

Reunión del Comité Asesor de Medicaid-MAC
Lunes, 5 de noviembre de 2018
MINUTOS

Hora: Inicio-1:04pm Finalizo-3:44pm Ubicación: Sala# 1205, Garrey Carruthers State Library Camino Carlos Rey, Santa Fe, 87507

Presidente: Larry A. Martinez, Servicios Médicos de Presbyterian

Registradora: Alysia Beltran, División de Asistencia Médica

Miembros de Comite:

Sylvia Barela, Centro de Recuperación de Santa Fe	Kim Jevertson, Miembro Publico
Michael Batte, Miembro Público	KyKy Knowles, Departamento de Servicios de Envejecimiento y largo plazo de NM
Natalyn Begay, Ohkay Owingeh	Meggyn Lorino, Asociación de Cuidados de Casa y Hospicio NM
Jim Copeland, Departamento de Salud de NM	Carol Luna-Anderson, Asesor de Salud del Comportamiento de Life Link
Ramona Dillard, Pueblo de Laguna	Richard Madden, Capítulo de la Academia Americana de Médicos de Familia de NM
Jeff Dye, Asociación de Hospitales de Nuevo México	Rodney McNease, Hospital de UNM
Mary Eden, Servicios Medicos de Presbyterian	Carolyn Montoya, Escuela de Enfermeria de NM
Michael Hely, Servicio del Consejo Legislativo de NM	Eileen Goode, NM Primary Care Association
Daniel Bourgeois, Poblacion de Medicaid	Jason Espinosa, Asociacion de Cuidado Primario de NM
Ruth Hoffman, Ministerio Luterano de Defensa de NM	Laurence Shandler, Pediatra
Gary Housepian, Derechos de Discapacidad de NM	Gene Varela, AARP de New Mexico
Monique Jacobson, Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de NM	Dale Tinker, Asociación de Farmacéuticos de NM
Mark Freeland, Navajo Nation	

Miembros Ausentes: Natalyn Begay, Ohkay Owingeh
Daniel Bourgeois, Poblacion de Medicaid

Mark Freeland, Navajo Nation
Kim Jevertson, Miembro Publico

Personal y Visitantes
Asistentes:

Nancy Smith-Leslie, Director de Medicad	Jason Sanchez, HSD/MAD	Mike Nelson, Subsecretario de HSD
Angela Medrano, HSD/MAD	Sallyanne Wait, HSD/MAD	Wayne Lindstrom, BHSD
Russ Toal, Consultor	Liz Lacouture, PHP	Karen Jackson, Trividia
Mary Kay Pera, NMASBHC	Jenny Felmly, Comite Legislativo de Finanzas	Casey Crotty, San Juan IPA
Ruby Ann Esquibel, LFC	Sam Brandt, X-Ray Associates of NMPC	Michael McGrory, X-Ray Associates of NMPC
Ellen Pinnes	Heather Ingram, Presbyterian	Karen Wiley, NMDVR
Nancy Rodriguez, Alianza de NM para la atencio Medica basada en la escuela	Brian Alvarado, Agencia de Area de Envejecimimiento	Jaclyn Herrera, HSD
Susan Kelly, Spark Therapeutics	Krista Brooker, AIT/ MASC	Thomas Garcia, NCNMEDD
Michael Gutierrez, AIT/MASC	David Scrase, Ciencias de la Salud de UNM	Crystal Ginithan, AIT/ MASC
Jennifer Vigil, HSD/MAD	Mika Tari, BHSD	Tracy Smith, Project ECHO
Erica Archuleta, HSD/MAD	Kim Carter, HSD/ MAD	Karen Meador, BHSD
Laurence Shandler, Pediatra	Sharon Huerta, BCBSNM	David Nadar, UHC
Jody Harris, Hospitales de UNM	Gia McLean	Scott Allocco, Sellers Dorsey
Sun Vega, ConsultOR		

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
I. Introducciones	Larry Martínez convocó la reunión y dirigió las presentaciones. Larry presentó a los miembros designados, al personal y a los invitados cuando llegaron durante la reunión.	Ninguna	Larry Martínez, Presidente del MAC	Completado
II. Aprobación de la Agenda	La agenda para esta reunión fue aprobada por todos los miembros del comité que asistieron, sin cambios recomendados.	Ninguna	Larry Martínez, Presidente del MAC	Completado
III. Aprobación de los Minutos (Acta)	Las actas de la reunión del 6 de agosto de 2018 celebrada en la Biblioteca Estatal Garrey Carruthers fueron aprobadas por el comité sin correcciones.	Los minutos finalizados se publicarán en el sitio web de HSD	Oficina del director de HSD/MAD	Completado
IV. Proyecciones de Presupuesto de Medicaid	<p>Jason Sanchez presentó la Proyección del Presupuesto de Medicaid:</p> <p>Inscripción: la población general de Medicaid y CHIP (columna K) alcanzó su punto máximo a principios de 2017. La disminución desde entonces refleja el cumplimiento de HSD con los requisitos federales y estatales para volver a determinar la elegibilidad al menos cada 12 meses según el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) . Desde principios de 2018, la proyección refleja mejores condiciones económicas, mayores ingresos y un mayor empleo. Los niveles de inscripción alcanzaron 833,611 en septiembre de 2018 y actualmente se proyecta que aumentarán a 844,967 en junio de 2019 y a 847,740 en junio de 2020. Esto representa una disminución de 20,313 para junio de 2019 y 26,903 para junio de 2020 de la proyección anterior. La mayor parte de esta reducción puede atribuirse a mayores reducciones en la población de planificación familiar debido a un cambio de política que generalmente limitará esta población a personas de 50 años y menores.</p> <p>La población de beneficio completo (columna D) para septiembre de 2018 ha alcanzado 480,421 individuos, una disminución de 8,554 con respecto a la proyección anterior. Actualmente se proyecta que esta población crezca a 494,879 en junio de 2019, una disminución de 2,544 en comparación con la proyección anterior y de 503,731 en junio de 2020. La población en expansión de Medicaid llegó a 250,571 individuos en septiembre de 2018, una disminución de 5,202 en comparación con la proyección anterior, y se proyecta que crecerá a 255,832 en junio de 2019, una disminución de 4,113, y el estimado de junio de 2020 es de 258,391.</p>	Ninguna	Jason Sánchez, Director Adjunto, División de Asistencia Médica, Departamento de Servicios Humanos	Completado

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>El mayor cambio en la inscripción en esta proyección se produce en la población de planificación familiar (columna E). Se proyecta que esta población alcanzará los 62,045 individuos para junio de 2019, una disminución de 12,132 respecto a la proyección anterior y 52,771 individuos para junio de 2020, un decremento de 21,440 de la proyección anterior. Se proyecta que la población QMB (Columna F) llegue a 21,009 en junio de 2019 y a 21,593 en junio de 2020, mientras que se espera que las poblaciones de SLIMB y QI1 (columnas F y G) se mantengan en aproximadamente los mismos niveles que lo proyectado anteriormente.</p> <p>Las tasas de crecimiento mensuales se proyectan a una tasa anualizada de 1.5% en año FY19 y de 0.75% en año FY20 en las poblaciones de Salud Física (PH) y del Grupo de Otros Adultos (OAG) (menores que las tasas de crecimiento anteriores). Las tasas de crecimiento anual en la población de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) se proyectan en un 2% en año FY19 y FY20. Las poblaciones de Medicaid y CHIP inscritas en organizaciones de atención médica administrada en junio de 2018 son aproximadamente 668,859 personas. En el año FY18 hubo una disminución retroactiva en la población de OAG y un aumento correspondiente en las cohortes de TANF de adultos que se pueden observar entre enero de 2018 y junio de 2018. La proyección actual para junio de 2019 es de 678,113 individuos, una disminución de 4,460 de la proyección anterior, mientras que la proyección para junio de 2020 es ahora de 683,844, una disminución de 6,342 individuos. Estas disminuciones ocurren principalmente en las poblaciones de PH y OAG. La proyección de población LTSS se mantiene aproximadamente en el mismo nivel que el proyectado anteriormente.</p> <p>Gastos para el año FY18: en el hospital para pacientes: la estimación se modificó a la baja en \$4.2 millones en comparación con la proyección anterior. Los costos de impaciencia están disminuyendo debido a una menor utilización. Otros: la estimación se modifica a la baja en \$1.1 millones en comparación con la proyección anterior. La mayor parte de este cambio se debió a recuperaciones adicionales de HMS. Discapacidades de desarrollo y tradicionalmente frágil desde el punto de vista médico, y exenciones de Mi Vía (DOH, por sus siglas en inglés): la cantidad que se muestra es la parte que pueden ser respaldadas por los fondos estatales disponibles y muestra un cambio mínimo con respecto a la proyección anterior. La estimación aumenta en \$3.1 millones en comparación con la proyección anterior debido a la reevaluación de la tasa combinada del impuesto a los ingresos brutos (TGR) y algunos cambios en los procedimientos, que incluyen apoyos de conducta intensivos individuales vivos con apoyo a partir de marzo</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>de 2018. Como resultado, el impulso hacia el año fiscal 19 es un gasto de \$7.4 millones o \$2.1 millones en el fondo general.</p> <p>Centennial Care - Physical Health: la estimación disminuye en \$7.7 millones en comparación con la proyección anterior debido a una inscripción más alta que la proyectada anteriormente y un PMPM más bajo debido a cambios en la combinación de cohortes. Los meses de miembros más altos aumentan la estimación en \$3.7 millones, mientras que el PMPM más bajo la reduce en \$9.9 millones, y otros ajustes reducen la estimación en \$1.5 millones. Centennial Care - Servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): la estimación aumenta en \$2.3 millones en comparación con la proyección anterior debido a una inscripción más alta que la proyectada anteriormente y un PMPM más bajo debido a cambios en la combinación de cohortes. Los meses de miembros más altos aumentan el estimado en \$0.7 millones, otros ajustes aumentan la estimación en \$2.6 millones. mientras que el menor PMPM lo reduce en \$1.0 millones. Centennial Care: Salud del comportamiento: la estimación se reduce en \$4.6 millones en comparación con la proyección anterior debido a una inscripción más alta que la proyectada anteriormente y un PMPM más bajo. Los meses de miembros más altos aumentan la estimación en \$0.8 millones, el PMPM más bajo la reduce en \$1.6 millones y otros ajustes reducen la estimación en \$3.8 millones. Expansión de Medicaid de Centennial Care - Salud física: la estimación disminuye en \$12.5 millones en comparación con la proyección anterior debido a una inscripción más baja que la que se había proyectado anteriormente. Los meses de miembros más bajos reducen la estimación en \$7.6 millones, y otros ajustes reducen la estimación en \$4.9 millones. Tecnología de la información de salud: la estimación disminuye en \$6.6 millones en comparación con la proyección anterior basada en los gastos del año hasta la fecha.</p> <p>Ingresos del año fiscal 2011: rechazo federal: el ingreso federal se redujo en \$3.1 millones en espera de una corrección de la reversión de datos a las referencias de IHS antes de abril de 2018. Apropiación del Departamento de Salud - La asignación del fondo general a DOH incluye un suplemento mental de \$2 millones aumentando la cantidad total a \$107.0 millones y un superávit de año FY16 que se reservó en el año FY18. Necesidad adicional / (superávit) del Departamento de Salud: la necesidad adicional estimada del fondo estatal de \$2.1 millones se ha impulsado al año FY19. El déficit del DOH se debe en parte a un impulso de \$0.95 millones con respecto al año FY17. Reembolsos de medicamentos: los reembolsos de medicamentos reconocidos son de \$4.8 millones, una disminución de \$5.0 millones con respecto a la última proyección. Necesidad del Fondo General: la necesidad del Fondo General es de \$912.5 millones, un aumento de \$4.7 millones</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>con respecto a la última proyección. Superávit de ingresos del estado / (déficit): el superávit de ingresos estimado es de \$3.1 millones, una disminución de \$4.7 millones con respecto a la última proyección. HSD ha revertido \$2.3 millones, lo que deja un superávit de \$0.8 millones.</p> <p>Gastos del año fiscal 19: hospitalización: la estimación se modifica a la baja en \$1.1 millones en comparación con la última proyección. Las reclamaciones de pacientes hospitalizados disminuyeron en el primer trimestre debido a una menor utilización. Discapacidades del desarrollo y exenciones médicas tradicionales y frágiles, y exenciones de Mi Vía (DOH): la proyección aumenta en \$12.4 millones con respecto a la proyección anterior. Esta proyección total refleja un aumento de la tasa del 2% el 1 de enero de 2019 para la mayoría de los servicios. Otros cambios incluyen: la transición de los miembros a partir de marzo de 2018 a los nuevos procedimientos presentados en la renovación de la exención, un aumento en la tasa combinada de GRT, la asignación de 80 nuevos clientes, el reemplazo de deserción y \$7.4 millones a partir del FY18. Centennial Care - Physical Health - La estimación disminuye en \$23.9 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$7.7 millones debido a una menor inscripción proyectada y en \$19.8 millones debido a una menor PMPM debido a cambios en la mezcla de cohortes, mientras que aumenta en \$3.6 millones con respecto a otros ajustes. Centennial Care - LTSS - La estimación aumenta en \$15.2 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación aumenta en \$0.9 millones debido a una mayor inscripción proyectada y otros \$15.8 millones de otros ajustes, mientras que disminuye en \$1.6 millones debido a un PMPM más bajo debido a cambios en la combinación de cohortes. Centennial Care - Salud del comportamiento: la estimación aumenta en \$5.4 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$1.5 millones debido a una inscripción más baja proyectada, y otros \$2.9 millones de otros ajustes, mientras que aumenta en \$9.9 millones debido a un aumento de PMPM por parte de los aumentos de tarifas y cambios de beneficios del proveedor. Expansión de Medicaid de Centennial Care - Salud física: la estimación disminuye en \$6.4 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$7.3 millones debido a una inscripción más baja proyectada mientras que aumenta en \$0.7 millones con respecto a otros anuncios, y en \$0.2 millones debido a un mayor PMPM debido a cambios en la mezcla de cohortes. Expansión de Medicaid de Centennial Care - Salud del comportamiento - La estimación aumenta en \$5.5 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación se reduce en \$0.7 millones debido a una menor inscripción proyectada y en 0.6 millones de otros ajustes, mientras que aumenta en \$6.8 debido a un mayor PMPM debido a los aumentos de tarifas y cambios en los beneficios de los proveedores. Medicare</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>Parte B: la estimación aumenta en \$1.1 millones en comparación con la proyección anterior, principalmente debido a pagos retroactivos de primas en los últimos tres meses. Desde el archivo de datos mensuales de la Parte B de CMS, los ajustes retroactivos se remontan a diciembre de 2006 y la mayoría se remonta a 2014. Tecnología de información de salud: la estimación aumenta en \$6.4 millones para igualar el máximo federal permitido. Este gasto no tiene impacto en la necesidad del fondo general, ya que es 100% financiado con fondos federales. Iniciativas Centennial Care 2.0: la estimación aumenta en \$3.0 millones en comparación con la proyección anterior.</p> <p>Ingresos del año fiscal 19: Apropiación del Departamento de Salud - El Departamento de Salud La asignación del año fiscal 19 es de \$111.1 millones. Esto incluye \$1.47 millones del saldo del fondo DDSD FY18, que se prohibirá en el FY19. El Departamento de Necesidad de Asignación de Salud / (Excedente) - El Departamento de Salud recibió una asignación de \$2.0 millones para nuevas asignaciones. Se proyecta que el DOH tendrá un excedente de \$1.1 millones de dólares de esta asignación. Necesidad adicional / (superávit) del Departamento de Salud - Incluyendo el adelanto de \$2.1 millones del FY18, el déficit para el DOH es de \$3.9 millones. Cuando se combina con el excedente de \$1.1 millones el déficit total es de \$2.8 millones. Safety Net Care Pool: los ingresos de SNCP se actualizaron en función de los datos fiscales de ingresos brutos más recientes en el año FY18, un aumento de \$0.7 millones desde la última proyección. Reembolsos de medicamentos: los ingresos se actualizaron según la colección más reciente del año fiscal 2011, un aumento de \$0.3 millones con respecto a la última proyección. Necesidad del Fondo General: la necesidad del Fondo General es de \$941.7 millones, una disminución de \$2.8 millones con respecto a la última proyección. Estado de los excedentes de ingresos / (déficit) - El déficit de ingresos es de \$8.1 millones, un aumento de \$2.8 millones desde la última proyección.</p> <p>Gastos del año fiscal 20: hospitalización: la estimación se modifica a la baja en \$1.1 millones en comparación con la última proyección. Las reclamaciones de pacientes hospitalizados disminuyeron en el primer trimestre del ejercicio fiscal de 1919 debido a una menor utilización. Discapacidades de desarrollo y tradicionalmente frágiles desde el punto de vista médico, y exenciones de Mi Vía (DOH): la proyección aumenta en \$7.5 millones con respecto a la solicitud de presupuesto del año fiscal 20. Esta proyección total refleja un aumento de la tasa del 2% el 1 de enero de 2019 para la mayoría de los servicios. Otros cambios incluyen: la transición de los miembros a partir de marzo de 2018 a los nuevos procedimientos incluidos en la renovación de la exención, un aumento en la tasa combinada de GRT, la asignación de 80 nuevos clientes y el reemplazo de la deserción. Centennial Care -</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>Physical Health - La estimación disminuye en \$30.1 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$13.5 millones debido a una menor inscripción proyectada y en \$20.3 millones debido a una menor PMPM debido a cambios en la mezcla de cohortes, mientras que aumenta en \$3.7 millones con respecto a otros ajustes. Centennial Care - LTSS - La estimación aumenta en \$10.2 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$4.0 millones debido a una inscripción más baja proyectada, \$1.6 millones de un PMPM más bajo debido a cambios en la combinación de cohortes mientras que aumenta en \$15.8 millones de otros ajustes. Centennial Care - Behavioral Health - La estimación aumenta en \$4.3 millones en comparación con la proyección anterior.</p> <p>La estimación se reduce en \$2.9 millones debido a una inscripción más baja proyectada, y otros \$2.9 millones de otros ajustes, mientras que aumenta en \$10.1 millones debido a un PMPM más alto debido a los aumentos de tarifas y cambios de beneficios del proveedor. Expansión de Medicaid de Centennial Care - Salud física: la estimación disminuye en \$9.1 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$9.9 millones debido a una menor inscripción proyectada y aumenta en \$0.6 millones con respecto a otros ajustes, y en \$0.2 millones debido a un mayor PMPM debido a cambios en la combinación de cohortes. Expansión de Medicaid de Centennial Care - Salud del comportamiento: la estimación aumenta en \$5.4 millones en comparación con la proyección anterior. La estimación disminuye en \$1.0 millones debido a una menor inscripción proyectada y en \$0.6 millones de otros ajustes, mientras que aumenta en \$7.0 millones debido a un PMPM más alto debido a aumentos de tarifas y cambios en los beneficios del proveedor. Medicare Parte D: la estimación disminuye en \$1.1 millones en comparación con la proyección anterior. Este cambio se debe a una menor inscripción proyectada. Iniciativas Centennial Care 2.0: la estimación aumenta en \$4.0 millones en comparación con la proyección anterior.</p> <p>Ingresos del año fiscal 20: Asignación del Departamento de Salud - El Departamento de Salud La solicitud de asignación básica del año fiscal 20 es de \$109.6 millones. Departamento de Necesidad de Asignación de Salud / (Excedente): se proyecta que el Departamento de Salud necesitará \$3.6 millones por encima de su solicitud de apropiación del año fiscal 20. Fondo de Medicaid de Apoyo del Condado (CSMF): los ingresos de CSMF se actualizaron en base a los datos de impuestos de recibos brutos más recientes en el año fiscal 2011, un aumento de \$1.0 millones con respecto a la solicitud del presupuesto. Safety Net Care Pool: los ingresos de SNCP se actualizaron en base a los datos fiscales de ingresos brutos más recientes en el año FY18, un</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>aumento de \$0.8 millones a partir de la solicitud del presupuesto. Reembolsos de medicamentos: los ingresos se actualizaron según la colección más reciente del año fiscal 2011, una disminución de \$1.0 millones con respecto a la última proyección. Necesidad del Fondo General: la necesidad del Fondo General es de \$997.0 millones, una disminución de \$7.7 millones de dólares con respecto a la solicitud de presupuesto. Estado de los excedentes de ingresos / (déficit): el déficit de ingresos es de \$63.4 millones en comparación con la apropiación del año fiscal 19, o una disminución de \$7.7 millones con respecto a la solicitud del presupuesto.</p>			
<p>V. Actualización del Director</p>	<p>Nancy Smith-Leslie presentó una actualización de la Directora al Comité Asesor de Medicaid de NM y una Actualización de Salud del Comportamiento de Sally Wait:</p> <p>Inscripción de Centennial Care 2.0: La inscripción abierta es del 1 de octubre de 2018 al 30 de noviembre de 2018. Durante estos dos meses, los afiliados de CC pueden elegir la MCO para proporcionar sus servicios de Medicaid. Cualquier selección de inscripción realizada durante la inscripción abierta entrará en vigor el 1 de enero de 2019. Cualquier persona actualmente inscrita en Blue Cross o Presbyterian, que no elija una nueva MCO, se volverá a inscribir en su MCO actual. Todos los demás afiliados de Centennial Care que no elijan una MCO serán asignados automáticamente a una MCO. Las opciones y asignaciones de MCO entrarán en vigor el 1 de enero de 2019. Todos los registros de CC que elijan o se asignen a una MCO durante la inscripción abierta tendrán tres meses (a partir del 1 de enero de 2019) para cambiar su MCO.</p> <p>CC 2.0 1115 Actualización de exenciones: 1115 continúan las negociaciones de exenciones con CMS. Colaborar en un nuevo documento de Términos y condiciones especiales que incluirá todas las aprobaciones federales para CC 2.0, similar a un contrato entre el Estado y CMS. HSD espera recibir la aprobación final de CMS en diciembre de 2018. Mientras tanto, una carta de CMS con orientación sobre ciertos cambios en el programa para que podamos avanzar con el proceso de promulgación de reglas y seguir el camino para lanzar todos los cambios 2.0 el 1 de enero , 2019.</p> <p>Piloto de visitas domiciliarias de CC: El programa piloto de visitas domiciliarias es un programa que se centra en el desarrollo prenatal, posparto y en la primera infancia. CC está colaborando con CYFD para expandir dos programas de HV de infancia temprana basados en evidencia reconocidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Maestros (PAT). Condados designados por HSD a partir del 1/1/2019: Condado de Bernalillo: Centro de Desarrollo y Discapacidades de la UNM (UNM CDD) tiene PFN. Contrata un</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Nancy Smith-Leslie, Directora de la División de Asistencia Médica, Departamento de Servicios Humanos</p>	<p>Completado</p>

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>equipo de 5-6 enfermeras para atender a 25 familias por enfermera. PAT- está ampliando su equipo de visitantes domiciliarios certificados y sin licencia con experiencias en el trabajo con niños y familias con un supervisor (para UNM, un trabajador social con mástil con licencia). Los condados de Curry & Roosevelt: ENMRSH, Inc. lanzará el programa PAT poco después de enero de 2019.</p> <p>Servicios de pre-arrendamiento y tenencia: hay nuevos servicios de vivienda de apoyo para miembros con enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) para ayudar a adquirir, retener y mantener una vivienda estable. HSD planea usar la infraestructura existente y la red de agencias proveedoras asociadas con el Programa de Vivienda de Apoyo de Linkages para brindar servicios, y se espera que Linkages utilice compañeros para la prestación de servicios.</p> <p>Amplíe los servicios de atención continua de trastorno por uso de sustancias: HSD ampliará los servicios de detección, intervención breve y derivación a tratamiento (SBIRT) a través de atención primaria, centros comunitarios de salud y centros de atención de urgencia. HSD brindará tratamiento SUD en centros de tratamiento residenciales acreditados para adultos que requieren una mejor atención. Además, permita servicios para pacientes hospitalizados en IMD para miembros con diagnóstico de SUD. Exención de la limitación para la inclusión de IMD: autoridad solicitada para renunciar a las limitaciones impuestas en el uso de Instituciones de Enfermedad Mental (MD, por sus siglas en inglés). CMS ha estado permitiendo 15 días como un servicio "en lugar de" solo en el programa de atención administrada, lo cual es difícil de operar cuando las estancias superan los 15 días. HSD espera que CMS otorgue la exención, pero solo para aquellos con un desorden de uso de sustancias. Se firmó una ley federal reciente para permitir una estadía de hasta 30 días en IMD para aquellos con SUD, que entró en vigor el 10/1/2019.</p> <p>Nuevos copagos por dos servicios: a partir del 1 de marzo de 2019, habrá: nuevos copagos por dos servicios; poner en práctica los copagos existentes para los miembros elegibles del Programa de seguro médico para niños (CHIP) y las personas con discapacidades que trabajan Los copagos por medicamentos recetados no preferidos (medicamentos psicotrópicos y medicamentos / suministros de planificación familiar están exentos) serán de \$8 por receta, para todos los FPL y COE; el copago para visitas a emergencias que no sean de emergencia (el hospital determina si es de emergencia) será de \$8 por visita, para FPL y COE. Las siguientes poblaciones estarán exentas de los copagos: miembros nativos americanos, individuos con una tarifa por categoría de servicio de elegibilidad (COE), individuos con la Exen-</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>ción por DD, individuos en un COE de atención institucional, individuos con un hogar (HH) ingresos del 0 por ciento del FPL y las personas que reciben cuidados paliativos.</p> <p>Primas para adultos con ingresos superiores al 100% del FPL: julio de 2019: una prima mensual de \$10 para adultos con Asistencia para adultos mayores (Expansión) y Asistencia médica de transición (TMA) en Centennial Care. Las primas mensuales en los años siguientes pueden ser de hasta \$20 a elección del estado. El programa de recompensas para miembros tendrá la opción de aplicar los créditos obtenidos a los pagos de primas. Si la prima no se recibe en la fecha de vencimiento mensual, habrá un período de gracia antes de que se suspendan los servicios. Si no se recibe el pago de la prima al final del período de gracia, se producirá la cancelación de la inscripción y un período de bloqueo de tres meses. Los miembros nativos americanos están exentos de las primas.</p> <p>Otros cambios en el programa: La eliminación gradual de la elegibilidad retroactiva (retroactiva) de 3 meses para la mayoría de los miembros de CC. En 2019, permita un mes de cobertura retro y 2020 elimine la cobertura retro. Algunos miembros de CC pueden continuar recibiendo cobertura retro con las categorías de elegibilidad solicitadas: Individuos elegibles para Atención Institucional (IC), mujeres embarazadas, niños menores de 19 años y nativos americanos en tarifa por el servicio Medicaid. Los servicios de planificación familiar se diseñarán específicamente para hombres y mujeres hasta los 50 años que no tienen otra cobertura de seguro de salud, pero también incluyen a personas menores de 65 años que solo tienen cobertura de Medicare. El nivel de cuidado de la facilidad de enfermería continua (NF LOC) para los miembros que se espera que siempre cumplan con el LOC de NF, debe cumplir con los criterios estatales de revisión del Director médico de MCO y la certificación del médico.</p> <p>Cambios en los beneficios comunitarios: El beneficio comunitario proporciona servicios basados en el hogar y en la comunidad para que los miembros que cumplan con un LOC NF puedan permanecer en sus hogares y comunidades en lugar de mudarse a un asilo de ancianos. Los cambios en el Beneficio Comunitario incluyen: aumentar el límite anual para el Beneficio de Beneficio Comunitario para personas con necesidades de cuidado a largo plazo de 100 a 300 horas; se agregó asesoramiento nutricional a Community-Based Community Benefit (ABCB), un nuevo beneficio para los nuevos miembros autodirigidos: fondos iniciales de hasta \$2,000, para artículos que pueden incluir una computadora, una impresora o un fax; límites anuales en ciertos servicios de SDCB para nuevos miembros que ingresan a SDCB a partir del 1 de enero de 2019 (los miembros existentes de</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>SDCB tienen derechos adquiridos); bienes relacionados \$2,000; terapias especializadas \$2,000; y transporte no médico \$1,000. Facturación de transporte no médico de SDCB. Actualmente, los proveedores pueden facturar el transporte por hora, viaje, millas o pase de operador (pase de autobús o taxi). La facturación por tiempo y viaje ya no se permitirá para los planes nuevos o renovados de SDCB después del 1 de enero. , 2019, y solo se permitirá el kilometraje y el pase de autobús / taxi.</p> <p>Aumentos en la tarifa del proveedor: la fase dos del aumento de la salud del comportamiento es efectiva el 1 de enero de 2019 e incluye aumentos para hogares grupales; además de las tasas de terapia grupal donde solo ha habido tasas individuales; reestructuración de las tasas de los centros de tratamiento con metadona; tasas de hospitalización parcial, terapia de mejora cognitiva; Consejería del Programa de Tratamiento de Opioides, Equipo Interdisciplinario; Grupo de apoyo de pares y centros de clasificación de crisis; restablecimiento de la reducción de la tarifa de 2016 para los servicios de cuidado personal de Beneficios Comunitarios (uno por ciento); aumento en las tasas de administración de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); Nuevas tarifas para los servicios de visitas domiciliarias y para UNM / Project ACCESS: programa de tele-neurología.</p> <p>Actualización de la farmacia: En abril de 2018 se emitió una carta de orientación a las MCO para implementar cambios en el reembolso de la farmacia basada en la comunidad a fin de garantizar que la estructura de pago de la farmacia refleje de manera más realista el poder de compra, el volumen de compra y el potencial de precios de las farmacias de CB. Las MCO deben garantizar que el Costo Máximo Permitido (MAC) para el costo de los ingredientes de los medicamentos genéricos no sea inferior al actual NADAC indicado para el medicamento, y cuando el precio de NADAC no está disponible, el MAC no debe ser inferior al costo promedio del comerciante publicado (WAC) más el seis por ciento. Los cambios contractuales de MCO entrarán en vigor el 1 de enero de 2019 y requieren que las MCO informen el monto pagado a las farmacias, no el monto pagado a los Administradores de Beneficios de Farmacia (PMB) en sus presentaciones de encuentros. Además, los requisitos contractuales también incluyen exigir que las MCO implementen la metodología de precios de paso con los PBM antes del 1 de enero de 2020 y ya no permitirán la metodología de precios de distribución. Una de las tres MCO 2.0 ya cumple con el requisito anterior, una segunda cumplirá el 1 de enero de 2019 y la tercera el 1 de enero de 2020.</p> <p>Reemplazo de la Actualización del Sistema de Información de Gestión de Medicaid (MMIS): MMIS tiene más de 10 millones de transacciones</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>por año. MMIS es responsable de aproximadamente. \$6 mil millones en pagos de Medicaid y MMIS preforma todas las funciones de no elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Reemplazo de MMIS: MMISR es un proyecto de varios años para reemplazar el MMIS actual. MMISR es un enfoque modular según los requisitos de CMS e incluye varias adquisiciones y proveedores. La fecha de finalización proyectada de MMISR es en diciembre de 2021. La siguiente información incluye actualizaciones para cada módulo: IV&V - CSG se contrató en agosto de 2016; Módulo Integrador de Sistemas: soluciones globales de punto de inflexión contratadas en marzo de 2018; Módulo de servicios de datos: IBM concluyó en octubre de 2018; Módulo de garantía de calidad - En proceso de adquisición; Módulo de servicios de administración de beneficios: finalización de RFP para lanzamiento en noviembre de 2018; Módulo de servicios financieros: RFP enviado a CMS para su revisión; y el Portal del Cliente Unificado y el Centro de Servicio al Cliente de HSD Consolidado están finalizando para su lanzamiento.</p> <p>Actualización de la salud del comportamiento: Sally Waite presentó los desafíos que enfrenta el programa de Salud Conductual de NM y las respuestas de HSD. Consulte la presentación de power point en el sitio web de HSD en http://www.hsd.state.nm.us/Meetings.aspx.</p> <p>Paneles de Medicaid: La inscripción mensual total de Centennial Care ha disminuido en un tres por ciento. Los costos totales de Centennial Care han aumentado en un tres por ciento para el año en curso; sin embargo, los costos per cápita han aumentado en un seis por ciento.</p>			
<p>VI. Compras basadas en el valor y las instalaciones de enfermería.</p>	<p>El Dr. David Scrase, Tracy Smith y Erica Archuleta presentaron presentaciones en instalaciones de compras y enfermería basadas en el valor.</p> <p>Seguimiento de la hepatitis C: en 2018 se proyecta una aprobación del 90% de la autorización para el tratamiento del VHC de aproximadamente 1400 miembros tratados.</p> <p>Diferencias importantes en la tasa de uso de los servicios de salud en las demográficas de población más antigua: las tasas de uso para todos los servicios de salud para adultos son más altas para las personas mayores de 64 años. Las tasas de uso para las edades de 65 a 84 años son de 2,0 a 3,5 veces las tasas de uso de los menores de 65 años. las tasas de 85 y más años son de 3.5 a 11.5 veces las tasas de uso de los menores de 65 años. El impacto agregado del crecimiento de la población y las tasas de uso requerirán que NM amplíe prácticamente todas las categorías de servicios de atención médica, entre un 30 y un 45 por ciento, entre 2010 y año 2030. El uso de hogares de ancianos en NM podría duplicarse.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>David Scrase, Tracy Smith, y Erica Archuleta</p>	<p>Completado</p>

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>Breve descripción de VBP en los EE. UU .: En 1983, el gobierno federal implementó el primer programa VBP de DRG, que: dejó de pagar las tarifas diarias y comenzó a pagar una tarifa fija por hospitalizaciones por diagnóstico. CMS ha sido un líder constante en el desarrollo de programas desde entonces.</p> <p>¿Qué significa "Valor"?: Lo que obtiene dividido por lo que paga (Calidad / Costo), los pagos de Tarifa por Servicio recompensan a los proveedores por hacer más, no necesariamente por hacer "mejor", y los Pagadores ahora están cambiando a los sistemas de pago para premiar la calidad de la atención y los resultados.</p> <p>¿Por qué implementar programas de VBP en centros de enfermería?: datos sólidos (MDS) y un sistema de informes establecido, incentivos para el cambio de CMS y un número manejable de proveedores. El conjunto mínimo de datos (MDS) es parte del proceso obligatorio federal para la evaluación clínica de todos los residentes en hogares de ancianos certificados por Medicare y Medicaid. Esto fue establecido y refinado a mediados del siglo XX. Este proceso proporciona una evaluación integral de las capacidades funcionales de cada residente y ayuda al personal del asilo de ancianos a identificar problemas de salud.</p> <p>Programa de compras basadas en el valor de las instalaciones de enfermería especializada: 4.5.2014 A Programa de reducción de readmisiones hospitalarias para SNF:</p> <p>H.R. 4302, la Ley de Acceso Protegido a Medicare de 2014 legisla un programa de compras basadas en valores (VBP) para centros de enfermería especializada (SNF). Establece un programa de reducción de la readmisión hospitalaria para estos proveedores, alentando a los SNF a formar un grupo de incentivos para personas con alto rendimiento. La Oficina de Presupuesto del Congreso anotó el programa para ahorrarle a Medicare \$2 mil millones en los próximos 10 años. Datos clave de las instalaciones de enfermería de Medicaid en Nuevo México: Medicaid paga alrededor de 1,4 millones de días de atención de enfermería (NF) por año. Medicaid es el pagador principal durante más del 90% de los días en las instalaciones de cuidado a largo plazo. Solo hay 76 NF con licencia en Nuevo México (en comparación con más de 1000 en California y Texas)</p> <p>VBP en Nuevo México Medicaid: cómo VBP "funciona": pagar a las MCO por el valor entregado a su membresía total según el acuerdo de VBP (ya sea contratado o no). Las MCO impulsarán a los proveedores a mejorar sus valores para aumentar su prima y sus devoluciones. Los arreglos de VBP y la información sobre el rendimiento potencial de los proveedores frente a sus presupuestos objetivo serán un punto de entrada accionable para las MCO. Los miembros reciben atención</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	<p>de mejor calidad a un menor costo general para el estado, lo que reduce la reinversión adicional de los dólares de Medicaid en el sistema de entrega.</p> <p>Línea de tiempo de Centennial Care: En 2014 se inició Centennial Care. Octubre de 2016 a junio de 2017 Contribución de los interesados de Centennial Care 2.0 que incluyó al Subcomité del MAC, Consulta Tribal, documento conceptual y reuniones públicas. En 2017, se redactaron la Solicitud de exención y el Comentario público, así como la Solicitud de exención final, la Revisión y aprobación de CMS. En 2018, Centennial Care 2.0 Contractors Named. A partir del 1 de enero de 2019 es Centennial Care 2.0.</p> <p>Requisitos de VBP en CC 2.0 RFP: Requisitos mínimos de VBP nivel 1: proveedores de atención a largo plazo, incluidos centros de enfermería. Debe incluir una combinación de proveedores de salud física, salud del comportamiento, cuidado a largo plazo y centros de enfermería. Requisitos mínimos de VBP nivel 2: Desarrollar activamente la preparación para los proveedores de atención a largo plazo y la preparación activa para los centros de enfermería. Al menos el cinco por ciento de los porcentajes totales del año del contrato en los niveles 2 y / o el nivel 3 La contratación de VBP debe ser con hospitales de alto volumen y requieren objetivos de reducción de readmisión evitable de al menos el cinco por ciento del CY 2017 del hospital o Mi línea de base de 2017 Requisitos mínimos de nivel 3: implementar un grupo de trabajo a nivel de proveedor de centro de enfermería o de LTC dirigido por un contratista para diseñar un modelo de riesgo total.</p> <p>Proyecto ECHO: el modelo ECHO del proyecto utiliza la tecnología para aprovechar los escasos recursos, compartir las "mejores prácticas" para reducir las disparidades, el aprendizaje basado en casos a la complejidad del mástil y la base de datos basada en la web para monitorear los resultados. Para el Programa ECHO del Programa de Mejoramiento de la Calidad y Evitación de la Hospitalización (QIHA) del Centro de Enfermería de Enfermería, ECHO se utiliza para ampliar la capacidad de la fuerza laboral, utilizar un enfoque multidisciplinario, difundir las mejores prácticas, involucrar a los alumnos en el sistema de aprendizaje continuo y asociarlos con mentores especializados.</p> <p>Programa de mejora de la calidad de las instalaciones de enfermería y evitación de hospitalización (QIHA) en Nuevo México: La estructura del proyecto incluye el Liderazgo del proyecto, la Junta asesora de la comunidad, el Grupo de trabajo de MCO VBP y el Grupo asesor de proveedores. Los Principios comunes tanto para el Grupo de trabajo de MCO VBP como para los Grupos asesores de proveedores son: Puntos de referencia basados en la evidencia (vinculados a los resultados clínicos y la evidencia), Recompensas tanto</p>			

TEMA DE DISCUSION	RESULTADO	ACCION DE SEGUIMIENTO	PERSONA O DEPARTAMENTO RESPONSABLE	FECHA ESPERADA O REQUERIDA DE COMPLETACION
	por la mejora (con niveles eliminados) como por los objetivos, Todos los proveedores tienen la oportunidad de "ganar", y hay victorias anticipadas, Pagos basados en los días de cama de Medicaid (volumen en cada instalación), pagos trimestrales o semestrales, consideraciones especiales de las instalaciones especializadas (por ejemplo, servicios de salud del comportamiento y cuidado de heridas) y retroalimentación transparente para los proveedores.			
VII. Comentarios públicos	Nancy Klukas hizo un comentario público sobre la recomendación de un aumento de la tarifa adicional para hogares de ancianos.	Ninguna		Completado
VIII. Clausura	La reunión concluyó a las 3:44 pm. No se anunció la fecha de la próxima reunión ordinaria.	Visite el sitio web de HSD para las fechas de la(s) próxima(s) reunión(es).	Larry Martínez, Presidente del MAC	Completado

Respetuosamente
Presentado:

Alysia Beltran

Grabadora

12 de diciembre de 2018

Fecha