

Información actualizada al 25 de septiembre de 2024.

Cambio en la definición de los beneficios de Medicaid por parte de Oregon

Desde 1994, Oregon ha utilizado la [Lista prioritaria de servicios de salud](#) para definir la mayor parte de lo que cubre el Plan de Salud de Oregon (Medicaid). Esta lista clasifica las afecciones de salud y sus tratamientos.

- Los tratamientos que son más efectivos o más importantes para la mayoría de las personas con Medicaid ocupan un lugar más alto.
- Los tratamientos innecesarios o menos efectivos ocupan un lugar más bajo.

Oregon es el único estado que utiliza una Lista prioritaria.

La línea de financiación

La Legislatura de Oregon establece una línea de financiación en la Lista prioritaria. Los servicios por encima de la línea están cubiertos. Los servicios que se encuentran por debajo de la línea generalmente no están cubiertos.

Durante años, la legislatura pudo ajustar la línea de financiación, moviéndola hacia arriba o hacia abajo en función de los presupuestos estatales. La línea no se ha movido desde 2012. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) dejaron de permitir que el estado moviera la línea de financiación si este cambio causaría una reducción de los beneficios.

¿Qué es lo que cambia?

Los CMS exigen que la Oregon Health Authority (OHA) deje de utilizar la Lista prioritaria antes del 1 de enero de 2027. En su lugar, la OHA debe agrupar los servicios en categorías para decidir qué servicios cubrir. Estas decisiones se tomarán en el Plan estatal de Medicaid de Oregon.

- El gobierno federal establece estas categorías. También establece qué categorías son obligatorias y opcionales.
- El Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) cubrirá todos los servicios médicamente necesarios en categorías obligatorias.

- Las categorías opcionales enumerarán claramente los beneficios cubiertos y no cubiertos.
- Oregon decidirá qué nuevos beneficios opcionales cubrirá.

Esto coincide con cómo otros estados definen los servicios cubiertos por Medicaid.

Qué significa este cambio para los miembros del OHP

- Los miembros no perderán beneficios debido a este cambio. Todos los servicios cubiertos hoy seguirán estando cubiertos a partir del 1 de enero de 2027, a menos que nueva evidencia demuestre que son perjudiciales o ineficaces.
- A partir de enero de 2027, el OHP cubrirá los tratamientos médicamente necesarios para más afecciones de salud, como la fibromialgia.
- El OHP aún no cubrirá tratamientos que sean cosméticos o médicamente innecesarios.
- Es posible que la OHA o la organización de atención coordinada (coordinated care organization, CCO) del miembro aún deban aprobar algunos servicios.

¿Cómo afectará este cambio a las organizaciones que brindan atención médica a los miembros del OHP?

Los sistemas de gestión de reclamaciones deberán incluir servicios recientemente cubiertos y eliminar referencias a “debajo de la línea” y “Lista prioritaria”. Algunos códigos asociados a beneficios y tratamientos cambiarán.

Todas las decisiones de tratamiento y las apelaciones deberán basarse en la necesidad médica, no en la línea de financiación de la Lista prioritaria.

Comisión de Revisión de Evidencia de Salud

La Comisión de Revisión de Evidencia de Salud (Health Evidence Review Commission, HERC) administra la Lista prioritaria. La comisión es un organismo independiente que:

- Analiza la ciencia detrás de los tratamientos.
- Decide qué tratamientos son médicamente necesarios.
- Recibe comentarios de los miembros sobre qué servicios debería cubrir el OHP.

Médicamente necesario significa que un tratamiento es:

- Necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una afección.
- Apoya el crecimiento, el desarrollo y la participación en la escuela.
- Respaldo por la ciencia.

¿Cuál será el papel de la HERC después de enero de 2027?

La HERC continuará proporcionando códigos emparejados de beneficios/tratamientos y notas de pautas para respaldar las decisiones de necesidad médica. Y continuará realizando lo siguiente:

- Revisión de la evidencia y los aportes de la comunidad sobre los servicios clínicos.
- Apoyo de los procesos públicos y transparentes.
- Búsqueda de oportunidades para la participación comunitaria.
- Elaboración de guías sobre la necesidad médica de algunos servicios.
- Documentación de las afecciones y sus tratamientos cubiertos.

Búsqueda de aportes sobre los posibles impactos para los miembros y para las organizaciones que brindan atención médica a los miembros

La OHA llevará a cabo reuniones virtuales este otoño con las organizaciones de atención coordinada (CCO), contratistas de Open Card y socios comunitarios para analizar los posibles impactos y recopilar comentarios.

La OHA también anticipa analizar decisiones operativas y planificación de implementación con las CCO a partir del otoño de 2024 y con los proveedores en futuras fases del proyecto.

La OHA continuará brindando actualizaciones sobre el proyecto al público durante las reuniones de la HERC. La OHA también compartirá actualizaciones a través de las reuniones del Comité de Calidad y Resultados de Salud y las reuniones con grupos que apoyan a los miembros.

Manténgase al tanto de la información:

Visite [Página web](#) del proyecto de Actualización de Beneficios para obtener más información. ¿Tiene preguntas?

Envíe un correo electrónico a 1115Waiver.Renewal@odhsoha.oregon.gov.

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Chelsea Egbert a chelsea.egbert@oha.oregon.gov o al 503-945-5772 (mensajes de voz y de texto). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

División de Medicaid
Operaciones estratégicas de la exención 1115
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232
971-673-1222

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/benefit-update.aspx>

