

1 de agosto de 2012

8 Resumen: Tasa de Pérdida Médica o *Medical Loss Ratio*

El 22 de noviembre de 2010 el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) publicó la regla final interina implementando los requisitos de la nueva sección 2718 de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHSA, por sus siglas en inglés), añadida por la Sección 10101 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), titulada “Bajando el Costo de la Cubierta de Salud”. Esta disposición es conocida como Tasa de Pérdidas Médica o *Medical Loss Ratio* (MLR por sus siglas en inglés).

La Sección 2718 requiere a las aseguradoras (incluyendo los planes *grandfathered* pero no los auto-asegurados) reportar cada año a HHS que porcentaje de su ingreso por prima se invierte en:

1. Servicios clínicos para los asegurados,
2. actividades que mejoren la calidad del cuidado de salud, y
3. todos los costos no relacionados a reclamaciones, excluyendo contribuciones estatales y federales, costos regulatorios o por licencias.

Comenzando en el 2011 las aseguradoras deben invertir al menos el 80% de sus ingresos por primas en el mercado individual y grupos pequeños y al menos un 85% para los grupos grandes (excluyendo contribuciones estatales y federales y costos regulatorios o de licencias) en actividades que mejoren la calidad del cuidado de salud. Las aseguradoras que no cumplan con el requisito, están obligadas a reembolsar la diferencia a sus asegurados. Cada estado o territorio puede requerir un MLR mayor, pero HHS puede ajustar los requisitos estatales cuando sea necesario para prevenir la desestabilización del mercado individual.

HHS requiere que las aseguradoras reporten anualmente que porcentaje del total de la prima cobrada se invierte en actividades que mejoren la calidad del cuidado de salud. HHS trabajó con la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés) para establecer definiciones uniformes de actividades reportadas al calcular el MLR, así como metodologías para los cálculos.

Fecha de Efectividad

La Regla Final Provisional estaba programada a ser efectiva el 1 de enero de 2011. La fecha límite para las aseguradoras completar su análisis de experiencia anual y someter el reporte de MLR al HHS fue el 1 de junio de 2012. Cualquier reembolso aplicable al 2011 será pagado en agosto 2012.

Plan de MCS

En cumplimiento con ACA, MCS completó la evaluación de los MLR para el 2011 para los grupos grandes y pequeños. El MLR sobrepasó el mínimo requerido por ley, por lo cual no se emitieron reembolsos.

Referencias

- 45 CFR Part 147; 75 FR 74864 (December 1, 2010); 76 FR 76574 (December 7, 2011); 77 FR 28791 (May 16, 2012); 77 FR 28788 (May 16, 2012)
- <http://www.cciio.cms.gov/programs/marketreforms/mlr/index.html>

<http://www.healthcare.gov/>

Este documento se desarrolló para proveer información útil a los patronos, agentes y corredores, proveedores y suscriptores. Sin embargo, esta comunicación no constituye cualquier tipo de consejería legal, ni sustituye la opinión de cualquier profesional que se consulte.

