

Informe Anual del Plan de Salud Confesional 2014

En julio de 2009, la 76.^a Convención General aprobó la Resolución A177 y su canon relacionado, por lo cual se estableció el Plan de Salud Confesional (Denominational Health Plan, DHP). La resolución exige al The Church Pension Fund (CPF) que administre el DHP, con beneficios de atención de salud que se proporcionarán a través de The Episcopal Church Medical Trust (Medical Trust), una filial de CPF.

De acuerdo con las disposiciones de la Resolución A177, el clero y los empleados laicos elegibles son aquellos que deben trabajar un mínimo de 1500 horas por año para cualquier diócesis, parroquia, misión, u otra organización u organismo eclesiástico nacional sujeto a la autoridad de la Iglesia. La implementación fue completada antes del 1 de enero de 2013.

La Resolución A177 tiene dos metas bien definidas y separadas, cada una de las cuales puede ser independiente:

1. Lograr una contención de costos para la Iglesia en vista del aumento constante de los costos de atención de salud.
2. Ofrecer acceso igualitario y paridad de financiamiento para los beneficios de atención de salud al clero y a los empleados laicos elegibles en las diócesis domésticas.

En julio de 2012, la 77.^a Convención General aprobó la Resolución B026 y su canon relacionado, con lo cual se afirmaron todos los requisitos de la Resolución A177, incluida la fecha de implementación del 1 de enero de 2013, pero se extendió el período para lograr la paridad en la participación en los costos entre el clero y los empleados laicos elegibles, hasta el 31 de diciembre de 2015.

La Resolución B026 también exhorta al Medical Trust a continuar reduciendo la disparidad en los costos entre las diócesis y a seguir explorando estrategias alternativas para lograr una participación más equitativa en los costos de la prima de atención de salud, incluidos medios alternativos para alcanzar dicha equidad antes del 31 de diciembre de 2015. La resolución también exige que el Medical Trust realice un informe escrito anual para el Comité Ejecutivo, la Cámara de Obispos, y la Junta de Síndicos de CPF; en dicho informe se debe detallar el progreso en la contención de costos y el logro de dicha equidad.

A pesar de que todas las diócesis domésticas, congregaciones, y misiones están requeridas a participar en el DHP, cada diócesis decide si sus escuelas, centros de atención de guardería y demás instituciones diocesanas estarán requeridas a participar. Las diócesis también deciden cuál será su política de gastos compartidos entre ellas, si ofrecerán o no beneficios de atención de salud a parejas de mismo género, y qué planes de salud de Medical Trust serán ofrecidos. Los empleados individuales pueden optar por no participar en el DHP si tienen cobertura a través de fuentes aprobadas tales como la cobertura del cónyuge o pareja, Tricare, o cobertura a través del Mercado de seguros de salud individuales si se proporciona verificación de calificación por créditos fiscales de prima federales. Los gerentes de relaciones en Cuentas de Beneficios Integrados Y Ventas (Integrated Benefits Account Management and Sales, IBAMS) del church Pension Group (CPG), trabajan con cada diócesis para ayudarlos a comprender sus opciones bajo el DHP, la preparación de un plan de implementación personalizado a

necesidades específicas, y asistir con cumplimiento mientras se les provee a sus empleados y a sí mismo recursos en línea, conferencias web, y herramientas.

Según se define en las secciones del informe que se presentan a continuación, la mayoría de las diócesis y parroquias han tenido un progreso material hacia la implementación de esta iniciativa, lo cual ha contribuido a los siguientes beneficios alcanzados del DHP:

- **La participación en el DHP se ha completado ampliamente:** A partir del 1 de enero de 2014, todas las diócesis domésticas participan en el DHP, con casi un cumplimiento total de la población del clero y los empleados laicos elegibles (excepto aquellos que tienen cobertura a través de otras fuentes aprobadas) recibiendo beneficios de atención de salud a través de Medical Trust.
- **El DHP continúa brindando contención de costos:** El aumento en el poder adquisitivo colectivo debido a la participación ampliada en Medical Trust ha permitido que DHP genere una contención de costos acumulados, lo cual deriva en un ahorro de aproximadamente 13%, o 69 millones USD, para la Iglesia desde 2012 a 2014. Estos ahorros se han trasladado directamente a la Iglesia a través de aumentos de tasa anual bajos para las diócesis y las instituciones participantes.
- **El DHP está logrando equidad en los costos de contribución de atención de salud:** Estos ahorros acumulados han permitido a Medical Trust tomar medidas significativas en el tratamiento de las disparidades en los niveles de las contribuciones anuales al comprimir la estructura de precios de 14 a 6 bandas desde el 2011 hasta el 2014. Acciones posteriores fueron tomadas durante la fijación de precios de 2015, reduciendo el margen de los grupos calificados de alto a bajo del ratio previo al DHP de 3:1 a un ratio de alrededor de 1.5:1. En otras palabras, cortamos el margen entre las diócesis de precio más alto y de precio más bajo por la mitad, incluyendo a más del 75% de las diócesis dentro del 5 % del nivel de calificación de la contribución general promedio de Medical Trust.

Diócesis no-domesticas

A pesar que las diócesis y las instituciones no-domesticas no son parte del DHP como se define en la Resolución A177, la resolución ordenaba al CPF a "continuar trabajando con la Diócesis de Colombia, la Convocatoria de iglesias americanas en Europa, la República Dominicana, Ecuador Central, Ecuador Litoral, Haití, Honduras, Micronesia, Taiwán, y Venezuela para realizar recomendaciones con relación a la provisión y financiación de beneficios de atención de salud a tales diócesis bajo el DHP". En respuesta a las diferentes limitaciones económicas y de acceso a la atención de salud en estos países, los Síndicos del CPF establecieron el Fondo de Asistencia Médica (Fund for Medical Assistance, FMA) en 2010 durante un periodo piloto de cinco años. El FMA proporciona reembolsos al clero y a los empleados laicos elegibles de tiempo completo en las diócesis no-domesticas por ciertos gastos de atención de salud que no estarían cubiertos de otra manera por programas de seguros públicos o privados. En 2014, los Síndicos del CPF aprobaron una ampliación de tres años del FMA, y extendieron la elegibilidad, simplificaron el proceso de aplicación, y permitieron mayor flexibilidad en el acceso a los fondos disponibles con el fin de promover un uso mayor.

I. Participación

El propósito de la participación obligatoria del DHP es la contención de costos, con el objetivo de generar escala y ahorros a través de una coalición episcopal para la compra de beneficios de salud. De acuerdo con la Resolución B026, se afirmó la naturaleza "integral" del DHP, al igual que la fecha de implementación original del 1 de enero de 2013, cuando todas las diócesis domésticas, parroquias, misiones y demás organizaciones y organismos eclesiásticos sujetos a la autoridad de la Iglesia debían ofrecer planes de salud de Medical Trust a su clero y

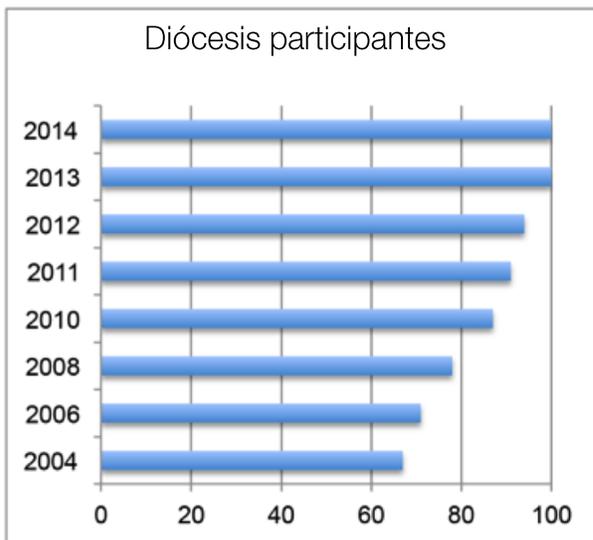
empleados laicos que tienen programado trabajar al menos 1500 horas por año. La excepción a este requisito es que las diócesis deben determinar si sus escuelas, centros de atención de guardería, y demás instituciones diocesanas están requeridas a participar en el DHP o si estas organizaciones participarán voluntariamente.

Desde enero de 2014, todas las diócesis domésticas y 48 grupos adicionales han participado en el DHP (consultar las Muestras A y B para el crecimiento en los grupos participantes desde 2004 hasta 2014). Los grupos adicionales constan de diversas instituciones obligatorias grandes y varias escuelas, campamentos, centros de conferencias, y otras agencias de la Iglesia. La inscripción actual en los planes de Medical Trust ofrecidos en el DHP representa un total

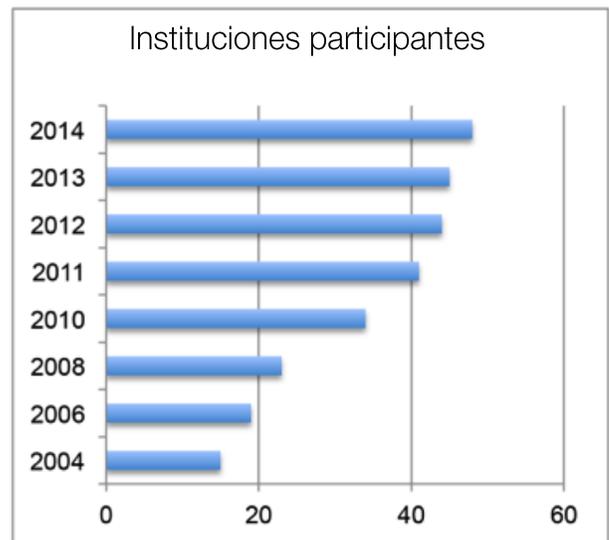
de 13,900 hogares (26,000 miembros en total, incluyendo dependientes con cobertura). Los recientes niveles de participación actuales han superado el cálculo aproximado del Estudio de viabilidad de DHP de 13,061 hogares para un DHP totalmente implementado.

Según los datos disponibles, la población inscrita en el DHP actual representa casi toda la población elegible de la Iglesia (excepto aquellos que tienen cobertura a través de otras fuentes aprobadas). Los gerentes de relaciones de IBAMS del CPG continuarán llegando a los administradores del grupo para validar datos de participación y discutir los próximos pasos para la inscripción del clero y los empleados laicos restantes en congregaciones no participantes que no pueden demostrar estar cubiertos por una fuente aprobada.

Muestra A



Muestra B



II. Contención de costos

El panorama de la atención de salud se encuentra en un estado persistente de cambio, y estas transformaciones continuarán teniendo un impacto en los costos de 2015 y posteriormente.

Muchos factores impactan en la tendencia de costos de la atención de salud general: algunos continúan aplicando presión ascendente, mientras otros moderan influencias. Se espera que el impacto combinado de estos factores continúe manteniendo los aumentos anuales en el costo de la atención de salud por encima de la tasa de inflación general de los EE. UU., como también los incrementos de los salarios de los trabajadores y el crecimiento económico. Para los grandes empleadores de los EE. UU. en 2015, las principales consultoras y el Grupo empresarial nacional sobre salud estimaron incrementos promedio de costos por beneficios de salud oscilando entre 6.5% y 8.0%. Como en 2014, está previsto un amplio rango de incrementos para los pequeños

empleadores de los EE. UU. y para planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud individuales.

Medical Trust se esfuerza constantemente por contener los aumentos en los costos, mientras continúa proporcionando beneficios de atención de salud sólidos y de alta calidad y servicio consistente. Con el fin de lograr las menores tarifas posibles para nuestros miembros, Medical Trust:

- Evalúa continuamente nuestros diseños de plan por calidad y valor
- Aprovecha nuestro creciente poder adquisitivo dentro de nuestras negociaciones con nuestros proveedores para lograr el máximo ahorro en la administración del plan
- Participa en coaliciones de compra de grupos con otras denominaciones, tales como negociaciones de contratos para medicamentos recetados con Express Scripts
- Gestiona de forma proactiva nuestras operaciones para impulsar una continua rentabilidad
- Explora oportunidades adicionales de ahorro de costos que se desarrollan en el emergente mercado de la atención de salud
- Fomenta a los miembros a tomar una responsabilidad activa por su propia salud y bienestar comprometiéndolos a través de programas educativos y otros recursos en colaboración con nuestros grupos participantes.

La contención de costos continúa impulsando el ahorro para la Iglesia. La contención de costos es una meta clave del DHP y un enfoque constante de Medical Trust. El DHP ha podido impulsar una contención de costos acumulada, lo cual deriva en un ahorro de aproximadamente 13%, o 69 millones USD, para la Iglesia desde 2012 hasta 2014. Esto se compara favorablemente con el total acumulado estimado de ahorros esperados del Estudio de viabilidad del 10% para un DHP completamente implementado. Estos ahorros se han trasladado directamente a la Iglesia a través de aumentos de la tasa anual bajos para las diócesis y las instituciones participantes desde 2009 hasta 2014. Para poner esto en perspectiva, desde 2010 hasta 2014, las primas de seguro de salud de los empleadores en los EE. UU. aumentaron de 5% a 11% anualmente (asumiendo que los individuos se mantuvieron en los mismos planes), mientras que los aumentos de Medical Trust promediaron de 4.3% a 6.0% sobre una base anual (asumiendo que los individuos se mantuvieron en los mismos planes).

El 90% de cada dólar recaudado se destinará para pagar los beneficios de participantes en 2014. Medical Trust se esfuerza constantemente por contener los aumentos en los costos al abordar los factores dentro de su control mientras continúa proporcionando beneficios de atención de salud sólidos y de alta calidad y servicio consistente al clero, los empleados laicos, y sus dependientes cubiertos. Los objetivos clave de Medical Trust continúan enfocándose en contener y estabilizar los costos, al proporcionar ahorros para la Iglesia y hacer que la disposición constante de beneficios de atención de salud brindados por la Iglesia sea sostenible.

En 2014, Medical Trust gastará el 90% de cada dólar recolectado para pagar reclamaciones, y el restante de cada dólar irá para las tarifas de servicios administrativos de proveedores y gastos de Medical Trust para administrar el DHP y brindar servicios relacionados, como facturación y recaudación, defensa de miembros y educación de miembros y clientes. Cualquier dólar restante se devuelve a superávit de miembros para ayudar con la sostenibilidad financiera y absorber fluctuaciones de reclamaciones imprevistas futuras. El nivel actual del 90% se encuentra muy por encima de los requisitos legislativos mínimos del 85% para seguros grupales grandes y del 80% para seguros de grupos pequeños (normalmente definidos como grupos con menos de 50 empleados), y ha mejorado de forma continua desde principios de la

implementación del DHP. Medical Trust ha experimentado un aumento significativo en el número y tamaño de las reclamaciones grandes pagadas en 2014 y ha usado los superávits acumulados para absorber los niveles de reclamaciones más altos de lo esperado. Medical Trust también ha utilizado los superávits acumulados para pagar aproximadamente \$1.6 millones USD por honorarios requeridos bajo Affordable Care Act (ACA), tales como el Cargo por reaseguro transitorio y el Cargo por fideicomiso de investigación de resultados orientados en el paciente, en vez de trasladar estos cargos a las diócesis e instituciones participantes.

Los diseños de planes de DHP continúan proporcionando niveles altos de beneficios y servicios. La incorporación de las diócesis que no participaron previamente en Medical Trust, las tendencias nacionales en la industria de atención de salud, la economía cambiante, y la aprobación de la reforma de la atención de salud han generado la necesidad de una variedad más amplia de diseños de planes que la oferta del modelo de DHP inicial. Durante los últimos años, Medical Trust ha continuado siendo flexible con respecto a la necesidad de cambios en nuestra variedad de productos mientras que es consciente de la complejidad administrativa de la administración de los planes.

Para 2015, no se realizaron cambios en la variedad de productos de planes médicos ofrecidos por Medical Trust. Las áreas de enfoque para 2015 fueron la referencia de los servicios cubiertos elegibles y el cumplimiento de los programas ACA y de gestión médica. Como resultado, empezando en 2015, los beneficios cubiertos serán ampliados para incluir lo siguiente: (1) tratamiento de infertilidad con máximos de médicos y de medicamentos recetados de por vida separados, (2) análisis aplicado de comportamiento (Terapia ABA) para niños con trastorno del espectro autista, y (3) beneficios de transición médica para individuos transgénero, incluyendo cirugías de reasignación de sexo y terapias de reemplazo hormonal. También en 2015, se implementarán programas de gestión médica con todos los proveedores para apoyar necesidades médicas más imperativas y criterios basados en resultados.

Antes y durante 2014, Medical Trust monitoreó de cerca el lanzamiento del Mercado de seguros de salud individual creado por el ACA. Como se esperaba, la amplia mayoría de los participantes en el Mercado (más del 80%) se inscribieron en los planes Plata o Bronce (el plan paga el 70% o el 60%, respectivamente de los costos en promedio). Las ofertas prevalecientes para la Iglesia Episcopal continúan incluyendo niveles de beneficios más generosos con casi el 87 % de los participantes de Medical Trust inscritos en los Planes Platino (plan que paga el 90% de los costos en promedio) incluso cuando los planes de Oro y Plata son ofrecidos. Una investigación reciente llevada a cabo por la firma de consultoría de gestión McKinsey & Company sugiere que casi el 50% de los planes en el Mercado utilizan redes angostas (definidas como redes que incluyen solamente del 30% al 70% de los hospitales que se encuentran en las redes más amplias). Todos los planes de Medical Trust continúan usando redes de proveedores amplias y nacionales con el fin de proporcionar al clero y a los empleados laicos mayor acceso a hospitales y médicos y facilitar su movilidad.

Medical Trust también realizó una extensa revisión de las tarifas correspondientes a las primas de 2014 dentro del Mercado de seguros de salud individual. Al acceder a la base de datos de Aon Hewitt Consulting, pudimos coincidir las tarifas de los planes de contribución actuales de Medical Trust con las tarifas del Mercado a nivel de participante individual. Una verificación a nivel nacional mostró que el promedio de las tarifas de Medical Trust fueron aproximadamente un 2% menores que las tarifas promedio del Mercado. También comparamos los planes menos y más caros en cada mercado con las tarifas de Medical Trust y encontramos que las tarifas oscilaban más o menos un 30% en la mayoría de los mercados, demostrando que existen planes con calificaciones materialmente más bajas o altas en casi todos los mercados, dependiendo de la penetración de los planes de red angosta, los hospitales locales y la competencia entre los médicos, y el número de planes de salud que hacen ofertas en el Mercado.

Medical Trust continuará revisando y evaluando éstas y otras tendencias de los mercados emergentes y su encaje potencial con las opciones disponibles de diseños de plan DHP, incorporando aquellas que agregan valor y trabajando en colaboración con nuestros clientes para asegurar que la oferta de diseños de plan equilibre apropiadamente la amplitud de ofertas con una sólida administración financiera. A medida que surjan los cambios esperados en el mercado de atención de salud, Medical Trust reevaluará la variedad global de los diseños de planes y las ofertas de proveedores para asegurarse de que se sigan satisfaciendo las necesidades de nuestros clientes y miembros, mientras se aprovechan las oportunidades de valor mejorado y eficiencia en los costos, y continuamos siendo competitivos con las ofertas de mercado local y los niveles de tarifas de prima.

III. Participación equitativa en los costos de primas de la atención de salud

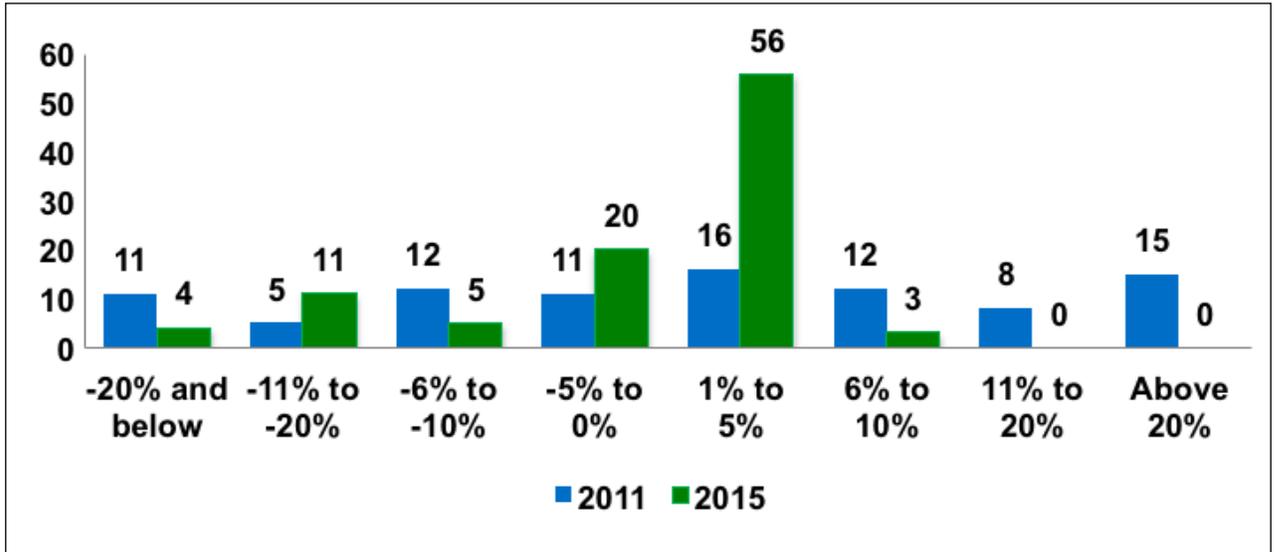
La Resolución B026 también insta a Medical Trust a continuar reduciendo la disparidad en los costos entre las diócesis y a seguir explorando estrategias alternativas para lograr una participación más equitativa de los costos de la prima de atención de salud, incluyendo medios alternativos para alcanzar dicha equidad antes del 31 de diciembre de 2015.

Medical Trust despliega un proceso anual de fijación de precios de dos pasos. La agrupación de todos los participantes de Medical Trust es el primer paso del proceso. En este paso, Medical Trust utiliza el poder adquisitivo colectivo más grande del DHP con el fin de lograr los mejores términos financieros de parte de proveedores y luego establece la contribución general que debe ser pagada por todos los participantes del DHP en el agregado para cubrir los costos esperados.

La determinación de las tarifas de contribución anuales por cada grupo local y regional tiene lugar en la segunda parte del proceso de fijación de precios. La metodología de precios estándar de Medical Trust tiene en cuenta las características demográficas de cada grupo (edad, sexo, composición familiar) y el costo de los servicios de atención de salud en la ubicación geográfica del grupo. Antes del paso del DHP, Medical Trust operaba con 14 bandas de precios (donde las tarifas de la banda 14 eran aproximadamente tres veces el nivel de las tarifas de la banda 1). La implementación de la compresión de bandas redujo el número de 14 a 10 en 2012, llegando a 6 en 2014. Se logró mayor progreso en las renovaciones de 2015 trasladando los aumentos menores al promedio a los grupos de mayor calificación restantes. Estas acciones resultaron en una compresión del margen de los grupos calificados de alto a bajo del ratio previo al DHP de 3:1 a un ratio de alrededor de 1.5:1. En otras palabras, cortamos el margen entre las diócesis de precio más alto y de precio más bajo por la mitad, incluyendo a más del 75 % de los grupos dentro del 5 % de la tarifa de libro de negocios promedio de Medical Trust (Ver Muestra C). Para alcanzar estos resultados, Medical Trust modificó su metodología estándar para permitir una participación más equitativa en los costos de contribuciones de atención de salud mientras se aplicaban aumentos graduales a los grupos de menor precio.

La estrategia de compresión de banda de Medical Trust proporcionó flexibilidad para reducir la disparidad entre aquellos apreciados en niveles de tarifas menores y mayores pero también ha resultado en tarifas que no son tan competitivas (hasta 25% o mayores) con el mercado local para ciertas diócesis. Anticipamos que las migraciones posteriores serán menos significativas a medida que buscamos balancear el compartir costos de forma equitativa con la competencia del mercado local. De hecho, Medical Trust continuará explorando oportunidades adicionales para proporcionar mayor equidad en los costos de contribución de atención de salud sin deteriorar materialmente la competitividad del DHP a niveles locales y regionales.

Muestra C - Las tarifas de las diócesis versus la tarifa promedio de Medical Trust



Nota: La Muestra C ilustra el impacto de la compresión de bandas de precio de Medical Trust de 2011 (barras azules) a 2015 (barras verdes) comparando la distribución de las tarifas de contribución de las diócesis versus el nivel de tarifa de libro de negocio promedio de Medical Trust desde la actualidad hasta antes de la compresión de bandas. Más notablemente, el número de diócesis que se encuentran dentro del 5 % del nivel de tarifa promedio de Medical Trust ha aumentado de 27 a 76 desde 2011 hasta 2015.