

Comité Asesor de Medicaid - Reunión MAC

Lunes, 3 de agosto de 2020

MINUTOS

Hora: Inicio-1:04 pm Fin-3:16 pm Ubicación: GoToMeeting

Presidente: Larry A. Martinez, Presbyterian Medical Services

Grabadora: Alysia Beltran, Medical Assistance Division

Miembros del comité
Sylvia Barela, Santa Fe Recovery Center
Jeff Bustamante, BeWellNM
Ruby Ann Esquibel, LFC
Kurt Rager, Lutheran Advocacy Ministry NM
Gary Housepian, Disability Rights NM
Kathy Kunkel, NM DOH
Kristina Leeper, NMMIP
Meggin Lorrino, NM Association for Home & Hospice Care
Rick Madden, Family Physician
Rodney McNease, UNMH
Travis Renville, NDC
Nancy Rodriguez, NM Alliance of School-Based Health Care
Laurence Shandler, Pediatrician
Dale Tinker, NM Pharmacists Association
Vicente Vargas, NM Health Care Association

Brian Blalock, NM CYFD
Jeff Dye, NM Hospital Association
Eileen Goode, NM Primary Care Association
Katrina Hotrum-Lopez, NM ALTSD
Sharon Huerta, BCBSNM
Liz Lacouture, PHS
Ellen Leitzer, Senior Citizens Law Office
Carol Luna-Anderson, The Life Link
Sireesha Manne, NM Center on Law & Poverty
Carolyn Montoya, UNM College of Nursing
Sharon Finarelli, NM Alliance of Health Councils
Buffie Ann Saavedra, AARP
Latha Shankar, WSCC
Russ Toal, OSI
Anthony Yepa, Indian Pueblos Council

Miembros ausentes:
Brian Blalock, NM CYFD
Travis Renville, NDC
Anthony Yepa, Indian Pueblos Council

Kathy Kunkel, NM DOH
Buffie Ann Saavedra, AARP
Ellen Leitzer, Senior Citizens Law Office

Personal y

visitantes asistentes:
Nicole Comeaux, State Medicaid Director
Elisa Moran-Walker, HSD/MAD Deputy Director
Valerie Tapia, MAD
Angelica Bruhnke, Versatile Med Analytics
Carolyn Griego, WSCC
Colin Baillio, OSI
Dauna Howerton, BHSD
Erica Archuleta, MAD
Jenny Felmley, LFC
Karen Wiley, NMDVR
Mike Nelson, Tri Core
Nat Dean, Disability Advocacy
Quinn Lopez, WSCC
Samantha Storsberg, HSD

Megan Pfeffer, HSD/MAD Deputy Director
Lorelei Kellogg, HSD/MAD Deputy Director
Carmen Juarez, MAD
Annabelle Martinez, MAD
Cathy Salazar, Parents Reaching Out
Cynthia Romero, HSD
Devi Gajapathi, MAD
Erin Colgan, AmeriHealth Caritas
Jim Jackson, DRNM
Kim Carter, MAD
Loretta Cordova, HSD
Neal Bowen, BHSD
Roy Jeffus,
Susie Kimble, BHPC

Linda Gonzales, HSD/MAD Deputy Director
Abuko Estrada, HSD/MAD
Alicia Bernal, MAD
Carlos Ulibarri, MAD
Christopher Cameron, WSCC
Dan Lanari
Ellen Pinnes,
Jennifer Vigil, MAD
Juanita Reese, HSD
Marilyn Bennett, New Vistas
Marla Shoats,
Pei Huang, MAD
Scott Allocco, Sellers Dorsey
Tallie Tolen, MAD

Tamara Espinoza,
 Wade Carlson, CYFD
 Alan Shugart,
 Coleen Fong,
 Jean Ritter, Zealand Pharma
 Kathy Slater-Huff, HSD
 Kristen Tjaden, Viiv Health Care
 Mary Eden, PHS
 Susan Mathers, HSD

Tara McKinley,
 Wanicha Burapa, MAD
 Barbara Webber, Health Action NM
 Cristobal Munoz,
 Jeanne McLaws,
 Kelly Klundt, NM Legislative
 Leon Lopez, Santa Fe Recovery
 Patsy Nelson,
 Tiffany Wynn, BHSD

Theresa Belanger, MAD
 Rick Hernandez,
 Charles, NM Legislative
 Ellen Interlandi,
 Jennifer Swanberg, HSD
 Kendra Garcia, New Vistas
 Lisa Howley, HSD
 Patty Kehoe,
 Waymond Morris,

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
1. Protocolos de reunión	<p>La directora Nicole Comeaux presentó una descripción general de las reuniones protocolos</p> <p>Todos deberían estar acostumbrándose a las diferentes plataformas a estas alturas. Estamos utilizando GoTo Meeting. Hay un recordatorio en el chat para actualizar su nombre y dirección de correo electrónico en asistentes. Se enumeran instrucciones sobre cómo hacerlo. Algunos recordatorios amistosos durante la reunión de hoy: por favor, silencio los micrófonos cuando no hable, los miembros del comité pueden hacer preguntas durante la presentación, la función de chat estará abierta para los comentarios del público durante toda la presentación, junto con un período abierto al final para los demás. para hablar y dar su comentario público. Los presentadores incluyen a Nicole Comeaux, Larry Martinez y Elisa Walker-Moran. Finalmente esta reunión se está grabando y estará disponible para el público en una fecha posterior..</p>	Ninguna	Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado
2. Presentaciones	<p>Larry Martinez convocó la reunión y dirigió las presentaciones</p> <p>El presidente Martínez reconoció las jubilaciones de dos miembros del comité y les agradeció su servicio: jubilarse. Ruth Hoff-man con el Ministerio de Defensa Luterana de Nuevo México y Terry Rodríguez con la Alianza de Consejos de Salud de Nuevo México. El presidente Martínez dio la bienvenida a dos nuevos miembros del comité: Sharon Finarelli de la Alianza de Consejos de Salud de NM y Kurt Rager del Ministerio de Defensa Luterana de NM. El presidente Martínez llevó lista a todos los miembros del comité.</p>	Ninguna	Larry Martinez, Presidente del MAC	Terminado
3. Aprobación de la Agenda	La agenda de la reunión fue aprobada por todos los miembros del Comité presentes, sin cambios recomendados.	Ninguna	Larry Martinez, Presidente del MAC	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
4. Aprobación de los Minutos (Acta)	El comité aprobó el acta de la reunión del 27 de abril de 2020.	Las actas finali-zadas se publi-carán en el sitio web del HSD..	HSD/MAD Direc-tor's office	Terminado
5. Actualización de la Directora MAD	<p>La directora Nicole Comeaux presentó la Actualización del Director de la División de Asistencia Médica (MAD)</p> <p>Felicidades: Felicitaciones a Kari Armijo por haber sido ascendida a Subsecretaria y felicitaciones a Lorelei Kellogg por ser la nueva Subdirectora de Programas en MAD.</p> <p>Medicaid proporcionó actualizaciones sobre la respuesta de emergencia de salud pública y una descripción general de las proyecciones presupuestarias de Medicaid. Se proporcionó una descripción general de las posibles medidas de reducción de costos, así como de los presupuestos estatales y de Medicaid.</p> <p>Esfuerzos de respuesta al COVID-19 del Departamento de Servicios Humanos: La División de Asistencia Médica (MAD) ha recibido la aprobación de 18 exenciones. MAD está ahora en el proceso de hacer algunos ajustes a las exenciones a medida que ha evolucionado la emergencia de salud pública. MAD también recibió la aprobación de cinco Enmiendas al Plan Estatal (SPA), que eran SPA de emergencia para cambiar las tarifas. La División de Apoyo a los Ingresos (ISD) ha recibido 11 exenciones aprobadas y se otorgaron cuatro programas de flexibilidad.</p> <p>Respuesta de MAD COVID-19 - Reducir la carga administrativa y el apoyo financiero para proveedores: Descripción general de alto nivel de los esfuerzos que MAD ha realizado y que se incluyen en las exenciones mencionadas para reducir la carga administrativa y brindar apoyo financiero a los proveedores. Esta información se publica en el sitio web para cualquier persona que pueda tener preguntas sobre estos esfuerzos..</p> <p>Respuesta de MAD COVID-19 - Protección y ampliación del acceso a la cobertura y la atención para los nuevos mexicanos: Lista de alto nivel de los esfuerzos que se han realizado para proteger y ampliar el acceso a la cobertura y la atención de los habitantes de Nuevo México. Se ha realizado un gran esfuerzo para crear este paraguas de cobertura coordinada para los nuevos mexicanos entre las diversas entidades.</p>	Ninguna	Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>Otras prioridades principales de MAD: En medio de la pandemia, todavía existe el trabajo normal de Medicaid. Estas son otras de las principales prioridades clave que han tenido lugar con la respuesta a la pandemia. Algunos de estos son particularmente importantes para los miembros del comité y los representantes públicos presentes. Se enumeran el trabajo y las prioridades que aún están ocurriendo. Consulte las diapositivas 13 y 14 para obtener una lista completa de las prioridades MAD enumeradas por oficina.</p> <p>Alivio federal del coronavirus</p> <p>Resumen de la legislación federal: Esta es una descripción general de los paquetes de ayuda federal que el congreso ha otorgado hasta la fecha para responder a la emergencia de salud pública. Hay dos leyes clave que han impactado a Medicaid de manera más significativa, que son la Ley de Respuesta al Coronavirus de Familias Primero (FFCR) y la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica para el Coronavirus (CARES). FFCR es una pieza de legislación fundamental para Medicaid porque, al afectar esa legislación, el Congreso tomó medidas significativas para salvaguardar los beneficios de Medicaid al aumentar temporalmente la tasa de igualación de Medicaid federal (FMAP) en 6.2 puntos porcentuales con los requisitos. Han proporcionado pruebas gratuitas para el coronavirus sin costo compartido y han permitido a los estados extender la cobertura de Medicaid para las pruebas a las personas sin seguro. También han fortalecido la asistencia alimentaria, mejorado la ayuda por desempleo y establecido licencias pagadas. La Ley CARES puso en marcha un alivio significativo para los proveedores en forma del Fondo de Ayuda para Proveedores.</p> <p>Aumento de la igualación de Medicaid: mantenimiento del requisito de esfuerzo: Los estados deben dar fe del cumplimiento de los requisitos legales a continuación para recibir el aumento del 6.2 por ciento y si violan estos términos, se les requerirá que devuelvan todos los fondos federales adicionales. Los requisitos son: No hay nuevos requisitos de elegibilidad e inscripción que sean más restrictivos que los vigentes antes de la Emergencia de salud pública (PHE), sin costos compartidos para las pruebas, sin aumentos en las primas y sin cancelación de la inscripción durante la declaración de PHE. Antes de la emergencia, Nuevo México tenía un promedio de siete mil cancelaciones de inscripción por mes, lo que representa el 0.84 por ciento de la membresía.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>Fondo Federal de Ayuda para Proveedores (PRF): Salud y Servicios Humanos (HHS) ha dispersado o anunciado el desembolso de aproximadamente \$106 mil millones del total de \$175 mil millones asignados al PRF. Esto deja aproximadamente \$69 mil millones para reembolsos a dentistas y personas sin seguro, así como a tramos de financiamiento posteriores. El HHS había declarado que emitiría otros \$10 mil millones para los puntos críticos, pero con los casos aumentando drásticamente en todo el país, es posible que la agencia deba modificar la fórmula anterior o aumentar la cantidad del tramo.</p> <p>Impacto de la FFRCA en los presupuestos estatales: Los aumentos de la tasa de contrapartida federal de Medicaid (FMAP) durante las crisis de salud pública, los desastres naturales o las recesiones económicas tienen como objetivo ayudar a los estados a abordar los costos más altos de Medicaid como resultado de una mayor inscripción a medida que las personas pierden sus trabajos o ven reducidas sus horas o salarios y se vuelven elegibles para Seguro de enfermedad. También permite un mayor apoyo financiero a la red de seguridad de la atención médica que atiende de manera desproporcionada a los beneficiarios de Medicaid (y a los no asegurados) y es probable que enfrente un estrés severo y creciente en las próximas semanas y meses. Con el crecimiento, el 6.2 por ciento no va a ser suficiente para cubrir el crecimiento de la población. MAD ha estado trabajando con otros estados, la Asociación Nacional de Gobernadores, la Delegación del Congreso y la Asociación Nacional de Directores de Medicaid (NAMD) en apoyo de una solicitud conjunta de que el próximo paquete de publicación federal incluya otro 5.8 por ciento, tomando el FMAP total al 12 por ciento. Creemos que con este nivel de apoyo podremos cubrir nuestro déficit anticipado y brindar el apoyo muy necesario a la red de seguridad que atiende de manera desproporcionada a los beneficiarios de Medicaid.</p> <p>6.2% Cronograma de extensión FMAP: El 31 de enero de 2020, el secretario Azar declaró por primera vez al COVID-19 una emergencia de salud pública a nivel nacional utilizando su autoridad bajo la Sección 319 de la Ley del Servicio de Salud Pública. Bajo la Sec. 319, el Secretario puede extender la declaración de PHE por períodos subsecuentes de 90 días mientras el PHE continúe existiendo. El 26 de abril de 2020, el Secretario Azar emitió una renovación de la determinación cuyo vencimiento estaba programado para el 25 de julio de 2020. El 25 de julio de 2020, la declaración más reciente entrará en vigencia hasta el 23 de octubre de 2020, a menos que el Secretario Azar determine que el PHE ha dejado de existir antes de esa fecha.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p style="text-align: center;">Duración de los aumentos de FMAP:</p> <p>La expansión de la tasa de contrapartida federal de Medicaid (FMAP) se reduce nuevamente el 1 de enero de 2019 al 93 por ciento y el 1 de enero de 2020 al 90 por ciento. Para la reautorización del Programa de seguro médico para niños (CHIP), el 100 por ciento venció el 30 de septiembre de 2019, la eliminación aumentó al E-FMAP de los estados en un 11.5 por ciento hasta el 30 de septiembre de 2020, y el E-FMAP se revierte en octubre 1 de enero de 2020. Como resultado de la FFCRA, el año fiscal 20 recibe un aumento de FMAP del 6.2 por ciento para los meses de enero a diciembre de 2020. Se proyecta que el año fiscal 21 recibirá un aumento de FMAP del 6.2 por ciento para los meses de octubre a Diciembre de 2020. Durará hasta el final del trimestre en el que finalice la emergencia de salud pública. Las pruebas COVID-19 y los servicios relacionados para personas sin seguro son 100 por ciento de participación financiera federal (FFP).</p> <p style="text-align: center;">Medicaid FMAP y 6.2% de aumento de impacto:</p> <p>FFP federal y estatal pre-PHE: para un FFY estatal, el FFP combinado es 78,75% de coincidencia federal, 21,25% de coincidencia estatal, que es una proporción federal a estatal de \$ 3,71. FFP federal y estatal ajustado a la política: el FFP federal con un 6.2 por ciento es un FFP combinado para el año fiscal estatal del 80.60% con un FFP estatal con un 6.2 por ciento es del 19.40% con una proporción federal a estatal de \$4.15, que en general conduce a una 19 por ciento de probabilidad de 6.2 por ciento.</p> <p style="text-align: center;">Impacto del dólar en el fondo general debido al aumento de 6.2% de FMAP:</p> <p>En SFY20 trimestres tres y cuatro, el impacto de 6.2 por ciento por programa del AF20 fue un total de 137 mil. En SFY21 trimestres uno y dos, el impacto FMAP de 6.2 por ciento del año fiscal 21 por programa total fue de 148 mil.</p> <p style="text-align: center;">Grupos que creen que el 6.2% del FMAP es insuficiente para financiar el crecimiento de los costos médicos en la pandemia::</p> <p>Estos son algunos aspectos destacados que se mencionaron anteriormente. Estas organizaciones y muchas otras están con nosotros lo suficientemente cerca como para cubrir el crecimiento y el aumento de los miembros de Medicaid. El 6.2 por ciento es menos de lo que los estados necesitan para cubrir el déficit presupuestario que resultará en un aumento de incluso 1 por ciento en el desempleo. De febrero a mayo, la tasa de desempleo en Nuevo México aumentó de 4.8 por ciento a 9.2 por ciento. Existe una necesidad crítica de mayores aumentos de FMAP para sostener los programas estatales de Medicaid durante la crisis económica.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p style="text-align: center;">Soporte de proveedores de emergencia</p> <p>Aumentos de tarifas de proveedores de Medicaid relacionados con COVID-19: Algunos de estos pagos aún están en proceso con el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y algunos requieren trabajo retroactivo. Estos gastos se presupuestaron en el año fiscal 2020 y se aplicarán retroactivamente. Trabajaremos con las organizaciones de atención administrada para asegurarnos de que se realicen los pagos. Estarán agotando al final del trimestre. Existe una excepción para el aumento del hospital y posiblemente otro pago. CMS ha trabajado con los estados en una gran cantidad de flexibilidad. También han puesto en marcha algunos desafíos importantes para tratar de trabajar dentro de los presupuestos de sus estados y también hacer cambios rápidos en los pagos como resultado de la volatilidad. Estos pagos que se enumeran serán retroactivos del trimestre que comenzó en abril y finalizó en junio, con la excepción del pago del hospital y posiblemente otro pago. Esta lista se puede encontrar en la diapositiva 27.</p> <p>Aumentos de tarifas de proveedores de Medicaid relacionados con COVID: En marzo, cuando se cerraron la mayor parte de las funciones hospitalarias, se identificó rápidamente que los hospitales enfrentarían graves déficits de ingresos. Además, otros proveedores mencionaron aumentos en el costo de la atención para el equipo de protección personal (PPE), los sistemas de comunicaciones electrónicas (por ejemplo, para televisores y personal de teletrabajo). El gobierno federal proporcionó ayuda financiera a algunos proveedores, pero no a todos. HSD calculó que la reducción temporal de los ingresos totales del proveedor sería de \$65 millones negativos y presentó exenciones de CMS para aumentar el pago del proveedor. En el pasado, hemos aumentado las tasas de capitación de las MCO para cubrir las mayores tasas de los proveedores. En este caso no lo hicimos.</p>			
6. Proyecciones de Presupuesto de Medicaid	<p>La subdirectora, Elisa Walker-Moran, presentó las proyecciones presupuestarias de Medicaid:</p> <p>Principios rectores de Medicaid: Nuestros principios rectores describen que, como uno de los mayores contribuyentes del estado y que crece día a día, tenemos la responsabilidad de garantizar que los proveedores de atención médica reciban un pago justo para que puedan atendernos a todos; Lo hacemos con el objetivo de aprovechar al máximo los fondos federales siempre con estricto apego a la ley que rige este programa.</p> <p>Proyección del presupuesto de Medicaid: La proyección del presupuesto de Medicaid es producida trimestralmente por economistas de</p>	Ninguna	Elisa Walker-Moran, Deputy Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>la Oficina de Informes y Planificación Presupuestaria de la División de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. El equipo ha tomado medidas para cambiar la proyección de enero a diciembre (esto limitará nuestros datos para esa proyección), pero abordará el problema de la proyección que se publicará después de haber tenido que reunirnos con la legislatura en enero.</p> <p>Riesgos para el presupuesto: Existen algunos riesgos para el presupuesto de Medicaid que incluyen los siguientes: Disminución de los ingresos del Fondo General por concepto de petróleo y gas, Crisis económica y de salud prolongada, Cambios continuos en la inscripción, Duración y cantidad de contribución federal aumentada, Bienestar financiero de los proveedores y futuras tarifas de atención administrada.</p> <p>Resumen del presupuesto para el año fiscal (AF) 19, AF20 y AF21: Actualización del presupuesto de Medicaid: Gastos Esta proyección presupuestaria incluye revisiones significativas relacionadas con COVID-19, cambios en la inscripción, el panorama económico actual y la política de estímulo. En el año fiscal 2019, cambio de \$7.8 millones en gastos debido al cambio en la presentación de los servicios clínicos (CS) y recuperaciones adicionales de HMS. En el año fiscal 2020, el cambio de \$25 millones en los gastos se debe principalmente a pequeñas reducciones en las líneas de pago por servicio (FFS), cambios en la inscripción de la Organización de atención administrada (MCO), eliminación del posible aumento del presupuesto del Fondo de seguros de Medicaid de Nuevo México (NMMIP) y cambio de \$1 de farmacia costo de la tarifa de despacho en la acera que no puede ser retroactivo, por lo que se ha trasladado al año fiscal 21. En el año fiscal 21, cambio de \$170 millones en gastos debido a cambios en la inscripción, y \$66 millones en la extensión de 1 trimestre del aumento de tarifas para hospitales de atención aguda. Ingresos: La necesidad de fondos generales para el año fiscal 2019 es ahora de \$918.6 millones. Esta es una disminución de \$5,1 millones con respecto a la proyección de marzo de 2020. Hasta la fecha, HSD ha revertido \$10.3 millones. Esta cantidad de reversión no se incluyó previamente. El superávit del año fiscal 2019 es de \$4.9 millones. Un aumento de \$5.1 millones después de tener en cuenta la inclusión del monto de reversión. Hay un cambio de \$1.0 millones que afectó el año fiscal 2020 que se debe principalmente a la Parte D de Medicare, que es 100% GF de la tasa de recuperación reducida del 6.2% de los Porcentajes de Asistencia Médica Federal (FMAP) y la reducción de IGT de UNM. La mayor parte del superávit se debe a recibir el FMAP del 6.2 por ciento de enero al 30 de junio. Esa cantidad se incorporó a las proyecciones de</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>marzo y anteriormente había un superávit. Si no hubiéramos recibido ese FMAP del 6.2 por ciento, estaríamos experimentando un déficit. En el año fiscal 21, nuestra necesidad GF está creciendo un poco más de \$1 mil millones y nuestro déficit es poco menos de \$72 millones. Ese déficit proviene de la inclusión del FMAP del 6.2 por ciento. Además, hay \$148 millones para GF para los trimestres (QTR) 1 y 2 del año fiscal 21</p> <p>. Análisis de utilización: Nicole habló sobre el análisis de utilización y este es un análisis bastante detallado. Hemos proporcionado diapositivas de información, pero no las cubriremos en detalle.</p> <p>Problemas con la presentación de informes de datos de utilización precisos: Reconocemos que hay retrasos en la presentación y el procesamiento de nuestro reclamo debido a la programación de emergencia para casos relacionados con COVID.</p> <p>Análisis de proveedores desde la última proyección: Hicimos un análisis preliminar y, como puede ver, tenemos resultados mixtos. Hay un aumento en la utilización de algunos proveedores y una disminución en la utilización de otros proveedores. Esta es básicamente la diferencia en las reclamaciones y no hicimos dólares en esta diapositiva. Puede revisarlo en detalle más adelante.</p> <p>Experiencia inicial con cambios en los costos de las MCO: ¿ahorros netos? HSD había realizado un análisis interno de las disminuciones de la utilización, luego Mercer tomó esos datos e hizo algunas estimaciones de cuáles son los cambios y el impacto en las MCO. Hay alrededor de \$67 millones en reducciones de costos para las MCO por mes. Hay alrededor de \$77 millones en reducciones de costos. Debido a las iniciativas propuestas, que hemos pedido a las MCO que emprendan, incluidos los aumentos de tarifas, que se compensan con \$67 millones en gastos. Por lo tanto, el impacto neto en la disminución de la utilización en las MCO es de aproximadamente \$9.7 millones para un impacto GF de aproximadamente \$1.4 millones.</p> <p>Prevalencia de COVID-19 en Nuevo México por tasa de pobreza Esta diapositiva de prevalencia de COVID-19 muestra el número de casos de COVID-19 por cada 100,000 por tasa de pobreza. Como puede ver, cuanto más bajo es el Nivel Federal de Pobreza (FPL), más altos son los casos.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>Opciones para ajustar las tasas de capitación de la MCO 2020: Como se discutió en la audiencia del Comité Legislativo de Finanzas (LFC), hay tres formas en que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recomiendan que los estados puedan recuperar dinero de las MCO. 1) Aumentar o reducir las tasas de capitación de las MCO en un 1.5 por ciento, pero para mantener tasas actuarialmente sólidas. No podemos tomar las MCO por debajo del límite inferior del rango de tarifas. Si los llevamos al final del rango de tarifas, hay alrededor de \$7.8M en ahorros de GF. 2) Pagos dirigidos donde les decimos a las MCO que gasten dólares de una manera específica. Actualmente, CMS ha dicho que si los estados implementan estos pagos, las MCO están sujetas a un mayor riesgo en este momento. También debemos establecer un corredor de riesgos de dos lados. Es decir, en este momento solo compartimos las ganancias de las MCO. Cuando obtienen una ganancia superior al tres por ciento, comenzamos a recuperar el dinero, PERO si pierden dinero, no compartimos ese riesgo. CMS afirma que si empleamos esta estrategia para recuperar las reducciones de costos, debemos compartir las pérdidas. Algunos estados están empleando esto PARA RECUPERAR DINERO, pero como el Secretario Scrase describió en el LFC, no tenemos MCO altamente rentables en NM. De hecho, dos de los tres están operando con pérdidas significativas antes de la pandemia, por lo que es probable que incurramos en una necesidad adicional de GF al implementar esta estrategia. 3) Revise los supuestos de establecimiento de tasas de forma retrospectiva cuando tengamos más datos a través del proceso normal. Esto toma hasta 18 meses después del final del año calendario (CY). Podríamos abordar una cantidad significativa del déficit con las reducciones de costos de MCO. Por supuesto, tenemos la intención de incluir estas opciones en la lista para la contención de costos y continuaremos explorando todas las opciones.</p> <p>3 años de ganancia de suscripción ("margen de beneficio") para Centennial Care: Reducir el límite para aumentar las ganancias compartidas con el estado solo resultaría en ahorros adicionales para HSD si las MCO obtuvieron una ganancia por debajo del límite inferior. Alternativamente, HSD también puede aumentar la tasa de intercambio por encima del límite que se encuentra actualmente en 50-50. Tenemos un margen de beneficio del tres por ciento, por lo que cualquier valor superior lo compartimos al 50-50. Se debe considerar la posibilidad de permitir que las MCO tengan la oportunidad de operar con éxito en el mercado.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>Proyección de inscripción:</p> <p>Inscripción de Medicaid en contexto: Como todos saben, brindamos cobertura de atención médica a un número significativo de clientes en Nuevo México. Hay más del 40 por ciento de los nuevos mexicanos inscritos en Medicaid. Ese número parece ir en aumento con el tiempo. Hay un número significativo si los niños también se inscribieron en Medicaid. Medicaid también cubre el 72 por ciento de los nacimientos en Nuevo México.</p> <p>Cambios en la inscripción a Medicaid: COVID-19, los requisitos de Mantenimiento del Esfuerzo (MOE), la perspectiva económica actual y las políticas de estímulo son factores influyentes en las proyecciones presupuestarias y de inscripción actuales para los años fiscales 20 y 21. Hemos visto un crecimiento significativo en el programa de Medicaid. La inscripción de Medicaid / CHIP se estima en 869 mil personas en junio de 2020 y se proyecta que alcance las 884 mil en junio de 2021. El crecimiento en la inscripción de Medicaid / CHIP durante este período refleja los efectos de la Emergencia de salud y una mayor aceptación de pérdidas en seguros de salud basados en empleadores.</p> <p>Evolución de la proyección de matrículas: Esta es una representación gráfica de lo que habíamos proyectado en diciembre, lo que llamamos el período pre-COVID. Pre-COVID teníamos cerca de 837 mil miembros. En julio teníamos alrededor de 877 mil miembros. Lo que está integrado en la proyección es la línea levemente reducida que es el Mantenimiento de Esfuerzo (MOE) que termina en diciembre, está integrada en la proyección base. Esto incluye el 6.2 por ciento que vence a fines de diciembre; por lo tanto, los requisitos de MOE expiran para que podamos comenzar a eliminar clientes. Esto solo le muestra la evolución de la proyección.</p> <p>Impacto de la recesión de COVID-19 en los costos de inscripción de la MCO y el fondo general estatal (en comparación con 12/2019): Esto incluye los costos asociados, le indica cuáles son los meses de miembros adicionales de diferentes proyecciones y los costos asociados con ellos. La primera mitad del año fiscal 21, cuántos meses adicionales de miembros debido a COVID, y la segunda mitad del año fiscal 21, la proyección base de alrededor de \$150 millones. Si recibiéramos un 6.2 por ciento adicional, estaríamos sujetos a los requisitos del MOE y tendríamos un crecimiento adicional.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>COVID-19 Recesión económica y estado del seguro médico: Nicole había hablado de esto anteriormente; estamos en aproximadamente el 9.2 por ciento del desempleo y cuánto hemos crecido en nuestro programa de pre-COVID a post-COVID en nuestra inscripción.</p> <p>Predictores de inscripción: Esto muestra la tasa de desempleo en comparación con el empleo. Monitoreamos esta información para predecir dónde caerá nuestra inscripción en los próximos meses.</p> <p>Captación de beneficios de alimentos y nutrición suplementarios (SNAP) frente a captación de medicamentos: Esta es una comparación de la inscripción en SNAP y la inscripción en Medicaid.</p> <p>Inscripción en Medicaid de Nuevo México: Esta diapositiva de inscripción incluye toda nuestra inscripción, incluida la atención administrada y el pago por servicio. Antes de junio, la inscripción se estaba planificando hasta que llegó el COVID, luego aumentó la inscripción. Esta es la proyección de inscripción base y no los escenarios alternativos e incluye el MOE que vence a fines de diciembre.</p> <p>Cambios de inscripción por programa: Este cuadro es donde estamos en términos del programa promedio. Para todos los programas de pago por servicio y atención administrada, nuestra inscripción promedio de junio a marzo fue de 836 mil personas. De abril a junio el promedio fue de unos 859 mil individuos. De julio a septiembre, esperamos crecer a 881 mil individuos, luego de octubre a diciembre alrededor de 890 mil individuos. Comparando el segundo trimestre con el primer trimestre, el crecimiento de todos los programas fue de aproximadamente 2.8 por ciento, lo que equivale a 23 mil miembros. El mayor crecimiento fue en la Salud Física (PH) y la expansión de las poblaciones. Del primer trimestre al cuarto trimestre, esperamos que el crecimiento sea de alrededor de 6.5 por ciento, que la mayor parte de este crecimiento es en el PH, seguido por la expansión de población con 54 mil afiliados.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM FY20 y FY21: Estos son los cambios mensuales para la proyección que ya se discutió.</p> <p>Inscripción en New Mexico Managed Care FY20: Esta es la inscripción de atención administrada que incluye PH, Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y la expansión de Medicaid, en el año fiscal 2020. La mayoría de nuestros meses de miembros adicionales están en la población de PH. Hemos visto un crecimiento</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>significativo en nuestro PH. Parte de este crecimiento se debe a las madres con hijos.</p> <p>Inscripción en New Mexico Managed Care para el año fiscal 21: Este es el mismo cuadro, excepto para el año fiscal 21 y aquí es donde esperamos nuestro crecimiento mensual en membresía. FY2019 Projection</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2019: El Hospital del Servicio de Salud Indígena (IHS) disminuyó levemente durante el año fiscal 19, con un cambio negativo de 1.36 por ciento con respecto al año fiscal 2018. Clinic Services es un cambio contable. Anteriormente solo incluíamos los fondos federales que iban junto con la clínica y ahora estamos incluyendo los gastos totales. Otros se deben principalmente a las recuperaciones de HMS que recibimos después del cierre del año. Hay cambios muy pequeños en las exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS).</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2019: Uno de los grandes cambios para el año fiscal 2019 es el UNM IGT. Los gastos para las reclamaciones de UNM aumentaron y nos están transfiriendo dinero adicional. Esos dólares adicionales se han incluido en el año fiscal 2019. El CPE de MSBS ha aumentado para reflejar la cantidad total que nos han transferido. La necesidad de GF es de \$918.4 millones, que es una disminución de \$5.1 millones con respecto a la proyección de marzo de 2020. Ya hemos revertido \$10.3 millones, por lo que tenemos un superávit restante de \$4.9 millones.</p> <p>Proyección FY2020</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2020: Queríamos poner esto para mostrarle los principales impulsores de algunos de los excedentes en el año fiscal 2020. Medicare Parte D disminuyó debido al 6.2 por ciento de devolución de dinero en el año fiscal 2020. Lo que redujo la proyección en \$5.5 millones. Los aumentos de tarifas de hospitales y proveedores eliminaron el marcador de posición para el posible aumento del presupuesto en NMMIP. La tarifa de dispensación se trasladó al año fiscal 21. La proyección total de \$ 6.7 mil millones es un cambio de \$25 millones de gastos totales.</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2020: Hospital de participación desproporcionada (DSH) / Educación médica de posgrado (GME) / Educación médica indirecta (IME) disminuyó en</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>\$1.3 millones. La expansión de GME y el programa piloto de GME se aprobaron y financiaron para el año fiscal 2020. Sin embargo, los presupuestos se han trasladado al año fiscal 21 debido a cambios en la implementación. El UC Pool / Targeted Access Payment (TAP) tiene un aumento estimado de \$7.3 millones debido al pago adelantado hecho a los hospitales en los primeros 2 trimestres del CY20 para ayudarlos durante la crisis de COVID-19. Esto no cambia la cantidad anual de pagos a los hospitales. Los pagos de acceso al hospital (HAP) se reflejan en las líneas de atención administrada. La estimación se revisa a la baja en \$1.7 millones de la proyección anterior debido a una menor utilización de marzo a junio de 2020 durante el PHE. IHS Hospital se revisó a la baja en \$11.8 millones como resultado de una menor utilización de marzo a junio de 2020 durante el PHE. La mayor parte de la disminución proviene del IHS Outpatient Hospital. La estimación se revisa a la baja en \$4.1 millones. La mayoría incluye una disminución de \$ 2.0 millones en servicios dentales debido a una menor utilización durante el PHE, y \$1.3 millones en PACE debido a que se agregaron nuevos clientes por debajo de lo esperado. Los \$0.2 millones para un aumento temporal de la tarifa PACE también se incluyen en esta línea. La proyección para el año fiscal 21 se revisa al alza en \$2.9 millones en comparación con nuestra última proyección. El aumento de \$1.3 millones se debe a la mayor utilización de los servicios de DD Mi Vía y, al mismo tiempo, a un aumento de \$0.1 millones en los gastos administrativos pagados a Conduent por procesar más reclamos Mi Vía. También incluye el impacto de \$ 1.4 millones de una segunda ronda de aumentos de tarifas temporales hasta junio de 2020 para la administración de casos de DD, el consultor Mi Vía y los procedimientos de exención médica frágil (MFW). En general, la atención administrada aumentó en \$44,8 millones, lo que nos sitúa por encima de los \$5,100 millones. La mayor parte de este cambio se debió a meses de miembros superiores. Lo que antes era SNCP ahora es HAP, que ahora es un programa de atención administrada y está integrado en las tasas de capitación de atención administrada.</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2020: El UNM IGT en FY20, hubo un ajuste levemente menor. Actualmente, estamos trabajando con UNM Hospital para llegar a un acuerdo sobre la transferencia de IGT. El reembolso por medicamentos tuvo un ligero aumento debido a los ingresos adicionales que recibimos. El fondo general necesario para el año fiscal 20 es de \$958 millones. Este es un aumento de \$1 millón con respecto a la proyección de marzo. Lo que estamos proyectando un déficit de casi \$62M. La mayor parte del superávit proviene del FMAP del 6.2 por ciento que recibimos.</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>Proyección FY2021:</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2021: La línea DSH / GME / IME ahora incluye la expansión GME y refleja nuevos puestos de residentes, mayor cantidad por residente (PRA), especialmente para residentes de atención primaria y psiquiátricos según lo prescrito en el plan estratégico de GME. La proyección se revisa al alza en 1.7 millones de dólares; incluye una disminución de \$4.3 millones en el pago de acceso específico al hospital debido al pago anticipado pagado en la primera mitad de CY20, y un aumento de \$6 millones debido al cambio en el fondo de incentivos para la mejora de la calidad del hospital (HQII). HQII se trasladará de FFS a MCO a partir del 1/1/2021. Los servicios médicos se revisan a la baja a medida que el PHE y la menor utilización continúan en el primer trimestre. La proyección para la exención por DD se revisa a la baja. Como resultado de la sesión especial, hubo recortes en Medicaid y DOH, y para incorporar la asignación, redujeron el número de asignaciones para nuevos clientes. También hubo una caída eufórica por el recorte presupuestario en Acuity Assessment para eliminar clientes de la lista de espera. Para la atención administrada estamos proyectando alrededor de \$5.7B, que es un aumento de \$ 171M. El aumento temporal de la tarifa hospitalaria del DRG desde el año fiscal 20 se incluye en el primer trimestre del año fiscal 21. Para la parte D de Medicare, la tasa de recuperación del 6.2 por ciento, vemos el ahorro en la parte D en la proyección, que es 100 por ciento GF. La revisión de la utilización y la proyección de contratos se revisaron a la baja en \$4.9 millones. Esto se debe al movimiento del contrato Mercer de regreso al presupuesto administrativo. Los aumentos de tarifas de hospitales y proveedores ahora incluyen el lado de la acera farmacéutica durante un trimestre. En los hospitales de trauma designados por el DOH, esta reducción ahora se incluye en las tasas de capitación, que se refleja en las líneas de atención administrada. Los gastos relacionados con COVID-19 incluyen los costos potenciales de la continuación del PHE durante todo el año fiscal. La estimación de \$ 9.5M se calcula en base al MOE para la inscripción que no termina y la inscripción crece hasta junio de 2021 debido a las condiciones económicas. El costo de cubrir las primas para los miembros de NMHIX en Medicaid se eliminó de las proyecciones.</p> <p>Proyección del presupuesto de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2020: Esto incluye la asignación de DOH y HSD de la sesión especial. La asignación original para el año fiscal es un poco más de \$1B. Esa asignación se redujo en un tres por ciento, lo que equivale a aproximadamente \$33 millones. Durante la sesión especial, GF Swap, LFC y el Departamento de Administración Financiera (DFA) asumieron que</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>obtendríamos una cuarta parte adicional del 6.2 por ciento. Entonces, también redujeron nuestra apropiación en esa cantidad. Con una asignación revisada de aproximadamente \$969 millones, todavía estamos proyectando un déficit de aproximadamente \$71.7 millones. Esto ahora incluye dos cuartos del FMAP aumentado en 6.2 por ciento.</p> <p>Director, Nicole Comeaux presented on Cost Reduction Options</p> <p>Qué variables impulsan los gastos de Medicaid: El HSD generalmente puede influir en la inscripción, los planes de beneficios, las tarifas y la utilización de los proveedores y los contratos de la MCO dentro de los límites actuariales. HSD puede influir, según FFCR, en las tarifas y la utilización de los proveedores, y en los contratos de la MCO dentro de los límites actuariales.</p> <p>Opciones de reducción de gastos - Beneficios: Hay cinco opciones de reducción de gastos relacionados con los beneficios: copagos, primas para el grupo de adultos, reducir o eliminar los servicios dentales para adultos, reducir o eliminar los beneficios de la vista para adultos y reducir o eliminar la cobertura de audífonos para adultos. Las opciones no se pueden combinar, no son aditivas y no se pueden emplear en combinación. El empleo de cualquiera de las opciones violaría el requisito de Mantenimiento del esfuerzo y resultaría en la pérdida del 6.2 por ciento de contrapartida, que es hasta \$204 millones en fondos generales durante tres trimestres (de enero a septiembre de 2020).</p> <p>Opciones de reducción de gastos: otras opciones del programa, impacto potencial en los beneficios: Hay otras tres opciones para la reducción de gastos con un impacto potencial en los beneficios: reducir o eliminar el programa Centennial Rewards (incentivos para servicios preventivos y adherencia a la medicación), posponer la expansión estatal para el Programa de visitas domiciliarias y posponer las Habilidades de manejo del comportamiento Piloto. Estas opciones no se pueden combinar y no son aditivas y no se pueden emplear en combinaciones. Actualmente, HSD está esperando una respuesta de CMS sobre si estos cambios violarían los requisitos de Mantenimiento del Esfuerzo de la Ley de Familias Primero.</p> <p>Opciones de reducción de gastos: organizaciones de atención administrada: Hay cuatro opciones de reducción de gastos para las MCO: Mover las MCO hasta la parte inferior del rango de tarifas (12 meses), reducir los niveles de personal de coordinación de atención de la MCO, exigir que las MCO paguen \$340 mil millones de precios por medicamentos y recuperar la cantidad de capitación no utilizada (calculada en base a</p>			

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RE-SPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA RE-QUERIDA O COMPLETA-DO
	<p>supuestos, no reales). Estas opciones no se pueden utilizar en combinación.</p> <p>Opciones de reducción de gastos: tarifas para proveedores: Una reducción en las tasas de pacientes hospitalizados, tasas de pacientes ambulatorios en hospitales, reducción generalizada de las tasas de servicios médicos y otros servicios profesionales, una reducción de la FFS hospitalaria y una reducción de la FFS de todos los demás proveedores en un uno por ciento. La tarifa del proveedor actualizará la relación costo-cargo (CCR) para las reclamaciones del esquema del hospital con un ahorro GF de \$11 millones. Todos los códigos de tipo de Medicare hasta el 90 por ciento de Medicare (se excluyen los códigos solo de Medicaid) tienen un ahorro GF de \$ 2.4M. Todos los códigos de solo Medicaid equivalentes al 90 por ciento de Medicare (reducción de la tasa del 1.24 por ciento) tienen un ahorro GF de \$2.3M. Todos los códigos de tipo de Medicare hasta el 85 por ciento de Medicare (solo se excluyen los códigos de Medicaid) tienen un ahorro GF de \$12.5M. Todos los códigos de solo Medicaid equivalentes al 85 por ciento de Medicare (disminución de la tasa del 6.27 por ciento) tienen un ahorro GF de \$2 millones. Estas opciones no se pueden combinar y no son aditivas y no se pueden emplear en combinación. Una suma del 1 por ciento en las reducciones de tarifas de los proveedores tiene un impacto GF de \$7.4 millones.</p> <p>Opciones para reducciones de gastos - Otras opciones del programa, impacto potencial en la tasa: GME Expansion tiene un ahorro GF de \$0.17M. Los ahorros en las primas de Medicare del 6.2 por ciento tienen un ahorro GF en el año fiscal 20 por dos trimestres de \$4.6 millones y en el año fiscal 21 por un trimestre de \$2.6 millones. La reducción del programa de acceso al hospital (anteriormente SNCP) de \$69 millones a \$34 millones tiene un ahorro GF de \$7 millones.</p>			
7. Comentario público	Durante la parte de comentarios públicos de la presentación, los miembros del comité presentaron preguntas, que fueron abordadas por el Departamento de Servicios Humanos, División de Asistencia Médica. No se recibieron comentarios públicos.	Ninguna		Terminado
8. Clausura	La reunión terminó a las 3:16 pm.	Consulte el sitio web del HSD para conocer las fechas de las próximas reuniones	Larry Martinez, Presidente del MAC	Terminado

Respetuosamente:

Alysia Beltran

Septiembre 17 de 2020

Grabadora

Fecha