



Por qué DPC lucha para mantener la cobertura de seguro privado para diálisis

Por Jackson Williams,
vicepresidente de políticas públicas de DPC

En los últimos años, la cobertura de seguros privados para pacientes de diálisis ha sido atacada. En 2016, la Administración saliente de Obama emitió una regulación que habría prohibido a organizaciones benéficas como el American Kidney Fund (AKF) ayudar a los pacientes con las primas. Varias

aseguradoras se negaron unilateralmente a aceptar cheques de AKF o eliminaron a los proveedores de diálisis de sus redes. Algunos empleadores han tratado de restringir la cobertura de diálisis modificando el lenguaje de su plan de salud. El sindicato laboral SEIU promovió legislación e iniciativas electorales, sobre todo en California, para restringir o eliminar la cobertura de seguro para diálisis.

DPC ha estado luchando en primera línea contra estos ataques: en los tribunales, a través de juicios; llevar las violaciones legales a la atención de los reguladores; y haciendo esfuerzos comunitarios que empoderan a los pacientes para que se comuniquen con sus legisladores. Actualmente, DPC ha salido victorioso y los pacientes han podido mantener su cobertura.

Estas luchas a menudo son enmarcadas por los medios de comunicación como batallas por los reembolsos más altos que los proveedores de diálisis reciben de las aseguradoras privadas en relación con Medicare. Sin duda, esos reembolsos

ayudan a subsidiar clínicas más pequeñas y rurales que no pueden alcanzar el equilibrio con las tarifas de Medicare y ayudan a mantener un extenso sistema de clínicas más cerca de los hogares de los pacientes. Pero hay aún más en juego para los pacientes, como explica este artículo.

La cobertura de diálisis incentiva una mejor atención para la ERC y transiciones más seguras a la ESKD.

La ley de Medicare otorga a los pacientes el derecho a mantener su cobertura comercial durante 30 meses antes de cambiar. ¿Por qué el Congreso promulgó esta opción de 30 meses?

El derecho de las personas con ESKD a inscribirse en Medicare independientemente de su edad crea una dinámica perversa en el cuidado de las personas con enfermedad renal crónica (ERC). Una vez que la ERC de un asegurado progresa a ESKD, la aseguradora puede descargar los gastos de ese paciente enfermo a los contribuyentes. Esto significa que la aseguradora carece del incentivo financiero para tratar de preservar la función renal del paciente el mayor tiempo posible o para preparar al paciente para la transición CKD-ESKD mediante la creación de una fístula, la educación del paciente sobre la diálisis en el hogar o la obtención de un trasplante preferencial. Para combatir el “síndrome del corto plazo” por parte de las aseguradoras, el Congreso en 1981 impuso a las aseguradoras algunos costos de diálisis. A lo largo de los años, su responsabilidad se ha incrementado a 30 meses.

Sabemos lo que sucede cuando un cambio en la cobertura es ocasionado por el deterioro de la salud de un paciente, el peor ejemplo de esto es el fenómeno de recuperación en los centros de enfermería especializada que afecta a las personas con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid. Medicaid generalmente paga la atención en un centro de enfermería especializada a una tarifa baja, pero después de que el paciente es hospitalizado, él o ella regresa para recibir atención post-aguda reembolsada por Medicare a una tarifa más alta. El centro de enfermería especializada se beneficia de la enfermedad aguda y el estado no tiene que pagar por la atención a largo plazo durante el período post-agudo, lo que hace que ambas partes sean indiferentes a la hora de brindar atención preventiva de alta calidad. El requisito de 30 meses evita que los pacientes con ESKD pasen por este



purgatorio, y nadie ha propuesto ningún mecanismo alternativo.

El efecto disuasorio del requisito de 30 meses se pierde si el paciente con ESKD (que normalmente ya no puede trabajar a tiempo completo después de una insuficiencia renal) no puede pagar un seguro de salud. Esta es la razón por la cual el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés) aprobó el rol del American Kidney Fund en el pago de las primas.

Hay varias razones por las que los pacientes pueden preferir mantener una cobertura privada

La opción de mantener una cobertura de salud privada puede atraer a pacientes individuales con ESKD por varias razones. Primero, la Encuesta Anual de Membresía de 2015 de Ciudadanos Pacientes de Diálisis, realizada por la firma de investigación internacional IPSOS, encontró que los pacientes de diálisis prefieren la cobertura privada. Hicimos varias preguntas de la Encuesta de Evaluación del Plan de Salud del Consumidor (CAHPS) para medir la satisfacción relativa con su cobertura. Nosotros encontramos:

El 77 por ciento de los pacientes califican su seguro de salud privado como el “mejor plan de seguro de salud posible”, en comparación con el 71 por ciento de Medicare.

Los beneficiarios de Medicare tienen más del doble de probabilidades que los miembros de planes de salud privados (13 % frente a 5 %) de tener problemas para obtener la atención médica que querían o necesitaban.

Los beneficiarios de Medicare son más propensos que los miembros de un plan de salud privado a reportar dificultades para obtener el medicamento específico que necesitan, dificultad para comunicarse con alguien por teléfono para responder preguntas y demoras en recibir atención o tratamiento.

En segundo lugar, el Informe federal de calidad y disparidades encuentra 33 medidas diferentes en las que se brinda mejor atención a través del seguro privado que del seguro público. Estos incluyen poder obtener atención dental oportuna; menos muertes por ataques al corazón; un mejor acceso a servicios preventivos como mamografías; menos muertes y otras complicaciones derivadas de la atención hospitalaria.

En tercer lugar, un estudio reciente de los datos de la encuesta de los CDC encontró que las personas con múltiples comorbilidades que tienen un seguro privado patrocinado por el empleador y comprado individualmente tenían menos probabilidades de tener dificultades para ver a un médico, para obtener medicamentos, inestabilidad en la cobertura o tener deudas médicas en comparación con personas cubiertas por programas de seguros patrocinados públicamente.

