

Exención de Medicaid 1115 de Oregon

Seminario Web Para Todos

8 de enero de 2025



Consejos para el Seminario

Utilice la **función de chat** para enviar sus preguntas.

- Haremos todo lo posible para que este seminario web sea lo más interactivo posible y estamos atentos a todo lo que se escribe en el chat.
- Si prefiere hacer su pregunta verbalmente, solicite que se le quite el silencio en el chat.

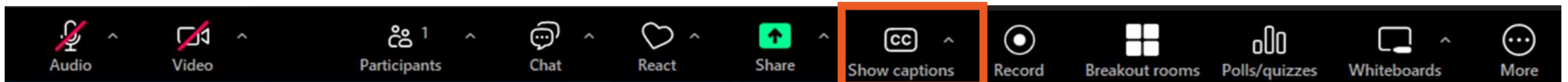


Este seminario se está **grabando**.

- Se compartirá en nuestra página web de exención 1115 al final de la presentación.

Para ver los **subtítulos en vivo**, oprima el botón "cc" ubicado debajo de la pantalla o haga clic en el **enlace proporcionado para subtítulos** en español.

Para obtener la guía de **interpretación en vivo**, oprima en el botón "Interpretación" y elija inglés o español.



Agenda

- 1 | Historial de la exención 1115**
- 2 | Proyecto de Actualización de Beneficios (BUP)**
- 3 | Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias (CCBF)**
- 4 | Preguntas y respuestas**

Historial de la exención 1115



¿Qué es el Plan de Salud de Oregon (OHP)?

Medicaid

Medicaid es el programa nacional público de seguro médico para familias. En Oregon lo llamamos OHP.

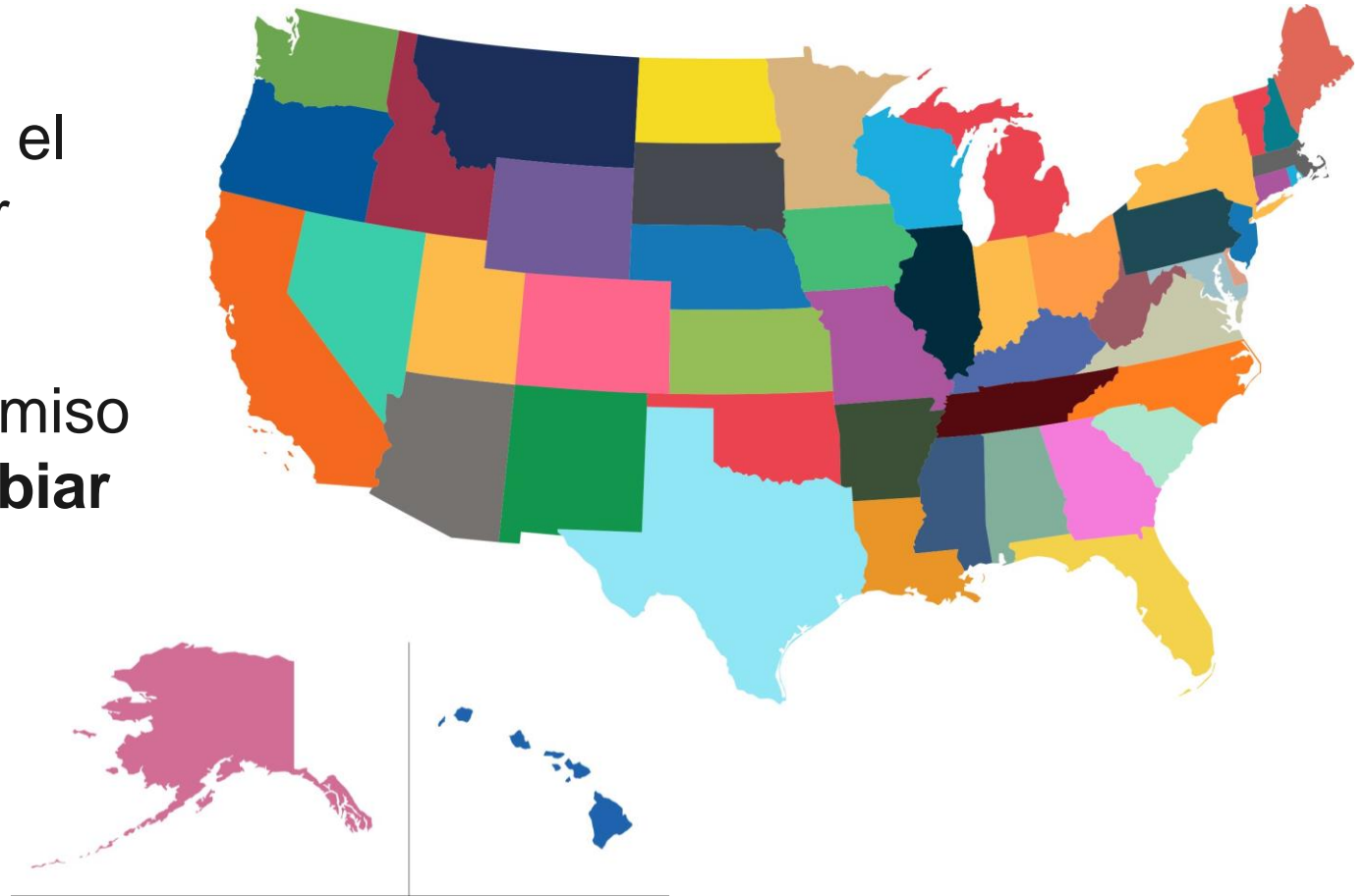
Oregon Health Plan

Este plan es un seguro médico gratuito disponible para niños, adolescentes y adultos de bajos ingresos que viven en Oregon. Puede solicitar el OHP en cualquier momento del año.



¿Qué es una exención de Medicaid?

- Cada estado debe seguir los estándares determinados por el gobierno federal para obtener fondos para Medicaid.
- Cada estado puede pedir permiso al gobierno federal **para cambiar** sus reglas de Medicaid.



Cambios en la Exención 1115 de Oregon



Elegibilidad y beneficios extendidos de Plan de Salud de Oregon (OHP)

1) Cobertura ampliada de Medicaid (más personas inscritas por más tiempo):

- Elegibilidad e inscripción continua de OHP para niños hasta seis años*†
- Dos años de inscripción continua para miembros de OHP de seis años en adelante*†
- Cobertura para jóvenes con necesidades especiales de salud hasta los 26 años*

2) Los beneficios y servicios ampliados de Medicaid incluyen:

- Beneficios para Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN), incluyendo vivienda, nutrición, apoyo climático y servicios de alcance y participación*
- Cobertura para un grupo limitado de servicios para personas en un entorno carcelario 90 días antes de su liberación
- Prácticas curativas tradicionales tribales
- Nuevo sistema de apelaciones para los miembros de la Tarjeta Abierta del OHP (para el 1 de enero de 2027)
- A partir del 1 de enero de 2027, algunos servicios no financiados del OHP pasarán a estar incluidos.

* Indica un cambio aprobado que es el primero en la nación

† Nota: Estos beneficios están vigentes y comenzaron en julio de 2023

Proyecto de Actualización de Beneficios



Proyecto de Actualización de Beneficios (BUP): Temas más importantes

- Un proyecto para actualizar la organización de los beneficios del OHP de manera que se incluyan todos los beneficios médicamente necesarios y apropiados.
- Este cambio es principalmente administrativo más que un cambio en la forma en que se brindan los beneficios del OHP.
- Ningún miembro perderá beneficios como resultado de esta transición.
- Algunos beneficios no incluidos hoy se incluirán en el paquete de beneficios.



Cómo funciona Medicaid en Oregon

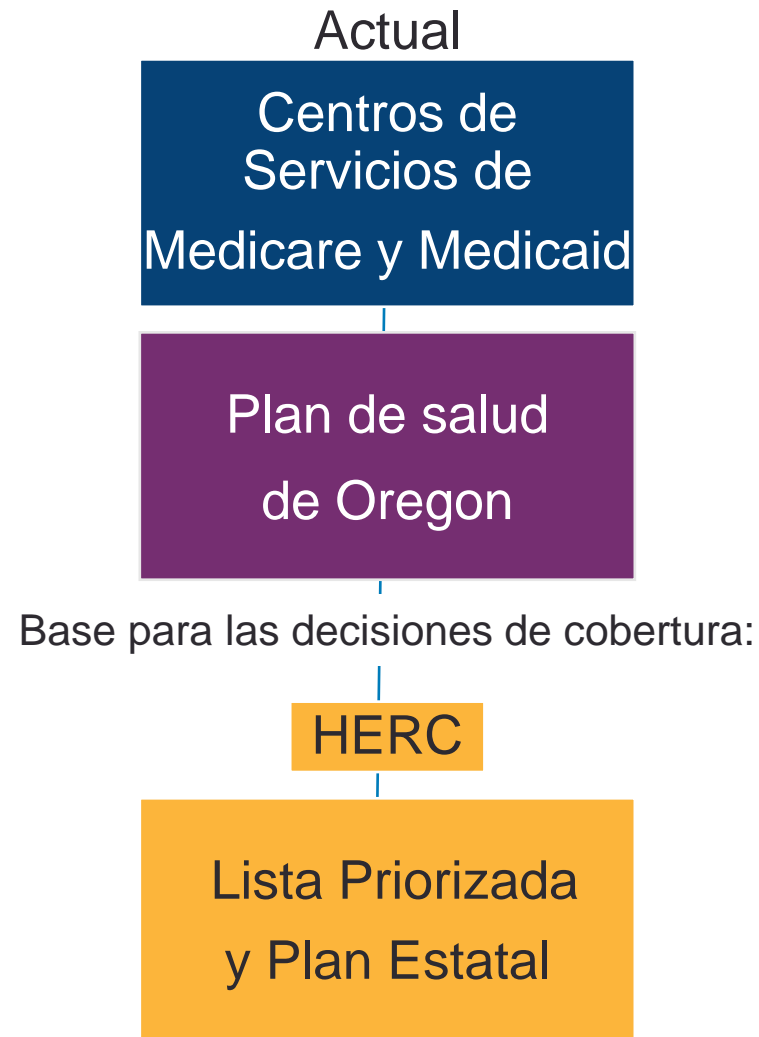
Plan de Salud de Oregon (OHP): El programa de Medicaid de Oregon ofrece cobertura gratuita para personas en Oregon que cumplan con los criterios de elegibilidad.

Ejemplos de beneficios de Medicaid: Consultas médicas, atención hospitalaria, servicios de salud mental, laboratorios y radiografías, atención dental, cuidado de la visión de rutina, fisioterapia, medicamentos recetados.

Lista Priorizada: Comisión de Revisión de Evidencia de Salud (HERC, por sus siglas en inglés) clasifica los servicios en la Lista; La Legislatura financia solo una parte de la Lista Priorizada; Los servicios "debajo de la línea" no tienen cobertura.

Oregon tiene una exención especial que le permite usar la Lista. Esto termina el 31 de diciembre de 2026.

Estado actual de los beneficios del OHP



La función de la Comisión de Revisión de Evidencia de Salud (HERC)



Proceso público para decidir qué servicios de atención médica son médicamente necesarios y deben estar incluidos.



La comisión elige los servicios que tienen más probabilidades de:

- Ayudar a prevenir enfermedades
- Tratar enfermedades y lesiones
- Controlar las enfermedades crónicas
- Mejorar la capacidad funcional de los miembros



13 miembros designados.



Invitar a la participación y comentarios del público



Clasificación de las enfermedades y sus tratamientos en la Lista de prioridades de los servicios de salud

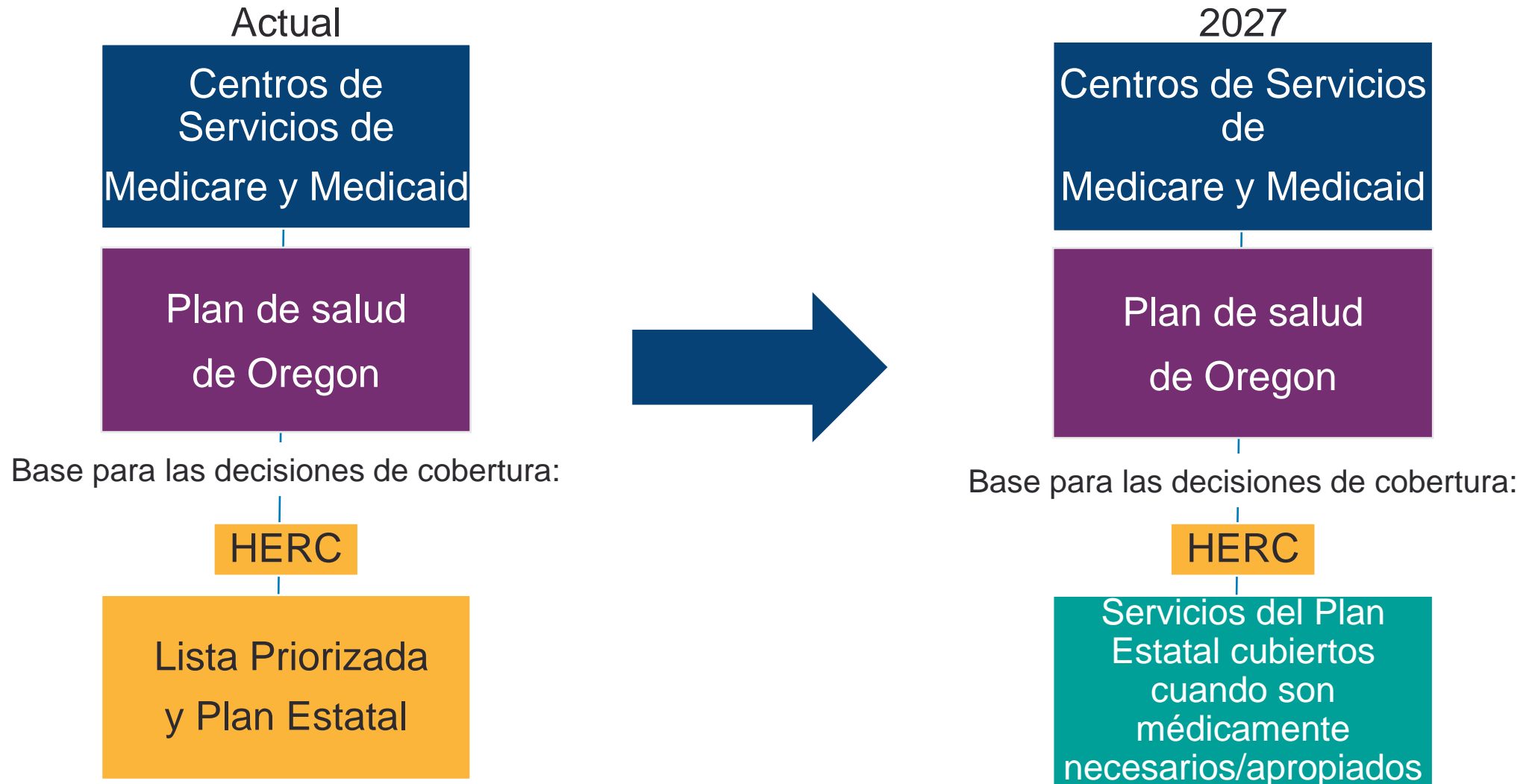
Antecedentes de la lista de prioridades: ¿por qué se utilizó?

- OHA dispone de autorización para utilizar la Lista de Prioridades desde 1994.
- El objetivo original de la Lista de Prioridades era aumentar el número de personas con cobertura al mismo tiempo siendo estratégicos en cuanto a los beneficios incluidos. Sin embargo:
 - La Lista de Prioridades ya no se utiliza como instrumento presupuestario. La línea de financiación no se ha movido desde 2012.
 - El 97% de los habitantes de Oregon tienen hoy cobertura medica, una cifra récord.
- Con la Lista de Prioridades, no se incluían todos los beneficios obligatorios.
- Esta transición nos da la oportunidad de adaptar nuestro paquete de beneficios a los requisitos federales.

¿Por qué es necesario este proyecto?

- Oregon tiene una exención federal especial que permite el uso de la Lista de prioridades.
- La exención finaliza el 21 de diciembre de 2026 y no se renovará.
- Esto significa que el 1 de enero de 2027 Oregon ya no podrá organizar sus beneficios en una Lista Priorizada, con una línea de financiación que indique qué áreas tienen cobertura (por encima de la línea) y cuáles no (por debajo de la línea).
- En su lugar, Oregon pasará a la organización típica de los beneficios de Medicaid que utilizan todos los demás estados.

Cómo se determinan la mayoría de los beneficios en el Plan de Salud de Oregon



Estructura típica del plan estatal de Medicaid

- El Plan Estatal es un acuerdo entre cualquier estado y el gobierno federal
- Incluye beneficios obligatorios y opcionales:
 - **Beneficios obligatorios** como servicios médicos, laboratorio y radiografías, planificación familiar, atención hospitalaria.
 - Los estados deben incluir estos... cuando el estado determine que son médicamente necesarios
 - **Beneficios opcionales** como servicios dentales, quiropráctica, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, prótesis y otros servicios médicos.
 - La ley federal permite a los estados limitar los beneficios opcionales por razones de presupuesto
 - **Ejemplo:** En Oregon los anteojos/lentes recetados y algunos servicios dentales para adultos no están incluidos.

Limitaciones de los beneficios

- La ley federal permite a los Estados limitar los beneficios obligatorios de varias maneras, entre ellas:
 - Necesidad médica
 - El control de la utilización
- Cada Estado define su propia póliza de necesidad médica
- En Oregon, la mayor parte de la póliza de necesidad médica es actualmente parte de la Lista Priorizada (en regiones financiadas y no financiadas y en otras notas directivas).
- HERC desarrolla estas polízas mediante:
 - Decidir qué códigos específicos incluir
 - Decidir qué códigos de diagnóstico van juntos con qué códigos de tratamiento
 - Creación de "notas directivas"

¿Qué se mantiene igual para los miembros?

- Los miembros no perderán los beneficios debido a este cambio.
- Todos los beneficios incluidos hoy seguirán teniendo cobertura a partir del 1 de enero de 2027, a menos que demuestren que no son eficaces o pueden causar daño al miembro.
- OHP aún no cubrirá tratamientos que sean cosméticos o que no sean médicamente necesarios y apropiados.
- Es posible que OHA o la Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) a que un miembro esta afiliado aún deba aprobar algunos beneficios.

¿Qué cambia para los miembros?

- A partir de enero de 2027, OHP cubrirá los tratamientos médicamente necesarios para una pequeña cantidad de condiciones de salud adicionales, como la fibromialgia y las alergias nasales, cuando los tratamientos sean médicamente necesarios y apropiados.
- No habrá más rechazos basados únicamente en la línea de financiación - los rechazos tendrán que basarse en la falta de necesidad médica.
- Habrá un nuevo proceso para que los miembros de Cobro por Servicios/ “Tarjeta Abierta” (FFS, por sus siglas en inglés) inicien apelaciones.

Plan de transición

- **HERC revisará la región no financiada y desarrollará una poliza de necesidad médica para esas condiciones**
 - HERC se reúne con proveedores especializados para evaluar la necesidad médica de servicios por debajo de la línea de financiación.
 - HERC se basará en las reglas de necesidad médica e adecuación médica del OHP para hacer esta políza.
- **HERC no toma decisiones caso por caso sobre los servicios**
- **HERC elabora polízas para guiar las decisiones de las CCOs y Cobro por servicios/ “Tarjeta Abierta.”**

Transición fuera de la lista priorizada

Lista Priorizada



- Clasificación de prioridades para condiciones y tratamientos.
- Las condiciones por encima de una línea de financiación son aprobadas por la legislatura.
- Las condiciones por debajo de la línea de financiación generalmente no están incluidas.
- La necesidad médica se define a través de pares de códigos y notas directivas.

Plan Estatal y Necesidad Médica

- Se acabaron los rechazos por "debajo de la línea" o "región no financiada".
- El plan estatal organiza los beneficios en categorías amplias de servicios utilizando las definiciones de Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Dentro de estos, HERC continuará definiendo qué servicios son médicamente necesarios con pares de códigos y notas directivas.

Oportunidades para la participación de la comunidad

- Puede solicitar que HERC revise la cobertura de beneficios específicos. Las sugerencias pueden enviarse por correo electrónico a: 1115Waiver.Renewal@odhsoha.oregon.gov.
- También puede enviar por correo electrónico otros comentarios o preguntas a: 1115Waiver.Renewal@odhsoha.oregon.gov.
- OHA anticipa compartir actualizaciones trimestrales en:
 - Sesiones de “All Come” y Para Todos
 - Comité Consultivo de Medicaid (MAC) o reuniones del subcomité Avanzando la Experiencia del Consumidor (ACE).
- HERC continuará realizando sesiones de comentarios comunitarios
- OHA considerará las opiniones de los miembros y los comentarios públicos durante la planificación de la transición.

Oportunidades para la participación de proveedores y las CCO

- **Sesión de información para proveedores-** OHA compartirá información sobre el Proyecto de Actualización de Beneficios (BUP) el 29 de enero de 2025 de 9:05 a 11:00 AM hora de Pacífico.
 - [Enlace de registro](#)
- **Grupo de colaboración sobre operaciones de BUP para las CCO-** en enero se creará un grupo de colaboración. El grupo invitará ocasionalmente a los proveedores a asistir, dependiendo de los temas programados.

Recursos: Sitios web

- **Cómo participar en HERC**
 - <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/public-input-opportunities.aspx>
- **Lista de prioridades con capacidad de búsqueda, notas directivas, intervenciones multisectoriales y servicios recomendados para no-cobertura**
 - <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/Searchable-List.aspx>
- **Página web, hoja informativa y preguntas frecuentes del Proyecto de Actualización de Beneficios(BUP):**
 - <https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/benefit-update.aspx>
 - <https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Documents/BUP-Fact-Sheet-ES.pdf>
 - <https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Documents/Benefit-Update-Project-Frequently-Asked-Questions.pdf>

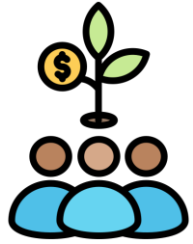
Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias (CCBF)



¿Qué son los Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias?



OHA está proporcionando recursos, llamados Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias (CCBF, por sus siglas en inglés), a los proveedores de Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, organizaciones comunitarias, agencias de servicios sociales, otros.



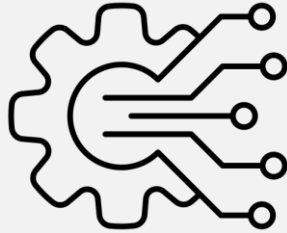
Estos fondos apoyan a las organizaciones que tienen la intención de convertirse en proveedores de HRSN para desarrollar lo que necesitan para participar en el sistema de entrega de Medicaid y brindar beneficios de HRSN a los miembros elegibles del OHP.



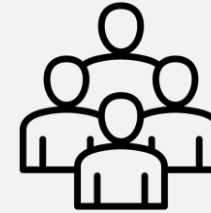
Las Organizaciones de Atención Coordinada (CCO) administran el programa de subsidio CCBF y **las solicitudes pueden presentarse entre abril y el 30 de mayo de 2025**. Más información en [la página web del CCBF del OHA](#).

Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias:

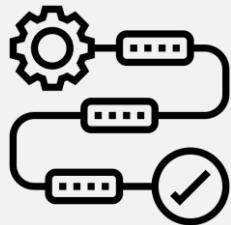
Usos permitidos



Tecnología
(p. ej. nuevos sistemas de facturación)



Desarrollo del personal
(p. ej. salario y beneficios del personal durante un máximo de 18 meses)



Desarrollo de prácticas de negocio
(p. ej. diseño de nuevos métodos de trabajo)



Alcance y educación
(p. ej. Lanzamiento de una nueva iniciativa de aprendizaje colaborativo)

Entidades elegibles para Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias

Las siguientes entidades son elegibles para solicitar y recibir CCBF (los ejemplos no son todos)*:

- Organizaciones comunitarias (por ejemplo, agencias de vivienda y proveedores de alimentos y nutrición)
- Organizaciones que brindan o coordinan los beneficios de HRSN (por ejemplo, proveedores de asistencia social o agencias gubernamentales locales).
- Organizaciones que apoyarán el desarrollo de la red de HRSN (por ejemplo, una entidad que ofrezca apoyo administrativo, de facturación, de capacitación o de otro tipo).

* Para más información sobre las entidades elegibles para el CCBF, consulte el Protocolo de Infraestructura HRSN [aquí](#)

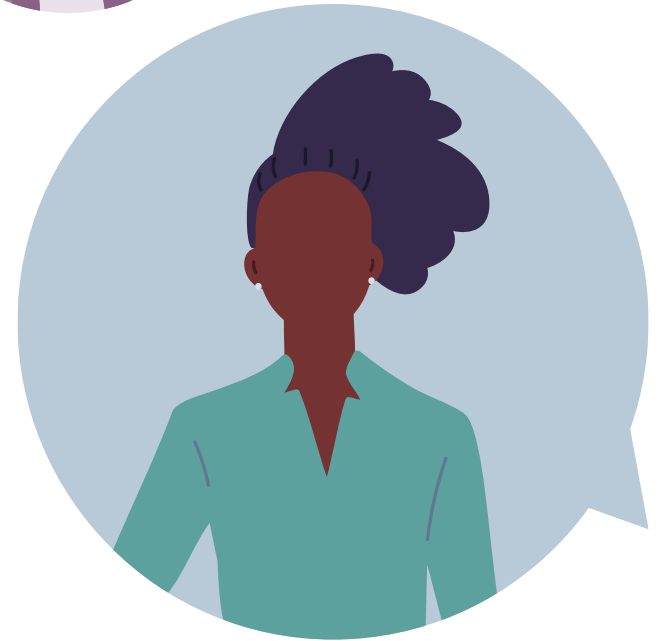
Calendario del Programa de Subsidios de CCBF para 2025



Preguntas y respuestas



¿Qué otras preguntas tienen en este momento o qué información adicional necesita?



Próximas sesiones 2025

Temas por determinar

Fechas:

- ★ 9 de abril
- ★ 9 de julio
- ★ 8 de octubre



¡Manténgase Conectado!

Para cualquier pregunta relacionada con la presentación de hoy, póngase en contacto con nosotros:

1115waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov

Para más información y actualizaciones, consulte nuestro sitio web:

www.oregon.gov/1115waiverrenewal

Suscríbase al boletín bisemanal de OHA sobre exenciones:

<https://public.govdelivery.com/accounts/ORHA/signup/37696>





¡Gracias por su colaboración y asociación continua!



Entidades elegibles para los Fondos de Desarrollo de Capacidades Comunitarias (CCBF)

Las siguientes entidades son elegibles para solicitar y recibir CCBF:

- Organizaciones comunitarias, entre ellas:
 - Agencias de servicios sociales
 - Agencias y proveedores de vivienda
 - Proveedores de alimentos y nutrición
 - Proveedores de servicios climáticos
 - Proveedores de servicios de alcance y participación
- Organizaciones que proporcionan o coordinan los beneficios de HRSN, entre las que se incluyen:
 - Proveedores de asistencia social
 - Trabajadores de salud tradicionales
 - Proveedores de bienestar infantil
 - Ciudad, condado y agencias gubernamentales locales
- Organizaciones que apoyarán el desarrollo de la red HRSN, entre ellas:
 - Organizaciones que **reunirán a** socios actuales y potenciales de la HRSN
 - Organizaciones que tienen previsto desempeñar el papel de "centro" (es decir, asociarse con proveedores de HRSN para coordinar los beneficios, brindar apoyo administrativo, de facturación, de capacitación o de otro tipo).
- Gobiernos tribales y proveedores