El proyecto de ley de atención médica aprobado por la Cámara: requisitos de transparencia de precios, supervisión del PBM y disposiciones diversas

Boletín N°:

Dic 22, 2023 EUROPA

La semana pasada, la Cámara aprobó un proyecto de ley de atención médica de tamaño mediano, la Ley de Menor Costo y Más Transparencia (HR 5378), con un apoyo bipartidista sustancial (la votación fue de 320 a 71). La medida es un conjunto de disposiciones que se están debatiendo en los últimos meses (y a veces años). Dado el nivel de apoyo que recibió el proyecto de ley en la Cámara, y también la falta de oposición visible en el Senado, no sería sorprendente que algo como el HR 5378 se convierta en ley en 2024.

Las principales disposiciones de la legislación son las siguientes:

Codificación de los requisitos de transparencia de precios. A partir de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) de 2010, el Congreso y el poder ejecutivo han estado presionando a los proveedores de servicios para que sean más transparentes sobre los precios que cobran, y para que los pagadores sean más transparentes sobre lo que han acordado pagar por estos servicios. La administración Obama puso en marcha el proceso con requisitos dirigidos a los hospitales, y luego la administración Trump amplió la iniciativa para cubrir a las aseguradoras.

La administración Biden ha mantenido estos requisitos y ha aumentado las sanciones por incumplimiento.

HR 5378 codificaría y ampliaría modestamente las regulaciones. Entre otras cosas, esto significaría que los hospitales, laboratorios, proveedores de imágenes y centros quirúrgicos ambulatorios tendrían que poner a disposición los datos de precios en formatos legibles por máquina. Los requisitos también obligan a publicar precios en efectivo para 300 servicios que se pueden comprar.

La medida de la Cámara exige además que los patrocinadores de seguros grupales revelen sus tarifas negociadas dentro de la red, pagos fuera de la red y datos de precios de medicamentos recetados. También deben ofrecer información de costos personalizada a sus afiliados.

PBM. El proyecto de ley requiere que los Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) revelen datos de precios a los empleadores que

patrocinan la cobertura médica, incluidos los montos cobrados por los fabricantes, los acuerdos de reembolso, los costos de bolsillo del paciente y los criterios para la colocación en el formulario. Además, el proyecto de ley prohíbe a los PBM cobrar grandes márgenes cuando trabajan con organizaciones de atención administrada de Medicaid.

Pagos de administración de medicamentos de la Parte B neutrales en el sitio. En los últimos años, los principales sistemas hospitalarios han cobrado tarifas por los servicios ambulatorios cuando la entidad proveedora está afiliada a un hospital, en lugar de ser un consultorio médico independiente. De hecho, los hospitales pueden cobrar más por los mismos servicios cuando nada importante ha cambiado. El proyecto de ley de la Cámara pondría fin a esta práctica, pero sólo en lo que se refiere a una pequeña parte del mercado ambulatorio, para la administración de medicamentos cubiertos por Medicare entregados a pacientes en un entorno ambulatorio. La industria hospitalaria teme que esta disposición, si se promulga, sentaría las bases para una política más amplia de neutralidad en un futuro proyecto de ley y, por lo tanto, instó a la Cámara a oponerse a ella.

Transparencia de medicamentos genéricos de la FDA. El proyecto de ley exige que las empresas que producen medicamentos genéricos aprobados por la FDA revelen las diferencias cuantitativas y cualitativas con respecto a las terapias de marca para establecer qué productos pueden usarse como sustitutos.

Centros de salud comunitarios. El proyecto de ley de la Cámara extiende hasta el año calendario 2025 la financiación obligatoria para el programa de centros de salud comunitarios, que ha estado vigente durante varios años como complemento a las asignaciones discrecionales regulares.

Mayor retraso en las reducciones de pagos hospitalarios de participación desproporcionada (DSH) de Medicaid. La Ley de Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) recorta los pagos de Medicaid a los hospitales que atienden a un elevado número de hogares desfavorecidos en vista de la reducción de pacientes sin seguro que establece la ley. Sin embargo, el recorte nunca se implementó porque los hospitales afectados se resistieron. El proyecto de ley de la Cámara ampliaría la moratoria de larga data por dos años más (aunque hasta 2025).

La Oficina de Presupuesto del Congreso (CBO) estima que la HR 5378 produciría ahorros netos de $725 millones durante el período 2024 a 2033. Las disposiciones de transparencia de precios replican en su mayoría los requisitos ya incluidos en las regulaciones, sin producir nuevos ahorros adicionales. Sin embargo, los requisitos de divulgación de precios de PBM son nuevos y se estima que generarán $2.2 mil millones en ingresos durante diez años porque los empleadores pagarían primas exentas de impuestos más bajas.

Fuente

Fuente: News Euro

Enlace: https://news.eseuro.com/trends/2801140.html