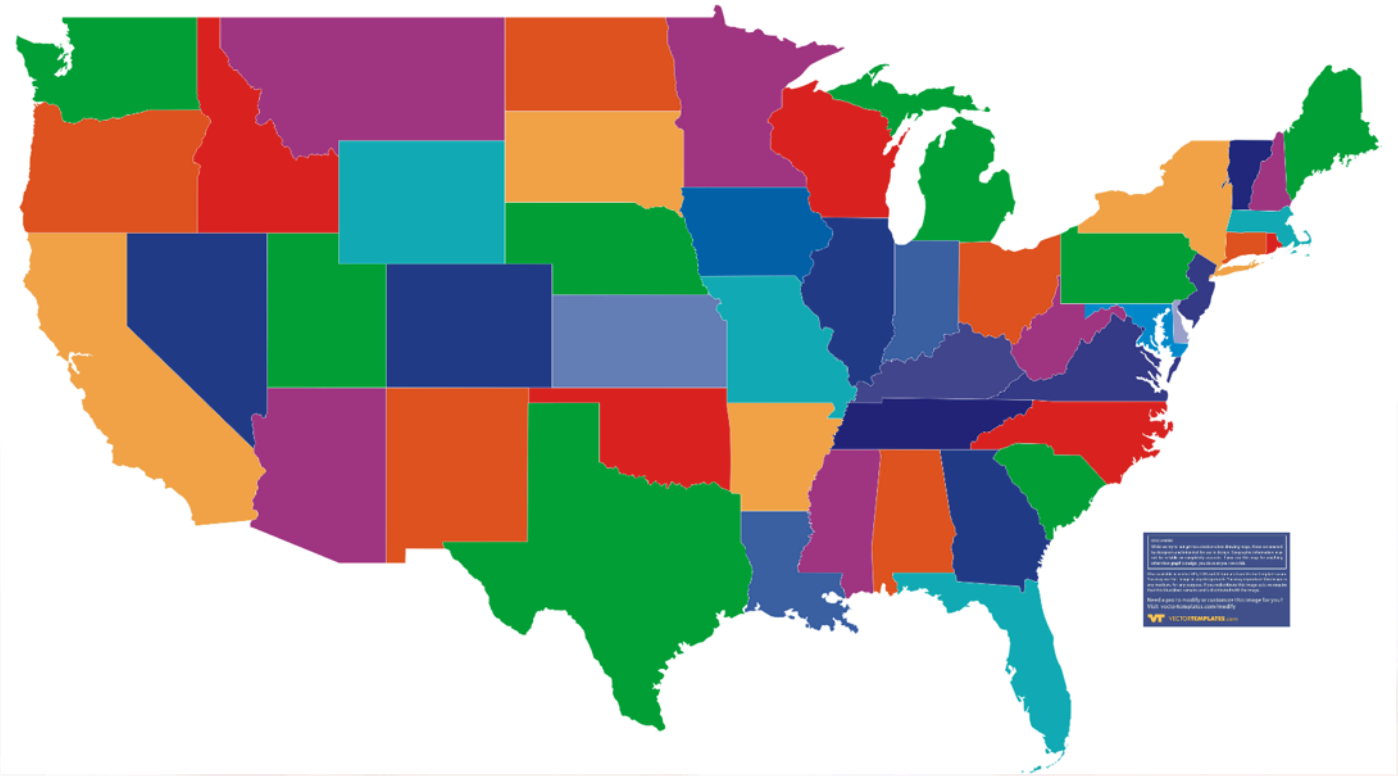
- El programa federal de *Risk Corridor* ha sido un fracaso.

- Exceso de Ganancia = $362 millones versus Exceso de Pérdidas = $2,870 millones

- Inicialmente el gobierno federal indicó que estaría cubriendo cualquier déficit del *Risk Corridor*, pero luego cambió de posición y ahora dice que el programa es *Budget Neutral*.

Razones Principales por los Costos Elevados

1. **Selección Adversa** – las personas más enfermas son las más propensas a suscribirse a los planes *Obamacare* ya que típicamente el costo de la prima es menor al costo de cubrir sus gastos médicos sin plan médico.
2. **Mandato Individual debe ser más fuerte** – expertos indican que el *Shared Responsibilidy Payment* (SRP), mejor conocido como la penalidad por no participar de un plan médico cualificado (QHP), es demasiado pequeño (mínimos de $95 en 2014 / $325 en 2015 / $695 en 2016). Para la mayoría de la población, pagar el SRP es mucho más económico que suscribirse en los planes más económicos, aún con el subsidio federal.
3. **Reducción en Oferta** – el gran éxodo de planes médicos que participan de los mercados de planes *Obamacare* representa otro reto significativo para el programa. Menos opciones equivale a menos competencia, y a su vez menos competencia se traduce en precios mayores para el consumidor.



¿Por qué debemos analizar bien lo que está pasando en los EEUU?

Porque los mismos principios económicos aplican aquí…

Desenlace de Obamacare en Puerto Rico y las provisiones relevantes del Código de Seguro de Salud de PR

Cronología de Eventos

23 marzo 2010

Se firma el *Affordable Care Act* (Obamacare) y establecen varias reformas importantes para los mercados de Individuos y de los PYMES con efectividad 1/1/2014.

2012-2013

Los cinco territorios, incluyendo a Puerto Rico, alertan a HHS sobre ciertas incongruencias en la implantación de la ley en estas jurisdicciones con el fin de eximirse de su aplicabilidad.

2012-2013

En particular, se señala que NO aplica el Mandato Individual y por ende no existe uno de los mecanismos importantes para mitigar el impacto en primas de la Emisión Garantizada.

2012-2013

El otro mecanismo crucial para fomentar la participación en los planes de Obamacare era el Subsidio Federal de Primas para personas con ingresos por debajo del 400% del *FPV*.

2012-2013

Para activar el Subsidio Federal de Primas para los ciudadanos de PR, el Gobierno de PR tenía que establecer un Exchange Público antes de Oct-2013.

2012-2013

A través de tres cartas, HHS establece que todas las provisiones de ACA sí aplican a los territorios, incluyendo a la provisión controversial de Emisión Garantizada.

22 julio 2013

Se firma la Ley 69-2013 como enmienda a la Ley 194-2011, estableciendo el Capítulo 10 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, replicando y afirmando las provisiones principales de ACA.

1 octubre 2013

El Gobierno de Puerto Rico decide NO establecer un Exchange Público, optando en su defecto por usar los $925 millones para fortalecer el programa Mi Salud en vez de crear subsidios para las primas de los planes individuales.

14 noviembre 2013

El Presidente Obama promueve una política de Periodo de Transición. Al adoptarse en PR, se permite que la mayoría de los planes individuales y PYMES sean renovados en el 2014 sin aplicar las provisiones claves de ACA.

1 enero 2014

Entran en vigor los primeros planes Obamacare en Puerto Rico, pero la suscripción es limitada dado que la mayoría del mercado opta por renovar su cubierta actual bajo los Planes de Transición.

16 julio 2014

En una movida sorprendente, HHS reversa su posición anterior al decidir que la definición de "estado" bajo ACA domina sobre la definición bajo PHSA, en efecto liberando a los territorios de seis de las provisiones claves de ACA:

16 julio 2014

1. ***Guaranteed Availability*** (Emisión Garantizada)
2. ***Single Risk Pool***
3. ***Community Rating***
4. ***Rate Review***
5. ***Minimum MLRs***
6. ***Essential Health Benefits***

16 julio 2014

Guam, Northern Mariana Islands, American Samoa y USVI se acogen a la exención provista por HHS, pero por virtud de la Ley 69-2013, Puerto Rico se queda con una versión local de ACA.

¿Y Cuál ha sido el efecto?

Antes del 2014

- Valor Actuarial promedio del plan típico Pago Directo era aproximadamente un 0.86
- Esto significa que en promedio, el plan cubría el 86% del costo de los servicios médicos cubierta, mientras que el asegurado pagaba el 14%.

Antes del 2014

- La mayoría de los planes de Pago Directo no variaban sus precios por edad y usaban un sistema '3-tier' (Individual / Pareja / Familia).
- Aplicaban evaluación médica para entrar al programa para mitigar la Selección Adversa y mantener primas razonables.

Luego del 2014

- Obamacare/Ley 69 obligaba diseños "metálicos" con cuatro (4) niveles de valor actuarial (60%, 70%, 80% y 90% Bronce, Plata, Oro y Platino, resp.).
- Los diseños populares en ese momento tenían que 'subir' a Platino (90% VA) o 'bajar' a Oro (80% VA).

Luego del 2014

- El efecto económico de la **Emisión Garantizada** cambió por completo la naturaleza de la dispersión de riesgo, aumentando drásticamente los precios de los productos.
- La reacción fue una migración significativa hacia los productos de menor Valor Actuarial (Bronce/Plata).

Luego del 2014

- Ya no se ofrecen tarifas de contratos Indiv / Pareja / Familia, sino un precio ‘PMPM’ (por miembro por mes) basado en la edad del asegurado.
- A pesar de que nuestros precios aún están por debajo de los de EEUU, vamos por un camino similar.

Luego del 2014

- En nuestra versión de ACA, nosotros NO tenemos una provisión del **Mandato Individual** y tampoco contamos con el **Subsidio Federal** para los que compran planes individuales.

Ideas para Mitigar la Situación

1. Suspender el Single Risk Pool para permitir productos más económicos con evaluación médica – esto permite una opción viable para el adulto joven que actualmente se queda fuera del sistema por no poder costear los planes actuales.
2. Activar la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos – Artículo 10.120.

Ideas para Mitigar la Situación

3. Implantar mecanismos alternos para distribuir riesgo adverso – un ejemplo viable es un *pooling* mandatorio de casos de alto consumo en medicamentos costosos. Aún en el mercado de grupos grandes, el tener un solo caso de un paciente que usa medicamentos especializados convierte la empresa en una oveja negra entre las aseguradoras.

Si no se me ha acabado el tiempo…

Preguntas y Discusión

Gracias

Síguenos:

www.camarapr.org