



Una Actualización
Federalmente Facilitada
Intercambio de Beneficios de la Salud
Planificación de Asociación en Arkansas
18 julio 2012

Comisario Jay Bradford
Cynthia Crone
Departamento de Seguro de Arkansas

Temas/Formato para la Actualización de Hoy

Actualización

- ¿Por qué es el cambio necesario?
- ¿Qué destina la Decisión de Corte Suprema en cuanto al Acto de Cuidado Asequible para Arkansas?
- ¿Qué ha cambiado ya debido al Acto de Cuidado Asequible?
- ¿Qué más cambiará el 1 de enero de 2014?
- ¿Qué es la posición de la planificación del Intercambio de Beneficios de la Salud de la Asociación de Arkansas?

Preguntas y Comentarios



¿Por qué es el Cambio Necesario?

- Estado de Salud pobre de los que viven en Arkansas
 - 48º clasificado en indicadores de salud (3º peor)
 - Tasas altas de enfermedad crónica
- Costos de Asistencia Médica
 - Creciendo más mucho rápido que inflación/índice de precios al consumidor
 - Costo del seguro se ha duplicado en los últimos diez años, resultando en un gran y creciente porcentaje de residentes sin seguro médico en AR (25% de los de las edades de 19-64 años)
 - Los estadounidenses gastan de 49 millones
 - >ingresos de 10% en el cuidado de la salud



¿Cómo es el Consumidor Afectado?

- Acceso limitado a la atención de la salud
 - Clínicas locales y hospitales se enfrentan con la necesidad de tener que cerrar sus puertas
 - Menos médicos
- Opciones limitadas
 - Cuidado de la salud
 - Cambios de vida
- Peores resultados de salud

Arkansas está trabajando para disminuir los costos de la salud y mejorar los resultados de la atención de la salud

Esfuerzo coordinado entre líderes Públicos-Privados para resolver la mejora del sistema de la salud crítica

- Plantilla – asegurar el acceso a los proveedores
- Tecnología de la información – participación y mucho más
- Pago y calidad – servicios incluidos y mucho más
- **Ampliar la cobertura de salud - pública y privada**



Acto del Cuidado Asequible

El Acto del Cuidado Asequible del 2010 fue creada para disminuir los costos de salud y mejorar los resultados a través de:

- Expansiones de cobertura pública y privada*
- Cambios en beneficios y acceso a la atención
- Reformas del mercado emisor de seguros
- Nueva responsabilidad Individual *
- Establecimiento de **intercambios de seguro de salud**

* Desafió a la Corte Suprema de los estados unidos



¿Cómo ya ha ayudado el Acto de Asistencia Asequible a los consumidores?

- Los niños pueden permanecer en la póliza de seguro de los padres hasta la edad de 26 años.
- Las compañías de seguros ya no pueden negar la cobertura de niños menores de 19 años debido a sus condiciones de salud.
- Se eliminan los límites de los beneficio de por vida, y los límites anuales de beneficio en cobertura de seguro están regulados hasta 2014.
- Rescisión de cobertura por las compañías de seguros está prohibido salvo debido a fraude.

¿Cómo ya ha ayudado el Acto de Asistencia Asequible a los consumidores?

- Usted es elegible para recibir servicios preventivos recomendados, como mamografías, colonoscopias, visitas de bienestar sin costo alguno para usted.
- Usted es elegible para un descuento en las primas de seguro de salud pagadas si su compañía de seguros no pagan lo suficiente en reclamaciones de cuidado de la salud (\$7,80 millones en AR para 2011).
- Créditos proporcionados al impuesto de seguro médico de los negocios pequeños.
- Programa de asistencia al consumidor establecida en AID.



¿Cómo ya ha ayudado el Acto de Asistencia Asequible a los consumidores?

- Cobertura para jubilados temprano (55-64 años)
- Alivio para más de medio millón de personas de tercer edad en Arkansas que entran al "hoyo de la dona" del servicio de Medicare
- Disminución de las primas para 446.000 personas no inscritas en "Medicare Advantage"
- 50% de descuento al comprar medicamentos cubiertos en la de Parte D hasta 2020

**Decisión de la Corte Suprema
de los Estados Unidos
28 De junio de 2012**



Componentes Principales de la Decisión de la Corte Suprema de Estados Unidos

El Mandato Individual

El Tribunal dictaminó que el requisito del “ACO” que las personas tengan seguro o pagar una multa es constitucional bajo autoridad fiscal federal.

Expansión de Medicaid

El Tribunal se abatió una disposición que obliga a expansión de Medicaid por los Estados. Estados pueden optar por no ampliar Medicaid al 133% del FPL sin colocar todo federal

Financiación del Medicaid en riesgo.



¿Qué pasa si Arkansas decide no ampliar Medicaid en 2014?

- ***Esperando sentencia federal*** sobre si los residentes de Arkansas con ingresos entre ~ 17% del nivel federal de pobreza (FPL) y el 100% del FPL recibirá un subsidio.
- ***Miles de millones de dólares en fondos de Medicaid no llegará a Arkansas*** – continua carga de atención sin financiación para los proveedores locales y la pérdida de ganancia económica potencial para las comunidades locales.

Asociación de intercambio

Federalmente- Facilitada en Arkansas



¿Qué es un intercambio de seguro de salud?

- Mercado competitivo donde individuos y pequeños empleadores pueden comprar, seleccionar e inscribirse en planes privados de salud asequible que satisfagan sus necesidades específicas, a precios competitivos y de alta calidad.
- Intercambios también ayudarán a los individuos elegibles a recibir créditos de impuestos de prima y costos compartidos reducciones o ayudarlos a inscribirse en otro Estado o de los programas federales de salud pública.

Requisitos para el intercambio del seguro de salud

- Los residentes legalmente presentes en cada Estado tendrá un intercambio de seguro de salud a su disposición con inscripción abierta comenzando el 01 de octubre de 2013 y completa cobertura efectiva 01 de enero de 2014.
- Si un Estado no optar por operar por el Intercambio de seguro de la salud, el Gobierno federal operará un intercambio en ese Estado.



Arkansas está planeando un modelo de la Asociación del intercambio

- Arkansas no eligió tener un intercambio ejecutado por el estado, y por lo tanto tendrá un intercambio facilitado por el Gobierno Federal.
- Arkansas si eligió comenzar a planear para una asociación de intercambio facilitado por el Gobierno Federal de- una opción para los estados que no eligieron el intercambio estatal.

Un intercambio de colaboración facilitado por el Gobierno Federal

Permite que Arkansas proteja y le sirva a sus residentes:

- Continuando aprobar y regular todos los planes de seguro ofrecidos a los residentes de Arkansas, incluyendo aquellos ofrecidos a través del intercambio;
- Proporcionar funciones de asistencia al consumidor incluyen asistencia de inscripción y la resolución de quejas de inscripción.

¿Cuántos serán afectados?

- Un estimado de 572.000 de los residentes de Arkansas serán elegible para cobertura en el intercambio comenzando el 01 de enero de 2014.
- Se estima conservadoramente que
 - se inscriban 328.000 personas no ancianos (resultando en una disminución del 60% en seguro médico tras el ACA).
 - Habrá una reducción de \$615 millones en atención no compensada entre no ancianos (un 68% de cambio tras el ACA).
 - Habrá \$478 millones en subsidios federales previstos para que los residentes de Arkansas compren seguro.

Fuente: Estado de progreso hacia la implementación reforma de salud: Estados con lento movimiento tienen mucho para ganancia, oportuno análisis de inmediato temas de política sanitaria, de enero de 2012 análisis del Instituto Urbano, HIPSM



¿Quienes se verán afectados?

- Individuos/Familias
- Pequeñas empresas con 50 o menos tiempo completo equivalente (TCE) empleados

Ambos serán elegibles para créditos fiscales u otras reducciones de costos en 2014 si compran a través del intercambio.

Programa de opción de salud de pequeño negocio

- Las empresas con hasta 100 empleados serán elegible para el en Exchange intercambio en 2016.
- Las empresas con más de 100 trabajadores será elegible para la opción estatal empezando en 2017.



¿Que será nuevo acerca de la cobertura a partir de 2014?

- Las compañías de seguros no pueden negar la cobertura para cualquier persona debido a las condiciones de salud o historia de salud personal.
- Sin límites de beneficio anual o de por vida.
- Comenzar a cerrar las brechas en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Se eliminarán las brechas 2020).
- Las primas no pueden aumentarse debido a género, condiciones de salud o historia de salud personal.
- Las primas sólo pueden aumentarse según edad, geografía, el uso del tabaco y plan individual/familia.
- Las determinaciones de elegibilidad son "en tiempo real."



**Todos los planes ofrecidos a través del intercambio serán
"planes de salud calificados (PSC)"**

PSCs deben proporcionar beneficios de salud esenciales en diez categorías

1. Servicios Ambulatorios
2. Hospitalización
3. Servicios de emergencia
4. Maternidad y cuidados del recién nacido

Beneficios esenciales de la salud esenciales – continúa.

5. Uso de tratamientos para el abuso de sustancias alcohólica y narcóticas y salud mental
6. Medicamentos recetados
7. Servicios de rehabilitación y habilitación/dispositivos
8. Servicios de laboratorio
9. Prevención, bienestar y administración de enfermedad crónica
10. Servicios pediátricos, incluyendo Oral y cuidado de la visión

BESs son evaluados según un plan de referencia elegido por cada Estado.



Paquete de beneficios esenciales de la salud (BES) (Considera prácticas, basada en la evidencia economía de la salud, ética, población)

- Asequible para los consumidores, empresas y contribuyentes
- Maximiza el número de personas cubiertas
- Protege más vulnerables
- Alienta a mejores prácticas de atención
- Avances de la administración de recursos
- Resuelve médicas de mayor importancia para los afiliados
- Protege contra el riesgo financiero mayor debido a enfermedades o eventos catastróficos



Opciones para AR (BES) punto de referencia

- Uno de los tres planes federales más grandes por inscripción
- Uno de los tres planes mayores de grupo pequeño estatal por inscripción
- Uno de los tres planes de empleado estatal más grandes por inscripción
- La HMO más grande en el estado de inscripción

Si el estado no selecciona por 30 de septiembre de 2012, el plan federal predeterminado será el plan del estado más grande de pequeño grupo por inscripción.



PSC Niveles permitidos en el intercambio

PSC niveles se basan con valor actuarial

La compañía de seguros pagarán:

Platino – 90%

Oro – 80%

Plata – 70%

Bronze – 60%

- Planes catastróficos disponibles para los adultos menores de 30 años.



Consumidores con ingresos 100% - 400% De Nivel de pobreza federal (NPF) son elegibles para subsidios federales de impuestos

- Montos de subsidio cambian según el costo de la prima y del ingreso bruto modificado ajustado del consumidor.
- No será necesaria ninguna prueba de activos.
- No deben pagar los consumidores individuales > 9.5% (en su mayoría menos) de los ingresos por primas de seguros.
- Créditos fiscales de avance están disponibles para ayudar con los costos de la prima – consumidor se instala con el IRS con impuestos.

2011 DHHS Pautas de Pobreza

(48 Estados contiguos y DC)

Tamaño de familia	100%	138%	200%	400%
1	\$10,890.00	\$15,028.20	\$21,780.00	\$43,560.00
2	\$14,710.00	\$20,299.80	\$29,420.00	\$58,840.00
3	\$18,530.00	\$25,571.40	\$37,060.00	\$74,120.00
4	\$22,350.00	\$30,843.00	\$44,700.00	\$89,400.00
5	\$26,170.00	\$36,114.60	\$52,340.00	\$104,680.00
6	\$29,990.00	\$41,386.20	\$59,980.00	\$119,960.00
7	\$33,810.00	\$46,657.80	\$67,620.00	\$135,240.00
8	\$37,620.00	\$51,915.60	\$75,240.00	\$150,480.00
Cada persona adicional	\$ 3,820			



Vistazo a los criterios de elegibilidad para créditos fiscales de las primas de seguro

- Ingresos 100% - 400% FPL (\$ 22.350 - \$89.400) para una familia de cuatro
- Individuos deben estar inscritos en (PCS) a través de intercambio seguro.
- Individuos deben estar legalmente presentes y no encarcelados.
- Individuos no deben ser elegibles para otra cobertura como Medicare, Medicaid, o seguro patrocinado por su empleador.



¿Cuáles son las sanciones por no inscribirse?

- ACA impone \$95 o el 1% del ingreso bruto ajustado por adultos, cual sea mayor. Esto aumenta a \$325 o 2% de adultos en 2015 y se sube nuevamente a \$695 o 2.5% de adultos en 2016.
- El no partidaria, Oficina de presupuesto del Congreso (CBO) estima que 4 millones de personas pagarán sanciones al IRS en 2016 (no hay información disponible para otros años). Esto representa aproximadamente el 1,2% de la población total, según proyecciones de la Oficina del censo.
- Exenciones de pena limitada



¿Cómo se comparan las penas con subsidios?

- La CBO estima que 16 millones de personas serán pagados en subsidios en 2016, alrededor del 5% de la población.
- Entonces... alrededor del 1% pagará multas y alrededor del 5% recibirá ayuda financiera para hacer que el seguro sea asequible.

Ejemplo: Familia de 4 con ingresos de \$50.000 en 224% de FPL

	Si la familia Compra Plan de referencia:	Si la familia Compra Plan de menor costo:	Si los padres son entre la edad de 55 y 64 años
Pago esperado de la Familia	\$3,570	\$3,570	\$3,570
Primas para Plan de referencia	\$9,000	\$9,000	\$14,000
Crédito de impuestos (La cantidad pagada por Gobierno)	\$5,430 (\$9,000 - \$3,570)	\$5,430 (\$9,000 - \$3,570)	\$10,430 (\$14,000 - \$3,570)
Prima por Plan Elegido por la familia	\$9,000	\$7,500	\$14,000
Pago real de la familia (Mensual)	\$3,570 (\$297.50)	\$2,070 (\$172.50)	\$3,570 (\$297.50)

Adapted from CMS Office of Public Affairs, Press Release
Dated 8/12/2011



¿Cuáles son los requisitos del empleador?

- Ningún requisito para proporcionar seguros para los empleadores con menos de 50 empleados FTE.
- Si > 50 empleados FTE, empleador debe proporcionar opciones de seguros asequibles para los empleados de tiempo completo (asequible = < 9,5% de los salarios del empleado). Cuentas de gastos flexibles (FSA) están limitadas a \$2.500.
- A partir de 2018, planes de empleador con costos por encima de los límites especificados pagará un impuesto sobre su exceso de gasto ("Plan de Cadillac").



¿Cuales son las sanciones del empleador?

- Menos de 50 empleados de tiempo completo
 - Ningún requisito para proporcionar seguro, por lo tanto, no hay pena.
- Mayor o igual a 50 empleados de tiempo completo
 - Si se ofrecen cobertura de seguro de salud calificado a cada empleado a tiempo completo y uno de los empleados recibe cobertura de impuesto subsidiado mediante un intercambio individual, el empleador debe pagar una multa de \$2.000 para cada empleado de tiempo completo. (Los primero 30 empleados no se cuentan en calcular la pena).
 - Se le ofrece al empleado cobertura pero obtiene cobertura impuesto subsidiado a través del intercambio individual, el empleador debe pagar una multa de \$3.000 para ese empleado. (Mientras que cualquier empleado es libre de rechazar el plan de empleador y cambio para el intercambio, el crédito fiscal sólo está disponible si aportación necesaria del trabajador al plan de empleador para cobertura individual es más de 9,5% de los ingresos del empleado o el plan paga menos de 60 por ciento del costo de los servicios cubiertos.)

¿Que está haciendo Arkansas para prepararse?

- Subvención Intercambio de planificación – investigación de antecedentes, incluyendo estudios de mercado
- Acuerdo cooperativo de primer nivel
 - Desarrollo del plan de gestión
 - Desarrollo de programas de asistencia al consumidor
 - Desarrollo de sistemas de información

Ambos con el apoyo del gobernador y la financiación federal gasto aprobación por la legislatura de Arkansas.



Actividades de gestión del plan

- Seleccione EHB Plan de referencia
- Definir los criterios de certificación de (PSC)
 - Emisor ofrece al menos un plan de oro y uno de plata – Emisor proporciona un directorio que notifica si proveedor está aceptando nuevos pacientes.
 - Emisor establece una adecuada red de proveedores que incluye proveedores comunitarios esenciales, salud mental y proveedores de trastorno de uso de sustancias y los que prestan BSCs.
 - Estado puede exigir otros requisitos de plan para la certificación

Actividades de gestión del plan

- Recopilar datos de (PSC) y emisor y asegurar el cumplimiento de los requisitos de velocidad y calidad.
- Integrar con el sitio Web de la FFE, centro de llamadas, elegibilidad, inscripción y procesamiento de primas.
- Verificar la acreditación de la calidad continua de PSCs.
- Supervisar el rendimiento del PSC, incluidas las quejas.
- Proporcionar asistencia técnica a los emisores.

Actividades de la gestión del Plan clave

- Implementar estrategias para asegurar inscriban a personas sanas y enfermas (evitar la selección adversa).
- Disminuir la marcha financiera de riesgos para los emisores:
 - Ajuste de riesgo
 - Reaseguro (temporal)
 - El riesgo de corredor (temporal).

Asistencia al consumidor

- Asistencia en persona (AEP)
 - Navegantes
 - Asistencia de inscripción
 - Agentes autorizados y corredores (los productores)
- Departamento de seguros de Arkansas hará:
 - Certificar, recertificar, desacreditación AEPs individuales
 - Supervisar el rendimiento y la formación de la AEP
 - Contrato con entidades de la AEP



Los que asisten en persona

- Proporcionará asistencia de inscripción y de divulgación y educación a las poblaciones difícil de alcanzar.
- Centrarse en identificar a las personas sin seguro médico y desinformadas e informarles claramente los beneficios y responsabilidades relacionadas con la inscripción de la FFE.

Asistencia en persona

- Ayudar a los consumidores a entender las opciones de seguros y subsidios de impuesto federal, planes públicos, etc..
- Facilitar la inscripción de PSC pero solo los consumidores tomarán decisiones sobre en qué plan inscribirse.
- Proporcionar información de una manera respetuosa.
- Proporcionar información de una manera que los consumidores pueden comprender.
- Proporcionar información de seguros de manera justa e imparcial.

Asistencia en persona

- Debe evitar cualquier conflicto de intereses.
- No recibir ninguna consideración financiera, directa o indirecta, de emisores.
- Proteger la información personal del consumidor.
- Proteger la información personal del consumidor.



Asociación FFE conexión- Estatal

- Asegurar la experiencia del consumidor transparente (Medicaid, planes privados y FFE).
- Asegurar que las entidades Asociación siguen las normas de privacidad y seguridad.
- Asegurar la infraestructura de la tecnología adecuada y la capacidad de apoyar las actividades de intercambio, interpretada por la FFE.
- Asegurar que las entidades de asociación son capaces de rastrear e informar las medidas de rendimiento y resultado.

Participación de los interesados

- Personal y consultores
- Dirigentes de la Agencia de salud y estado asociados
- Intencionalmente, interesados bien planeado los
Proceso contratación
 - Comité Asesor de asistencia al consumidor
 - Comité Consultivo de plan de gestión
 - Comité Directivo

Planificación de la Asociación FFE-

- Centrado al consumidor
- Transparente
- Inclusivo
- Datos basados en la toma de decisiones
- Mejoras continuas según nuevo Avances y lecciones aprendidas

Comité Consultivo - Copresidente

Representan grupos designados

Consumidores: Individuos
Pequeña Empresas

Industria de seguros: Emisores
Productores/Corredores

Proveedores: Practica Privada
Disparidad de salud pública y de salud



Comité Directivo

El Comité Directivo se reúne una vez por mes e incluye representación de los siguientes:

- Departamento de seguros (2)
- Departamento de servicios humanos (2)
- Dirigentes de la Agencia de salud de Arkansas
- Departamento de finanzas y administración
- Copresidente del Comité Consultivo (6)
- Legislatura estatal (2)
- Oficina del gobernador
 - Interesados en general (3)



Plazos de planificación agresiva a través de finales de 2012 para cada Comité Consultivo

- Investigación / análisis de alternativas
Comités de personal y proveedores/asesoramiento
- Desarrollar recomendaciones alternativas

Comités Consultivos

- Recomendación final para el Comisionado de seguros

Comité Directivo

*Calendario de reunión y otra información de planificación en línea
www.hbe.arkansas.gov*



Hitos clave

- EHB Determinación – Septiembre 30, 2012
- QHP y Certificación de Navegador y Diseño de Procesos Operacional Completos por Septiembre 15, 2012
- Revisión de diseño – Otoño 2012
- Anteproyecto solicitud y carta de declaración – a más tardar el 16 de noviembre de 2012 (días 30 negocios anteriormente para obtener la revisión del personal FFE y editar oportunidades)



Hito Clave -Continua

- DHHS aprobación condicional como asociación FFE por el 01 de enero de 2013
- Revisión de la implementación – verano de 2013
- Inscripción abierta 01 de octubre de 2013
- Cambio de asociación completamente operacional por - 01 De enero de 2014

Resumen

- Mejoras en costos y calidad en el sistema de salud de Arkansas beneficiará a todas las personas.
- Acto de atención asequible ya ha resultado en la mejora de la cobertura para algunos.
- Mejoras más entrará en vigor el 01 de enero de 2014, incluyendo acceso a cobertura de seguro de calidad, asequible a través de la FFE.
- Envíenos sus comentarios y manténgase en contacto para futuras actualizaciones



Preguntas/Comentarios

Insurance.exchange@arkansas.gov

Jay.Bradford@Arkansas.Gov

501-371-2621

Cynthia.Crone@Arkansas.Gov

501-683-3634

