

Comité Asesor de Medicaid - Reunión MAC
Lunes, 19 de enero de 2021
MINUTOS

Tiempo: Comenzo-1:00 pm Finalizo-3:10 pm

Ubicacion: GoTo Meeting

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
Troy Clark, 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:
Kathy Kunkel, NM DOH
Kristina Leeper, NMMIP
Brian Blalock, NM CYFD
Carolyn Montoya, UNM College of Nursing
Anthony Yepa, Indian Pueblos Council

Rodney McNease, UNMH
Travis Renville, NDC
Ellen Leitzer, Senior Citizens Law Office
Buffie Ann Saavedra, AARP

Personal y

visitantes asistentes:
Nicole Comeaux, State Medicaid Director
Elisa Moran-Walker, HSD/MAD Deputy Director
Angelica Bruhnke, Versatile Med Analytics
Alex Castillo Smith, HSD/ OOS
Ben Kellman,
Brenna Gaytan, BCBS
Carmen Sanchez, HSD/ MAD
Cathy Salazar, Parents Reaching Out
Consuelo Mondragon, HSD/ BHSD
David Roddy,
Donna Lopez, HSD/ MAD
Erica Archuleta, HSD/ MAD
Jane Wishner
Jennifer Vigil, MAD

Megan Pfeffer, HSD/MAD Deputy Director
Lorelei Kellogg, HSD/MAD Deputy Director
Annabelle Martinez, MAD
Amy Miller Bowman, AmeriHealth
Bill Jordan, NM Voices
Bryce Pittenger, NMHSD
Carolyn Griego,
Chi Kohloff,
Cynthia Romero, HSD
Derek Lin,
Elizabeth Reed,
Everet Apodaca, HSD/ MAD
Janis Gonzales, DOH
Jason Espinoza, NFIB

Linda Gonzales, HSD/MAD Deputy Director
Abuko Estrada, HSD/ MAD
Alan Shugart,
Shelly Begay, HSD/ OOS
Brenda Trujillo, HSD/ BHSD
Carlos Ulibarri, MAD
Carrisa Tashiro,
Colin Baillio, OSI
Dan Lanari
Devi Gajapathi, HSD/ MAD
Ellen Pinnes,
Jake Nissle, AmeriHealth Caritas
Jason Cornwell, DOH
Jeanelle Romero, HSD/ MAD

Jeanette Gurule, HSD/ MAD
 John Padilla, HSD/ MAD
 Karen Wiley, NMDVR
 Ken Searby, New Vistas
 Marilyn Bennett, New Vistas
 Luisiana Tegan, AmeriHealth
 Mika Tari, HSD/ BHSD
 Neal Bowen, HSD/ BHSD
 Paoze Her, HSD/ MAD
 Quinn Lopez, WSCC
 Renay Martinez, HSD/ MAD
 Scott Allocco, Sellers Dorsey
 Susan Loubet,
 Theresa Belanger, MAD
 Wade Carlson, CYFD

Jennifer Swanberg, HSD
 Julie Lovato, HSD/ MAD
 Karey Barrie, Finity
 Kendra Garcia, New Vistas
 Mike Nelson, Tri Core
 Melodee Koehler, HSD/ MAD
 Mitchel Newberry,
 Nicolas Cordova, NM Poverty Law
 Patty Kehoe,
 Rachel Biggs,
 Roberta Marquez, HSD/ MAD
 Sahar Hassanin, OSI
 Tallie Tolen, HSD/ MAD
 Tiffany Wynn, HSD/ BHSD
 Wanicha Burapa, MAD

Jenny Felmley, HSD/ BHSD
 Karen Armitage, Salud
 Kathy Slater-Huff, HSD/ MAD
 Kim Carter, HSD/ MAD
 Loretta Cordova, HSD/ MAD
 Michael McGrory, X Ray NM
 Monae Ortega, HSD/ MAD
 Orlando Vasquez, HSD/ MAD
 Pei Huang, HSD/ MAD
 Rajan Bishwakarma,
 Roy Jeffus,
 Shane Shariff, MAD
 Tammy Soveranez, HSD
 Tracie Collins,
 Vivian Ulibarri, HSD/ MAD

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
1. Protocolos de reunión	<p>La directora Nicole Comeaux presentó una descripción general del protocolo de reuniones</p> <p>Todo el mundo debería estar acostumbrándose a las diferentes plataformas en este momento. Algunos recordatorios amistosos durante la reunión de hoy: por favor, silencio los micrófonos cuando no hable, actualice su nombre y dirección de correo electrónico debajo de los asistentes, los miembros del comité pueden hacer preguntas durante la presentación, la función de chat estará abierta para los comentarios públicos en todo momento. la presentación, junto con un período abierto al final para que otros hablen y hagan sus comentarios públicos, los presentadores, recuerden indicar cuándo hacer la transición de las diapositivas, y esto La 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 se tomó un momento de silencio para recordar al Dr. Larry Lubar, quien era dentista, y Kenneth Carriza, quien representaba a Farmacia, sirvió como miembros del Comité. MAD Director, Nicole Comeaux llevó lista a todos los miembros del comité.</p>	Ninguna	Larry Martinez, Presidente del MAC	Terminado
3. Aprobación de la Agenda	<p>La agenda de esta reunión fue aprobada por todos los miembros del comité presentes, sin cambios recomendados.</p>	Ninguna	Larry Martinez, Presidente del MAC	Terminado

4. Aprobación de los Minutos (Acta)	El comité aprobó el acta de la reunión del 2 de noviembre de 2020.	Las actas finalizadas se publicarán en el sitio web del HSD.	HSD/MAD Director's office	Terminado
-------------------------------------	--	--	---------------------------	-----------

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
<p>5. Actualización de la Directora MAD</p>	<p>La Directora Nicole Comeaux presentó la Actualización del Director de la División de Asistencia Médica (MAD)</p> <p>Hay tres grandes secciones por las que atravesar. El plan es pasar la primera hora repasando los comentarios introductorios y la actualización del director. Luego tomaremos un descanso de cinco minutos y luego pasaremos a la Enmienda de la exención 1115 y la Audiencia pública y el comentario público para la Enmienda de la exención 1115. Luego tomaremos otro descanso de cinco minutos y concluiremos con la revisión del Presupuesto de Medicaid. Los cuadros de mando actuales no están disponibles debido a la presentación tardía de datos en el último trimestre.</p> <p>Actualización de la política COVID-19: Medicaid 6.2% de aumento de coincidencia: Mantenimiento del requisito de esfuerzo (MOE):</p> <p>Este es un recordatorio para aquellos que pueden no estar siguiendo tan de cerca, que pueden no haber participado en audiencias legislativas o reuniones de MAC más recientes. El resultado de la Ley de Primera Respuesta al Coronavirus, que es una de las primeras piezas del Legislativo Federal aprobado, en respuesta a la Emergencia de Salud Pública (PHE). Las agencias de Medicaid recibieron un aumento del 6.2 por ciento en la tasa de igualación. Normalmente, la tasa de coincidencia en promedio es de alrededor del 72 por ciento. Entonces, por cada dólar invertido en fondos generales estatales, generalmente se recuperan alrededor de \$3.72. Como resultado de este aumento, durante el PHE, por cada dólar que se coloca en el lugar del estado, se recuperan alrededor de \$4.78. Actualmente, hay muchas inversiones del gobierno federal para garantizar que las agencias de Medicaid puedan mantener la cobertura de atención médica para muchas personas que ingresan en la lista de Medicaid en todo el país como resultado de la recesión económica continua y la necesidad de atención médica en el mismo tiempo. Existe la necesidad de atención médica y la necesidad de financiamiento para apoyarla, y al mismo tiempo hay presupuestos separados disponibles durante los PHE para apoyar los programas. Este fue un acto del Congreso para garantizar que podamos apoyar ese aumento de la inscripción. Si bien recibimos estos dólares, también tenemos un MOE que establece que todas las personas que se inscribieron en el programa a partir del 18 de marzo de 2020 deben permanecer inscritas. Antes de la PHE, NM tiene un promedio de aproximadamente 7,000 personas que se retiran cada mes, lo que representa aproximadamente el uno por ciento de nuestra membresía. Por lo general, solo obtenemos, fuera del PHE, aproximadamente el</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department</p>	<p>Terminado</p>

.1 por ciento de la inscripción cada mes. Desde que comenzó el PHE, casi no hemos tenido personas que abandonen el programa debido al MOE. En lugar del .1 por ciento de ganancia mes tras mes (MOM), hemos ganado un promedio de 1.5 por ciento en nuestra inscripción.

6.2% Cronograma de extensión de FMAP:

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	FOLLOW-UP ACTION	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Se ha ampliado la declaración para el PHE. El Porcentaje de Asistencia Médica Federal (FMAP) incrementado en 6.2 por ciento, está vinculado a la declaración de PHE de que el Secretario actual y el próximo Secretario de Salud y Servicios Humanos serán responsables de continuar con la declaración. Las declaraciones vienen en incrementos de 90 días a menos que el Secretario las rescinda antes. Lo que significa, dada la declaración más reciente, que la emergencia se renovaría el 21 de enero de 2021. Ahora sabemos que todavía recibiremos ese financiamiento mejorado hasta el 21 de abril de 2021. Para el Ministerio de Educación, tendremos hasta ese mes, hasta finales de abril, para mantener a las personas que están actualmente en el programa. En ese momento, las personas comenzarán a volver a los criterios de elegibilidad normales, como se describe en la regla federal en este momento, que con el tiempo comenzaríamos a ver que estas personas abandonan el programa.</p> <p>Esfuerzos de respuesta de COVID-19: Queríamos resaltar estas exenciones para usted, y tenemos dos exenciones 1135 generales. Las exenciones 1135 son aquellas que solo son permitidas bajo un PHE. Las exenciones 1135 tienen un montón de exenciones en su interior. Hay cinco exenciones aprobadas del Apéndice K. Las exenciones del Apéndice K también están asociadas con el PHE, que son para la población de 1915c y algunas otras partes del programa. El enlace al detalle de cada uno de ellos se encuentra en esta presentación. Además de las exenciones, también hemos presentado una cantidad significativa de Enmiendas al Plan Estatal (SPA). En la actualidad, existe un SPA para desastres que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pueden enviar en este momento, así como el proceso de SPA normal. Recientemente presentamos algunos SPA adicionales. Un par de nuevas actualizaciones sobre algunos de los esfuerzos de respuesta en torno a las exenciones, hemos estado trabajando durante el año pasado para asegurarnos de dónde hemos tenido fondos disponibles. Estamos tratando de devolverlos a los proveedores y / o trabajar con las Organizaciones de atención administrada (MCO) para hacerlo. Sabemos que muchos proveedores en general han experimentado una disminución en los ingresos o un aumento en sus costos durante este PHE. Hemos tratado de sacar el financiamiento donde pudimos, razón por la cual tuvimos que enviar un número tan significativo de SPA y preimpresiones a lo largo de este proceso. Las MCO han sido fantásticas al responder a todos estos esfuerzos. Ha sido bastante trabajo para todos nosotros en el lado del estado, pero ciertamente tanto trabajo para ellos hacer cambios en el sistema, ajustar los pagos, lo que también llega a los proveedores.</p> <p>Implementación del plan de vacunas: Se trata de la implementación del reembolso por la administración</p>			

	<p>de la vacuna. Nuevo México tiene un plan fantástico y estamos muy agradecidos con todos los demás socios estatales por su trabajo aquí. Queremos asegurarnos de que hubo un reembolso adecuado para la administración. Además, todas las personas cubiertas por Medicaid actualmente tendrían un reembolso por la administración de la vacuna.</p>			
--	---	--	--	--

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>En la guía federal que salió, CMS indicó que cubrirían el costo de la vacuna real. Sin embargo, los estados y los contribuyentes serían responsables de cubrir el costo administrativo real. Medicare estableció un conjunto inicial de tarifas para la administración de dosis única y doble, por lo que estaremos reflejando el reembolso de Medicare en este momento. Ha habido cierta preocupación por la idoneidad de este reembolso y ha habido algunas preguntas que pueden cambiar. Los mantendremos informados a todos cuando veamos la llegada de la nueva administración, y tenemos la intención de mantenernos en línea con las tarifas de Medicare. Si aumenta, nosotros también aumentaremos. Al ritmo actual, el impacto financiero estimado para la administración de la vacuna, alineado con la tasa de cumplimiento del 60 por ciento, es de \$10 millones para el año fiscal federal 21 (FFY21) y \$15 millones para el FFY22. Por último, en el plan de vacunas, también presentamos un 1115. Actualmente, los programas de Medicaid normalmente no cubren la administración de la vacuna para la población de beneficios limitados y queremos asegurarnos de tener esa cobertura en su lugar.</p> <p>Actualización de TI: Verificación electrónica de visitas (EVV) Go-Live 1/1/2021</p> <p>Además del trabajo que el estado ha estado haciendo en los esfuerzos de respuesta de COVID-19, también hay diez proyectos de TI diferentes actualmente en proceso. El esfuerzo de reemplazo del Sistema de Información Administrativa de Medicaid (MMIS) es una construcción de TI muy importante y es bastante exigente con los recursos de Medicaid. También tenemos varios otros proyectos, como las reglas de interoperabilidad, que los federales han puesto en marcha, además de trabajar con nuestros socios en el Health Insurance Exchange para garantizar que tengamos un sistema integrado y entre en funcionamiento a finales de este año. Este proyecto de TI se puso en marcha el 1/1/2021 y afectó a un número significativo de personas..</p> <p>Cronología / Problemas que ha enfrentado el estado:</p> <p>El sistema EVV es un mandato federal que debía ser implementado por todos los estados antes del 1/1/2021, o los estados enfrentarían sanciones monetarias. Básicamente, esto es para personas que brindan servicios en el hogar, tanto a través de las MCO como del lado del pago por servicio (FFS), a través de las exenciones para discapacidades del desarrollo (DD) y Mi Via. La intención detrás de la implementación de EVV desde la perspectiva federal era asegurar que estemos haciendo un mejor trabajo para tratar de eliminar el fraude, el despilfarro y el abuso. Básicamente, este proyecto permite que las personas ingresen y salgan a través de un teléfono, un proceso de IVR, en la primera fase o en la segunda fase podrán usar una aplicación para iniciar y cerrar sesión. Una cosa que ha creado</p>			

desafíos es que en el último año tuvimos que cancelar el integrador de sistemas para el proyecto MMIS general. Este MMIS ejecuta todo el proceso de back-end en Medicaid. El integrador de sistemas es el centro, y hay diferentes módulos que se alimentan de ese integrador de sistemas. El trabajo de los integradores de sistemas es asegurarse de que todos puedan hablar entre ellos. Hemos experimentado una serie de desafíos con eso proveedor y hemos rescindido y eso tiene un efecto dominó en todos los demás contratos de los diferentes radios.

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Uno de esos desafíos fue el contrato que debía respaldar el esfuerzo de EVV. Como resultado, los contratos no se pudieron completar para esto hasta principios de octubre, con cada uno de los subcontratistas que necesitábamos, para desarrollar este esfuerzo. Esto significa que teníamos alrededor de tres meses para hacer un desarrollo de TI para esta fecha de lanzamiento, para un proyecto que debería haber sido una construcción de seis a nueve meses y, como resultado, ha habido algunos obstáculos en el camino. Hemos cumplido con los requisitos de CMS, por lo que no estaremos sujetos a ninguna disminución en el FMAP, que es la consecuencia de no cumplir. Sin embargo, para la población con la que estamos trabajando en esta implementación, puede imaginar que esto ha creado algunos desafíos para aquellos que no están acostumbrados a usar diferentes sistemas de TI, o que tienen que iniciar y cerrar sesión o fichar su entrada y salida. de esta forma. Ciertamente, nuestra prioridad ha sido garantizar la continuidad de los servicios para los participantes de la exención y el continuo apoyo y pago a los proveedores. Nos hemos asegurado de que se siga pagando a los clientes y de que sigamos intentando comunicarnos de la forma más clara posible para que los clientes se sientan cómodos con esta implementación.</p> <p>Componentes de la fase 1 y la fase 2: La fase 1 de este proyecto se puso en marcha el 1 de enero, lo que significa que actualmente estamos solicitando a los clientes que inicien y cierren la sesión a través del sistema telefónico de reconocimiento de voz interactivo (IVR). Pueden usar un teléfono fijo desde la casa del cliente al que atienden o también pueden usar un teléfono celular registrado para marcar la entrada y la salida. Pueden continuar asegurándose de que sus pagos y horas se envíen a través del sistema existente, para que los pagos sigan siendo precisos. En la Fase 2, que se pondrá en marcha el 1 de abril, tendrá la funcionalidad EVV completa. Por lo tanto, los clientes pueden llamar desde el teléfono fijo registrado o llamar desde su teléfono o usar la aplicación Authenticare en su teléfono móvil. Todos ellos ejecutan GPS en el back-end para que podamos asegurarnos de que los clientes brinden servicios donde se supone que deben estar.</p> <p>Implementaciones de EVV: En el lado de la Atención Administrada, el Beneficio Comunitario Basado en Agencia (ABCB) se implementó en 2016, por lo que solo la población del Beneficio Comunitario Autodirigido (SDCB) se ve afectada con la nueva implementación. En el lado de FFS, la Exención basada en agencias, la Exención DD y la Exención basada en agencias de apoyos fueron parte de esta implementación. En la Exención autodirigida, Mi Vía Autodirigida y Apoya la exención dirigida por el participante, también se vieron afectados por esta implementación. Nuestros socios del Departamento de Salud (DOH) han estado trabajando con nosotros en el</p>			

siguiente paso de este esfuerzo.

Dónde encontrar más información:

Hay un número significativo de presentaciones y preguntas frecuentes (FAQ) sobre esta implementación si hay información adicional que se pueda necesitar. El Centro Consolidado de Servicio al Cliente (CCC) también puede responder preguntas sobre esta implementación.

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Los clientes deberán llamar a la línea CCSC y presionar asterisco (*), para ser transferidos al vendedor para que puedan responder preguntas más específicas.</p> <p>Sesión legislativa 2021 Fechas de la Sesión Legislativa 2021: La legislación debe presentarse previamente antes del 15 de enero de 2021. El día de apertura es el 19 de enero de 2021 a partir del mediodía. El 18 de febrero de 2021 es la fecha límite para las presentaciones y la sesión finaliza el 20 de marzo de 2021 al mediodía.</p> <p>Prioridades legislativas del gobernador: Las prioridades legislativas del gobernador se enumeran ahora en la página web principal. Algunos de ellos son: Alivio pandémico para pequeñas empresas, ampliación de oportunidades para más propietarios de negocios de Nuevo México y mantenimiento local de los dólares locales. Establecer una nueva fuente de ingresos esencial para el estado y una fuente de empleo para decenas de miles de nuevos mexicanos. Asegurar que cada nuevo mexicano pueda crear una carrera satisfactoria con la educación y las habilidades requeridas sin deudas onerosas. Proteger a los consumidores de Nuevo México reformando las prácticas crediticias e invirtiendo en mejoras generacionales en la educación y el bienestar de los niños de Nuevo México. Reducir el costo del seguro médico y los gastos médicos para las familias trabajadoras. Impulsar los distritos escolares y las comunidades pobres y abordar las necesidades de los estudiantes de NM con capacidades diferentes. Protección de los proveedores de atención médica. Reconocer y reducir el racismo institucional con el gobierno y crear un estándar de combustible limpio. Para profundizar en la reducción del costo del seguro médico y los gastos médicos para las familias trabajadoras: Hay una pieza de legislación que se aprobará y que el Departamento de Servicios Humanos (HSD) no está liderando, pero ciertamente apoya en coordinación con Oficina del Superintendente e Impuestos e Ingresos. Esa es la legislación sobre fondos asequibles. Esta legislación es fundamental para trabajar para reducir los costos de participar en el Intercambio de Seguros de Salud. También permitiendo los esfuerzos continuos que comenzamos aquí en HSD para tratar de buscar otras oportunidades para cubrir a la población restante sin seguro en el estado. Trabajaremos junto con las otras agencias y los patrocinadores, así como con la Oficina del Gobernador para apoyar esa legislación. Además, el HSD tiene un proyecto de ley de manutención infantil, que está fuera de Medicaid, pero dentro del HSD. Este es un proyecto de ley principal que estamos impulsando durante la sesión de este año. Otro proyecto de ley que apoyamos es la legislación de asesoría de atención primaria que busca garantizar que abordemos la escasez de proveedores en el estado y también busca garantizar que tengamos</p>			

un grupo de personas que trabajen de manera continua para garantizar que estemos brindando reembolso.

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
<p>6. 115 Enmienda n. ° 2 a la renuncia a la demostración</p>	<p>La directora Nicole Comeaux presentó la Enmienda de demostración n. ° 2 de 1115 Audiencia pública formal: La exención 1115 nos permite operar Centennial Care 2.0. Enmendamos esa exención anteriormente para hacer algunos cambios cuando comenzó la nueva administración. En este momento, estamos trabajando en la segunda enmienda de exención, esta es una audiencia pública formal para aceptar comentarios para la Enmienda #2 de Demostraciones 1115, también conocida como Centennial Care 2.0 del Programa Medicaid. Tras la aprobación de la Exención 1115, los cambios asociados entrarán en vigencia el 1 de julio de 2021. HSD está llevando a cabo dos audiencias públicas a través de GoTo Meeting debido a la pandemia de COVID-19 el 19 de enero de 2021 a partir de la 1:00 p.m. - 4:00 p. my 28 de enero de 2021 de 9:30 a.m. -- 10:30 a.m.</p> <p>Comentarios de la audiencia pública formal: Actualmente se aceptan comentarios por correo electrónico, correo postal o teléfono. Puede encontrar más información sobre la enmienda de la exención y el proceso de comentarios públicos en el sitio web del Departamento.</p> <p>Proceso formal de audiencia pública: El proceso de audiencia pública es un proceso formal que el estado utiliza para obtener comentarios del público. Esta presentación es un resumen de los cambios propuestos a la exención que se publicaron el 31 de diciembre de 2020 y están disponibles en el sitio web del HSD. Como parte del proceso de audiencia formal, aceptaremos y registraremos todos los comentarios, pero no participaremos en una discusión sobre los comentarios. Nuestra respuesta a los comentarios se documentará en una sección de la solicitud final de enmienda de exención 1115 que se envía a CMS en marzo de 2021.</p> <p>Cronograma propuesto para el proceso de la Enmienda n. ° 2 de la exención de demostración 1115: El siguiente es el cronograma propuesto para la Enmienda de la Exención de Demostración 1115. En diciembre, publicamos el borrador de la solicitud. En este momento, estamos pasando por los Períodos de comentarios públicos y tribales y las Audiencias públicas. El borrador de la solicitud se finalizará en febrero. En marzo, enviaremos la solicitud a CMS. Estos programas entrarán en vigencia el 1 de julio de 2021.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department</p>	<p>Terminado</p>

1115 Enmienda de demostración # 2 Cambios propuestos

En un alto nivel, lo que buscamos en esta enmienda es la autoridad federal para enmendar el programa y hacer los siguientes cuatro cambios: el primero es solicitar una exención de la exclusión de la Institución para Enfermedades Mentales (IMD); el segundo es implementar la expansión de los servicios High Fidelity Wraparound (HFW); tercero, ampliar la Educación Médica de Posgrado en Atención Primaria (GME); y el cuarto es solicitar que se nos permita reembolsar la cobertura de la administración de vacunas para la población de beneficios limitados de la vacuna COVID-19.

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Cambio propuesto # 1 - Exención de IMD: La primera enmienda solicita una exención para la exclusión de IMD para todos los beneficiarios de Medicaid, de 21 a 64 años, independientemente del sistema de prestación de servicios. El objetivo de la exención es mantener y mejorar el acceso de los beneficiarios a los servicios de salud conductual (BH) en entornos apropiados y garantizar que las personas reciban atención en las instalaciones más adecuadas a sus necesidades. Específicamente, la exención para la exclusión de IMD permitiría que las instalaciones psiquiátricas, por ejemplo hospitales u otras instituciones de más de 16 camas, se dediquen principalmente a brindar tratamiento de diagnóstico o atención a personas con enfermedades mentales, incluida la atención médica, y atención de enfermería y servicios relacionados, para poder también brindar servicios reembolsables a los beneficiarios de Medicaid para estadías de más de 15 días. La ley federal actualmente prohíbe el financiamiento de Medicaid para servicios a miembros entre las edades de 21 a 64 años para recibir esos servicios en un IMD. La intención legislativa era que los estados fueran responsables de la atención institucional de las personas con enfermedades mentales.</p> <p>Un IMD es un hospital, centro de enfermería u otra institución de más de 16 camas que se dedica principalmente a brindar diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales. En 2016, hubo una nueva regulación de atención administrada que restringe los fondos federales para estadías de IMD por más de 15 días para esta población. Además, eliminaron la opción de que usáramos la opción “en lugar de” que anteriormente estaba permitida en la forma en que trabajamos con las MCO para brindar atención en entornos apropiados para estas personas. La nueva regla de atención administrada establece que los estados ya no pueden interactuar con sus MCO de esa manera para cubrir los servicios necesarios para estas personas. El impacto de ese cambio en la regla fue que si la estadía de un miembro en un IMD es mayor a los 15 días, el estado debe recuperar el pago total de capitación del mes, y no solo el monto asociado con la estadía en el IMD. El miembro todavía está inscrito en el plan y el plan sigue siendo responsable de la atención, pero no está remunerada.</p> <p>Esto puede provocar que los miembros sean dados de alta demasiado pronto y necesiten atención de emergencia más adelante. Otro desafío incluye el desarrollo de una red adecuada de alternativas sin EMI y los mayores costos de las alternativas de atención. Además, crea una gran carga para las familias y los cuidadores. Para mantener el acceso de los miembros de atención administrada a la atención en los IMD, solicitamos a CMS que permita fondos federales para estadías superiores a 15 días, y también solicitamos fondos federales para los miembros de FFS para que tengan el mismo acceso a la</p>			

atención.

Cambio propuesto n. ° 2 - Envolvente de alta fidelidad:

El cambio propuesto n. ° 2 consiste en agregar un paquete envolvente de alta fidelidad (HFW) a la exención de Medicaid 1115. HFW es un modelo intensivo de coordinación de cuidados basado en equipos que está estructurado y aplicado a poblaciones con necesidades intensas. Los puntos importantes sobre el proceso de Wraparound es que es en equipo, garantiza que haya un plan de atención coordinado y un coordinador de atención responsable, que es el facilitador integral.

Bryce Pittenger,
Director, CEO
Behavioral
Health

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Esto no es un servicio, sino un enfoque estructurado para la planificación del servicio y la coordinación de la atención basado en un conjunto de valores fundamentales. El objetivo es mejorar el cuidado de los niños y las familias en Nuevo México y reducir los costos del cuidado. HFW no es para todos. Si la coordinación de la atención regular, la evaluación de detección y la prestación de servicios funcionan, entonces no necesitamos HFW. Entonces, con los niños con trastornos emocionales graves, son esos niños y sus familias los que tienen una carga pesada como prueba de.</p> <p>Triángulo de prevalencia / utilización: Esto ilustra el sentido de los servicios intensivos para aproximadamente el cinco por ciento de la población beneficiaria de Medicaid con niños con trastornos emocionales graves. La mayoría de esos fondos se destinan a centros de tratamiento residenciales y más a un entorno de atención restringido.</p> <p>Cambio propuesto n. ° 2 - Envoltorio de alta fidelidad: El diez por ciento superior de los gastos más altos es un promedio de alrededor de 46 mil dólares al año. Por lo tanto, continuar reduciendo costos es brindar la mejor coordinación de cuidado posible para los niños y el bienestar infantil, la justicia juvenil y múltiples sistemas. Los enfoques tradicionales de gestión de casos y coordinación de la atención han demostrado ser insuficientes para los niños y jóvenes con necesidades importantes de salud conductual. Los HFW también abordan los determinantes sociales de la salud. Estamos aproximadamente en el puesto 50 en la nación en términos de algunos indicadores de bienestar infantil, por lo que HFW incorpora todos los dominios de la vida de un niño y sus familias para aumentar la productividad y disminuir el riesgo. En cuanto a HFW, la fidelidad es clave. Hemos estado trabajando con Mercer en un proceso para comprender cuál será la tasa por miembro por mes (PMPM). Hemos estado tomando en consideración esos costos administrativos de capacitación, entrenamiento, acreditación y costos administrativos continuos para proporcionar un cuadrante de facilitadores y entrenadores en NM. Los Criterios de Elegibilidad son Trastorno Emocional Grave / Severo (SED), deterioro funcional en dos o más dominios, involucrado en múltiples sistemas y en riesgo de ser colocado fuera del hogar. NM tiene actualmente 10 equipos con 61 facilitadores. Para servir la Fase 1, estamos buscando agregar 100 facilitadores adicionales en todo el estado.</p> <p>El estado actual y los próximos pasos presentados a CMS con la Enmienda de exención 1115, trabajando actualmente con Mercer para determinar la tasa, incluida la capacitación, el entrenamiento, la fidelidad, la Evaluación de las necesidades y la fuerza de los niños y adolescentes (CANS) para determinar el deterioro funcional y Apoyo de pares familiares. Estamos utilizando el Centro de Innovación (COI) de</p>		Collaborative, Human Services Department	

NMSU para respaldar la implementación administrativa. Como parte de la estructura, habrá un Consejo Interagencial.

Cambio propuesto n. ° 3 - Educación médica de posgrado en atención primaria (GME):

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Lo que proponemos a CMS es establecer un mecanismo de financiación de la expansión de GME que ayudará en el desarrollo de los programas nuevos o ampliados en los campos de la atención primaria como Psiquiatría General, Medicina Familiar, Pediatría General y Medicina Interna General. Hemos estado trabajando con los directores y el personal del programa de atención primaria de GME con base en la comunidad para pensar: “¿Cómo es la expansión de un médico de atención primaria?” Y “¿Cómo podemos expandirla en Nuevo México?”. Hemos elaborado un plan estratégico quinquenal que lanzamos por primera vez en enero de 2020, y hemos actualizado ese plan, que está disponible en línea, y anticipamos con todas las consultas con nuestros socios, que entre 2019 y 2025, el número de Primarias Los programas Care GME crecerán de ocho a trece. En un año hemos creado dos programas adicionales.</p> <p>Otorgamos un poco más de 1 millón a tres programas en el año fiscal 20. Nuestro ciclo de solicitud actual para el año fiscal 21 ya está abierto y los programas tienen hasta finales de febrero para presentar su solicitud. Anticipamos que tendremos hasta seis programas que expresen interés. Tenemos un Fondo General (GF) para el programa, y el mecanismo de financiamiento que estamos proponiendo en la Exención 1115 es, podemos aprovechar los fondos federales de CMS con nuestro GF existente para aumentar la cantidad total de dinero que tener disponible para financiar estos programas.</p> <p>Cambio propuesto # 4 - Cobertura de la vacuna COVID-19 Estamos proponiendo agregar cobertura a la vacuna COVID-19 y su administración para todas las poblaciones cubiertas por la exención. Estamos planeando cubrir específicamente la Categoría de Elegibilidad de Planificación Familiar (COE), Servicios Médicos de Emergencia para Extranjeros (EMSA), Individuos No Asegurados que se han inscrito a través del grupo de prueba COVID-19 que se puso en marcha después de Families First Ley de Respuesta al Virus Corona (FFCRA) y también aquellas personas que están cubiertas por Medicaid en la categoría de servicios relacionados con el embarazo. De lo contrario, no podríamos cubrir el reembolso de estas personas.</p>		Alex Castillo-Smith, Office of the Secretary, Human Services Department	
7. Comentario Publico Formal	<p>El público tuvo los siguientes comentarios públicos:</p> <p>Laurence Shandler: El GME de Atención Primaria, para recordar a los miembros y al público que los médicos tienden a permanecer en las comunidades donde hacen su residencia, en lugar de donde fueron a la escuela de Medicina. Tener programas de residencia fuera de Albuquerque y extenderse a áreas rurales será un beneficio para NM.</p> <p>Troy Clark: Gracias al director de MAD Comeaux y al equipo de MAD. Cree que tenemos una gran necesidad de mejorar el acceso y aumentar nuestro número de proveedores en todo nuestro</p>	Ninguna		Terminado

	estado.			
8. Proyecciones presupuestarias de Medicaid	<p>La subdirectora, Elisa Walker-Moran, presentó las proyecciones presupuestarias de Medicaid</p> <p>Completamos una Proyección del Presupuesto de Medicaid con datos hasta noviembre de 2020 para proporcionar al Departamento de Administración de Finanzas (DFA) y al Comité de Finanzas Legislativas (LFC) un presupuesto previo a la sesión legislativa.</p>	Ninguna	Elisa Walker-Moran, Deputy Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Este presupuesto incluye el FMAP del 6.2 por ciento que se extendió hasta el 30 de junio de 2021, ya que el PHE se extendió recientemente otros 90 días.</p> <p>Resumen del presupuesto para los años fiscales 20, 21 y 22</p> <p>Impacto del Fondo General del 6.2% de Aumento de FMAP: La pregunta es, ¿cuánto debió disminuir nuestro GF como resultado del FMAP adicional del 6.2 por ciento del gobierno federal? En el año fiscal 20, la necesidad de GF de Medicaid se redujo en aproximadamente \$123.3 millones y en el año fiscal 21 se proyecta que la necesidad de GF disminuirá en \$262.6 millones. Esta es una compensación de que los federales están contribuyendo con una contribución adicional, lo que significa que nuestra necesidad de GF disminuye.</p> <p>Actualización del presupuesto de Medicaid: Gastos: Los gastos proyectados en el año fiscal 2020 son de aproximadamente \$6,600 millones, lo que representa una disminución de aproximadamente \$11.3 millones con respecto a la proyección de datos anterior de septiembre de 2020 principalmente debido a un cambio en la tarifa de la prima del seguro médico. Los gastos proyectados en el año fiscal 21 son de aproximadamente \$7.3 billones, lo que representa una disminución de aproximadamente \$20.7 millones con respecto a la proyección anterior. Los gastos proyectados en el año fiscal 22 son de aproximadamente \$7.4 billones y un aumento de aproximadamente \$114,6 millones de dólares de la proyección anterior. Parte de este aumento en la inscripción se debe a la extensión de Mantenimiento del Esfuerzo (MOE).</p> <p>Actualización del presupuesto de Medicaid: Ingresos: La necesidad de fondos generales proyectada en el año fiscal 2020 es de aproximadamente \$947,7 millones con un superávit proyectado de \$19.4 millones, un aumento de aproximadamente \$5.4 millones con respecto a la proyección de datos anterior de septiembre de 2020. La necesidad de fondos generales proyectada en el año fiscal 21 es de aproximadamente \$906.3M con un superávit proyectado de \$45.8M debido a la extensión del 6.2 por ciento del FMAP para otro trimestre. Anteriormente estábamos proyectando un déficit. La necesidad de fondos generales proyectada en el año fiscal 22 es de casi \$1.17 billones con un déficit proyectado de \$169,7 millones.</p> <p>Enrollment Projection</p> <p>Inscripción de Medicaid en contexto: Al ingresar al año calendario (CY) 21, se proyecta que la inscripción de Medicaid para enero de 2021 llegará a 908 mil personas,</p>			

	<p>aproximadamente el 43 por ciento de la población del estado (2.1 millones). Había 900 mil beneficiarios en total en noviembre de 2020 y 931 mil previstos para junio de 2021. Anticipamos que para septiembre de 2021 habrá 883 mil después de que finalice el MOE. Actualmente, el 82 por ciento está inscrito en atención administrada, el 43 por ciento (en comparación con el 40 por ciento antes de COVID) de todos los nuevos</p> <p>Los mexicanos están inscritos en Medicaid. El 43 por ciento de los beneficiarios son niños y el 58 por ciento (en comparación con el 5 por ciento antes de COVID) de los niños de Nuevo México están inscritos en Medicaid. El 72 por ciento de todos los nacimientos en Nuevo México están cubiertos por Medicaid.</p>			
--	---	--	--	--

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Cambios en la inscripción a Medicaid: Estos son algunos de los supuestos que se incluyen en la inscripción; Los requisitos del Ministerio de Educación, la perspectiva económica actual y las políticas de estímulo son factores en las proyecciones presupuestarias y de inscripción actuales para los años fiscales 20, 21 y 22. Algunas otras cosas clave son, la PHE, las decisiones de escolarización, que han tenido un impacto en la matrícula, así como los incentivos para las actividades de búsqueda de empleo.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM para el año fiscal 2020: En marzo y abril de 2020, puede ver el cambio de mes a mes. Consideramos que el pre-COVID para Medicaid es febrero de 2020, porque fue entonces cuando comenzamos a ver un ligero aumento en la inscripción, a partir de marzo y abril. Hubo un cambio significativo en nuestra inscripción.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM para el año fiscal 21: Para el año fiscal 21, el cambio de inscripción mes tras mes ha comenzado a disminuir, pero sigue siendo un número positivo significativo. Para esta proyección, construimos mes a mes de manera continua hasta junio de 2021, ya que tenemos el requisito de MOE.</p> <p>Proyección de inscripción en Medicaid de NM para el año fiscal 22:: El cambio de mes a mes, a partir de julio, agosto y septiembre comienza a disminuir, a medida que las personas abandonan el programa debido a la elegibilidad de ingresos. Suponemos que alrededor del 50 por ciento de los afiliados seguirán siendo elegibles para Medicaid.</p> <p>Inscripción de atención administrada de Medicaid de NM para el año fiscal 2020: Dado que la mayoría de nuestra población está inscrita en Managed Care, prácticamente sigue la misma tendencia que la inscripción total que se discutió anteriormente.</p> <p>Inscripción - Pre y Post COVID: Cuando consideramos la proyección presupuestaria en diciembre de 2019, esto fue antes de que supiéramos que habría un PHE. Esto se considera nuestra línea de base. En ese momento, no teníamos integrado el año fiscal 22, por lo que agregamos una línea de tendencia donde habría estado la inscripción si hubiéramos continuado la inscripción en ese momento con la proyección más reciente, que era la información de noviembre de 2020. En marzo estábamos en 846 mil individuos, en junio estábamos en 931 mil individuos ya partir de ahí</p>			

iríamos disminuyendo lentamente.

Proyección FY2020:

Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2020:

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>En el año fiscal 20, los mayores cambios en FFS se produjeron en el hospital para pacientes ambulatorios con una disminución estimada de \$1.3 millones debido a una menor utilización. Para las exenciones DD, MF y Mi Via, la estimación aumentó en \$1.1 Millones debido a los mayores costos administrativos reales que provienen de un aumento de la tasa del tres por ciento a partir del 1 de enero de 2020 y un aumento en los casos que se procesaron. Expansión de Medicaid, la estimación del año fiscal 2020 se revisa al alza por \$5.6 millones. Esto se debe a un cambio en la distribución de los fondos de conciliación de los Servicios de Salud para Indígenas (IHS) de lo que se había proyectado anteriormente en función de los datos reales recibidos. Estos son equivalentes al 100 por ciento a nivel federal y no afectan el fondo general. La tarifa del proveedor de seguro médico, para CY20, año de pago se pagó en diciembre de 2020. El pago fue \$14.9 millones menos que la estimación anterior.</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2020: El fondo general necesario para el año fiscal 2020 es de \$947.7 millones. Esta es una disminución de \$5.4M de la proyección anterior. El superávit de ingresos estatales para el año fiscal 2020 es de \$19.4 millones, un aumento de \$5,4 millones. Esto todavía incluye la cantidad de reversión de \$52.5 millones. La mayor parte de este superávit se debió a que recibimos el FMAP del 6.2 por ciento durante dos trimestres en el año fiscal 2020.</p> <p>Proyección FY2021</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 21: La estimación del Fondo de atención no compensada (UC Pool) / Pago de acceso dirigido (TAP) se ha revisado a la baja en \$9 millones. El presupuesto de TAP en FFS se cambió al pago de suma global de la MCO a partir del 1 de enero de 2021. La estimación para el hospital para pacientes ambulatorios se ajusta por \$2.5M debido a una menor utilización a medida que continúa el PHE. La estimación para DD & MF Traditional y Mi Via Waivers se ajusta a la baja en \$2.6M. Esto incluye una caída de \$2.6 millones debido a una mayor deserción en los últimos cinco meses, una caída de \$1.2 millones debido a menores datos reales del impacto del aumento de la tarifa temporal y un aumento de \$1.2 millones debido a un mayor costo administrativo para la revisión de la utilización. La estimación para la exención de apoyos se ajusta a la baja en \$22.8 millones debido a que las personas rechazaron la asignación para la exención de apoyos. La cantidad de clientes que proyectamos utilizarían los servicios en el año fiscal 21 se redujo de 2,000 a 250 personas debido a la baja aceptación de la exención de soporte. La estimación</p>			

para el año fiscal 21 para el programa de Salud Física se revisó al alza en \$33.9 millones con respecto a la proyección anterior. Esto refleja un aumento de \$16.6M en meses-miembro, un aumento de PMPM de \$12.2M impulsado por la reevaluación de los costos de CY19 que representan los diversos aumentos de tarifas y la tendencia a las tarifas de CY21, y cambios en la suma global de \$5.1M. El presupuesto de TAP en FFS se cambió a los pagos de suma global de la MCO a partir del 1 de enero de 2021. La estimación del año fiscal 21 para el programa de servicios y soporte a largo plazo se revisó al alza en \$13.9 millones de la proyección anterior. Esto refleja \$13.2 millones de cambios de PMPM CY21, especialmente ajustes para el reglamento de salario mínimo. regulaciones que impactan a PCS, y - \$0.6M de miembros-mes, y \$1.3M en cambios de suma global, el presupuesto de TAP en FFS se cambió a los pagos de suma global de MCO a partir del 1 de enero de 2021.

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>La estimación del año fiscal 21 para el programa de salud conductual, que presta servicios a los clientes de salud física y LTSS, se revisó a la baja en \$10,3 millones. Esto refleja un aumento de \$3.2 millones de los meses de miembros y una disminución de \$14.0 millones de los cambios de CY21 PMPM. El cambio de PMPM refleja tendencias anuales más bajas y un ajuste prospectivo en comparación con las tasas de julio a diciembre de 2020. Los cambios en la suma global son de \$0.5 millones. El presupuesto de Pago de acceso dirigido en FFS se trasladó a los pagos de suma global de la MCO a partir del 1/1/2021. La estimación para el año fiscal 21 para el programa de expansión de salud física de edicaid se revisó al alza en \$14,7 millones. La disminución refleja \$15.8 millones de meses de miembros, - \$6.0 millones de cambios de PMPM y \$4,9 millones de cambios de suma global. El presupuesto de TAP en FFS se cambió a los pagos de suma global de la MCO a partir del 1 de enero de 2021. La estimación del año fiscal 21 para el programa de salud conductual de expansión de Medicaid que atiende a los clientes de expansión de Medicaid se revisó al alza en \$7.3 millones, lo que refleja un aumento de \$2.1 cambios de mes de miembros y un aumento de \$5.0 millones en cambios de PMPM. En comparación con la tasa de BH para la población de Legacy, el aumento de la Expansión de Medicaid refleja una tendencia anual más alta y un ajuste prospectivo más alto. Los cambios en la suma global son de \$0.2 millones. El presupuesto de Pago de acceso dirigido en FFS se trasladó a los pagos de suma global de la MCO a partir del 1/1/2021. La estimación de la Parte D de Medicare se ajusta por \$2.6 millones debido a la menor tasa de recuperación que se debe a la extensión del aumento de 6.2% del FMAP a junio de 2021.</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Ingresos para el año fiscal 21: El UNM-IGT se ajusta a la baja en \$2.8M debido a la extensión del 6.2 por ciento de aumento de FMAP hasta junio de 2021. El fondo general necesario para el año fiscal 21 es de \$906.3 millones. Esto representa una disminución de \$67.3 millones. El superávit proyectado es de \$45.8 millones. Este es un aumento de \$67.3 millones con respecto a la proyección anterior. Esto ahora incluye la inclusión del FMAP mejorado en 6.2 por ciento hasta junio de 2021..</p> <p>Proyección FY2022:</p> <p>Proyección presupuestaria de Medicaid Gastos para el año fiscal 2022: La proyección para el año fiscal 22 para el programa de salud física es revisada por \$23M de la proyección anterior. Esto refleja una disminución de \$0,7</p>			

millones de los cambios de mes de los miembros, un aumento de \$23,7 millones de los cambios de PMPM. La proyección para el año fiscal 22 para el programa de servicios y apoyo a largo plazo se revisó al alza en \$29,2 millones con respecto a la proyección anterior. Esto refleja un aumento de \$2.2M de los cambios de mes de miembros, y \$27M de cambios de PMPM. La proyección para el año fiscal 22 para el programa de salud conductual se revisó a la baja en \$27,3 millones, lo que refleja - \$1,3 millones de cambios de mes de miembros y - \$26 millones de cambios de PMPM.

La proyección para el año fiscal 22 para el programa de salud física de expansión de Medicaid se revisó al alza en \$68.9 millones. Esto refleja \$80.3 millones del mes de miembros más alto y - \$11.4 millones de los cambios de PMPM. La estimación del año fiscal 22 para el programa de salud conductual que atiende a los clientes de la expansión de Medicaid se revisó en \$19,8 millones, lo que refleja un aumento de \$10.4 millones en los cambios mensuales de los miembros y un aumento de \$9.4 millones de los cambios de PMPM.

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	<p>Proyección del presupuesto de Medicaid Ingresos para el año fiscal 2022: La necesidad de GF en el año fiscal 22 es de \$1.16 billones. Este es un aumento de \$7.8 millones con respecto a la proyección anterior. El déficit proyectado en el año fiscal 22 es de \$169.7 millones de dólares. Esta es una disminución de \$7.8 millones con respecto a la proyección anterior..</p> <p>Factores de riesgo en el presupuesto: Esto es solo un recordatorio de lo que se acaba de discutir. Hemos incorporado la crisis económica y sanitaria prolongada en esta proyección. Existe una incertidumbre significativa en Empleo y Desempleo, si un individuo trabaja a tiempo parcial o tiempo completo tiene un impacto en nuestra matrícula. inscripción. Duración y cantidad del aumento de la aportación federal, nos sorprende que el 6.2 por ciento se extienda a otro trimestre y eso está integrado ahora, y el costo futuro de las Tarifas de atención administrada. Algunos posibles riesgos futuros que aún no se han incluido en esta proyección son el bienestar financiero de los proveedores, las incertidumbres en los ingresos del FM, la asignación del FM para el año fiscal 22, el plan y los costos de distribución de vacunas y la Entidad de atención administrada Indígena.</p>			
	<p>Contención de costos: Cerrando el año fiscal 2020 con algún superávit adicional, cerrando el año fiscal 21 ahora que tenemos el próximo trimestre de financiamiento de aproximadamente \$45 millones de superávit y proyectando un déficit de \$170 millones para el año fiscal 22, que por supuesto está pendiente de ingresos federales adicionales. Conversaciones de contención de costos a lo largo del interin, durante las presentaciones de LFC de HSD, no tenemos la intención de actuar sobre ninguna de estas opciones en este momento, sin duda esperamos sobre la nueva administración a nivel federal y los cambios a nivel del Congreso también. , que probablemente resulten en fondos adicionales. Sería irresponsable de una agencia no pensar en los esfuerzos de contención de costos, enfrentando ese significativo déficit en el futuro. Hemos continuado actualizando esa lista y nos aseguramos de que estamos pensando en todas las opciones políticas y debemos presentar las medidas de contención de costos que necesitemos. Siendo nuestra prioridad limitar el impacto a los beneficiarios y proveedores.</p>		Nicole Comeaux, Director, Medical Assistance Division, Human Services Department	

	<p>Contención de costos potenciales: Puede ver a un alto nivel que esto es un déficit significativo y estos son los ingresos de GF. Por lo tanto, con una alta tasa de coincidencia que tenemos, también termina convirtiéndose en un gran impacto programático. Esta es una lista de cambios que tendríamos que hacer de manera programática para equilibrar nuestro presupuesto.</p>			
9. Comentarios Publicos	El público tuvo los siguientes comentarios públicos:	Ninguno		Terminado

TEMA DE DISCUSIÓN	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE/ DEPARTAMENTO	FECHA REQUERIDA O COMPLETADO
	No hubo comentarios públicos.			
10. Clausura	La reunión terminó a las 3:10 pm.	Vea el Sitio web de HSD para upcom- fecha (s) de reunión	Larry Martinez, Presidente del MAC	Terminado

Respetuosamente:

Alysia Beltran

26 de marzo de 2021

Grabadora

Fecha