STATE OF NEW YORK | EXECUTIVE CHAMBER

ANDREW M. CUOMO | GOVERNOR

Para publicación inmediata: 7 de marzo de 2012

EL GOBERNADOR CUOMO ANUNCIA INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS SOBRE LOS COSTOS MÉDICOS FUERA DE LA RED QUE AFECTAN A LOS NEOYORQUINOS EN TODO EL ESTADO

El reporte encuentra una abrumadora necesidad de mayor transparencia y mejor protección al consumidor, para que los consumidores dejen de recibir facturas sorpresivas

El Gobernador Andrew M. Cuomo anunció el día de hoy que el Departamento de Servicios Financieros (DFS, por sus siglas en inglés) está investigando costos médicos inesperados fuera de la red que afectan a los neoyorquinos en todo el estado, muchos de los cuales no pueden afrontar el pago de gastos extra. Además, el DFS publicó un reporte que encuentra una abrumadora necesidad de mayor transparencia por parte de las aseguradoras y proveedores de servicios médicos, así como mejores medidas de protección al consumidor para garantizar que los neoyorquinos dejen de recibir facturas inesperadas.

La investigación fue originada por una abrumadora cantidad de reclamos de los consumidores. El DFS encontró que las inesperadas facturas médicas fuera de la red son uno de los reclamos más comunes recibidos por el organismo.

Los neoyorquinos pueden leer el reporte en
http://www.governor.ny.gov/assets/documents/DFS%20Report.pdf

“El alto costo del seguro médico y del cuidado de la salud son una enorme carga para la mayoría de neoyorquinos”, dijo el Gobernador Cuomo. “Nuestra investigación muestra que muchas personas están siendo golpeadas por facturas médicas muy altas, cuando pensaban que su cuidado estaba cubierto por su seguro. No podemos permitir que esto continúe. Debemos trabajar con las compañías de seguro y los proveedores de servicios médicos para garantizar que todos los neoyorquinos entiendan perfectamente y estén al tanto de los términos de sus contratos para el cuidado de la salud”.

El Superintendente de Servicios Financieros Benjamin M. Lawsky dijo, “nuestro reporte muestra que muy a menudo las personas que hacen su mayor esfuerzo por permanecer en la red son igualmente golpeados con las sorpresas más ingratas, una gran factura fuera de la red. Debemos reformar nuestro

sistema ahora para proteger a los neoyorquinos de clase media que menos pueden afrontar estos abrumadores costos adicionales".

Sherry Tomasky, directora de defensoría de la Asociación Americana de Lucha Contra el Cáncer dijo, "este es un problema generalizado que acosa especialmente a los pacientes de cáncer. Los neoyorquinos que están luchando con el estrés y la ansiedad de ser tratados por cáncer no deberían tener la carga adicional de pensar en inesperados costos exorbitantes que no pueden afrontar. Aplaudo al Gobernador Cuomo y al Superintendente Lawsky por su liderazgo en este asunto y espero con ansias trabajar con ellos para corregir estos errores.

Elisabeth Benjamin, de Cuidado de la Salud para todo Nueva York (HCFANY, por sus siglas en inglés) y vicepresidenta de Iniciativas de Salud en la Sociedad de Servicio Comunitario de Nueva York dijo, "HCFANY está muy contento que el Departamento de Servicios Financieros haya realizado esta importante investigación de las facturas sorpresivas fuera de la red. Durante demasiado tiempo, es el paciente el que viene quedando atrapado en la inescrutable burocracia de la facturación entre proveedores y aseguradoras. La investigación del Departamento resalta este problema y HCFANY está listo para ayudar a encontrar una solución real que funcione para los pacientes de Nueva York".

El reporte del Departamento arrojó los siguientes hallazgos:

Muchas facturas inesperadas: el DFS encontró muchos casos en los que un consumidor hace todo lo posible por utilizar un proveedor servicios del cuidado de la salud que pertenezca a la red para obtener servicios que no sean de emergencia, pero no obstante, recibe una factura de un especialista (a menudo un radiólogo, anestesiólogo o laboratorio), a quien el consumidor no conoció o no sabía que no pertenecía a la red.

Un caso involucra a un niño a quien se le realizó una cirugía a corazón abierto. A los padres del niño no se les dijo que un cirujano asistente participaría en el procedimiento y ese cirujano asistente no pertenecía a la red. La familia se vio obligada a pagar $5.000 de la factura de $6.400 de ese médico.

Otro caso involucra a un paciente al que se el envió inesperadamente una factura por $1.300, lo que resultó ser por un anestesiólogo que no pertenecía a la red.

Las facturas de emergencia son muy altas: muy a menudo, los proveedores que no pertenecen a la red que proporcionan servicios de emergencia, una circunstancia en la que los consumidores no pueden ser selectivos con respecto a si el proveedor pertenece a la red o no, se aprovechan de la situación y cobran tarifas muy por encima de lo que Medicare o el seguro pagaría en la red.

En los casos vistos por investigadores del DFS, la factura promedio de emergencia fuera de la red era por $7.006. Eso es 14 veces más de lo que pagaría Medicare. El promedio del cobro de radiología fuera de la red era 33 veces más de lo que paga Medicare. Un neurocirujano cobró $159.000 por un procedimiento de emergencia por el que Medicare paga $8.500.

Las aseguradoras están pagando menos del costo por cuidados fuera de la red: la investigación encontró que las aseguradoras se están pasando a un sistema que aumenta bastante lo que le cuesta a los consumidores cuando reciben tratamiento fuera de la red. Para determinar lo que pagarían por recibir cuidados fuera de la red, la mayoría de aseguradoras solían utilizar lo que se conoce como la tarifa habitual y acostumbrada (UCR, por sus siglas en inglés), que se supone debe ser un promedio de las facturas reales por un procedimiento en esa región. Pero ahora, la mayoría está utilizando la tarifa de Medicare, que disminuye cuánto es lo que las aseguradoras pagan en hasta la mitad o más en algunos casos. Las aseguradoras hacen que este cambio le sea difícil de comprender a los consumidores, ya que a algunos les dicen que van desde el 80% de la tarifa habitual y acostumbrada hasta el 140% de Medicare, lo que suena como una mejora, pero no lo es.

En un caso, un paciente fue aprobado para una cirugía utilizando la tarifa habitual acostumbrada. La aseguradora dijo que pagaría $31.978 del costo de $47.685. Antes que pudiera hacerse la cirugía, la aseguradora cambió al Programa de tarifas de Medicare y la aseguradora solo pagaría $4.864,62.

Los consumidores no pueden elegir por comparación. Debido a que los planes de salud ahora están cambiando entre tarifas de cobertura distintas para médicos que no pertenecen a la red, a los consumidores se les deja en una posición increíblemente difícil cuando eligen planes. Ellos simplemente no pueden comparar manzanas con manzanas cuando por ejemplo, un plan ofrece cubrir el 80 por ciento de UCR y otro ofrece cubrir 140 por ciento de la tarifa de Medicare.

Otro problema encontrado durante la investigación: aún cuando los consumidores no tienen opción sino de procurar cuidados fuera de la red, la mayoría de consumidores deben pagar cargos extra. Únicamente los consumidores en Organizaciones para la Conservación de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) están protegidos cuando deben salir de la red.

En base a los hallazgos de la investigación del DFS, este propuso las siguientes soluciones:

Aumento de divulgación por parte de los proveedores: en situaciones que no sean de emergencia, los proveedores deben divulgar si todos los servicios pertenecen a la red o no, antes que tales servicios sean proporcionados, así como cuánto cobrarán y las aseguradoras deben divulgar cuánto es lo que ellos cubrirán.

Aumento de divulgación por parte de las aseguradoras: las aseguradoras deben permitirle a los consumidores que realicen una comparación significativa de “manzanas con manzanas”, con respecto a cuánto del costo de los servicios que no pertenecen a la red será cubierto cuando eligen un plan, ya sea que la aseguradora utilice UCR o la tarifa de Medicare.

Prohibir tarifas excesivas: los proveedores que no pertenezcan a la red deben estar prohibidos de cobrar tarifas excesivas por servicios de emergencia.

Mejorar protecciones de la red: mejorar protecciones de la red: debe mejorarse la idoneidad de las

protecciones de la red. Los consumidores que no estén en HMO deben recibir la misma idoneidad de protecciones de la red proporcionada a consumidores con cobertura de HMO.

Los neoyorquinos que tengan preguntas o reclamos con respecto a su factura médica deben dirigirse a http://www.dfs.ny.gov/consumer/fileacomplaint.htm o visitar www.dfs.ny.gov.

###

Noticias adicionales disponibles en www.governor.ny.gov
Estado de Nueva York | Executive Chamber | press.office@exec.ny.gov | 518.474.8418