Un proyecto de ley de California emitiría un llamado de atención a las aseguradoras por dar a los clientes información desactualizada

Boletín N°:

Aug 06, 2024 ESTADOS UNIDOS

Los pacientes que buscan médicos que aceptan su seguro a menudo encuentran que la lista de médicos proporcionada por sus compañías de seguros es inexacta o está desactualizada. Las aseguradoras y los médicos están luchando contra un proyecto de ley que multaría a las aseguradoras por tener “redes fantasmas” que no son precisas.

A lo largo de los años, la terapeuta autorizada Sarah Soroken ha escuchado a sus pacientes una y otra vez hablar de lo miserable que puede ser encontrar un proveedor de salud mental que realmente acepte su seguro. Pero un paciente destaca.

Soroken dijo que estaba trabajando en el Centro Médico Kaiser’s Vallejo en 2022 cuando una mujer de edad universitaria ingresó a la sala de emergencias del hospital después de intentar suicidarse.

La paciente, dijo Soroken, se rindió y trató de quitarse la vida después de llamar a una lista de 50 proveedores de salud mental que figuraban como beneficiarios del plan de seguro de Kaiser, pero ninguno la atendió, o en realidad no aceptaron su seguro.

“Este paciente ahora tiene los traumas de un intento de suicidio y de haber sido perjudicado por nuestro sistema de atención médica para aumentar sus necesidades de tratamiento”, dijo Soroken al Comité de Salud del Senado a principios de este mes.

Soroken, que ya no trabaja para Kaiser, testificó en apoyo del proyecto de ley 236 del asambleísta Chris Holden. La legislación del demócrata de Pasadena daría a los reguladores autoridad estatal para multar a las aseguradoras si sus listas de médicos, hospitales, trabajadores de salud mental, laboratorios y centros de imágenes dentro de la red no están actualizadas y son precisas.

El proyecto de ley que aborda lo que despectivamente se llama “redes fantasmas” ha sido aprobado hasta ahora por la Asamblea y los Comités de Salud del Senado con sólo los republicanos en la oposición, y a pesar de los poderosos lobbys que representan a los médicos y aseguradores de California que luchan contra el proyecto de ley en cada paso del camino. Los médicos y las aseguradoras se culpan mutuamente por los problemas en los directorios, pero argumentan que el proyecto de ley es innecesario, gravoso para ellos y que las leyes existentes ya abordan el problema.

Combinados, los grupos han donado al menos 4.7 millones de dólares a legisladores de California desde 2015, según la base de datos Digital Democracy.

La agencia sanitaria estatal cita enormes costes

Junto con la oposición de influyentes cabilderos de médicos y aseguradoras, la medida también recibió una tibia respuesta de la agencia estatal que haría cumplir el proyecto de ley si se convierte en ley.

Mientras la Legislatura y el gobernador Gavin Newsom buscaban abordar un déficit presupuestario de $30 mil millones este año, el Departamento de Atención Médica Administrada estimó que el proyecto de ley costaría $12 millones para contratar "personal adicional". Según el análisis del proyecto de ley, los nuevos empleados son necesarios para desarrollar regulaciones, formularios y monitorear la "precisión del directorio de proveedores".

La estimación de 12 millones de dólares equivale a 80 empleados que ganan cada uno 150,000 dólares al año, cifras que podrían alarmar al equipo de presupuesto de Newsom y a los legisladores que reparten dinero en efectivo a las agencias estatales en el Comité de Asignaciones del Senado, donde se considerará el proyecto de ley en las próximas semanas.

El departamento no respondió a la solicitud de CalMatters de explicar su estimación. En una declaración de un párrafo enviada por correo electrónico, Kevin Durawa, portavoz del departamento, dijo que la estimación puede estar desactualizada ya que el proyecto de ley fue modificado recientemente.

"El departamento está revisando las enmiendas al proyecto de ley y cómo pueden afectar la estimación fiscal", dijo Durawa.

Ken Cooley, un ex miembro de la Asamblea Demócrata del condado de Sacramento que formó parte del Comité de Seguros de la Asamblea, dijo que no le sorprendería que el departamento analizara el proyecto de ley "con venganza" para posiblemente sobreestimar los costos.

"Si no les gusta, si piensan que es la prioridad equivocada, sea lo que sea, serían negligentes si no intentaran exponer todos los argumentos", dijo.

Pero Cooley dijo que vale la pena luchar por resolver el problema de las listas de proveedores inexactas.

"No estoy familiarizado con el proyecto de ley específico, pero ciertamente entiendo lo que significa ser un consumidor de atención médica", dijo. "Y tener listas precisas es realmente vital para el bienestar de las personas".

Por qué las 'redes fantasmas' son un problema

Holden, el autor del proyecto de ley, no respondió a múltiples solicitudes de entrevista. Le dijo al Comité de Salud del Senado que una ley vigente desde 2015 exige que las aseguradoras mantengan directorios precisos de proveedores en sus redes, pero no lo han estado haciendo, lo que lleva a "imprecisiones desenfrenadas en los directorios".

Su oficina dijo a los legisladores que estudios recientes encontraron que algunos planes de salud más pequeños tienen tasas de inexactitud de hasta el 80%, y algunos

planes importantes tienen información inexacta para entre el 20% y el 38% de los proveedores.

El proyecto de ley de Holden requeriría que el directorio de proveedores de una aseguradora tenga al menos un 60% de precisión para esta época el próximo año y un 95% de precisión para el 1 de julio de 2028. Las aseguradoras enfrentarían multas de hasta $10,000 por cada 1,000 clientes inscritos cada año si no lo hicieran. alcanzar los puntos de referencia. Kaiser, por ejemplo, dice que brinda atención a 9.4 millones de californianos.

El proyecto de ley también dice que a los pacientes que utilizan por error un médico fuera de la red debido a información inexacta de las listas de proveedores no se les pueden cobrar tarifas fuera de la red.

Médicos y aseguradoras se oponen al proyecto de ley

En el Comité de Salud del Senado a principios de este mes, las aseguradoras no estaban entusiasmadas con la propuesta. Culparon a los médicos por las imprecisiones en sus listas de proveedores.

“La precisión de cada directorio de proveedores individual depende de que los profesionales y los grupos médicos mantengan registros precisos”, dijo al comité Jedd Hampton, cabildero de la Asociación de Planes de Salud de California.

La Asociación Médica de California, que representa a los médicos del estado, sostiene que las aseguradoras (no los médicos) son las responsables de mantener sus directorios y garantizar que estén actualizados. Los médicos temen que si se multa a las aseguradoras, los costes recaen sobre ellos. También les preocupa perder pagos fuera de la red debido a listas inexactas proporcionadas por las aseguradoras.

El cabildero del grupo, Brandon Marchy, dijo que esos requisitos eximirían a los planes de salud “de su obligación de mantener directorios precisos… al no pagar lo que sería una tarifa fuera de la red”.

Soroken, el terapeuta que atendió al paciente suicida de Kaiser dijo que los californianos pagan bien a sus aseguradoras y proveedores de atención médica. Merecen tener listas precisas y actualizadas de quienes aceptarán su seguro, dijo, especialmente cuando se encuentran en su momento más vulnerable.

“Seríamos negligentes si no hiciéramos todo lo que estuviera a nuestro alcance para garantizar que los pacientes recibieran la atención médica que necesitan… y a la que tienen derecho legalmente”, afirmó.

Kaiser no ha tomado posición sobre el proyecto de ley y un portavoz se negó a abordar el testimonio de Soroken sobre su paciente suicida.

El gigante de la atención médica con sede en Oakland ya está bajo escrutinio debido a las quejas de los pacientes sobre los retrasos en la obtención de atención de salud mental. El año pasado, acordó pagar un acuerdo de $200 millones para resolver una investigación estatal sobre su sistema de salud conductual. En 2022, alrededor de 2,000 de sus trabajadores de salud mental se declararon en huelga por el elevado número de casos y lo que describieron como condiciones laborales irrazonables.

“Nosotros en Kaiser Permanente estamos trabajando arduamente para asegurarnos de satisfacer las necesidades de atención de salud mental de nuestros miembros y nuestras

comunidades”, dijo la portavoz de Kaiser, Kerri Leedy, en un correo electrónico. “Durante los últimos años, hemos aumentado nuestro personal y nuestras instalaciones para ayudar a satisfacer la creciente necesidad”.

Source

Source: Calmatters

Link:
https://calmatters.org/calmatters-en-espanol/2024/07/no-puedes-encontrar-un-medico-un-proyecto-de-ley-de-california-castigaria-a-las-aseguradoras-por-dar-a-los-clientes-informacion-desactualizada/