ACTUALIZACIÓN +

2026: Del Diagnóstico a la Acción



Terapias de Alto Costo

¿Cómo enfrentar el reto de financiarlas de la forma más sensata?

C. Eduardo Zetina

Principal de Zetina Logixx, LLC

El problema…

En el segmento Comercial (no Medicare, no Vital) del 1.5% al 2.0% de la población cubierta padece de una enfermedad que requiere de una **terapia de alto costo**—terapias que típicamente exceden los $100k al año.

El problema es que estos pacientes no se distribuyen equitativamente entre los patronos del país. Por ende, cuando aparece un paciente de terapia de alto costo, el **100%** de la carga económica se concentra en el plan médico de **ese** patrono, frecuentemente sin ningún mecanismo para diluir el riesgo entre una población más grande.

La solución propuesta…

Se trata de establecer un *Fondo de Estabilización Terapéutica* a través de un **reaseguro mandatorio** para terapias de alto costo, precisamente para diluir el riesgo entre el 100% de los integrantes del segmento comercial del mercado de seguros médicos, incluyendo los planes individuales, los planes de grupos pequeños (PYMES), y los planes de grupos grandes.

A la vez, este mecanismo logrará otras dos metas importantes: (1) que el costo al bolsillo del paciente sea **$0**, y (2) reducir significativamente el costo de adquisición para **reducir la prima** del reaseguro.

¿Cómo se logran esas dos metas adicionales?

En resumen, es a través de una versión dirigida de los mismos programas de ayuda de copagos (*Copay Assistance Programs*) que existen hoy—programas ofrecidas por la industria farmacéutica para subsidiar los deducibles y coaseguros de los pacientes de medicamentos de alto costo.

Se establece primero una **cubierta universal** de terapias de alto costo. Se incluirá todo medicamento que cuente con un programa de ayuda de copagos (*CAP*) que cubra como mínimo el *MOOP* (*Maximum Out-of-Pocket* de ACA) de los EEUU (actualmente $10,600 para el 2026, subiendo a $12,000 para el 2027) con un coaseguro base de un 40%.

¿Cómo se logran esas dos metas adicionales?

La combinación de esos dos elementos (que tenga un CAP y que dicho CAP cubra la totalidad del MOOP) a la vez logra que el costo para el paciente sea **$0** y que el costo de adquisición para el programa se reduzca aproximadamente a un **72%** del precio negociado del tratamiento, dado que el 40% de coaseguro se diluye a aprox un **28%** al limitarse a los $12,000 del MOOP de ACA para el 2027.

Lo importante de este aspecto de la estrategia es que se logra bajar sustancialmente el costo de adquisición, SIN trastocar la estructura de precios de estas terapias—algo importante para la industria farmacéutica para no impactar sus rebates a Medicaid (*MDRP*).

¿Cuánto costaría la prima del reaseguro mandatorio?

Típicamente los reaseguros se administran con un **deducible**—la cantidad que cubrirá la aseguradora, antes de entrar en vigor la cubierta del reaseguro (la cual cubriría el 90% del exceso del deducible). El deducible tiene una relación inversa con la prima. En otras palabras, el reducir el deducible sube la prima mientras que el incrementar el deducible baja la prima.

Para no estar expuestos a la variabilidad de los precios del mercado de reaseguro, este proyecto de ley fijaría la prima en **$35 pmpm** (por miembro por mes) y pondrá a los licitadores a competir por cuál puede ofrecer el **deducible más bajo** con ese precio establecido.

¿Cuál es el beneficio para los patronos?

Bajo este programa, el plan médico grupal de un patrono que experimenta uno o más casos de pacientes de terapias de alto costo dejará de afectarse adversamente por el costo asociado a estas terapias (por encima del deducible del reaseguro).

En vez de impactar su experiencia de reclamaciones con el 100% del peso económico del caso, sólo se le adjudicaría el deducible más el 10% del exceso del deducible.

¿Cuál es el beneficio para los patronos?

Por ejemplo, si el deducible se establece en unos **$4k** por mes (**$48k** por año), en un caso de alto impacto como un paciente de hemofilia o un paciente de angioedema hereditaria—tratamientos que frecuentemente exceden los $500k/año, la gran mayoría del costo dejaría de impactar adversamente el costo de ese plan al cubrirse por el reaseguro mandatorio.

En un caso de **$500k**, sólo unos **$93k** ($48k + 10% del exceso de $48k) impactarían la experiencia del plan mientras que los otros **$407k** se cubrirían por el reaseguro mandatorio.

Dispersión de Riesgo

Es importante considerar que un aspecto fundamental del programa de reaseguro mandatorio es contar con la mayor dispersión de riesgo posible. Precisamente por eso es que es mandatorio.

En ese sentido, patronos que hoy día no cuentan con pacientes de terapias de alto costo tendrán que igualmente cargar con su porción del riesgo diluido. Quizás hoy no tengan a estos pacientes en su grupo de asegurados pero sabemos que eso puede cambiar en cualquier momento y contar con el respaldo del reaseguro les cubre si llegan a ver un caso nuevo en su grupo.

Implantación

A nivel práctico, el primer año calendario posible para cobertura será el 2028 ya que no hay tiempo suficiente para pasar la legislación con efectividad para el 2027.

El proyecto también considera que tampoco es práctico pagar una prima de $35 pmpm a la misma vez que se estén cubriendo el costo de estos medicamentos tal y como se vayan utilizando. Por ende el proyecto tiene una provisión para acreditar los pagos a farmacias (y cualquier otro suplidor de estas terapias) en exceso del deducible con un mecanismo de *true-up* a fin de año.

Discusión con el Panel

Dudas y Preguntas del Público



Contacto

C. Eduardo Zetina
Principal Zetina Logixx, LLC

787.632.7400

ezetina@qinetixgroup.com

22 Ave. González Giusti
Suite 200

¡GRACIAS!

CAMARA DE COMERCIO
DE PUERTO RICO

Una Nueva ERA

Síguenos en:

camarapr.org | #CamaraComercioPR