STATE OF NEW YORK | EXECUTIVE CHAMBER

ANDREW M. CUOMO | GOVERNOR

Per la diffusione immediata: 7 marzo 2012

IL GOVERNATORE CUOMO ANNUNCIA UN'INDAGINE DEL DIPARTIMENTO DEI SERVIZI FINANZIARI SUI COSTI MEDICI FUORI RETE RIGUARDANTI NEWYORKESI SU TUTTO IL TERRITORIO STATALE

Dal rapporto emerge una profondissima esigenza di maggiore trasparenza e di migliore tutela dei consumatori in modo che non ricevano più fatture a sorpresa

Il Governatore Andrew M. Cuomo ha annunciato oggi che il Dipartimento dei servizi finanziari (DFS – Department of Financial Services) sta indagando sui costi medici riguardanti i newyorkesi di tutto lo Stato, molti dei quali non possono permettersi di pagare spese di tasca propria. Inoltre, il DFS ha pubblicato un rapporto da cui emerge una profondissima esigenza di maggiore trasparenza da parte degli assicuratori e degli operatori sanitari, nonché una migliore tutela dei consumatori, in modo che i newyorkesi non ricevano più conti imprevisti da pagare.

Le indagini sono state avviate a seguito di una massiccia quantità di reclami da parte di consumatori. Il DFS ha scoperto che i conti sanitari imprevisti fuori rete sono alla base dei più frequenti reclami ricevuti dall'agenzia.

I newyorkesi possono leggere il rapporto alla pagina
http://www.governor.ny.gov/assets/documents/DFS%20Report.pdf

"Il costo elevato dell'assicurazione sanitaria e delle cure sanitarie sono un carico enorme per la maggior parte dei newyorkesi" ha sottolineato il Governatore Cuomo. "La nostra indagine dimostra che troppe persone, convinte di aver usufruito di cure mediche coperte dall'assicurazione, subiscono stangata di fatture mediche troppo elevate. Non possiamo permettere che continui così. Dobbiamo lavorare con le compagnie assicurative e con gli operatori sanitari per garantire che tutti i newyorkesi comprendano esattamente e siano consapevoli dei termini dei loro contratti in materia di cure sanitarie."

Il Sovrintendente dei servizi finanziari Benjamin M. Lawsky ha riferito: "Il nostro rapporto indica che troppo spesso la gente, pur tentando in ogni modo di usufruire solo di servizi in rete, si trova comunque a subire la sgraditissima sorpresa di una pesante fattura fuori rete. Dobbiamo subito riformare il nostro sistema per proteggere i newyorkesi della classe media che possono meno di tutti permettersi questi gravosi costi aggiuntivi."

Sherry Tomasky, Direttrice per la tutela dei diritti dell'American Cancer Association, ha sottolineato: "È un problema diffusissimo che affligge particolarmente i pazienti oncologici. I newyorkesi che già affrontano lo stress e l'ansia dei trattamenti oncologici non dovrebbero essere sottoposti alla pressione di dover pensare a costi esorbitanti imprevisti che non possono permettersi. Esprimo il mio plauso al Governatore Cuomo e al Sovrintendente Lawsky per aver preso in mano questo problema e sono ansiosa di lavorare con loro per correggere queste ingiustizie."

Elisabeth Benjamin, di Health Care for All New York (HCFANY) e vice Presidente di Health Initiatives presso la Community Service Society di New York ha commentato: "HCFANY è lieta che il Dipartimento dei servizi finanziari abbia condotto questa importante indagine sui conti fuori rete a sorpresa. Da troppo tempo, il paziente resta intrappolato nell'imperscrutabile burocrazia delle fatturazioni tra fornitori e assicuratori. L'indagine del Dipartimento pone in luce questo problema e HCFANY è prontissima a dare una mano per giungere a una soluzione concreta che vada bene per i pazienti di New York."

Il rapporto del Dipartimento ha formulato le seguenti conclusioni.

Troppe fatture inattese: Il DFS ha rilevato molti casi in cui il consumatore ha fatto tutto il possibile per utilizzare un operatore sanitario in rete per servizi non di emergenza, ma ha egualmente ricevuto un conto da uno specialista (spesso un radiologo, un anestesista o un analista di laboratorio) della cui posizione fuori rete non si era reso conto.

Un caso riguardava un bambino sottoposto a un intervento chirurgico a cuore aperto. I genitori non erano stati informati che nella procedura sarebbe stato inserito un assistente chirurgo e che si trattava di un operatore fuori rete. La famiglia ha dovuto pagare 5.000 dei 6.400 dollari fatturati dal medico.

Un altro caso riguarda un paziente al quale è pervenuto un conto inatteso di 1.300 dollari per un anestesista risultato fuori rete.

Conti per emergenze troppo elevati: Troppo spesso gli operatori fuori rete che forniscono servizi d'emergenza (circostanza in cui i consumatori non possono essere troppo attenti all'appartenenza o meno dell'operatore alla rete) sfruttano la situazione e addebitano tariffe eccessive rispetto a quanto pagherebbe Medicare o l'assicurazione in rete.

Nei casi osservati dagli investigatori del DFS, il conto medio per emergenza fuori rete in emergenza era pari a 7.006 dollari, vale a dire 14 volte la cifra che pagherebbe Medicare. L'addebito medio per radiologia fuori rete era pari a 33 volte la cifra pagata da Medicare. Un neurochirurgo ha addebitato 159.000 dollari per una procedura d'emergenza per la quale Medicare ne paga 8.500 dollari.

Gli assicuratori pagano cifre inferiori al costo delle cure fuori rete: Dall'indagine è emerso che gli assicuratori si stanno indirizzando verso un sistema che aumenterebbe enormemente i costi per i consumatori che ricevono prestazioni sanitarie fuori rete. Per stabilire l'eventuale liquidazione per cure

fuori rete, precedentemente la maggior parte degli assicuratori adottava la cosiddetta tariffa corrente (UCR – usual and customary rate), che si presume pari alla media delle fatture effettive pagate per una procedura in tale area geografica. Ma ora la maggior parte adotta la tariffa Medicare, che in alcuni casi riduce della metà le cifre pagate dagli assicuratori. Gli assicuratori rendono difficile comprendere tale cambiamento ai consumatori, ad alcuni dei quali viene comunicato che passeranno dall'80% della tariffa corrente al 140% di Medicare: tale affermazione sembra un miglioramento ma non lo è.

In un caso, per un paziente è stato approvato un intervento chirurgico con la tariffa corrente. L'assicuratore ha dichiarato che avrebbe pagato 31.978 dollari sui 47.685 del costo. Prima che si potesse procedere all'intervento, l'assicuratore è passato al Tariffario Medicare e l'assicuratore avrebbe pagato solo 4.864,62 dollari.

I consumatori non possono fare il confronto dei prezzi. Poiché ora i piani sanitari stanno passando da una tariffa di copertura a un'altra in relazione ai dottori fuori rete, i consumatori vengono lasciati in una posizione incredibilmente difficile nella scelta dei piani. In pratica, non possono confrontare cose simili se, ad esempio, un piano offre una copertura dell'80% di tariffa corrente e un altro offre una copertura del 140% della tariffa Medicare.

Dall'indagine è emerso un altro problema: anche quando i consumatori non hanno altra scelta che rivolgersi a prestazioni sanitarie fuori rete, la maggior parte di loro deve pagare addebiti aggiuntivi. Solo i consumatori in HMO sono tutelati se devono rivolgersi fuori rete.

Basandosi sui dati emersi dall'indagine svolta, il DFS ha proposto le seguenti soluzioni.

Aumentare la trasparenza da parte dei fornitori dei servizi: In situazioni non di emergenza, gli operatori devono comunicare se tutti i servizi siano o meno in rete prima della prestazione e la cifra che addebiteranno, mentre gli assicuratori devono rendere nota la quota che copriranno.

Aumentare la trasparenza da parte degli assicuratori: Gli assicuratori devono fare in modo che, quando scelgono il piano, i consumatori possano procedere a un significativo confronto tra offerte simili in relazione alla quota dei costi coperti dei servizi fuori rete, sia se l'assicuratore adotta la tariffa corrente oppure la tariffa Medicare.

Vietare onorari eccessivi: Agli operatori fuori rete deve essere vietato addebitare onorari eccessivi per i servizi di emergenza.

Migliorare le tutele in rete: È necessario migliorare le tutele di adeguatezza di rete. Ai consumatori non rientranti in HMO devono essere assicurate le stesse tutele di adeguatezza di rete garantite ai consumatori con copertura HMO.

I newyorkesi che desiderano chiedere chiarimenti o presentare reclami relativi alle loro fatture mediche

devono visitare la pagina http://www.dfs.ny.gov/consumer/fileacomplaint.htm oppure la pagina www.dfs.ny.gov.

###

Ulteriori notizie sono disponibili sul sito www.governor.ny.gov
Stato di New York | Executive Chamber | press.office@exec.ny.gov | 518.474.8418