



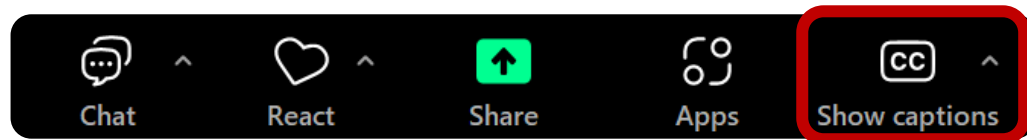
OREGON  
**HEALTH**  
AUTHORITY

7 de noviembre 2024

# **Sesión de Información #3 del Proyecto de Actualización de Beneficios del Plan de Salud de Oregon (BUP)**

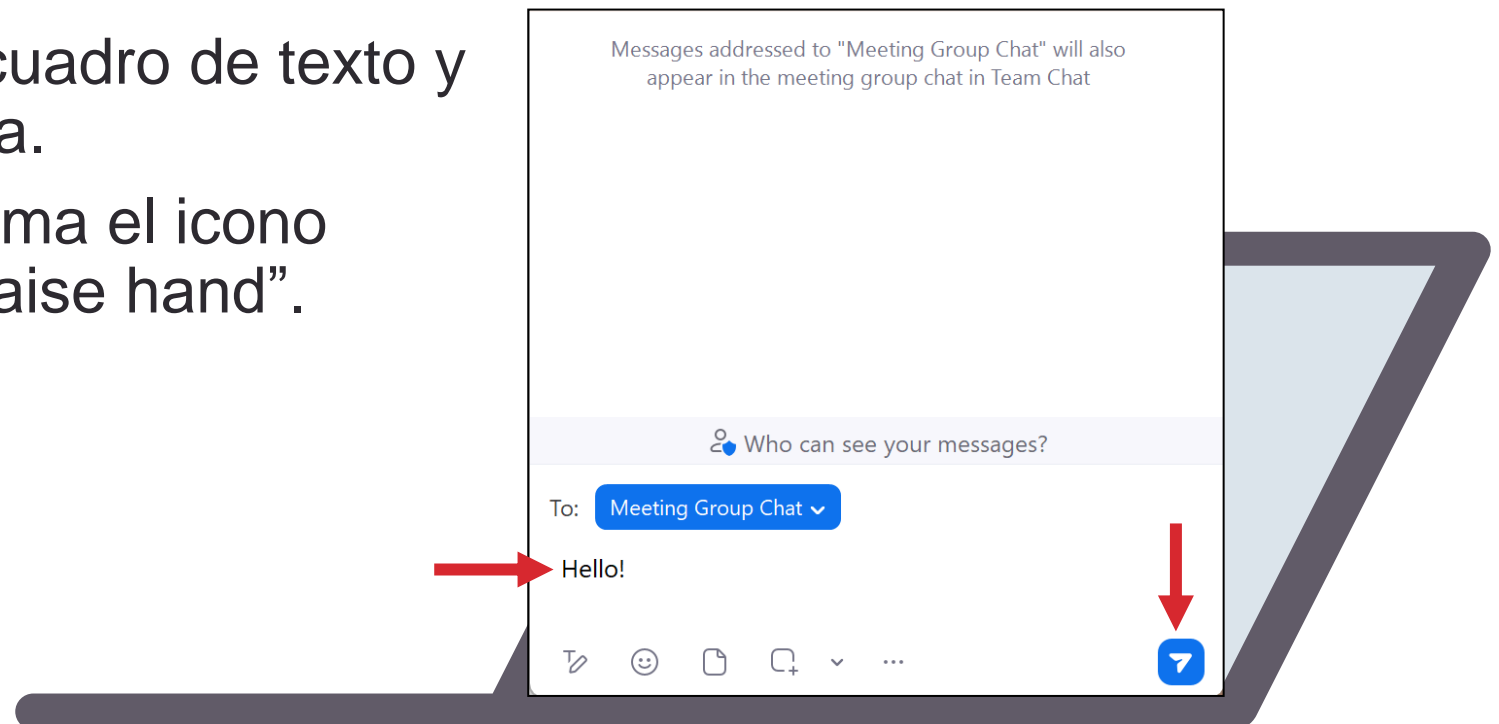
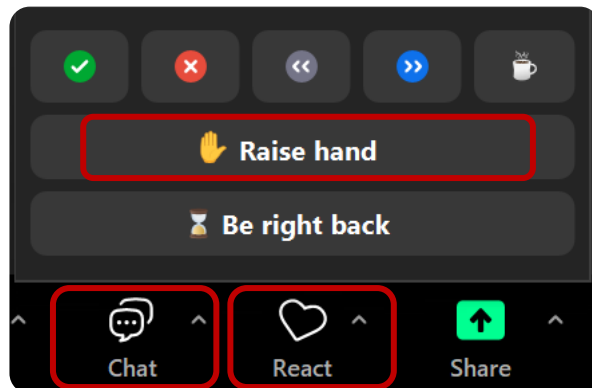
# Consejo para la reunión de Zoom: Subtítulos

- En la parte central debajo de la pantalla, debería ver un menú de opciones. Si no puede ver el menú, pase el ratón por la parte central debajo de la pantalla.
- Oprima el botón “CC” y aparecerá una ventana separada con subtítulos.



# Consejo para reuniones en Zoom: Cómo hacer preguntas

- Oprima el icono "Chat" en su barra de herramientas.
- La ventana del chat se abrirá en el lado derecho de la ventana de Zoom.
- Escriba su pregunta en el cuadro de texto y oprima "Enter" para enviarla.
- Para levantar la mano, oprima el icono "React" y luego el icono "Raise hand".



# Interpretación

Cómo conectarse al canal de interpretación:

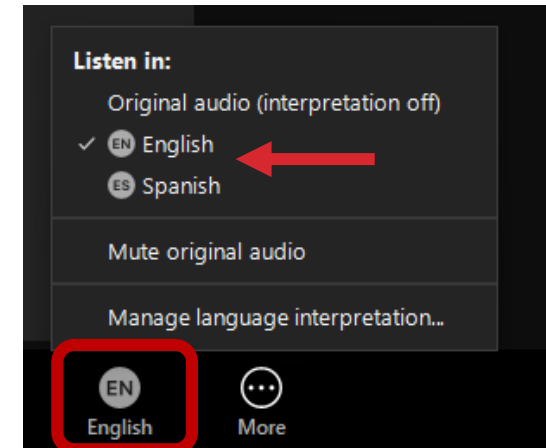
- **Computadora de escritorio/portátil**

Haga clic en el ícono del globo terráqueo que dice interpretación situado en la parte inferior derecha de su pantalla.

○

- **Teléfono o tableta:**

Presione los 3 puntos que dicen ("... más") en la parte inferior derecha o superior derecha de su pantalla y seleccione interpretación en el nuevo menú.



# Proyecto de Actualización de Beneficios (BUP) del Plan de Salud de Oregon (OHP)

---

- Para el 1 de enero de 2027, el estado ya no negará servicios debido a la línea de financiamiento en la Lista Priorizada. Los servicios del plan de beneficios se cubrirán en función de la necesidad médica.
- Un proyecto para actualizar el OHP para cubrir todos los servicios médicamente necesarios y apropiados en el paquete de beneficios.



# Objetivos de la sesión

---

1

- Explicar la necesidad y el historial del Proyecto de Actualización de Beneficios del Plan de Salud de Oregon (BUP).

2

- Compartir los comentarios que hemos recibido hasta la fecha.
- Responder a las preguntas más comunes.
- Dialogar sobre las preocupaciones acerca del proyecto.

3

- Compartir los procesos para determinar los servicios recién cubiertos y la necesidad médica

4

- Escuchar de ustedes

# Introducciones

---

## Autoridad de Salud de Oregon (OHA)

- **Satyasandipani Pradhan, MHA, PhD**, Líder de Participación del Proyecto
- **Dra. Dawn Mautner, MS, MD**, Directora Médica de Medicaid
- **Yami Gonzalez**, Agente Inovadora de OHA

# Agenda de hoy

---

**1.** Apertura y Introducciones

**2.** **Proyecto de Actualización de Beneficios del Plan de Salud de Oregon (BUP)**  
Revisar el historial de BUP | Comentarios hasta la fecha | Cambios a los Servicios cubiertos | Determinación de necesidad médica

**3.** Sesión de Comentarios

**4.** **Conclusión**  
Próximos pasos y siguientes sesiones.



# Queremos escuchar de ustedes

---

1. ¿De qué región de Oregon está participando?
2. ¿Qué tipos de comunidades atiende su organización?
3. ¿Pudiste participar en alguna de las dos últimas sesiones?
4. ¿Qué tipo de servicios ofrece usted o su organización?



# Lo que hemos escuchado

# Lo que hemos escuchado en estas sesiones

---

Preocupaciones sobre los miembros que no pueden acceder a la atención

Preguntas sobre la reorganización, las necesidades médicas y los servicios recién cubiertos

Recomendaciones sobre los esfuerzos educativos y de alcance

Recomendaciones para el nuevo proceso de apelaciones de Pago-por-Servicio (FFS, por siglas en Inglés)

# Respuestas a los comentarios

---

- **Preocupaciones sobre los miembros que no pueden acceder a la atención médica:** La disponibilidad de proveedores y especialistas está fuera del alcance de este proyecto. Estamos trabajando para limitar los impactos en el proceso de Solicitudes de Autorización Previa.
- **Preguntas sobre la reorganización, las necesidades médicas y los servicios recién cubiertos:** Esta sesión cubrirá cómo se continuarán tomando las decisiones sobre las pólizas de cobertura.
- **Recomendaciones sobre los esfuerzos educativos y de alcance:** Estas recomendaciones servirán para nuestra estrategia de alcance en el futuro.
- **Recomendaciones para el nuevo proceso de apelaciones de Pago-por-Servicio (FFS)/Tarjeta Abierta (Open Card):** OHA utilizará estas recomendaciones para guiar el desarrollo de un proceso de apelaciones centrado en los miembros.



OREGON  
**HEALTH**  
AUTHORITY

# Historial

# 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:** HERC clasifica los servicios en la Lista; La Legislatura financia solo una parte de la Lista Priorizada; Los servicios "debajo de la línea" no están cubiertos.

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

# ¿Qué es lo que se mantiene igual para los miembros?

---

- Los miembros no perderán los beneficios debido a este cambio.
- Todos los servicios cubiertos hoy seguirán estando cubiertos a partir del 1 de enero de 2027, a menos que demuestren que no son eficaces o pueden causar dano 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 servicios.

## ¿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.
- Habrá un nuevo proceso para que los miembros de Pago por-Servicio (FFS)/Tarjeta Abierta (Open Card) inicien apelaciones.

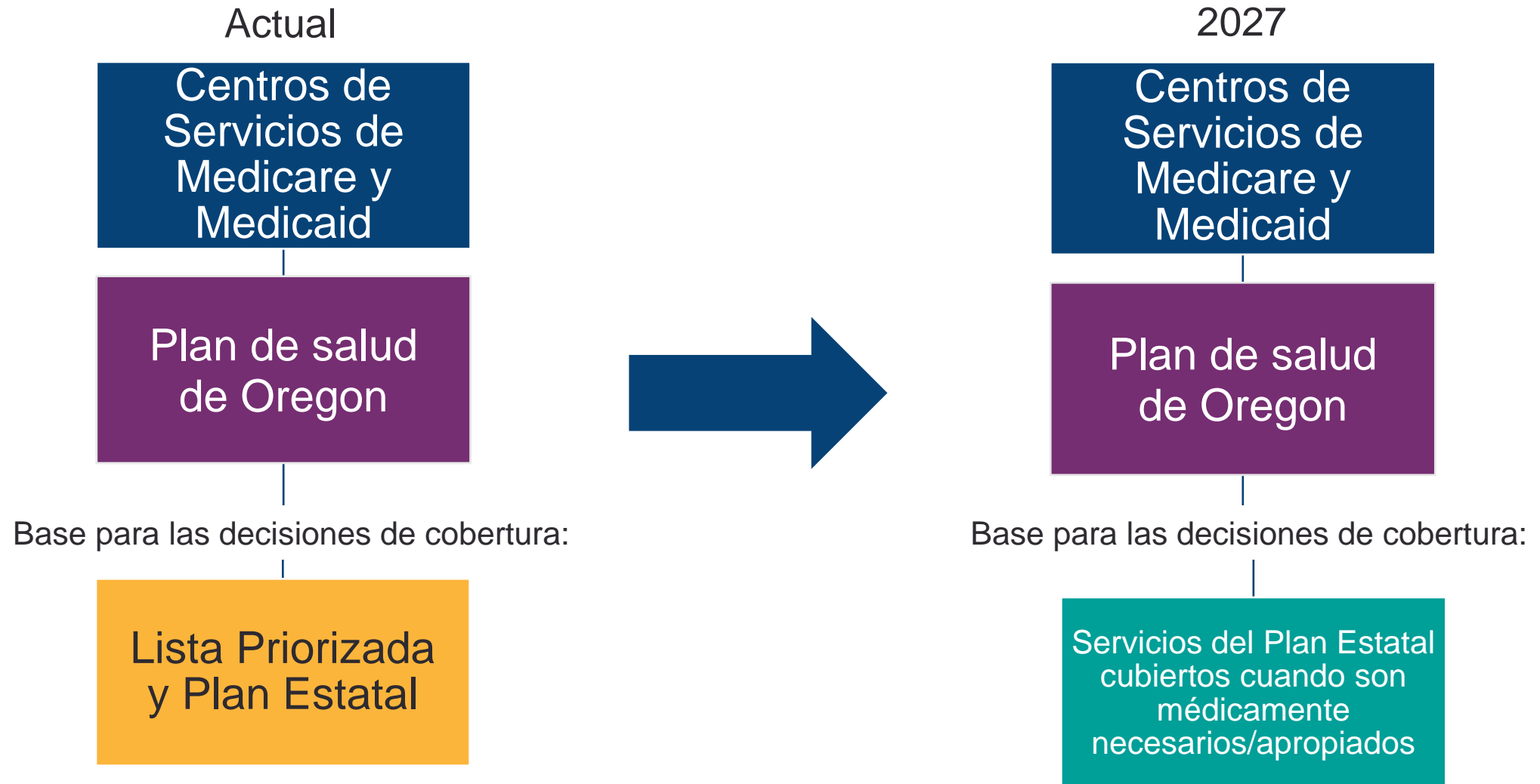


# Estructura típica del plan estatal de Medicaid

---

- 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 cubrir 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 profesionales
    - La ley federal permite a los estados limitar los beneficios opcionales por razones de presupuesto
    - **Ejemplo:** En Oregon los anteojos/lentes y algunos servicios dentales para adultos no están cubiertos

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



# Limitaciones de los beneficios

---

- La ley federal permite a los estados limitar los beneficios obligatorios de varias maneras, entre ellas:
  - Necesidad médica
  - El manejo 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 la región financiada y no financiada)
- HERC desarrolla estas pólizas decidiendo qué códigos específicos cubrir, qué códigos de diagnóstico se emparejan con qué códigos de tratamiento y creando "notas de guía"

# 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 cubiertos.**



**13 miembros designados.**



**La comisión elige los servicios que tienen más probabilidades de:**

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



**Invitar a la participación y comentarios del público**

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

---

- La Comisión de Revisión de Evidencia de Salud (HERC, por sus siglas en inglés) atiende a los residentes de Oregon al garantizar que ciertos procedimientos médicos, aparatos y exámenes pagados con el dinero de la atención médica de Medicaid sean seguros y se haya demostrado que funcionan.
- En la mayoría de los estados, estas decisiones se toman de maneras menos públicas y transparentes o pueden depender del juicio de cada director médico.
- Las pólizas de HERC continuarán brindando orientación a los CCO sobre lo que deben cubrir según sea médicamente necesario
- Los CCO pueden confiar en las pólizas de HERC para negar servicios por no ser médicamente necesarios. También pueden hacer excepciones.

# Plan de transición

---

- **HERC revisará la región no financiada y desarrollará una poliza de necesidad médica para esas condiciones**
  - HERC basará su poliza en principios similares a los de las reglas de necesidad médica y adecuación de OHP.
- **HERC utilizará la política de necesidad médica para garantizar que los servicios**
  - Prevenir, tratar o diagnosticar una enfermedad o condición
  - Están comprobados como seguros y efectivos
  - Son económicamente viables
  - Cumplen con los estándares de buena práctica médica
  - Ayudan a las personas a alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar
- **HERC no toma decisiones caso por caso sobre los servicios**
- **HERC elabora polizas para guiar las decisiones de CCOs y FFS/Open Card (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 cubiertas.
- La necesidad médica se define a través de pares de códigos y notas de guía.

## 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 CMS.
- Dentro de estos, HERC continuará definiendo qué servicios son médicamente necesarios con pares de códigos y Notas de Guías.
- La legislatura ya no podrá aumentar la línea de fondos para ahorrar dinero.

# Efectos a los miembros

---

No estan planeadas reducciones de beneficios ni cambios en la elegibilidad debido a este proyecto

Se cubrirán algunas condiciones que anteriormente no estaban financiadas (pero se aplicarán los criterios de necesidad médica).

Se acabaron las rechazos relacionadas con la línea de financiación

Los CCO aún tendrán que cubrir los servicios que HERC identifique como médicamente necesarios

Los CCO aún pueden negar servicios que no son médicamente necesarios





# Cambios en Apelaciones y audiencias, regla de comorbilidad

---

- Nuevo proceso para que los miembros de Pago-por-Servicio (FFS)/Tarjeta Abierta (Open Card) inicien apelaciones
  - Los CCO ya tienen procesos de apelación
  - Los derechos de audiencia continuarán
- Las políticas de HERC (no la línea de financiamiento) pueden ser referenciadas en apelaciones y audiencias para respaldar rechazos
- La regla de comorbilidad desaparecerá: ya no hay una región sin fondos

# Funciones del CCO para una interpretación consistente

---

- **CCOs:**

- ***deben*** cubrir los servicios médicamente necesarios y apropiados, según lo definido por HERC
- ***pueden*** negar servicios que HERC ha dicho que no son médicamente necesarios/apropiados.
- ***pueden*** confiar en la póliza de HERC para respaldar las denegaciones y mantener las apelaciones
- tienen la facultad discrecional de hacer excepciones basadas en circunstancias individuales si corresponde, (como lo hacen actualmente con la Lista de Prioridades)  
Examples: Unique patient circumstances, comorbidities, contraindications, late breaking evidence
- puede utilizar el juicio médico y los recursos externos (y puede sugerir que HERC proporcione una póliza clara).  
Por ejemplo, en circunstancias en las que HERC y OAR guardan silencio

# Comunicación y operaciones

---

- La OHA y los CCO tendrán que hacer cambios significativos
  - Proceso de apelación de FFS
  - Reescritura de las Reglas Administrativas de Oregon (OAR)
  - Reescritura de manuales, sitios web, materiales de comunicación
  - Revisión de sistemas y correspondencia
  - Capacitación del personal





OREGON  
**HEALTH**  
AUTHORITY

# Cambios a los Servicios Cubiertos

# Plan de trabajo de HERC

---

- Contratación de un director médico adicional
- Sesiones de comentarios continuas cada tres meses
- Reunión con especialistas
  - Hasta ahora: Oftalmólogos, Alergólogos, Panel de Salud Mental, Panel de Salud Bucal, Panel de Genética
  - Proximas Reuniones: Ortopedia, Cirugía general, Cirugía vascular, Podología, Urología, Medicina deportiva, Otorrinolaringología, Ginecología, Cirugía de mama, Cirugía gastrointestinal
- El personal de OHA preparará propuestas y las llevará a HERC en las reuniones de 2025
- El personal de OHA coordinará con los actuarios y los administradores del presupuesto para asegurarse de que tengan información precisa para asignar los fondos necesarios

# Reuniones de HERC: Accesibilidad y lenguaje sencillo

---

- Todas las reuniones son públicas
  - Los materiales están escritos en lenguaje sencillo y cumplen con los requisitos de accesibilidad.
- Cualquier persona puede hacer propuestas de temas al personal
  - Presentación de 10 minutos si está incluida en el orden del día
  - ~3 minutos de testimonio para todos los demás

# Su rol en la transición

---

- ¿Cómo pueden los miembros influir en este proceso?
  - Comentar o testificar en una sesión de comentarios de HERC o en una reunión pública
    - Cómo participar en HERC: <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/public-input-opportunities.aspx>
  - Sugiera un servicio que actualmente no esté financiado para su revisión enviando un correo electrónico [1115Waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov](mailto:1115Waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov)
  - Haga preguntas en [1115Waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov](mailto:1115Waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov)
- HERC frecuentemente realiza cambios en función de las preocupaciones de los miembros



OREGON  
**HEALTH**  
AUTHORITY

# Sesión de Comentarios



# Indicaciones

---

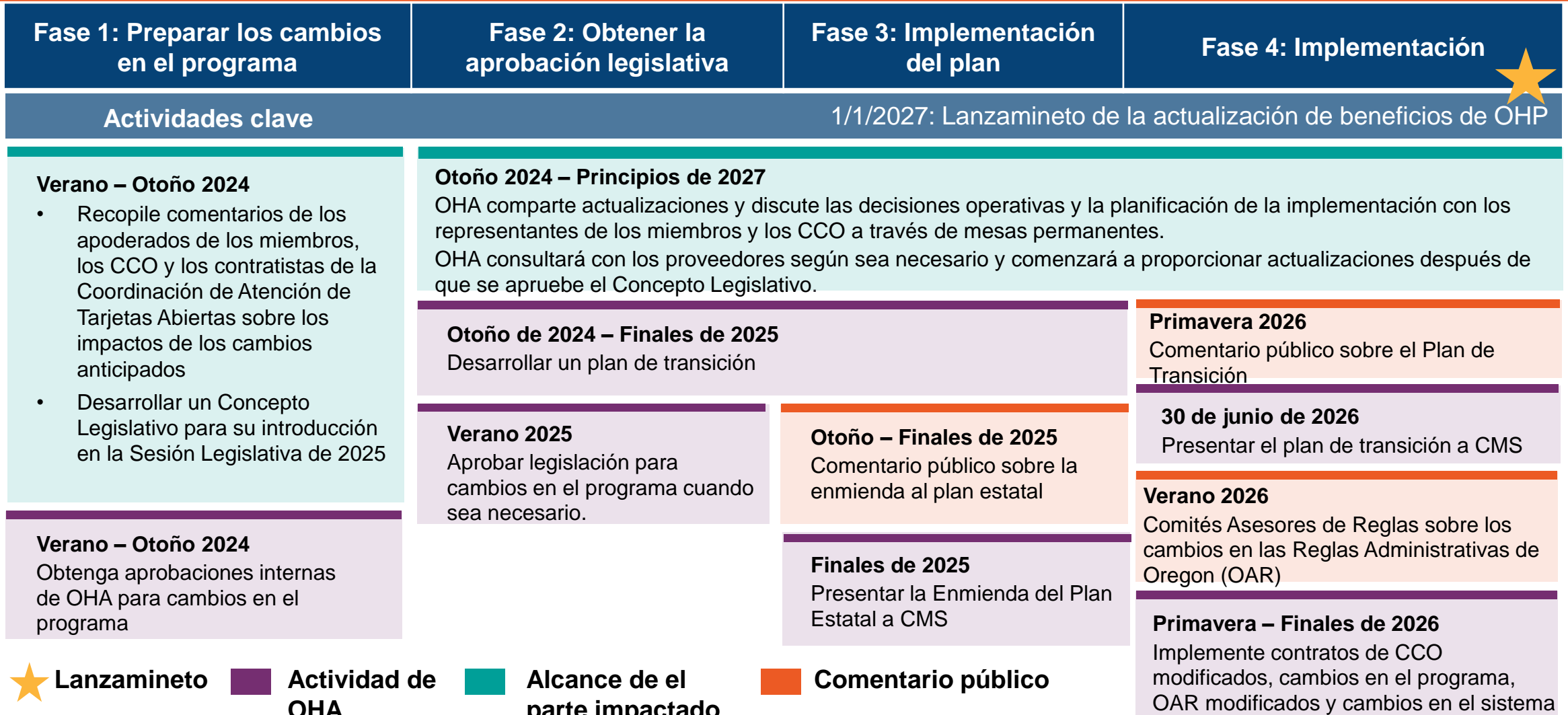
¿Tiene recomendaciones sobre los temas de las reuniones y la frecuencia con la que deben reunirse? OHA está considerando iniciar un grupo de trabajo de representantes de miembros en BUP para compartir actualizaciones del proyecto y trabajar en el plan de la transición.

¿Su red está discutiendo algún otro tema relacionado con la Lista de Prioridades que no se haya comentado hoy?

¿Qué sugerencias tiene para mantener a los miembros comprometidos y actualizados sobre las actualizaciones del proyecto?

# Cronograma previsto

Las sesiones de comentarios y las reuniones públicas de HERC continuarán como de costumbre.



 Lanzamineto

 Actividad de OHA

 Alcance de el parte impactado

 Comentario público

# 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](mailto:1115Waiver.Renewal@odhsoha.oregon.gov)
- La información también se compartirá en línea: <https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/benefit-update.aspx>
- OHA compartirá actualizaciones con los grupos que apoyan a los miembros, incluido el Programa de Alcance de Socios Comunitarios (CPOP)
- OHA tendrá en consideración las opiniones de los miembros durante la elaboración del plan de transición
- HERC continuará realizando sesiones de comentarios comunitaria

# 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 de orientación, 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:**
  - <https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/benefit-update.aspx>
  - <https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Documents/BUP-Fact-Sheet-EN.pdf>
  - <https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Documents/Benefit-Update-Project-Frequently-Asked-Questions.pdf>

# Gracias

---

¿**Cómo se utilizará?** Los aportes de estas sesiones se compartirán con el equipo del proyecto. Lo usaremos para guiar nuestro trabajo, identificar las necesidades de divulgación y dar forma a los planes de transición.

## Questions or Comments?

- Email: [1115Waiver.Renewal@odhsoha.oregon.gov](mailto:1115Waiver.Renewal@odhsoha.oregon.gov)
- Visit the OHP Benefit Update Project web page  
<https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Pages/Benefit-Update.aspx>

