

# GRUPO DE TRABAJO PARA ASESORAR A LA IGLESIA SOBRE PLANES DE SEGURO MÉDICO CONFESIONAL

## Integrantes

Rvdo. David Sibley, <i>Presidente</i>	Spokane, VIII	2024
Rvdma. Susan Brown Snook, <i>Vicepresidenta</i>	San Diego, VIII	2024
Sr. Luke Taylor, <i>Secretario</i>	Ohio, V	2024
Sr. Frank Armstrong	The Church Pension Group	2024
Rvdmo. Mark Hollingsworth	Ohio, V	2024
Rvdo. Everett Lees	Oklahoma, VII	2024
Canóniga Kathryn McCormick	Mississippi, IV	2024
Sra. Joan Ogden	Utah, VIII	2024
Sra. Diane Pollard	New York, II	2024
Rvdo. Phillip Shearin	Western Massachusetts, I	2024
Sr. Bill Thompson	Connecticut, II	2024
Rev. Sandy Webb	West Tennessee, IV	2024
Rvdmo. Michael Bruce Curry, <i>Ex-Officio</i>	North Carolina, IV	2024
Sra. Julia Ayala Harris, <i>Ex-Officio</i>	Oklahoma, VII	2024

## Cambios en la Membresía

El Rvdo. Phillip Shearin renunció al Grupo de Trabajo en abril de 2023 y no fue sustituido.

## Representación en la Convención General

El Diputado David Sibley y la Obispa Susan Brown Snook tienen autorización para recibir enmiendas menores a este informe en la Convención General.

## Agradecimientos

El Grupo de Trabajo desea expresar su agradecimiento a Bonnie Albritton y Ari Loiben, de Lewis and Ellis Actuaries and Consultants, por su exhaustiva y excelente revisión del Plan de Seguro Médico Confesional en un breve período, lo cual sirvió de base para nuestras recomendaciones a la Iglesia. El personal del Church Pension Group, especialmente John Servais (Vicepresidente Senior de Política y Diseño de Beneficios), Laurie Kazilionis (Vicepresidente Senior de Administración de Relaciones de Prestaciones) y Damon Tutein (Analista Comercial y Manejo de Proveedores) trabajaron a la par con el Grupo de Trabajo a lo largo de toda nuestra labor, tanto para informarnos sobre el estado del Plan de

Seguro Médico Confesional como para permitir que los miembros del Grupo de Trabajo recibieran retroalimentación e hicieran presentaciones a los Administradores Diocesanos, recibieran respuestas de los proveedores cuando se solicitaron propuestas para la revisión actuarial, y facilitaran la revisión de Lewis and Ellis. Por último, agradecemos a los Funcionarios Presidentes, al Consejo Ejecutivo y a la Oficina de la Convención General por la facilitación constante de nuestra labor, especialmente en la obtención de recursos para permitir un estudio significativo del Plan de Seguro Médico Confesional y recomendaciones basadas en datos para su futuro apoyo al ministerio de nuestra iglesia.

## Mandato

### **2022–D034 Crear un Grupo de Trabajo sobre el Plan de Seguro Médico Confesional**

*Se resuelve*, Que haya un Grupo de Trabajo para Asesorar a la Iglesia sobre el Plan de Seguro Médico Confesional...

El Grupo de Trabajo revisará la estructura y los ofrecimientos del Plan de Seguro Médico Confesional, en consulta con el personal del Church Pension Group, prestando especial atención al costo de las primas, y presentará ante la 81ª Convención General una lista de opciones para reducir los costos del seguro médico en toda la Iglesia, incluyendo un examen del impacto de que las comunidades religiosas individuales opten por no participar en el Plan de Seguro Médico Confesional, con una explicación completa del razonamiento, los costos y los beneficios de cada opción. La 81ª Convención General considerará las opciones para decidir si se modifica el mandato otorgado al Plan de Seguro Médico Confesional en la Resolución 2009-A177.

Los miembros del Grupo de Trabajo serán nombrados por los Funcionarios Presidentes y estarán compuestos por: un miembro de la Junta de Fideicomisarios del Church Pension Group; un miembro del Consejo de Clientes del Church Pension Group; un miembro del personal del Church Pension Group que sea experto en los asuntos de atención médica que aborda el Plan de Seguro Médico Confesional; dos miembros del Consejo Ejecutivo; dos Obispos que actúen como miembros generales del Grupo de Trabajo; cuatro Clérigos o Laicos que actúen como miembros generales del Grupo de Trabajo; y dos miembros que sean expertos en temas de atención médica y financiamiento de seguros.

## Resumen Ejecutivo

Una de las presiones más graves a las que se enfrentan las diócesis, congregaciones y comunidades religiosas de la Iglesia Episcopal nacional es el aumento vertiginoso del costo de los seguros médicos de calidad para los empleados laicos y religiosos. Para muchas comunidades de la Iglesia Episcopal, el factor más destacado al decidir si ofrecen empleo sobre una base de más de 1,500 horas anuales es el costo de asegurar la cobertura médica obligatoria a través del Plan de Seguro Médico Confesional (Denominational Health Plan, DHP) mediante su estructura de prestaciones designada, el Fideicomiso Médico de la Iglesia Episcopal.

El Plan de Seguro Médico Confesional se estableció en 2009 como el mecanismo por el cual la atención médica y las prestaciones relacionadas se asegurarían para el clero elegible y los empleados laicos de esta Iglesia, junto con sus dependientes elegibles, a un precio más asequible que el mercado de seguros de pequeñas empresas o el mercado de seguros individuales (que después de la aprobación de la Ley de Atención Asequible en 2010, se conocerían comúnmente como “intercambios”). La participación en el Plan de Seguro Médico Confesional es obligatoria para todas las parroquias, misiones y otras organizaciones u organismos eclesiásticos sujetos a la autoridad de esta Iglesia. Desde su creación hace 15 años, la Convención General ha considerado en repetidas ocasiones las preocupaciones sobre la asequibilidad y disponibilidad de los planes de seguros médicos confesionales a través de cuatro resoluciones distintas, incluida la resolución por la que se estableció este Grupo de Trabajo.

El Plan de Seguro Médico Confesional solo cubre a los afiliados ubicados en Estados Unidos; dado que los sistemas de atención médica varían mucho de un país a otro, el Church Pension Group ha adoptado una estrategia diferente para los afiliados no estadounidenses. El Fondo para la Asistencia Médica (Fund for Medical Assistance, FMA) se creó para las diócesis elegibles no estadounidenses y reembolsa a los participantes los gastos médicos calificados no cubiertos de otro modo por los seguros públicos o privados. Las diócesis no estadounidenses que pueden participar actualmente en el Fondo para la Asistencia Médica son las diócesis de Colombia, República Dominicana, Ecuador Central, Ecuador Litoral, Haití, Honduras, Micronesia, Puerto Rico, Taiwán, Venezuela y las Islas Vírgenes Británicas. Dado que estas diócesis no estadounidenses no pueden participar en el Plan de Seguro Médico Confesional, este informe se enfoca en la atención médica dentro de Estados Unidos.

En el bienio acortado, el Grupo de Trabajo del Plan de Seguro Médico Confesional emprendió una revisión cuidadosa, específica y exhaustiva del Plan de Seguro Médico Confesional, su estructura, los planes ofrecidos y su situación. Empezamos con una sesión informativa exhaustiva sobre el Plan de Seguro Médico Confesional, a cargo del Church Pension Group, y sobre la cobertura del seguro médico en general, a cargo de los Actuarios médicos del Grupo de Trabajo.

Teniendo en cuenta la profundidad del análisis necesario para hacer recomendaciones creíbles a la Iglesia, el Grupo de Trabajo solicitó que la Sociedad Misionera Nacional y Extranjera y el Church Pension Group financiaran conjuntamente un estudio independiente dirigido por una empresa actuarial externa sobre la estructura actual, el financiamiento y los ofrecimientos del Plan de Seguro Médico Confesional. Se prestó especial atención a cualquier subsidio cruzado de los costos del seguro médico dentro del plan de conformidad con el nivel de prestaciones, el nivel de cobertura, la geografía, la participación obligatoria frente a la voluntaria en el grupo, el estado de ordenación y la elegibilidad para las prestaciones de Medicare. Después de un proceso de solicitud de propuestas a varios licitadores, se seleccionó por unanimidad a Lewis & Ellis Actuaries and Consultants para llevar a cabo la revisión. Nuestras conclusiones se basan en gran parte en su excelente trabajo.

Hemos constatado que el Church Pension Group ha aplicado eficazmente estrategias de ahorro en consonancia con las peticiones y mandatos que le encomendó la Convención General. A pesar de estas estrategias, algunas características inherentes al grupo de la Iglesia Episcopal hacen que los costos globales del plan sean superiores a los de los planes destinados a la población general. Por ejemplo, la mayor edad promedio del grupo cubierto por la Iglesia Episcopal en comparación con la población general significa que los costos globales son intrínsecamente más elevados, ya que los gastos médicos aumentan en promedio a medida que las personas envejecen. Además, los planes que ofrece actualmente el Plan de Seguro Médico Confesional incluyen algunos extremadamente generosos y ricos en prestaciones que no están al alcance de muchas personas fuera de la Iglesia Episcopal. De hecho, el Plan de Seguro Médico Confesional ofrece una cobertura significativamente mayor en sus niveles más altos que cualquiera de nuestras denominaciones homólogas, incluidas la Iglesia Evangélica Luterana de Estados Unidos (ELCA), la Iglesia Metodista Unida (UMC) y la Iglesia Unida de Cristo (UCC). Los niveles de prestaciones más elevados que ofrecemos en los niveles PPO100 y PPO90 a través de Anthem y Cigna (y más generosos incluso que la mayoría de los planes del mercado del intercambio de la Ley de Atención Asequible y del nivel “platino” que ofrecen las pequeñas empresas), comprenden el 41% de los afiliados cubiertos y están subsidiados de forma significativa por los afiliados que reciben cobertura en casi todos los demás niveles de cobertura. La abundancia de prestaciones de estos planes de nivel alto incrementa los costos para todos los afiliados al Plan de Seguro Médico Confesional, lo cual no se recupera con tarifas de seguro más elevadas que se cobran a los afiliados a esos planes ricos en prestaciones.

Sin embargo, las medidas adoptadas por la Convención General en el pasado también han incrementado los costos involuntariamente. En un intento bien intencionado de lograr precios equitativos, las pasadas Convenciones adoptaron resoluciones en las que se pedía al Church Pension Group que obtuviera precios para los planes de seguros médicos confesionales tan parecidos como fuera posible a un promedio nacional. Sin embargo, los costos de la atención médica varían drásticamente en todo el país, al igual que el costo de la vida; un resultado funcional de las acciones de las Convenciones fue subsidiar artificialmente el costo de la atención médica en las zonas de alto costo, las cuales suelen disponer (aunque no siempre) de más recursos, con fondos que se pagan al Fideicomiso Médico a través de las tarifas de los seguros de las zonas de menor costo y con un costo

de la vida más bajo. Como resultado de este subsidio, una iglesia que emplea a un participante joven con una familia en una zona de costos relativamente bajos paga una tarifa de seguro de atención médica significativamente más alta que la que estaría disponible en los intercambios de atención médica del mercado abierto. Este desequilibrio resulta injusto para la congregación empleadora e incluso puede disuadir a las iglesias de llamar a clérigos jóvenes con familias, debido a los elevados costos médicos que conlleva la cobertura familiar.

Algunos se han preguntado por qué, en ese caso, no se debería permitir que dicha iglesia simplemente renunciara a la cobertura del Plan de Seguro Médico Confesional y comprara su seguro médico en el mercado libre. El problema es que si todos los empleados que podrían obtener una cobertura más barata en otro lugar debido a su edad, ubicación y otros factores optaran por no participar en el plan, este se quedaría solo con participantes más caros, lo que aumentaría aún más el costo por participante. A medida que este ciclo continuara, con más participantes que optaran por no participar a medida que aumenten los precios, se convertiría en lo que se conoce como una “espiral de la muerte”, que daría lugar a la insostenibilidad financiera y, por último, a la pérdida de todo el plan. El valor ético subyacente al Plan de Seguro Médico Confesional es que nos cuidamos mutuamente al participar juntos en un fondo común de atención médica, compartiendo las cargas de los demás.

¿Entonces, qué hay que hacer? Una parte significativa de nuestra población asegurada puede acogerse a la excepción de Medicare para pequeñas empresas, que permite a Medicare servir como cobertura principal para personas de 65 años o más que trabajan en instituciones con menos de 20 empleados de tiempo completo o parcial. Dado que muchas comunidades episcopales alcanzan el umbral para la cobertura primaria de Medicare, un mayor esfuerzo para animar a las personas con derecho a Medicare a pasar a su cobertura primaria proporcionaría un beneficio significativo a toda la iglesia, tanto al reducir el costo de la cobertura suplementaria para la persona o la institución, como al crear una reducción significativa de los costos para el Plan de Seguro Médico Confesional.

Por último, las acciones de toda la Iglesia en el pasado han hecho que algunos clérigos indígenas hayan quedado excluidos del Plan de Seguro Médico Confesional. Como se explica más adelante, nuestras propuestas pretenden proporcionar una cobertura justa y equitativa al clero y a los empleados laicos indígenas de la Iglesia Episcopal. El hecho de que no proporcionemos las mismas prestaciones a nuestros empleados indígenas que a los demás es una injusticia que viola el compromiso de nuestra iglesia de Convertirse en Amada Comunidad y debe corregirse.

Al sopesar los diferentes imperativos de cobertura en toda la iglesia y las obligaciones morales de la iglesia para con sus empleados laicos y del clero, las realidades del Plan de Seguro Médico Confesional tal y como está estructurado en la actualidad que se revelaron con nuestro estudio actuarial, los amplios comentarios de toda la iglesia y los debates en consulta con el Church Pension Group, recomendamos a la Convención General que inste a realizar los siguientes cambios en el Plan de Seguro Médico Confesional:

- Hacer autosuficiente, en la medida de lo posible, la cobertura ofrecida a empleados y dependientes en cada nivel de prestaciones, utilizando la cobertura ofrecida por nuestros homólogos confesionales como punto de comparación para garantizar que nuestros empleados reciban una cobertura adecuada.
- Adoptar marcadores adicionales para definir el reparto “equitativo” de los costos en toda la iglesia, incluida la adición de nuevos factores de calificación en la fijación de las tarifas de los seguros que tengan en cuenta tanto el costo predominante de la atención médica en cada región, como los recursos y la capacidad de pago de cada comunidad.
- Cambiar la estructura de tarifas para crear un subsidio para toda la iglesia dentro del Plan de Seguro Médico Confesional con el fin de garantizar que la Misión de Área de Navajolandia y las diócesis patrocinadas de Alaska, Dakota del Norte y Dakota del Sur puedan acceder a una cobertura asequible y de calidad fuera del Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service , IHS) para los empleados laicos y del clero indígenas y sus dependientes.
- Aumentar los esfuerzos de divulgación para fomentar una mayor adopción de la Excepción de Medicare para Pequeños Empleadores entre los empleados de 65 años o más, educando a la iglesia en cuanto a los beneficios para las personas y para toda la iglesia.
- Enfocar los esfuerzos de divulgación existentes en la disponibilidad y el uso de Planes Médicos Dirigidos al Consumidor (Consumer Directed Health Plans, CDHP) y Cuentas de Ahorros Médicos y proporcionar recursos mediante los cuales las comunidades cubiertas puedan realizar la transición de planes de organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) más caros a Planes Médicos Dirigidos al Consumidor menos caros de una manera que funcione para los empleados.

## Resumen del Trabajo

El Grupo de Trabajo del Plan de Seguro Médico Confesional llevó a cabo su labor en varias reuniones, proyectos y presentaciones a la iglesia en general a lo largo de 2023:

- 30 de enero de 2023 – En línea
  - *Reunión de Organización y Desarrollo del Plan de Trabajo.*
- 24 de febrero de 2023 – En línea
  - *Presentación del Church Pension Group y Preguntas y Respuestas sobre la Historia y la Estructura del Plan de Seguro Médico Confesional.*

- 27 al 29 de abril de 2023 – En persona en el Maritime Center, Linthicum Heights, MD
  - *Valores para la Labor.*
  - *Presentación del Actuario sobre la Ciencia Actuarial, Preguntas sobre el Plan de Seguro Médico Confesional, Vías de Investigación.*
  - *Deliberaciones del Grupo e Inicio de la Solicitud de Propuestas (Request for Proposal, RFP) del Estudio.*
  - *Reunión con el Consejo Ejecutivo. Comité del Memorando de Entendimiento del Church Pension Group.*
- Mayo a junio 2023 – Trabajo asíncrono
  - *Colaboración por Microsoft Teams en la Solicitud de Propuestas de Estudio.*
- 27 de julio de 2023 – En línea
  - *Revisión de las Respuestas a la Solicitud de Propuestas, Adjudicación del Estudio a Lewis and Ellis Actuaries.*
- 25 al 27 de septiembre de 2023 – En persona (Rvdo. David Sibley y Rvdo. Sandy Webb) Midtown Hilton, Nueva York, NY
  - *Presentación ante la Conferencia Episcopal de Administradores de Beneficios.*
  - *Encuesta a los Administradores de Prestaciones Episcopales.*
- Noviembre de 2023 – Trabajo asíncrono
  - *Encuesta Eclesial sobre el Plan de Seguro Médico Confesional.*
- 13 de noviembre de 2023 – En línea
  - *Presentación Actuarial y Preguntas y Respuestas con Lewis & Ellis.*
- 14 de noviembre de 2023 – En línea
  - *Sesión de Escucha de Toda la Iglesia sobre el Plan de Seguro Médico Confesional.*
- 29 de noviembre de 2023 – En línea
  - *Deliberación y Adopción de Recomendaciones a la Iglesia.*

Además, el Presidente y el Vicepresidente del Grupo de Trabajo colaboraron con los Presidentes de sus respectivas Cámaras de la Convención General, con el Comité Permanente Conjunto sobre Finanzas para la Misión, con los Ejecutivos y Miembros del Equipo del Church Pension Group y con Lewis & Ellis Actuaries and Consultants, la empresa contratada para el Estudio Actuarial del Plan de Seguro Médico Confesional, y les hicieron presentaciones.

## Valores y Objetivos

El Grupo de Trabajo del Plan de Seguro Médico Confesional trató de enfocar la labor en garantizar la asequibilidad de las prestaciones médicas para la Iglesia expresando los valores de los miembros de nuestro Grupo de Trabajo y de la Iglesia en general. Con ello se pretendía garantizar que las recomendaciones formuladas por el Grupo de Trabajo se basaran no solo en un afán de pura eficacia y recorte de gastos, habitual en el mundo secular, sino en nuestras esperanzas y aspiraciones de prestar atención médica a la Iglesia. Los valores expresados por el Grupo de Trabajo fueron:

1. El testimonio de la Iglesia Episcopal es importante y tenemos que garantizar la sostenibilidad a largo plazo de nuestras congregaciones y diócesis; las prestaciones médicas son uno de los principales retos actuales para la sostenibilidad de muchas comunidades.
2. Tenemos que proporcionar salud y bienestar de calidad a nuestros empleados y sus dependientes, y estos servicios tienen que ser accesibles dentro de sus contextos.
3. Tenemos que apoyar a las diócesis y congregaciones con menos recursos para que obtengan una cobertura con un precio adecuado a su contexto.

Del mismo modo, adoptamos objetivos de trabajo para ayudar a configurar nuestra investigación sobre el Plan de Seguro Médico Confesional y dar forma a nuestras deliberaciones y recomendaciones a la Iglesia:

1. Proporcionar a la 81ª Convención General un “menú” de recomendaciones que puedan ofrecer un control de costos significativo y práctico para el Plan de Seguro Médico Confesional.
2. Hacer nuestra labor con la profundidad de estudio, credibilidad y explicación que la iglesia necesita para digerir plenamente los cambios necesarios en el Plan de Seguro Médico Confesional.
3. Proporcionar información y educación continua a los consumidores eclesiásticos sobre los costos y beneficios de cada recomendación que hagamos.
4. Proporcionar información y educación continua a los administradores y a quienes están en posición de tomar decisiones que reduzcan los costos.

## Antecedentes y Medidas Previas de la Convención General sobre el Plan de Seguro Médico Confesional

El Plan de Seguro Médico Confesional fue establecido por la 76ª Convención General en la Resolución 2009-A177, la cual estableció los principios subyacentes del Plan de Seguro Médico Confesional y enmendó el Canon 1.8 de los *Cánones de la Iglesia Episcopal* para que la participación en el Plan de Seguro Médico Confesional fuera obligatoria para todas las diócesis, parroquias, misiones y otras organizaciones u organismos eclesiásticos nacionales sujetos a la autoridad de esta iglesia, y para todos los clérigos y empleados laicos que trabajen un mínimo de 1,500 horas al año.



La participación obligatoria en el Plan de Seguro Médico Confesional garantiza una reserva adecuada de asegurados para administrar correctamente el riesgo y el costo asociados al funcionamiento de una Asociación Voluntaria de Prestaciones para Empleados (Voluntary Employees' Benefit Association, VEBA), la estructura jurídica y reglamentaria a través de la cual funciona el Plan de Seguro Médico Confesional. El Plan de Seguro Médico Confesional es una entidad autoasegurada: los costos de cobertura del seguro que abonan las comunidades cubiertas al Fondo Médico pagan a su vez todas las reclamaciones médicas de los miembros y los costos administrativos del funcionamiento del Plan de Seguro Médico Confesional. Históricamente, el Fideicomiso Médico ha suscrito pólizas de reaseguro para respaldar el Plan de Seguro Médico Confesional frente a reclamaciones de impacto imprevistas o pérdidas catastróficas. La decisión prudente de poner fin a la cobertura de reaseguro está programada para 2024, y el Church Pension Group supervisará cuidadosamente la posible necesidad de reanudar el reaseguro.

En 2012, solo tres años después de la creación del Plan de Seguro Médico Confesional, surgió la preocupación por la disparidad de los costos médicos entre las diócesis de la Iglesia. La 77ª Convención General adoptó la resolución 2012-B026, que instaba al Fideicomiso Médico de la Iglesia Episcopal (y por extensión, al Church Pension Group) a “explorar estrategias alternativas para llegar a un reparto más equitativo de los costos de las primas médicas, incluyendo medios alternativos para lograr dicha equidad”. El testimonio ante el Comité Legislativo de la 77ª Convención General y el debate en el pleno de cada cámara se enfocaron en el deseo de toda la Iglesia de lograr una tarifa nacional única para proporcionar cobertura en cada nivel de prestaciones.

Aunque bienintencionado, este planteamiento era (y sigue siendo) erróneo como medio para proporcionar un acceso equitativo a la atención médica. Los costos de la atención médica varían drásticamente de una diócesis a otra y de un estado a otro. Aunque no es universal en todo el país, los lugares con mayor costo de vida tienen, en general, costos médicos más elevados. De este modo, las acciones de la Convención General crearon un subsidio *de facto* para las zonas de alto costo, ya que los costos de cobertura corren a cargo de las zonas de bajo costo.

Así, los mercados de bajo costo empezaron a ver cómo las tarifas de su cobertura en el Plan de Seguro Médico Confesional subían por encima de las tarifas de sus mercados. Aunque la dotación de recursos y la capacidad para pagar tarifas más elevadas por los seguros en la iglesia no corresponden 1:1 con el costo de la vida —existen notables excepciones, como Dakota del Sur y Alaska—, en gran parte fueron las zonas del país con mayor acceso a recursos institucionales las que se beneficiaron de los cambios promulgados en 2012-B026.

En 2015, los problemas seguían siendo visibles para la Iglesia en general, pero las soluciones no eran evidentes. La 78ª Convención General consideró la 2015-D021, la cual que señalaba la “desproporcionada carga financiera” de las parroquias del Medio Oeste de Estados Unidos; sin embargo, también trató de arreglar ese problema con una resolución contradictoria que habría empeorado la situación al instituir un “plan con una variación mínima en los costos de las primas de una diócesis a otra, reduciendo así las diferencias de costos... entre las diócesis... de la Iglesia

Episcopal”. Como se ha señalado anteriormente, aunque existen algunas excepciones, el resultado neto de este planteamiento habría sido la creación de un subsidio de las zonas de alto costo y altos recursos a costa de las zonas de bajo costo y bajos recursos. Mientras que el Comité Legislativo conjunto se limitó a pedir un estudio más detallado, el debate en el pleno de la Cámara de Diputados restableció la cláusula de exclusión voluntaria; el debate en el pleno de la Cámara de Obispos la eliminó. En última instancia, la resolución no fue aprobada al levantarse la sesión.

En 2018, la 79ª Convención General actuó para garantizar que cada diócesis tuviera acceso a múltiples redes para la atención de seguros (“proveedores de seguros médico”), y proporcionó una opción de exclusión para cualquier diócesis en la que solo esté disponible un proveedor de seguro médico bajo el Plan de Seguro Médico Confesional cuando “la disponibilidad de un solo proveedor tendría un impacto material negativo en los empleados de la diócesis, las congregaciones, las nuevas contrataciones o el bienestar general, a esa diócesis se le permitirá buscar otras opciones de seguro fuera del Plan de Seguro Médico Confesional” en 2018-C023. Una dificultad en la interpretación de la resolución se encuentra en la brecha que existe entre la mera existencia de la presencia de una red en una zona determinada y la realidad vivida de encontrar un proveedor de red disponible. Aunque en teoría una red puede admitir clientes dentro de una zona determinada, la cantidad de proveedores puede ser limitada o estos pueden estar muy alejados. En este momento, las redes de Cigna y Anthem se ofrecen en todo el Plan de Seguro Médico Confesional; la red de Kaiser Permanente también se ofrece en algunas localidades del oeste.

Para 2022, la presión de las congregaciones locales sobre el Plan de Seguro Médico Confesional se había agudizado y, en última instancia, condujo a la formación de este Grupo de Trabajo. La 80ª Convención General examinó la resolución 2022-DO34, que habría revisado los principios asociados al Plan de Seguro Médico Confesional para permitir la exclusión voluntaria del Plan de Seguro Médico Confesional cuando las primas de una cobertura similar en los mercados locales fueran un 20% inferiores a las tarifas del Plan de Seguro Médico Confesional. La resolución fue modificada en comisión para crear este grupo de trabajo y fue aprobada por ambas Cámaras, lo que dio lugar a la creación de este grupo de trabajo y a su informe y resoluciones correspondientes.

## **Revisión Actuarial de la Situación Actual del Plan de Salud Confesional**

Para llevar a cabo una revisión de la función actual del Plan de Seguro Médico Confesional y ofrecer recomendaciones a la Convención General en consonancia con los valores de la iglesia, el Grupo de Trabajo reconoció rápidamente la importancia de contar con un análisis “fresco” y altamente calificado para revisar el Plan de Seguro Médico Confesional. Con el mismo apoyo conjunto de la Sociedad Misionera Nacional y Extranjera y el Church Pension Group, el grupo de trabajo presentó una solicitud de propuesta a empresas actuariales sin participación previa en el Plan de Seguro Médico Confesional, y pidió la revisión de los siguientes componentes del Plan:

1. *Prestaciones y Diseño del Plan*

- ¿Cómo se ajusta el ofrecimiento de planes al mercado general de la atención médica en Estados Unidos?
- ¿Cómo se alinean los ofrecimientos de planes con los planes de prestaciones ofrecidos por otras denominaciones homólogas?

2. *Precios de las Prestaciones y Estructura de Precios*

- ¿Cómo se reparte realmente el riesgo entre los participantes en el Plan de Seguro Médico Confesional?
- Cuál es el valor relativo de cada dólar pagado para obtener cobertura, y se produce el subsidio dentro del plan por:
  - Elección de Red (es decir, Anthem, Cigna o Kaiser)
  - Opción de Prestación (es decir, PPO100, PPO90, CDHP-15, Kaiser)
  - Nivel de Cobertura (es decir, Empleado, Empleado+1, Empleado+Familia)
  - Región y Geografía
  - Participación Obligatoria en Comparación con Voluntaria en el Plan de Seguro Médico Confesional
  - Clero o Laico
  - Empleados de Menos o Más de 65 Años

3. *Administración de Costos*

- ¿Qué medidas concretas pueden adoptarse para ayudar a contener los costos sin comprometer la atención?

4. *Niveles de Reservas y Excedentes*

- ¿Refleja el balance del Plan de Seguro Médico Confesional la interpretación generalmente aceptada de los niveles adecuados de reservas para el pago de reclamaciones?

Se recibieron en total seis respuestas a la solicitud de propuestas, y el Grupo de Trabajo seleccionó por unanimidad la propuesta presentada por Lewis & Ellis Actuaries and Consultants por ser la que mejor respondía a nuestro presupuesto asignado y al alcance de la revisión necesaria, además de la presión del tiempo limitado por un bienio acortado entre convenciones.

La distribución del riesgo es fundamental para el buen funcionamiento del Plan de Seguro Médico Confesional. Mediante el pago de primas de seguro a un fondo común, los afiliados comparten sus recursos económicos para crear una cobertura lo suficientemente grande como para capear y asumir los costos de cualquier tormenta que pueda producirse cuando necesiten atención médica.

Cuando funciona bien, la cobertura es lo suficientemente amplia como para cubrir los gastos en que puedan incurrir los miembros de un fondo común por sus gastos de atención médica, y al mismo tiempo lo suficientemente estrecha como para garantizar que las tarifas pagadas para suscribir a cada miembro sean asequibles. El mantenimiento de un equilibrio adecuado entre estos dos imperativos de riesgo —mantener fondos suficientes para cubrir todos los costos y, al mismo tiempo, no cobrar tarifas tan elevadas que los afiliados traten de abandonar el plan— requiere pericia actuarial, un profundo conocimiento de las necesidades de la base de clientes y una cuidadosa evaluación del riesgo que aporta cada afiliado y cada grupo, y de cómo afectan al conjunto.

Al asegurar a un grupo, las características comunes de tarifas para un grupo incluyen:

- Edad
- Sexo
- Estado de salud (es decir, experiencia en reclamaciones anteriores)
- Niveles de cobertura
- Geografía
- Tamaño del grupo

Inherente a cualquier plan de grupo es la realidad del subsidio diseñado en comparación con el planeado de los costos médicos entre sus miembros. Aunque podría parecer que cuanto mayor es el grupo cubierto menor es el costo, un hecho que salta a la vista es que alrededor del 15% de los afiliados suelen generar alrededor del 80% de los costos, independientemente del tamaño del grupo. El simple hecho de añadir más afiliados no cambia la ecuación actuarial general del manejo de riesgos. Todos los participantes elegirán la riqueza de prestaciones que consideren mejor para su riesgo. Los afiliados que consideren que su riesgo médico personal es mayor elegirán los planes de prestaciones más ricos; esta elección eleva los costos para todos, ya que los pagos son correspondientemente altos. Este efecto de “selección adversa” es bien conocido en el sector de los seguros. Para que quede claro, no existe ningún plan de seguro sin algún subsidio necesario. Pero contrarrestar el subsidio no planeado mediante el diseño de las prestaciones y la fijación de tarifas puede ayudar a garantizar que los planes ofrecidos sean lo más asequibles posible.

En este informe, presentamos nuestras conclusiones específicas sobre los principales impulsores del aumento de las tarifas de los seguros, así como opciones significativas de acción para la Convención General a fin de reducir los costos sin comprometer la atención. En la revisión del Plan de Seguro Médico Confesional, Lewis y Ellis descubrieron, y el Grupo de Trabajo estuvo de acuerdo, que se está produciendo un subsidio no planeado con el Plan de Seguro Médico Confesional en tres categorías fundamentales: por opción de prestación, por región y geografía, y entre empleados con menos y con más de 65 años.

El informe presentado por Lewis & Ellis ante el Grupo de Trabajo figura íntegramente como apéndice del presente informe y se reproduce con su autorización para uso de la Convención en sus deliberaciones.

### Contrarrestar el Subsidio no Planeado mediante el Ofrecimiento de Prestaciones

Más del 40% de los afiliados al Plan de Seguro Médico Confesional tienen cobertura a través de un plan PPO100 o PPO90 de las redes Anthem y Cigna. Los planes PPO100 y PPO90 se consideran cobertura de nivel “platino plus”, con muy pocos gastos de bolsillo. Ninguna de nuestras denominaciones homólogas, y de hecho ninguna de las denominaciones investigadas por Lewis y Ellis, ofrece planes de riqueza comparable al plan Anthem/Cigna PPO100; algunas, pero no todas, ofrecen una cobertura similar al Anthem/Cigna PPO90. Todos estos planes son bastante más generosos que los que ofrecen cobertura en el mundo secular a través de los mercados de pequeñas empresas e individuales.

Figura 1: Comparación de los Planes ofrecidos por las distintas Denominaciones Hermanas

Denominación	TEC / ECMT PPO100	ELCA / Portico Platinum+	UCC Plan A	UMC / Wespath B1000
Deducible del plan más rico (individual / familiar)	\$0 / \$0	\$550 / \$1,100	\$300 / \$600	\$1,000 / \$2,000
Máx. de bolsillo en el plan más rico (individual / familiar)	\$2,000 / \$4,000	\$3,400 / \$6,800	\$2,000 / \$4,000	\$5,000 / \$10,000
Coaseguro del plan más rico	0%	20%	20%	20%

Los planes PPO100 y PPO90 registran unos índices combinados de reclamaciones y pérdidas administrativas del 111% y del 102%, respectivamente, lo cual significa que los costos incurridos por cada plan superan en un 11% y en un 2% los ingresos procedentes de las tarifas pagadas para obtener cobertura, y que los titulares de otros planes a través del fideicomiso médico subsidian el costo real de la cobertura a este nivel. Nuestro estudio actuarial calculó qué cambio de tarifa sería necesario para eliminar el subsidio de otros planes. Suponiendo que no se produjera ningún cambio en los ingresos globales, el cálculo mostró que para eliminar el subsidio de los participantes en otros planes, las tarifas del plan PPO100 tendrían que aumentar un 18.2%, y las tarifas del plan PPO90 tendrían que aumentar un 9.6%. En cifras puras, estos subsidios pueden ascender a US\$18 millones en costos subsidiados por las tarifas pagadas por quienes *no están* asegurados en un plan PPO100 o PPO90.

Figura 2: Planes y Subsidio de PPO 100 y PPO 90 en el Plan de Seguro Médico Confesional

Plan	Anthem/Cigna PPO100	Anthem/Cigna PPO90
Deducible/coaseguro/Máximo de bolsillo	\$0 / 0% / \$2,000	\$500 / 10% / \$2,500
Relación de Pérdida por Cuotas de Reclamación y Servicios Administrativos (ASO)	111%	102%
<b>% de la Tasa de Subsidio de Otros Planes</b>	<b>18.2%</b>	<b>9.6%</b>

Recomendamos que la Convención General inste al Church Pension Group a tomar medidas para que cada nivel de prestaciones sea autosuficiente y se autofinancie en la medida en que sea posible y apropiada, utilizando los ofrecimientos de planes de nuestros colegas denominacionales como guía para establecer la riqueza apropiada de las prestaciones. En consonancia con nuestras convicciones éticas y morales, podemos utilizar los ofrecimientos de prestaciones de nuestras denominaciones hermanas para garantizar que nuestros planes sean lo suficientemente ricos como para asegurar un ministerio productivo (especialmente en las zonas donde las prestaciones son uno de los principales medios de compensación debido a los bajos salarios), pero no tan excesivamente ricos como para dar lugar a un desplazamiento de los costos de las reclamaciones de los planes más ricos a los inscritos en otros planes dentro de la iglesia. Muy a menudo, los empleados laicos y del clero en niveles de prestaciones menos ricos se inscriben en estas prestaciones precisamente porque no pueden pagar los planes PPO100 o PPO90, por lo que es fundamental asegurarse de que estos miembros no estén subsidiando en exceso los costos médicos en opciones de prestaciones más ricas que ellos mismos no pueden costear.

## Contrarrestar los Subsidios no Planeados por Regiones

Los costos médicos varían drásticamente según el lugar del país, como se hace evidente al considerar el gasto médico per cápita en 2020, tal y como se presenta en *State Health Facts* de KFF.

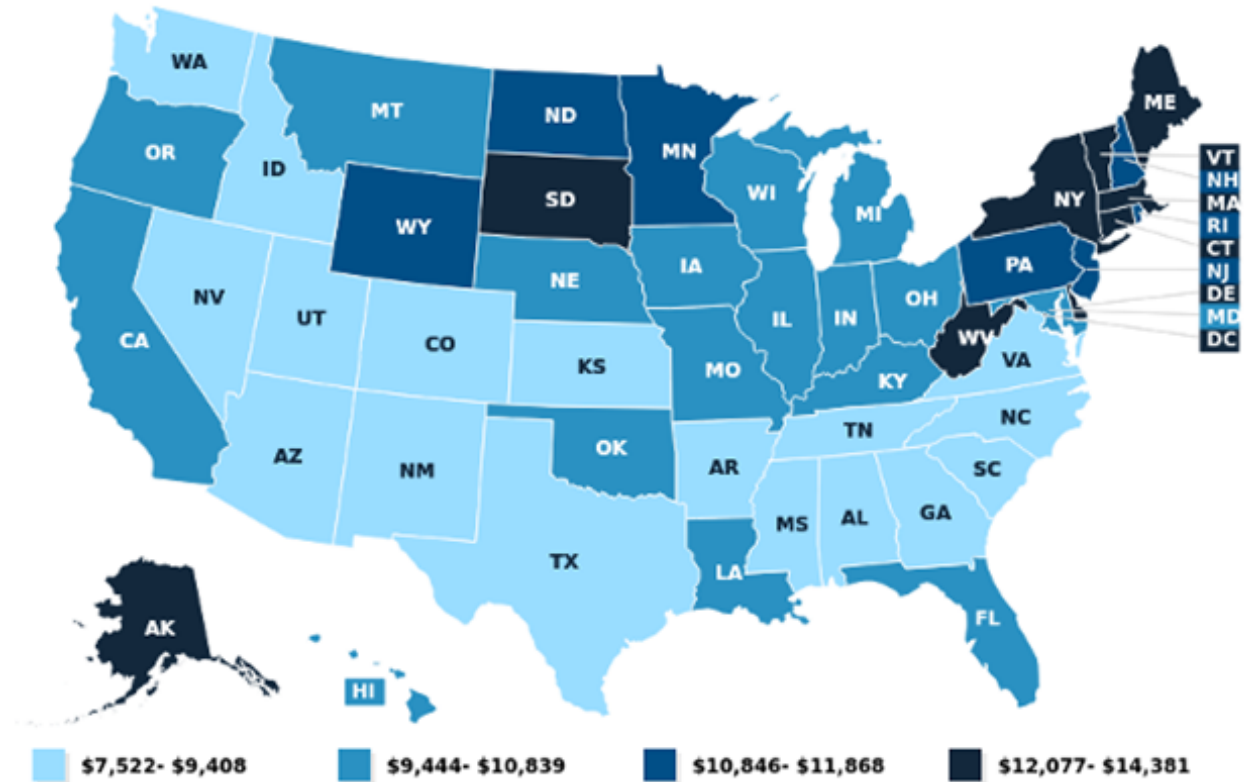


Figura 3: Gasto Per Cápita en Atención Médica, 2020

En una acción anterior de la Convención General se pidió al Church Pension Group que intentara conseguir unos costos de tarifas equitativas en todo el país, sin tener en cuenta el costo real de mercado de la atención médica en cada zona. Incluso antes del análisis actuarial, el Grupo de Trabajo estaba consciente de que era probable que se produjera un subsidio regional dentro del Plan de Seguro Médico Confesional.

Lewis & Ellis analizó el alcance del subsidio en la iglesia según las siguientes grandes categorías geográficas:

- Noreste: Provincias I, II y III
- Medio Oeste: Provincia V
- Sur: Provincias IV y VII
- Oeste: Provincias VI y VIII
- Otros: Cuerpo de Servicio Episcopal y Campamentos y Centros de Conferencias Episcopales

Figura 3: Contribución y Valor Relativo de las Reclamaciones por Zonas Geográficas

	Noreste	Medio Oeste	Sur	Oeste	Otros
Valor Relativo de Contribución	1.00	0.96	0.88	0.94	0.90
Valor Relativo por Cuotas de Reclamación y Servicios Administrativos (ASO)	1.00	0.97	0.86	0.84	0.79
<b>Cambio de Tarifa para Eliminar el Subsidio</b>	<b>2.5%</b>	<b>3.7%</b>	<b>0.4%</b>	<b>-8.2%</b>	<b>-9.5%</b>

El resultado observado es un subsidio funcional de la atención médica por parte de las Provincias VI y VIII, los programas del Cuerpo de Servicio Episcopal (Episcopal Service Corps, ESC) y los Campamentos y Centros de Conferencias Episcopales (Episcopal Camps and Conference Centers, ECCC) al resto del país. Si se suprimiera el subsidio geográfico del plan, las tasas de las Provincias VI y VIII bajarían un 8.2%, y las de los grupos ESC y ECCC bajarían un 9.5%.

Sin embargo, el reto más grave al abordar el subsidio regional en el Plan de Seguro Médico Confesional es la desigual distribución de los recursos en la Iglesia Episcopal. El costo de la atención médica es muy elevado, como cabría esperar en lugares con recursos comparativamente elevados, como las diócesis de Nueva York y Long Island, pero también en diócesis con recursos insuficientes, como Dakota del Sur, Virginia Occidental y Alaska. Mientras tanto, otras diócesis con muchos recursos, como Texas, se benefician de unos costos médicos inferiores al promedio nacional. Fijar estrictamente las tarifas de los seguros en función de la geografía y del costo vigente en cada zona no fomenta la interdependencia mutua que se pretende crear con el Plan de Seguro Médico Confesional.

El Grupo de Trabajo recomienda que la Convención General inste al Church Pension Group a añadir dos nuevos factores, además de los ya existentes, para que las tarifas sean más equitativas en toda la Iglesia. Ello se traduciría en la adopción de un “doble mandato” de contrapeso para tener en cuenta dos factores adicionales al fijar las tarifas de los seguros médicos:

- La capacidad relativa de cada comunidad cubierta para pagar una cuota determinada.
- El costo vigente de una cobertura comparable en la zona cubierta por cada grupo.



Este mecanismo adicional de fijación de tarifas permitirá al Plan de Seguro Médico Confesional relacionar de forma general el costo del seguro médico con el costo de la vida y de la atención médica en cada lugar, al tiempo que reconoce que los recursos para pagar la cobertura médica están distribuidos de forma desigual en nuestra iglesia.

### Contrarrestar el Subsidio no Planeado por Edades

Una simple realidad es que, a medida que aumenta la edad, aumentan los costos de la atención médica. Por mucho que lo intentemos, la Convención General no puede hacer nada para invertir el paso del tiempo, y la realidad de que las personas mayores siempre tendrán costos de reclamación más elevados. El Plan de Seguro Médico Confesional no es una excepción: las reclamaciones de los afiliados al Plan de Seguro Médico Confesional Primary 65+ son más del doble que las de los afiliados menores de 65 años, pero las contribuciones al plan solo son un 24% superiores.

*Figura 4: Efecto de la Edad en las Solicitudes del Plan de Seguro Médico Confesional y la Subvención Asociada*

	Pre-65	DHP Primary 65+	Medicare Primary 65+	Total
Cantidad de miembros	21,178	1,574	442	23,194
Distribución de los miembros	91%	7%	2%	100%
Relación de Pérdida por Reclamación y Servicios Administrativos (ASO)	88%	145%	133%	94%
<b>Cambio de Tarifas para Eliminar el Subsidio</b>	<b>-6.0%</b>	<b>+55.4%</b>	<b>+40.7%</b>	-

Del mismo modo, los trabajadores mayores de 65 años asegurados en el Plan de Seguro Médico Confesional eligen mayoritariamente las opciones con mayores prestaciones. Una de las razones es probablemente la enorme generosidad de nuestros planes más ricos; otra es que la introducción relativamente reciente de los Planes Médicos Dirigidos al Consumidor (Consumer Directed Health Plans CDHP) y las Cuentas de Ahorros Médicos (Health Savings Accounts, HSA) Portátiles significa que los mayores de 65 años han tenido menos tiempo para construir un “nido” en sus Cuentas de Ahorros Médicos mediante contribuciones, ya sean realizadas por el empleador o por el empleado.

Figura 5: Selección de Planes de los Empleados por Edad

	Pre-65	DHP Primary 65+	Medicare Primary 65+
PPO100/PPO90	40%	56%	73%
PPO80/PPO70	26%	20%	27%
Planes CDHP	26%	17%	0%
Planes EPO de Kaiser	8%	7%	0%

El Grupo de Trabajo no recomienda expresamente nuevos ajustes a los mecanismos de tarifas para eliminar el subsidio funcional dentro del Plan de Seguro Médico Confesional por edad. No obstante, recomendamos que la Convención General inste al Church Pension Group a realizar esfuerzos intencionados para fomentar una mayor adopción de la excepción de Medicare para Pequeños Empleadores (Small Employer Exception, SEE). La Excepción de Medicare para Pequeñas Empresas permite que Medicare actúe como el pagador principal de las reclamaciones médicas de las personas de 65 años o más cuando trabajan en una institución con menos de 20 empleados de tiempo completo o parcial.

La gran mayoría de las comunidades episcopales tienen menos de 20 empleados y, por lo tanto, cumplen con el umbral de cobertura primaria de Medicare. Aunque el Church Pension Group no puede obligar, imponer precios ni forzar a ningún empleado mayor de 65 años a acogerse a la excepción de Medicare para Pequeñas Empresas, los nuevos esfuerzos para ayudar a los empleados a optar por la cobertura primaria de Medicare trasladarían la carga principal de los costos de su atención del Plan de Seguro Médico Confesional a Medicare. De este modo, reducirían tanto el costo de su cobertura complementaria de Medicare proporcionada a través del Plan de Seguro Médico Confesional, como el costo total de las reclamaciones en que incurra este Plan. Así se necesitaría menos subsidio de la población menor de 65 años para pagar el total de reclamaciones del plan.

### **Cobertura Asequible del Plan de Seguro Médico Confesional para los Empleados Laicos y Clérigos Indígenas de Nuestra Iglesia**

Las acciones pasadas de la Convención General han tenido el resultado no deseado de dejar fuera del Plan de Seguro Médico Confesional a algunos clérigos y empleados laicos indígenas de la iglesia debido al precio, particularmente en la Misión de Área de Navajolandia.

El hecho de que no proporcionemos las mismas prestaciones a nuestros empleados indígenas que a los demás es una injusticia que viola el compromiso de nuestra iglesia de Convertirse en la Comunidad Amada y debe corregirse de inmediato. En el pasado, la Convención General se basó en la suposición de que la cobertura disponible para los empleados indígenas y sus dependientes a través del Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service, IHS) sería suficiente para sus necesidades de atención médica, por lo que no se proporcionaron fondos para adquirir la cobertura del Plan de Seguro Médico Confesional. Al mismo tiempo, las medidas de la Convención General que intentan igualar el costo de la cobertura médica en todas las regiones de la Iglesia han provocado que el precio del seguro médico sea demasiado elevado para que puedan permitírselo las zonas con menos recursos. No se tomó ninguna medida, ni en el presupuesto de la Iglesia ni en el diseño de la ecuación de financiamiento de la cobertura del Plan de Seguro Médico Confesional, para garantizar que los planes fueran accesibles para estos empleados y sus dependientes.

La atención médica proporcionada por el gobierno a través del Servicio de Salud Indígena a disposición de los pueblos indígenas se consideraba adecuada, pero ya no lo es. La dependencia de este tipo de atención ha dado lugar a resultados médicos por debajo de los estándares para nuestros empleados episcopales. El grupo de trabajo escuchó apasionados testimonios en nuestro foro abierto pidiéndonos que corriamos esta injusticia y haciéndonos saber que los navajos llevan años rezando para que se escuche esta súplica. Nuestra incapacidad para escuchar y responder a esta petición sería una mancha moral en el testimonio de nuestra iglesia como Amada Comunidad de Dios. Esta atrocidad injusticia contra nuestros colegas en el ministerio es una acusación contra nuestra propia capacidad de cuidar a nuestra gente y debe corregirse inmediatamente.

Las resoluciones que proponemos permitirán que el Plan de Seguro Médico Confesional tenga en cuenta la dotación relativa de recursos de los empleadores al determinar los precios del Plan de Seguro Médico Confesional, especialmente en el caso de Navajolandia y las otras tres diócesis con muchos empleados indígenas que reciben subvenciones en bloque de la Iglesia Episcopal: Alaska, Dakota del Norte y Dakota del Sur. Repartir el costo de una cobertura asequible para los empleados indígenas entre todos los participantes en el Plan de Seguro Médico Confesional supondría un costo añadido relativamente pequeño para los participantes, al tiempo que proporcionaría una prestación que cambiaría la vida (y literalmente salvaría vidas) de los empleados indígenas que trabajan en los mismos campos y para el mismo Señor.

### **Esfuerzos Educativos Adicionales para Aliviar la Presión sobre el Plan de Seguro Médico Confesional**

Además de la necesidad mencionada anteriormente de una mayor educación en relación con la adopción de la Excepción de Medicare para Pequeños Empleadores, recomendamos que los esfuerzos se centren en otras dos áreas que pueden tener el potencial de ayudar a aliviar las presiones sobre el Plan de Seguro Médico Confesional:

- Mejor educación del Administrador del Grupo sobre la importancia de la selectividad al elegir los planes que se ofrecerán a los empleados.
- Mejor educación en toda la Iglesia sobre el uso y las ventajas de los Planes Médicos Dirigidos al Consumidor.

En la Conferencia Episcopal de Administradores de Prestaciones de 2023, la mayoría de los administradores diocesanos presentes (55%) indicaron que un solo miembro del personal es responsable de elegir los ofrecimientos de planes para cada grupo. Además, 49% de los administradores presentes indicaron que su grupo ofrecía cinco o más opciones de planes a los afiliados.

Cuanto más planes se ofrezcan en la inscripción abierta a un grupo determinado, mayor será la probabilidad de que los participantes con costos elevados se centralicen en los planes más generosos, mientras que los participantes con costos más bajos se distribuyan entre todos los planes ofrecidos, lo cual inevitablemente se traducirá en un aumento de los costos de todos los planes ofrecidos. La discreción al ofrecer la menor cantidad posible de planes para satisfacer las necesidades del grupo puede tener un efecto beneficioso en el control de los costos.

Una práctica prudente para cada administrador de grupo podría ser ofrecer una cantidad limitada de planes —quizás un único PPO, un único CDHP y sus equivalentes de suplementos de Medicare—, idealmente dentro de una única red de proveedores que se ajuste al perfil de atención del grupo. Aunque las necesidades de cada grupo (por ejemplo, una diócesis) serán diferentes —y muchos grupos no podrán ajustarse a una única “mejor práctica”—, la experiencia del Church Pension Group en los ofrecimientos de Planes de Seguros Médicos Confesionales y las relaciones establecidas entre clientes y administradores de grupos proporcionan un conducto significativo para ayudar a los administradores a ofrecer selecciones de planes que equilibren las necesidades de los empleados sin sobrecargar ni exacerbar los fenómenos de selección adversa.

Del mismo modo, los Planes Médicos Dirigidos al Consumidor utilizan menos el Plan de Seguro Médico Confesional que los empleadores laicos. Estos planes, que combinan un deducible elevado y un coaseguro fijo con una cuenta de ahorros médicos propiedad del empleado en la que este y la empresa realizan aportaciones con ventajas fiscales para sufragar los gastos médicos, requieren una educación importante tanto para los administradores de grupos como para los empleados. “Sin embargo, en muchos casos, el costo de las tarifas de los Planes Médicos Dirigidos al Consumidor junto con el financiamiento por parte del empleador de una Cuenta de Ahorros Médicos de una cantidad sustancial del deducible más alto puede acabar proporcionando costos más bajos a los empleados *sin* aumentar la exposición general del costo del desembolso de bolsillo de ese empleado.

Al mismo tiempo, los Planes Médicos Dirigidos al Consumidor son los que más benefician a los consumidores de atención médica más informados, especialmente a los que mantienen una relación de igual a igual con sus proveedores. Por ello, la “rampa de acceso” a la adopción de Planes Médicos Dirigidos al Consumidor entre toda la población asegurada puede ser más larga que la asociada a los

planes PPO más tradicionales. Los empleadores deben planificar cuidadosamente el establecimiento de la tasa adecuada de financiamiento de las Cuentas de Ahorros Médicos para incentivar la adopción del plan; planificar el ajuste adecuado a largo plazo de esas contribuciones a medida que los saldos de estas cuentas de los empleados aumentan a través de contribuciones e inversiones continuas. Los empleados deben entender perfectamente cómo funcionan sus planes, pensar en cómo administrar su atención médica aprovechando de forma fácil y sistemática la atención preventiva gratuita (los exámenes médicos anuales, por ejemplo) incluida en el plan, al tiempo que se aseguran de no aplazar la atención necesaria por temor a los altos precios. La diferencia fundamental entre los Planes Médicos Dirigidos al Consumidor con Cuentas de Ahorros Médicos y los PPO requiere una amplia educación, pero cuando se conoce bien, puede producir grandes resultados para los empleados y los empleadores sin comprometer la atención.

### **Nota Final sobre las Resoluciones Propuestas**

La estructura canónica, legal y reguladora del Plan de Seguro Médico Confesional está torpemente compartida entre la Iglesia Episcopal y el Church Pension Group. Los Cánones de la Iglesia establecen el mandato del Plan de Seguro Médico Confesional para los empleados con más de 1,500 horas anuales y le dan autoridad al Church Pension Group para aplicar y administrar el Plan de Seguro Médico Confesional fijando las tarifas de seguro y pagando las reclamaciones. Una resolución anterior de la Convención General, la 2009-A177, establece por canon los principios subyacentes y la intención del Plan de Seguro Médico Confesional. Sin embargo, es responsabilidad de la Junta del Church Pension Group garantizar el correcto funcionamiento del Plan de Seguro Médico Confesional y su cumplimiento legal y regulatorio, así como administrar sus finanzas para mantener su viabilidad.

De esta forma, las resoluciones instan al Church Pension Group a realizar cambios específicos en el Plan de Seguro Médico Confesional y el Fideicomiso Médico en consonancia con este informe, y son entendidas por el Grupo de Trabajo como una adición a los principios subyacentes del Plan de Seguro Médico Confesional expresados por primera vez en la resolución 2009-177, de conformidad con la forma en que las resoluciones adoptadas previamente por la Convención General sobre el Plan de Seguro Médico Confesional después de su fundación en 2009 (2012-B026, 2018-C023) han sido interpretadas por la iglesia y el Church Pension Group.

De forma muy intencionada, no ofrecemos mecanismos actuariales explícitos, fórmulas ni instrucciones específicas para su aplicación, más allá de lo que se indica explícitamente en las propias resoluciones y explicaciones; dicha responsabilidad recaerá en última instancia en la Junta del Church Pension Group y en el personal del Church Pension Group.

## Resoluciones Propuestas

### **A100 Adoptar Controles de Costos en el Plan de Seguro Médico Confesional**

*Se resuelve*, Que la 81ª Convención General inste al Church Pension Group a tomar medidas para que los planes de seguro médico ofrecidos por el Fondo Médico de la Iglesia Episcopal sean autosuficientes y autofinanciados en cada nivel de prestaciones ofrecido en la medida de lo posible y apropiado; y asimismo

*Se resuelve*, Que se inste al Church Pension Group a ofrecer prestaciones de seguro médico en el Fideicomiso Médico de la Iglesia Episcopal comparables a las que ofrecen las agencias de prestaciones de denominaciones similares incluidas, pero sin limitarse a ellas, la Iglesia Evangélica Luterana de EE. UU., la Iglesia Metodista Unida, la Iglesia Presbiteriana de EE. UU. y la Iglesia Unida de Cristo, y a continuar colaborando con ellas cuando sea factible para lograr un mayor poder adquisitivo al proporcionar prestaciones de medicamentos recetados.

#### EXPLICACIÓN

El aumento del costo de los seguros médicos supone un reto constante para las comunidades de la Iglesia Episcopal que tratan de ofrecer a sus empleados prestaciones médicas de calidad a un costo asequible. Aunque el Church Pension Group se ha movilizado para controlar los costos en la medida de sus posibilidades, la propia Iglesia debe recomendar cambios específicos para mantener los costos asequibles.

En la actualidad, no todos los niveles de prestaciones del Fideicomiso Médico de la Iglesia Episcopal son autosuficientes, lo que provoca un aumento de los costos en todos los planes ofrecidos a los empleados y sus dependientes. Muchas de nuestras prestaciones no están a la altura de las que se ofrecen a los empleados laicos y clérigos de otras denominaciones.

Esta resolución expresa el deseo de la iglesia de que el Church Pension Group tome medidas para contener los costos dentro del Plan de Seguro Médico Confesional, para que cada nivel de beneficio sea autosostenible en la medida de lo posible, y trate de mantener los ofrecimientos de prestaciones en línea con los ofrecidos por nuestras denominaciones hermanas.

## **A101 Modificar las Estructuras de Precios del Plan de Seguro Médico Confesional para un Acceso Equitativo**

*Se resuelve*, Que la 81ª Convención General reafirme el compromiso de la Iglesia Episcopal de mantener la paridad en las prestaciones médicas ofrecidas al clero y a los empleados laicos de la Iglesia Episcopal y sus diócesis, congregaciones, instituciones y comunidades; y asimismo

*Se resuelve*, Que la 81ª Convención General inste al Church Pension Group a adoptar métodos que proporcionen precios equitativos en toda la Iglesia para los planes ofrecidos por el Fideicomiso Médico de la Iglesia Episcopal, incluso teniendo en cuenta factores adicionales que puedan aumentar la equidad, como (a) la capacidad relativa de cada comunidad cubierta para pagar las prestaciones necesarias, y (b) el costo prevaeciente de una cobertura comparable dentro del área cubierta por cada grupo; y asimismo

*Se resuelve*, Que la 81ª Convención General inste al Church Pension Group a adoptar una estructura de precios que garantice la capacidad del Área de Misión de Navajolandia y las Diócesis de Alaska, Dakota del Norte y Dakota del Sur de ofrecer planes a través del Fideicomiso Médico de la Iglesia Episcopal a sus empleados laicos y del clero elegibles y a sus dependientes, especialmente a aquellos que actualmente solo reciben cobertura a través del Servicio de Salud Indígena del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Department of Health and Human Services, HHS).

### EXPLICACIÓN

En la actualidad, los empleados laicos constituyen la mayoría de los cubiertos por el Plan de Seguro Médico Confesional. Por lo tanto, el mantenimiento de la paridad en el ofrecimiento de prestaciones entre el clero y los empleados laicos es primordial para la asequibilidad y la sostenibilidad financiera del plan.

Sin embargo, basándose en una resolución anterior de la Convención General, se ha pedido al Church Pension Group que se esfuerce por fijar el precio de los ofrecimientos de seguros médicos a un precio universal sin tener en cuenta la ubicación. Esta resolución anterior, aunque bienintencionada, no tenía en cuenta un factor crítico de la atención médica en Estados Unidos: que el costo de la atención médica varía drásticamente en todo el país, al igual que el costo de la vida varía de un lugar a otro. Esto ha dado lugar a tarifas de seguros que a menudo no están en sintonía con el mercado local de seguros de la comunidad eclesiástica.

Esta resolución reafirma la necesidad de la paridad entre laicos y clérigos en las prestaciones, al tiempo que pide al Church Pension Group que tenga en cuenta dos factores al fijar las tarifas de los planes médicos: la capacidad de pago de una comunidad cubierta y el costo vigente de la atención médica comparable en la zona cubierta por cada grupo.

Por último, pretendemos corregir una injusticia que ha creado una disparidad en el acceso a la atención médica entre los empleados indígenas y blancos de la iglesia: algunos empleados indígenas laicos y del clero no reciben cobertura del Plan de Seguro Médico Confesional, sino que dependen de la cobertura proporcionada por el Servicio de Salud Indígena del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, el cual no satisface sus necesidades actuales. Nuestra incapacidad como Iglesia para proporcionar ofrecimientos iguales debe ser rectificada.

Esta resolución pide al Church Pension Group que establezca una estructura de clasificación que proporcione apoyo adicional a la Misión de Área de Navajolandia y a las diócesis de EE. UU. que reciben subvenciones en bloque del presupuesto de la Sociedad Misionera Nacional y Extranjera, para garantizar que todos los empleados de la iglesia tengan acceso a una atención médica de calidad.

### **A102 Esfuerzos Educativos en toda la Iglesia para Controlar los Gastos Médicos**

*Se resuelve,* Que la 81ª Convención General inste al Church Pension Group a continuar sus esfuerzos educativos en torno a la selección de beneficios de seguro médico, prestando una atención más decidida a las prestaciones ofrecidas a los empleados, a las comunidades cubiertas y a toda la iglesia a través de un mayor uso de la Excepción de Medicare para Pequeños Empleadores por parte de los empleados de 65 años o más en las comunidades elegibles; la necesidad de que los administradores de grupos ejerzan discreción en la cantidad de niveles de prestaciones que se ofrecen dentro de un grupo; y las prestaciones para los empleados y las comunidades cubiertas a través de la adopción y el uso de Planes Médicos Dirigidos al Consumidor y Cuentas de Ahorros Médicos, y los métodos por los que las instituciones pueden hacer la transición de sus empleados a tales ofrecimientos de planes.

#### **EXPLICACIÓN**

Esta resolución pide al Church Pension Group que emprenda esfuerzos educativos decididos en torno a la Excepción de Medicare para Pequeños Empleadores para empleados mayores de 65 años, las prestaciones de la selección específica de ofrecimientos de planes por parte de los administradores de beneficios para combatir la selección adversa, y para administradores y consumidores por igual en torno al uso de Planes Médicos Dirigidos al Consumidor y Cuentas de Ahorros Médicos como una forma rentable de proporcionar atención médica de calidad.

Una adopción más amplia de las mejores prácticas en los tres ámbitos podría suponer un ahorro significativo para el Plan de Seguro Médico Confesional sin limitar ni restringir el acceso a la atención.



## Materiales Suplementarios

*Actuarial Review of the Denominational Health Plan of The Episcopal Church*, preparado por Lewis and Ellis Actuaries and Consultants para el Grupo de Trabajo.

El informe actuarial que figura a continuación sólo se facilitó en inglés.



ACTUARIAL REVIEW OF THE  
DENOMINATIONAL HEALTH PLAN

THE EPISCOPAL CHURCH

DECEMBER 4, 2023

LEWIS & ELLIS

BONNIE S. ALBRITTON, FSA, MAAA  
ARI T. LOIBEN, ASA, MAAA, MS

December 4, 2023

The Task Force to Advise the Church on the Denominational Health Plan  
The Reverend David C. Sibley  
Task Force Chair  
815 2<sup>nd</sup> Avenue  
New York, NY 10017

Re: The Episcopal Church  
Actuarial Review of the Denominational Health Plan

Dear Reverend Sibley:

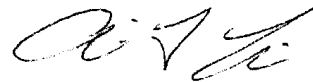
We are pleased to present our report documenting our review of the Episcopal Church's Denominational Health Plan.

We appreciate the opportunity to be of service. If you have any questions, please call.

Sincerely,



Bonnie S. Albritton, FSA, MAAA  
Vice President & Principal



Ari T. Loiben, ASA, MAAA, MS  
Vice President & Principal

Enclosures

TABLE OF CONTENTS

Executive Summary ..... 1

Scope of Services..... 3

Background ..... 3

Data Reliance ..... 4

Limitations..... 4

Section I Plan Benefit Design ..... 5

    Overview of Current Plans ..... 6

    Current Marketplace Offering..... 7

Section II Benefit Pricing and Pricing Structure ..... 10

    Pricing Overview ..... 11

    DHP Rate-Setting Process ..... 11

    Overview of Analysis ..... 12

    Review of Carriers ..... 13

    Review of Current Benefit Options ..... 15

    Review of Coverage Tiers..... 16

    Review of Regions ..... 19

    Review of Voluntary vs. Mandatory Coverage..... 20

    Review of Clergy and Lay Employees ..... 22

    Review of Pre-65 and Post-65 Employees ..... 23

    Review of Employee Contributions and/or HSA Funding ..... 25

Section III Cost Management..... 26

    Value-Based Insurance Design ..... 27

    Active Employees Eligible for Medicare..... 28

    Specialty Drugs and Gene Therapy ..... 29

    Network Configurations..... 31

    Alternative Payment Models ..... 31

    Stop-Loss Coverage ..... 32

Section IV Reserves and Surplus Levels ..... 33

    Risk Based Capital Overview ..... 34

    Overview of DHP Process..... 34

Appendices..... 36  
Appendix A Summary of DHP Benefits..... 37  
Appendix B Religious Organization Benefit Comparison ..... 38  
Appendix C Religious Organization Benefit Examples ..... 39

## EXECUTIVE SUMMARY

The 80<sup>th</sup> General Convention of The Episcopal Church (“the Church”) created a task force (“the Task Force”) to advise the Church on the Denominational Health Plan (“DHP”), with emphasis on the cost of benefits. The Task Force was asked to *“review the structure and offerings of the Denominational Health Plan with special attention to the cost of premiums and to report back to the 81<sup>st</sup> Convention a list of options to reduce health insurance costs across the church, including an examination of the impact of individual faith communities opting out of the Denominational Health Plan, with a full explanation of the reasoning for and costs and benefits of each option.”*

Lewis & Ellis (“L&E”) was asked to provide an independent review of the DHP to assist the Task Force in completing this charge. This report documents our review, findings, and recommendations for the Task Force.

Some of the past and current objectives of the DHP include working to manage overall healthcare costs, achieving parity in cost sharing between clergy and lay employees and reducing premium disparities among dioceses. While working to achieve these objectives, the DHP also tries to balance high-quality benefits with financial stewardship for the Church. Sometimes these objectives can be difficult to achieve because they can be competing and improvement in one area may negatively impact another area.

The Church Pension Group (“CPG”) has implemented several cost-saving strategies over the past several years and continues to do so. However, at a certain point, it becomes difficult to continue squeezing out savings in the areas where members are minimally impacted. The Task Force has the difficult job of considering certain changes that may be challenging to implement because they will have more impact on the members.

We separated our review into several broad categories to address the requests from the Task Force which are outlined in the report. The scope of our analysis only includes the self-funded benefits for active employees. It does not include fully insured plans or benefits for retirees.

### **Observations and Recommendations**

- **Carriers:** Resolution 2018-C023 from the General Convention requested at least two national health insurance carriers in each diocese. The DHP has Anthem and Cigna as the two national health carriers and Kaiser in several regions. Kaiser has a different business model, so we included the fees associated with carriers in our comparisons. Based on our analysis, the Anthem and Cigna benefit options are performing well, and average claims are consistent with each other. There is some subsidization of costs by the Kaiser benefit options.
- **Meaningful Differences:** While the DHP offers 17 benefit options between Anthem, Cigna, and Kaiser, there are 7 benefit options nationwide and 3 Kaiser plans. It is our opinion that the options provide meaningful differences in benefits and there is enough of a difference that we do not recommend eliminating a benefit option for this reason.
- **Anthem/Cigna PPO 100:** This benefit option has no deductible, no coinsurance, limited copayments, and a \$2,000 out-of-pocket maximum. None of the benefit plans offered by the other religious organizations we researched have comparable benefits. Based on the Employer Health Benefits

2023 Annual Survey published by Kaiser Family Foundation, only 10% of employees are covered by a plan with no deductible. In addition, none of the other researched denominations provide benefits that are as rich as this plan. The PPO 100 option has 21% of the membership and a one-year loss ratio<sup>1</sup> of 111%. The cost of this benefit option is being heavily subsidized by other lower-cost benefit options. ***We recommend that the Task Force consider removing this option, adjusting some of the benefits (such as adding coinsurance), or starting to increase the premium rates to remove some of the subsidization by the other plan options. Eliminating the plan could result in savings up to approximately \$6 million or 2.8% of contributions.***

- **Anthem/Cigna PPO 90:** This benefit option is in a similar situation as the Anthem/Cigna PPO 90 has a \$500 deductible, 10% coinsurance, and \$2,500 out-of-pocket maximum. The benefit option has 20% of the membership with a 102% one-year loss ratio. The cost of this benefit option is also being heavily subsidized by other lower-cost benefit options. While there are some religious organizations that provide similar benefit options, based on the overall employer marketplace, the cost-sharing is still very low.

  - ***We recommend that the Task Force consider removing this option, adjusting some of the benefits (such as increasing coinsurance amounts), or starting to increase the premium rates to remove some of the subsidization by the other plan options. Eliminating this plan, in addition to the PPO 100 option could result in savings up to approximately \$18 million of 8.4% of contributions.***
  - ***As an alternative to removing the plan, we recommend changing some of the benefits. We estimate that changing the in-network coinsurance from 10% to 20% and the out-of-pocket maximum from \$2,500 to \$3,000 can reduce the per employee cost of the PPO 90 benefit option by approximately 8%<sup>2</sup>.***
  
- **Coverage Tiers<sup>3</sup>:** The DHP allows each diocese to select the number of coverage tiers for their rates. The 3-tier employer groups account for 45% of membership with a one-year loss ratio of 100%. Within the 3-tier groups, the Employee+1 rates are being significantly subsidized by the employee only and family tiers. ***While we do not recommend significant adjustment at one time, the Task Force may want to consider adjusting the 3-tier Employee +1 rates over several years.***
  
- **Post-65 Employees:** There is significant subsidization by pre-65 members for the post-65 members. The post-65-member benefit cost is almost double the pre-65 members, but average contributions are only 20% higher than pre-65. Even among the Medicare-primary members, the costs are 69% higher but contributions are only 5% higher than pre-65. While higher costs are expected for older members, the impact is exacerbated because the older employees are electing the richer benefit options at a higher rate. Over 70% of Medicare-primary employees and 56% of DHP-primary employees have selected one of the two highest-cost plans. In contrast, only 40% of pre-65 employees have selected these plans. ***This analysis reinforces our recommendation that the Task Force consider making changes to the PPO 100 and PPO 90 plans.***

<sup>1</sup> The loss ratio is claims divided by premiums and does not include administrative expenses.

<sup>2</sup> Based on modeling the plan changes in the L&E Group Medical Manual.

<sup>3</sup> 2-Tier: Employee/Family; 3-Tier: Employee/Employee+1/Family; 4-Tier: Employee/Employee+Spouse/Employee+Childr(ren)/Family

- **Mandatory Coverage Opt-Out:** We caution the Task Force against allowing employer groups to opt out of the DHP. Currently, 80% of the membership originates from Mandatory groups, and removing the mandate could drive a significant portion of the healthier groups away towards lower-cost solutions. This could cause the future experience to deteriorate exponentially. ***We recommend making some of the other adjustments discussed above in order to bring down the cost for the mandatory groups.***

## SCOPE OF SERVICES

The Church Pension Group and the Domestic and Foreign Missionary Society of the Episcopal Church have engaged Lewis & Ellis, Inc., to perform an actuarial analysis of the Denominational Health Plan.

The 80<sup>th</sup> General Convention of The Episcopal Church created a task force to advise the Church on the DHP, with emphasis on the cost of benefits. The Task Force was asked to *“Review the structure and offerings of the Denominational Health Plan with special attention to the cost of premiums and to report back to the 81<sup>st</sup> Convention a list of options to reduce health insurance costs across the church, including an examination of the impact of individual faith communities opting out of the Denominational Health Plan, with a full explanation of the reasoning for and costs and benefits of each option.”*

More specifically, we were asked to:

- Review the current state of the DHP and make recommendations for improvements, most notably, that will reduce overall costs, while providing meaningful levels of benefits and cost sharing for clergy and lay employees participating in the DHP.
- Evaluate the distribution of risk and cross-diocese subsidy.
- Assess the impact of groups beyond those under a mandate for coverage through the DHP.
- Evaluate appropriate levels of reserves and surplus held by the DHP.

## BACKGROUND

The Episcopal Church Medical Trust (“Medical Trust”) is an employee healthcare benefits organization and an affiliate of The Church Pension Fund (“CPF”). The Medical Trust sponsors health plans that have served The Episcopal Church since 1978.

The Medical Trust administers the Denominational Health Plan, established in 2009 by the 76th General Convention’s passage of Resolution A177 and reaffirmed in 2012 by Resolution B026 passed by the 77th General Convention. The resolutions requested that the Medical Trust administer a national healthcare plan and provide an annual status report.

These resolutions:

- Established the DHP for all domestic dioceses, parishes, missions, and other ecclesiastical organizations or bodies subject to the authority of the Church,
- Covered clergy and lay employees who are scheduled to work a minimum of 1,500 hours annually,
- Required dioceses to ensure parity in cost sharing between clergy and lay employees, and
- Requested that the Medical Trust continue to reduce the disparity of health care premiums among dioceses.



In addition, Resolution 2018-C023 requested that the Medical Trust strive to make available at least two national health insurance carriers in each diocese.

The DHP has two categories of employer groups.

- **Mandatory:** Institutions under the authority of the Episcopal Church are required to provide and subsidize coverage for clergy and lay employees working at least 1,500 hours per year. Employees working between 1,000 and 1,500 hours are eligible for benefits, but employer subsidization is not required.
- **Voluntary:** Employees of institutions affiliated with the Episcopal Church which are normally scheduled to work at least 1,000 compensated hours per year are eligible.

The mandatory groups make up 103 of the employers participating in the Medical Trust and approximately 78% of the enrolled employees and 80% of the members.

## DATA RELIANCE

CPG staff provided the data upon which we relied, including the enrollment, contribution rates, claims data and other information. We have reviewed the data for reasonableness but have not audited it. To the extent that there are material inaccuracies in the data, our results may be accordingly affected.

## LIMITATIONS

The analysis included in this report involves the Episcopal Church's Denominational Health Plan. Our services were provided on behalf of the Church Pension Group and the Domestic and Foreign Missionary Society of the Episcopal Church. The information included in this report is for the use of the General Convention's Task Force in their review of the benefits, pricing, and recommendations to report back to the General Convention. These communications should not be relied upon for any other purpose.

The date through which data or other information has been considered in developing the findings included in this report is July 31, 2023. We are not aware of any subsequent events that may have a material effect on the actuarial findings.

We understand that this report will be provided to the General Convention which may result in it becoming publicly available. However, the report may only be distributed to other parties in its entirety. In addition, any third party with access to this report acknowledges, as a condition of receipt, that L&E does not make any representations or warranty as to the accuracy or completeness of the material. Any third party with access to these materials cannot bring suit, claim, or action against L&E, under any theory of law, related in any way to this material.

CPG and the Domestic and Foreign Missionary Society of the Episcopal Church agreed to pay Lewis & Ellis, Inc., a fee for preparing this report. Other than regarding that contract, we are financially and organizationally independent from the Episcopal Church and any entity or individual related to the Church. There is nothing in our relationship with the Church that would impair or seem to impair the objectivity of our work.

There are no assumptions or method prescribed by law with respect to the scope of this report. The actuary does not disclaim responsibility for any material assumption(s) or method(s).

# SECTION I

## PLAN BENEFIT DESIGN

## OVERVIEW OF CURRENT PLANS

The scope of our analysis only includes the self-funded benefits for active employees. It does not include fully insured plans or plans for retirees.

### Summary of Benefits

The DHP currently offers four PPO and three high deductible plans through Anthem and Cigna. There are three regional Kaiser plans. The following table provides a brief summary of the medical benefits by plan. More details are included in Appendix A for reference.

Plan	In-Network Deductible <sup>4</sup>	Out-of-Pocket Maximum <sup>5</sup>	Coinsurance	PCP / Specialty Visit
Anthem/Cigna PPO 100	\$0 / \$0	\$2,000 / \$4,000	0%	\$30 / \$45
Anthem/Cigna PPO 90	\$500 / \$1,000	\$2,500 / \$5,000	10%	\$30 / \$45
Anthem/Cigna PPO 80	\$1,000 / \$2,000	\$3,500 / \$7,000	20%	\$30 / \$45
Anthem/Cigna PPO 70	\$3,500 / \$7,000	\$5,000 / \$10,000	30%	\$30 / \$45
Anthem/Cigna CDHP-15/HSA	\$1,600 / \$3,200	\$2,400 / \$4,800	15%	15%
Anthem/Cigna CDHP-20/HSA	\$3,000 / \$5,450	\$4,200 / \$8,450	20%	20%
Anthem/Cigna CDHP-40/HSA	\$3,500 / \$7,000	\$6,000 / \$12,000	40%	40%
Kaiser EPO High	\$0 / \$0	\$1,750 / \$3,500	0%	\$25
Kaiser EPO 80	\$500 / \$1,000	\$3,400 / \$7,000	20%	\$25
Kaiser CDP-20/HSA	\$3,000 / \$5,450	\$4,200 / \$8,450	20%	20%

The prescription drug benefits are summarized below. For each of the Anthem/Cigna PPO plans, there is a choice between Standard and Premium drug coverage.

Prescription Drugs	Generic	Preferred Brand	Non-Preferred Brand	Specialty
Anthem/Cigna Standard PPO	\$10 Copay	25% up to \$40	40% up to \$80	40% up to \$100
Anthem/Cigna Premium PPO	\$5 Copay	\$35 Copay	\$70 Copay	\$90 Copay
Anthem/Cigna CDHP	Coinsurance	Coinsurance	Coinsurance	Coinsurance
Kaiser EPO	\$5 Copay	\$30 Copay	\$70 Copay	\$90 Copay
Kaiser CDHP	Coinsurance	Coinsurance	Coinsurance	Coinsurance

<sup>4</sup> Individual/Family

<sup>5</sup> Individual/Family

**Benefit Selection**

The DHP was initially structured and continues to allow each diocese to determine which plans will be offered to parishes within the diocese. A few dioceses have allowed their larger parishes to select their own benefit options. Administratively, they are set up as separate “groups” within the plan.

**Employee Contributions**

Each diocese determines the employee contributions for each plan option. The DHP does not have a minimum level; the only requirement is parity between clergy and lay employees. Most dioceses allow individual parishes the latitude to set their own level to meet their financial needs.

CPG does not have the authority to make any requirements about the employee contribution strategy and/or level. However, there are discussions between CPG and the diocesan and large parish administrators to help inform their employer-subsidy decision making.

CPG does not have access to the actual employee contributions, but their research indicates that there is an even mix across dioceses using percentage-based employee contribution strategies and diocese using a core plus buy-up/buy-down employee contribution strategy<sup>6</sup>.

**CURRENT MARKETPLACE OFFERING**

For a comparison to the current marketplace, we considered two primary sources: the Employer Health Benefits 2023 Annual Survey published by Kaiser Family Foundation (“KFF Survey”)<sup>7</sup> and publicly available information for health plan options offered by other religious organizations. The KFF Survey provides a current snapshot of employer-sponsored health benefits based on its annual survey of private and non-federal public employers with three or more workers.

The following sections provide summaries based on our research. In addition, we have provided comparisons to current DHP offerings when applicable.

**Plan Type**

The KFF Survey provides a high-level summary of the distribution of plan types offered by employers as well as the distribution of employers that offer varying types of plans. See the summary tables below.

Plan Type <sup>8</sup>	Distribution
HMO	13%
PPO	47%
POS	10%
HDHP	29%
Indemnity	1%

<sup>6</sup> Core plus buy-up/buy down: The diocese selects a core plan for which the employer subsidy amount is set. The employee has the option to buy-up to a higher-cost plan or buy-down to a lower-cost plan at the employee’s own cost.

<sup>7</sup> <https://files.kff.org/attachment/Employer-Health-Benefits-Survey-2023-Annual-Survey.pdf>.

<sup>8</sup> HMO: Health Maintenance Organization; PPO: Preferred Provider Organization; POS: Point-of-Service plan; HDHP: High Deductible Health Plan; Indemnity: No provider networks and same cost sharing for all services.

As is the case with the DHP, the majority of those considered in the study are enrolled in either a PPO or HDHP plan.

Number of Plan Types	Distribution
1	77%
2	18%
3+	5%

While more than three-quarters of the total employers only offer a single plan type, over half of the large employers (200 or more workers) offer more than one plan type. The DHP is competitive from this standpoint, typically offering at least two plan types to each group.

**Employee Cost Sharing (Medical)**

**DEDUCTIBLES**

Based on the KFF Survey, 10% of employees are enrolled in a plan with no deductible. The DHP plans have 24% of employees with no deductible.

For employees with a deductible, the average deductible for employee only coverage<sup>9</sup> is \$1,281 and \$2,611 for PPO and HDHP plans, respectively. The average DHP deductible for employees with a deductible is \$951 for PPO and \$2,763 for HDHP plans.

The DHP’s offerings are in line with these industry results; however, the up-take in low deductible plans is greater for the DHP vs. the industry. Additionally, the distribution by plan type and deductible amount is provided in the following table.

Deductibles	HMO	PPO	POS	HDHP	All Plans	DHP Plans
\$0 <sup>10</sup>	N/A	N/A	N/A	0%	10%	24%
\$1 - \$499	16%	15%	11%	0%	7%	0%
\$500 - \$999	30%	32%	15%	0%	18%	26%
\$1,000 - \$1,999	35%	33%	41%	36%	37%	26%
\$2,000 - \$2,999	12%	9%	14%	32%	14%	0%
\$3,000 or More	7%	10%	19%	33%	14%	24%

**OUT-OF-POCKET MAXIMUM**

The out-of-pocket maximum is the amount that an enrollee must pay before all additional costs are covered by the health plan. The average employee-only out-of-pocket maximum is \$4,346, and the distribution by plan type is provided in the following table. For the DHP plan, the average out-of-pocket maximum is \$3,072.

<sup>9</sup> In this section of the report, our focus is on the employee deductible/out-of-pocket maximum, but family deductibles/out-of-pocket maximums are typically 2- to 3-times the employee amount.

<sup>10</sup> The KFF Study only disclosed the percentage of all plans with zero deductible and did not distinguish between plan types.

Out-of-Pocket Max	HMO	PPO	POS	HDHP	All Plans	DHP Plans
\$2,000 or Less	28%	15%	15%	1%	13%	24%
\$2,001 - \$3,000	20%	22%	14%	13%	19%	25%
\$3,001 - \$4,000	11%	24%	14%	34%	24%	25%
\$4,001 - \$5,000	18%	10%	13%	22%	14%	24%
\$5,001 - \$6,000	6%	8%	7%	11%	8%	1%
\$6,000 or More	18%	22%	38%	19%	21%	0%

The DHP offerings do not exceed \$6,000, but they provide covered groups with competitive options that allow enrollees to balance benefit richness vs. cost. In addition, as evidenced in the table above, employees are taking advantage of these offerings by enrolling in richer plans compared to the industry.

**PHYSICIAN OFFICE VISITS**

Regarding primary care and specialist visits, the KFF Survey discloses the average copay and coinsurance amounts for each service are as follows. Approximately 70% of these visits have a copay structure while 20% require a coinsurance payment. The DHP copay/coinsurance amounts for these services are very consistent with these averages.

Visit Type	Copay	Coinsurance	DHP Copay	DHP Coinsurance
Primary Care	\$26	19%	\$30	20%
Specialist	\$44	20%	\$45	20%

**Employee Cost Sharing (Prescription Drugs)**

More than 80% of prescription drug plans offered by employers have three or more tiers per the KFF Survey. Regarding these plans, the following table provides the average cost sharing to enrollees depending on whether the plan applies copays or a coinsurance structure. The first four tiers exclude specialty drugs completely.

Rx Tier	Copay	Coinsurance	DHP Copay <sup>11</sup>	DHP Coinsurance
First Tier (Generics)	\$11	20%	\$9	20%
Second Tier (Preferred)	\$36	26%	\$38	20%
Third Tier (Non-Preferred)	\$66	38%	\$77	20%
Fourth Tier (Other)	\$125	28%	N/A	20%
Specialty	\$110	26%	\$97	20%

The distribution of employees by the cost-sharing structure and tier from the KFF Survey is as follows. In this case, "Other" represents some other cost sharing form or no cost sharing at all.

<sup>11</sup> The DHP's Standard Plan cost sharing for tiers other than generic is a percentage of the cost, up to a dollar amount. We assumed that cost sharing will be at the maximum for comparison purposes.

Rx Tier	Copay	Coinsurance	Other	DHP Copay	DHP Coinsurance
First Tier (Generics)	82%	13%	5%	73%	27%
Second Tier (Preferred)	73%	23%	4%	73%	27%
Third Tier (Non-Preferred)	69%	27%	4%	73%	27%
Fourth Tier (Other)	56%	41%	3%	73%	27%
Specialty	42%	50%	8%	73%	27%

The various DHP offerings for prescription drug coverage are competitive with the results of the KFF Survey.

**Health Promotion & Wellness Programs**

Health promotion and wellness programs are designed to be utilized by enrollees to better their overall health and manage/prevent disease. While there is initial investment, with enough participation and successful implementation, these types of programs can benefit not only the enrollees but provide cost savings to the plan by limiting and preventing further healthcare needs. It is our understanding that the DHP does not currently implement these programs apart from what may be included in case management, maternity, and autism solutions through the different carriers.

The KFF Survey summarizes the percentage of employers participating in various health promotion and wellness programs. The following table provides this detail bifurcated by size of employer (i.e., large firm employees 200 or more workers).

Description	Small Firms	Large Firms	All Firms
Health Risk Assessment	36%	54%	36%
Biometric Screenings	15%	42%	16%
Health & Wellness Promotion Programs <sup>12</sup>	62%	80%	63%
Disease Management Programs	36%	64%	37%

In addition, 59% of large firms that employ Health Risk Assessments use incentives/penalties to ensure assessment completion whereas 67% of such large firms take a similar approach when implementing Biometric Screenings. Of those performing biometric screenings, 20% also institute incentives/penalties based on whether enrollees meet specified biometric outcomes (e.g., maintaining cholesterol levels, body weight, etc.).

**HSA Employer Contributions**

Based on the KFF Survey, approximately 40% of employers do not contribute to their employees’ HSA accounts. However, for those contributing employers, the average annual contribution for employee-only and family coverage is \$791 and \$1,471, respectively.

There is not a requirement for employers to contribute to their employees’ qualified HSA accounts and CPG does not have any information regarding any employer contributions.

<sup>12</sup> These programs include smoking cessation, weight management and behavioral or lifestyle coaching.

**Premiums and Employee Contributions**

**PREMIUMS**

The following tables compare the average annual premiums by region for single vs. family<sup>13</sup> coverage from the KFF Survey and the DHP offerings for employees in-force as of July 2023. The premiums are shown on a per employee basis.

Region <sup>14</sup>	KFF Survey		DHP Plans	
	Single	Family	Single	Family
Northeast	\$9,167	\$26,146	\$11,630	\$28,575
Midwest	\$8,353	\$23,861	\$11,709	\$26,660
South	\$8,050	\$23,330	\$11,007	\$25,224
West	\$8,474	\$22,896	\$11,314	\$25,375
All Regions	\$8,435	\$23,968	\$11,328	\$26,886

As seen above, the Northeast is among the highest premium regions for both the KFF Survey and the DHP plans. However, the relationships among the regions are not as consistent when comparing the KFF Survey and the DHP average contributions. This is partially due to inconsistencies in how states are assigned to the KFF Survey regions vs. the Provinces of the DHP.

Overall, this summary indicates that DHP contribution rates are significantly higher than average employer-based coverage (i.e., 34% greater for employee-only coverage). A reasonable explanation for this is likely the concentration of the DHP membership in very rich benefit plans (e.g., approximately 70% of the DHP membership is enrolled in plans with a deductible of \$1,000 or less with more than 24% enrolled in a \$0 deductible plan) compared with the KFF Survey. In addition, the average age of the DHP employees is higher than the nationwide average.

**EMPLOYEE CONTRIBUTIONS**

In terms of employee contributions, the KFF Survey reports that employees contribute 17% and 29%, on average, towards single and family coverage premiums, respectively. The following table shows the average employee and employer contributions by plan type.

Plan Type	Employee		Employer	
	Single	Family	Single	Family
HMO	\$1,420	\$7,158	\$6,783	\$16,600
PPO	\$1,507	\$7,108	\$7,399	\$18,120
POS	\$1,456	\$6,938	\$6,940	\$15,917
HDHP	\$1,193	\$5,302	\$6,561	\$17,041
All Plans	\$1,401	\$7,034	\$7,034	\$17,393

CPG does not have enough data to provide a comparison to the DHP contributions.

<sup>13</sup> In this case, family coverage refers to all tiers excluding employee-only (e.g., EE+SP, EE+CH(N), EE+FAM).

<sup>14</sup> Province assignments by region are as follows: Northeast – Province I, II, III; Midwest – Province V; South – Province IV, VII; West – Province VI, VIII. There are a small portion of DHP policies that were excluded here due to not having an associated Province (Episcopal Services Corps and the Episcopal Camp and Conference Centers groups).



**Religious Organizations - Benefit Plan Comparison**

We have performed expansive research in order to provide a summary of benefit plan offerings currently being made by other religious organizations to their employer groups. We accumulated data on ten organizations, including:

- Baptist Health
- Concordia Plan
- Evangelical Covenant Church
- Evangelical Lutheran Church of America (Portico)
- Evangelical Presbyterian Church
- GuideStone
- Pension Boards of United Church of Christ
- Reta Smaller Trustor (Catholic)
- The Reformed Church in America
- United Methodist Church (Wespath)

From this information, we summarized deductibles, out-of-pocket maximums, primary care/specialty office visits, prescription drug cost sharing by tier, administrator/carrier, plan types (e.g., PPO, HDHP, etc.) offered and number of plans offered. The summary table is included in Appendix B.

We also included benefit option specific information for the highest-cost and lowest-cost plans for five of the organizations compared to the highest/lowest Anthem/Cigna DHP plan in Appendix C.

As can be seen in the appendices, with the exception of the PPO 100 plan, the DHP plan offerings are within the ranges for these key plan characteristics for the various organizations as was similarly discussed when comparing to the KFF Survey. Eight out of the ten organizations offer more than one plan type (e.g., POS, PPO, HDHP, EPO). Moreover, while eight out of the ten organizations offer between three and six plans, Concordia Plans offers 15 plans and GuideStone offers 41 plans. The increase in these plan offerings is partially driven by geography and very minor differences within multiple plan options as well as the size of the plans.

We note that there are only two organizations that offer a plan with no deductible. They both have at least 10% coinsurance and larger out-of-pocket maximums than the DHP's no deductible plan (PPO 100).

## SECTION II

# BENEFIT PRICING AND PRICING STRUCTURE

## PRICING OVERVIEW

One of the primary concepts with insurance is sharing risk. Everyone pays into the plan with the goal of being able to pay medical expenses – at some points, certain members have higher claims than others, so the expense balances out. An individual may have a year where they pay more in premiums than they receive in benefits, but in other years, that person may have medical costs that exceed the premiums they pay. As an example, there is generally, but not always, subsidization of the costs by younger employees for the benefit of older employees.

As health insurance has evolved, different risk classifications have been considered so that there is more equity, and the healthier groups of employees are paying an amount that is closer to their risk.

When employers offer multiple benefit options and employees have the choice of which option to select, they will generally select the plan that is most advantageous. If an individual typically has high medical costs, they will usually select the plan with the most generous benefits. However, there are ways to attempt to steer employees based on, for example, the contribution amount required by the employee.

One other important consideration in plan design – when a member does not have to pay for medical services, their utilization will be higher. While some medical costs are unexpected and out of the control of the members, there are others that are elective and discretionary. Utilization tends to increase with benefit options that have very little cost sharing or once the member reaches the out-of-pocket maximum.

In the group health insurance industry, common rating characteristics include age, gender, health status (e.g., risk adjustment), rating tiers, geographic factors, industry factors, and group size.

Other pricing factors may include:

- participation levels, meaning the percentage of eligible employees who elect coverage, and
- the level of the employee's contribution to the premiums.

Within a group, there can be subsidization that is intentional or unintentional. For example, the General Convention's request to reduce disparities in health care contributions among dioceses is intended subsidization. Unintentional subsidization could be the higher-cost individuals selecting benefit options with richer benefits, causing the contributions for all benefit options to increase.

## DHP RATE-SETTING PROCESS

There is a two-step process in developing rates for the year. As a Voluntary Employees' Beneficiary Association ("VEBA"), all contributions collected from participating groups go directly to paying claims, to cover annual expenses and vendor fees, and to maintain adequate reserves and capital position to meet the financial commitments.

CPG's first step is to determine the total annual contributions required to pay projected claims and expenses for the plan year. The most recent 24 months of claims experience are pooled for the combined DHP and voluntary groups, adjusting for known and expected changes, adjusting for large claims and stop-loss reinsurance, and reviewing the current and forecasted capital position. Additionally, experience is analyzed and monitored separately for the DHP and voluntary populations to maintain each pool as self-supporting.

The second step of the rate-setting process is to distribute the total annual required contributions across the participating groups. Generally, the overall percentage increase is applied to all participating groups with certain adjustments made to maintain the DHP objective of reducing cost disparities, considering the demographic profile of each group, local healthcare costs, and group experience to the degree it is credible.

## OVERVIEW OF ANALYSIS

We reviewed the DHP's benefits, looking at several different segments of employees and from several different perspectives. Within each segment, we compared the claims and carrier fees to the contributions, which is the loss ratio. This measures the extent to which the contributions are adequate to cover the claims and ASO-specific fees independent of the other categories. There are other administrative costs associated with the DHP, which increase the loss ratios by approximately 4%-5%.

Second, we analyzed the relative value of the average contributions to the relative value of the claims for each component of the segment to highlight areas where subsidization is occurring between each segment component.

We reviewed the following segments.

- Carrier – Anthem, Cigna, Kaiser
- Benefit Option
- Coverage Tier
- Region
- Mandatory and Voluntary
- Clergy and Lay
- Pre-65 and Post-65 Employees

We used claims incurred from May 1, 2022 to April 30, 2023, with claim runout through July 31, 2023. We defined this timeframe as our Experience Period. Since we used three months of runout, we did not make any adjustments for claims incurred but unpaid as of April 30, 2023. In addition, current membership counts are based on in-force data as of July 2023.

To provide a complete picture of the costs, we added the administrative fees associated with each carrier and plan type (e.g., PPO, EPO, CDHP) from the Profit & Loss statement ("P&L") provided by CPG. The fees included stop-loss premiums, vendor administrative fees, health advocate, EAP, and vision. The fees were offset by stop-loss recoveries and pharmacy rebates received. In our report, we refer to these expenses and offsets collectively as "ASO Fees." In some situations, the pharmacy rebates exceed the other administrative fees. We note that the fees do not include General & Administrative ("G&A") expenses as reported in the P&L.

Under normal circumstances, we would apply trend factors to the claims to bring them to the current date. However, since the review was primarily limited to claims and contributions over the same period of time, we did not feel it necessary.

**Impact of Benefit Levels on Health Status**

With benefit changes, there may be concerns about the impact on health status. There is more available research on the impact of increased cost-sharing on health care utilization than there is on health outcomes. However, there are several factors related to cost-sharing that influence both utilization and health outcomes, including income level and existence of chronic disease in the population.

It is well-established from research that lower cost-sharing increases utilization, especially with middle- to high-income individuals. In addition, there is an increase in utilization of more high-cost but low-value procedures.

In general, individuals with lower income and more chronic disease are more significantly impacted by increased cost-sharing.

One area that has received significant attention, especially with the passage of the Affordable Care Act (“ACA”), is value-based insurance design (“VBID”) which is discussed further in Section III. Limited or no cost-sharing for preventive care is an example, which is designed to promote more efficient spending by catching problems early.

As the Task Force considers changes, it will be important to consider the impact on health outcomes through thoughtful benefit changes.

**REVIEW OF CARRIERS**

**Overview**

The DHP provides health benefits through three main carriers – Anthem BlueCross Blue Shield, Cigna Healthcare, and Kaiser Permanente.

Anthem and Cigna provide nationwide coverage. The DHP provides the same benefit options through both carriers. Anthem has better network coverage and/or network discounts in some areas and Cigna is better in other areas. However, the DHP offers both carriers.

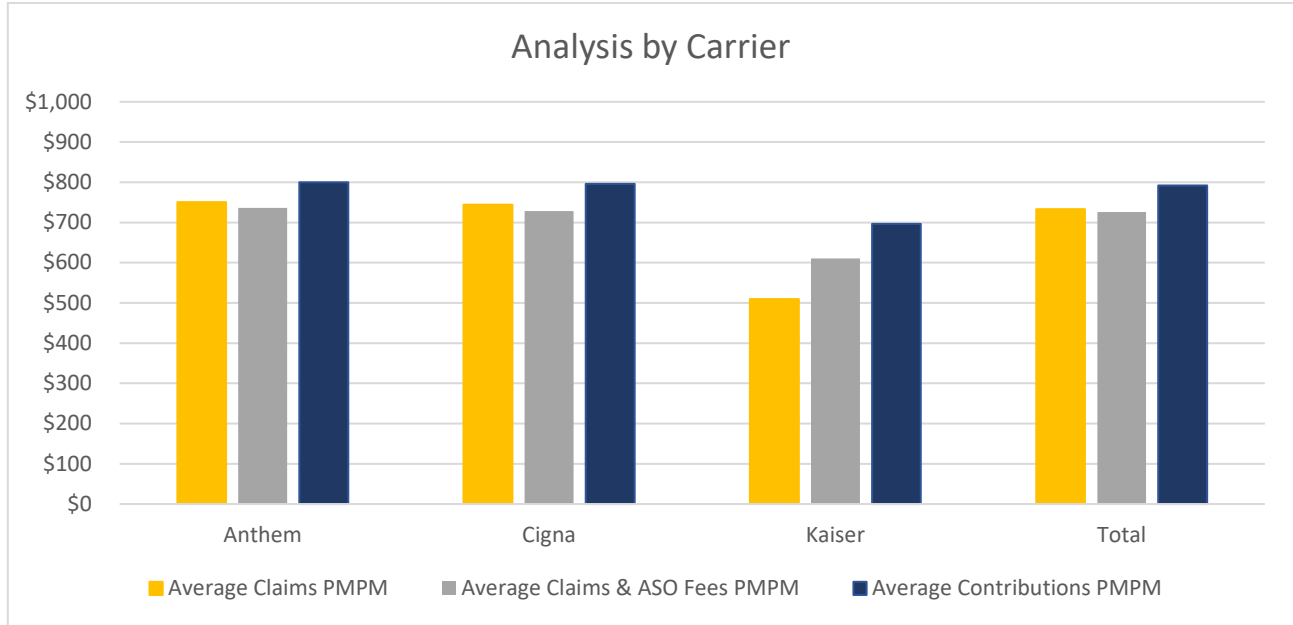
Kaiser has a different business model with tighter controls and a more limited network. Kaiser’s plans are only available in California, Colorado, the District of Columbia, Georgia, Maryland, Oregon, Virginia, and Washington.

**Analysis of Carriers**

The following table includes the current employee count and percentage in each plan. It also includes the loss ratios over the experience period. We have included the loss ratios two ways – (1) only including the claims and (2) claims and ASO fees – because Kaiser has significantly higher administrative costs.

	Anthem	Cigna	Kaiser	Total
Current Employee Count	9,826	1,610	985	12,421
Employee Distribution	79%	13%	8%	100%
<b>Claim Loss Ratio</b>	<b>96%</b>	<b>96%</b>	<b>74%</b>	<b>95%</b>
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>94%</b>	<b>94%</b>	<b>89%</b>	<b>94%</b>

The chart below shows the average claims, the average claims and ASO fees, with a comparison to the average contributions on a per member per month basis. Because of the pharmacy rebates, the Anthem and Cigna costs are lower with the ASO fees included.



Using Anthem as the base, we compared the relative value of the average contribution rates and the relative value of the claims. We could have used any of the three carriers as the base, but we chose Anthem since it has most of the DHP enrollment.

The average Cigna contributions are 99% of Anthem and the benefits are 99% of Anthem, which is consistent and indicates no subsidization. However, Kaiser’s average contributions are 87% of Anthem’s but claims and ASO fees are 83%. This indicates that the Anthem and Cigna benefits are subsidized by Kaiser.

With no change in the overall contribution levels, Anthem rates would need to increase 0.4%, Cigna’s rates would need to decrease 0.1%, and Kaiser’s rates would need to decrease by 4.3% to remove the subsidies occurring within the rates.

	Anthem	Cigna	Kaiser
Contribution Relative Value	1.00	0.99	0.87
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	0.99	0.83
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>0.4%</b>	<b>-0.1%</b>	<b>-4.3%</b>

*For each of the segments reviewed, we are not recommending significant rate changes, but they illustrate the extent of subsidization that is occurring.*

## REVIEW OF CURRENT BENEFIT OPTIONS

### Overview

There are four PPO plans and three high-deductible (“CDHP”) plans offered by Anthem and Cigna. For the regions where Kaiser is offered, there are two Exclusive Provider Organization (“EPO”) plans and one CDHP plan.

### Analysis of Benefit Options

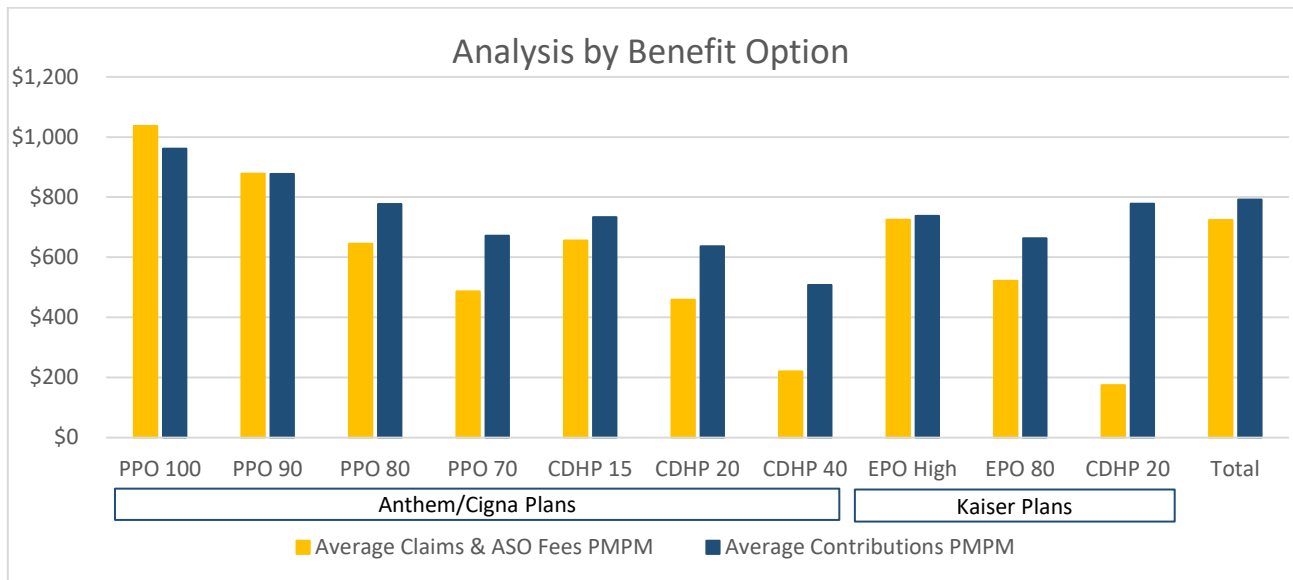
The current member counts, percentage of the members, and loss ratios for each plan option are included in the following table.

	Anthem/Cigna PPO				Anthem/Cigna CDHP			Kaiser Plans		
	PPO 100	PPO 90	PPO 80	PPO 70	CDHP 15	CDHP 20	CDHP 40	EPO High	EPO 80	CDHP 20
Current Employee Count	2,577	2,662	2,670	512	575	2,262	178	461	515	9
Employee Distribution	21%	21%	21%	4%	5%	18%	1%	4%	4%	0%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>111%</b>	<b>102%</b>	<b>86%</b>	<b>74%</b>	<b>92%</b>	<b>74%</b>	<b>44%</b>	<b>99%</b>	<b>80%</b>	<b>23%</b>

The loss ratios are highest in the richest plans – the PPO 100 and PPO 90. There are some plans with low enrollment, so the loss ratios and analysis are not as reliable. For example, while the loss ratio for the Kaiser CDHP 20 plan is only 23%, there are only 9 employees in the plan.

*The PPO 100 and PPO 90 plans account for 42% of the current employee enrollment. The loss ratios for both plans exceed 100%, meaning the premiums are not adequate for the benefits provided even before accounting for G&A expenses.*

The following chart shows the average claims and contributions per member per month for each plan and highlights the richness of the PPO 100 and PPO 90 plans.



For each benefit option, the table below shows the relative value of the benefits and contributions by plan. In addition, we have included our estimate of the expected relative value of the claims, based on the DHP’s relative values, adjusted for L&E’s estimates of demographic differences between the plans.

Finally, we calculated the rate adjustments that would be necessary to bring the premiums in line with the claims assuming no change to the overall aggregate premium income.

	Anthem/Cigna PPO				Anthem/Cigna CDHP			Kaiser Plans		
	PPO 100	PPO 90	PPO 80	PPO 70	CDHP 40	CDHP 20	CDHP 15	EPO High	EPO 80	CDHP 20
Contribution Relative Value	1.00	0.91	0.81	0.70	0.76	0.66	0.53	0.77	0.69	0.81
Claim & ASO Fee Relative Value	1.00	0.85	0.62	0.47	0.63	0.44	0.21	0.70	0.50	0.17
Expected Claim Relative Value <sup>15</sup>	1.00	0.92	0.75	0.60	0.59	0.61	0.50	1.07	0.83	0.71
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>18.2%</b>	<b>9.6%</b>	<b>-9.1%</b>	<b>-20.7%</b>	<b>-2.0%</b>	<b>-21.0%</b>	<b>-52.5%</b>	<b>7.7%</b>	<b>-13.9%</b>	<b>-75.5%</b>

Using the Anthem/Cigna CHDP 20 plan as an example, the current average contributions are 66% of the Anthem PPO 100. We would expect claims to be 61% of the PPO 100 plan, but over the experience period, they were only 44% of the PPO plan.

**Cost-Impact of Removing the PPO 100 Plan**

We estimated the cost impact of removing the PPO 100 Plan. We assumed that all current members would migrate from the PPO 100 Plan to the PPO 90 Plan. In order to measure the impact, we adjusted the claims for the current PPO 100 Plan members to be equivalent to the PPO 90 Plan claims on a per capita basis while adjusting for age/gender/area differences. In addition, we revised the contributions based on the nationwide relative values provided by Aon. We estimate savings of approximately \$6 million, or a 4% reduction to the Claim & ASO Fee Loss Ratio.

**Cost-Impact of Removing the PPO 100 and PPO 90 Plans**

Using the same methodology described above, but assuming all current members in the PPO 100 and PPO 10 Plans will move to the PPO 80 plan. We estimate that savings could be as high as \$18 million or a 9.5% reduction in the loss ratio.

REVIEW OF COVERAGE TIERS

**Overview**

Each employer groups can choose to offer 2-tier, 3-tier, or 4-tier contribution rates.

- Two Tier: Employee Only, Family
- Three Tier: Employee Only, Employee+1, Family
- Four Tier: Employee Only, Employee & Spouse, Employee & Child(ren), Family

<sup>15</sup> Based on DHP’s 2023 Relative Values with utilization adjustments. Relative values are adjusted to account for area and demographics of the members in each plan option using L&E’s area factors and age/gender factors.

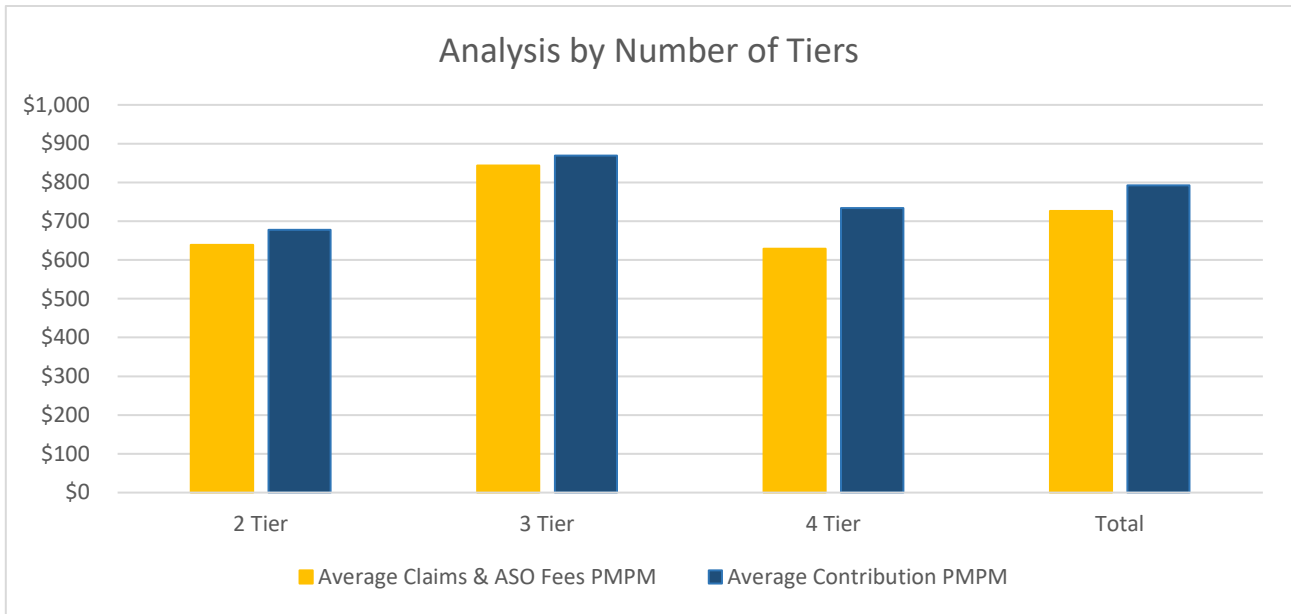


**Analysis by Number of Tiers**

Most employers have chosen 3- or 4-tier rates. We note that the loss ratios are highest for the 3-tier employers.

	2 Tier	3 Tier	4 Tier	Total
Current Employee Count	456	5,523	6,442	12,421
Employee Distribution	4%	44%	52%	100%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>96%</b>	<b>100%</b>	<b>88%</b>	<b>94%</b>

The average claims per member per month are highest for 3-tier groups.



As the table below shows, there is some subsidization in the contribution rates by the 4-tier rate groups.

	2 Tier	3 Tier	4 Tier
Contribution Relative Value	1.00	1.28	1.08
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	1.32	0.98
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>2.9%</b>	<b>5.9%</b>	<b>-6.5%</b>

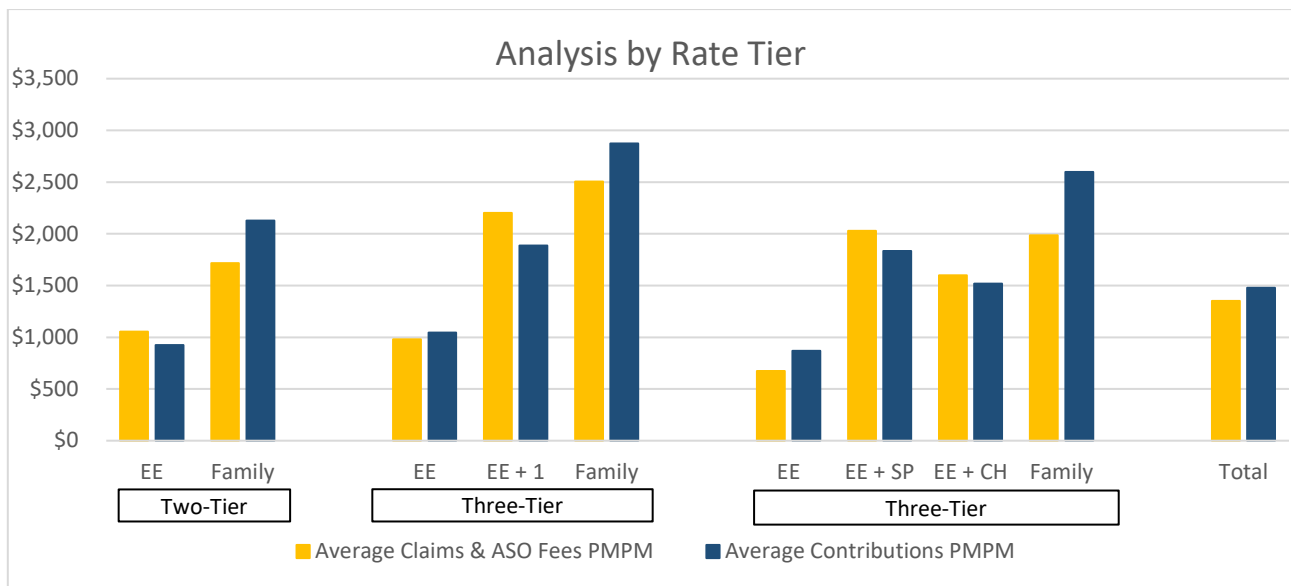
**Analysis by Coverage Tier**

We also reviewed the individual tiers within the 2-tier, 3-tier, and 4-tier groupings. For this analysis we used a per employee per month basis, as opposed to a per member per month basis. For the two-tier groups, the employee-only loss ratio is the highest. For the three-tier and four-tier groups, the EE + 1 and the EE + SP/EE + CH rate tiers have the highest loss ratios.

Two-Tier Groups		
	EE	Family
Current Subscriber Count	257	199
Subscriber Distribution	2%	2%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>117%</b>	<b>83%</b>

Three-Tier Groups			
	EE	EE + 1	Family
Current Subscriber Count	3,073	1,172	1,278
Subscriber Distribution	25%	9%	10%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>97%</b>	<b>120%</b>	<b>90%</b>

Four-Tier Groups				
	EE	EE + SP	EE + CH	Family
Current Subscriber Count	3,962	704	667	1,109
Subscriber Distribution	32%	6%	5%	9%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>80%</b>	<b>113%</b>	<b>108%</b>	<b>78%</b>



For each tier, we reviewed the subsidization *within* the tier grouping since the prior section looked at the subsidization *between* the tier groupings.

Two-Tier Groups		
	EE	Family
Contribution Relative Value	1.00	2.30
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	1.63
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>23.0%</b>	<b>-12.9%</b>

Three-Tier Groups			
	EE	EE + 1	Family
Contribution Relative Value	1.00	1.81	2.75
Claim Relative Value	1.00	2.25	2.56
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>-3.0%</b>	<b>20.8%</b>	<b>-9.9%</b>

Four-Tier Groups				
	EE	EE + SP	EE + CH	Family
Contribution Relative Value	1.00	2.11	1.75	2.99
Claim Relative Value	1.00	3.01	2.37	2.95
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>-9.1%</b>	<b>29.4%</b>	<b>23.2%</b>	<b>-10.5%</b>

## REVIEW OF REGIONS

### Overview

Medical costs can vary significantly by region. We summarized the employer groups by the following general regions, even though the costs can vary within each broad region.

- Northeast – Provinces I, II and III
- Midwest – Province V
- South – Provinces IV and VII
- West – Provinces VI and VIII
- Other – Episcopal Services Corps and the Episcopal Camp and Conference Centers

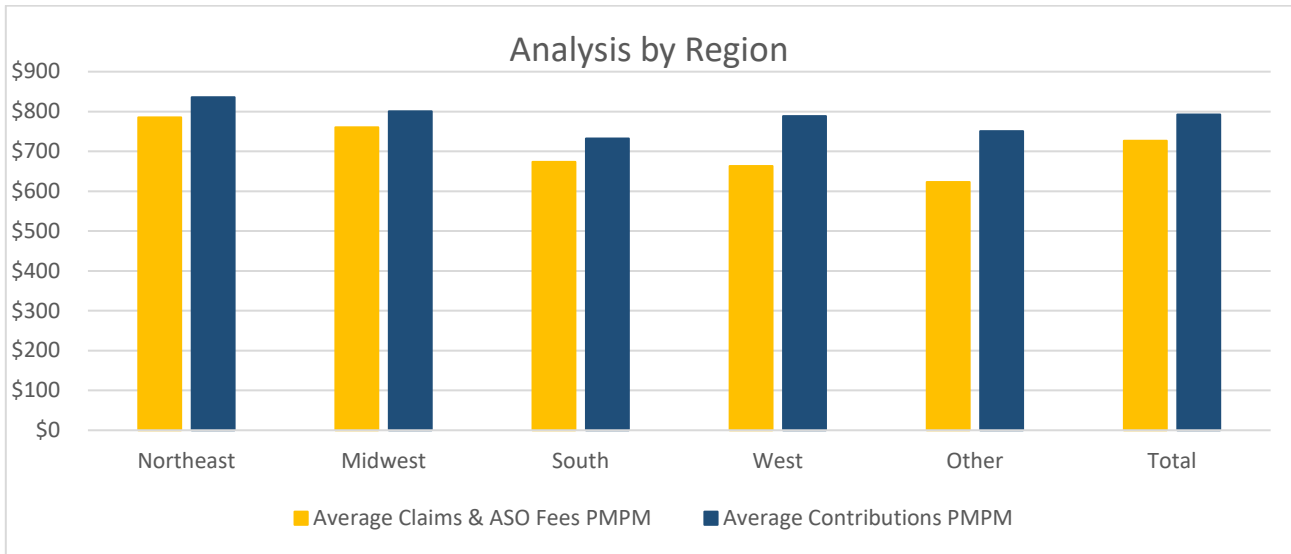
### Analysis by Region

The current employee counts, percentage of the employees, and loss ratios for each plan option are included in the following table.

The enrollment is concentrated in the northeast and the south. The loss ratios are lowest in the western part of the country, likely due to the Kaiser plans in that area.

	Northeast	Midwest	South	West	Other	Total
Current Employee Count	5,370	872	3,785	2,085	309	12,421
Employee Distribution	43%	7%	30%	17%	2%	100%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>	<b>94%</b>	<b>86%</b>	<b>88%</b>	<b>94%</b>

Costs are highest in the Northeast, followed by the Midwest and South.



As shown in the table below, the relative values of the contributions and claims are fairly well aligned in the Northeast, Midwest, and South. However, there is subsidization between those three regions and the West and Other regions.

	Northeast	Midwest	South	West	Other
Contribution Relative Value	1.00	0.96	0.88	0.94	0.90
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	0.97	0.86	0.84	0.79
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>2.5%</b>	<b>3.7%</b>	<b>0.4%</b>	<b>-8.2%</b>	<b>-9.5%</b>

## REVIEW OF VOLUNTARY VS. MANDATORY COVERAGE

### Overview

The Episcopal Church requires institutions under their authority to provide coverage through the DHP and subsidize coverage for clergy and lay employees working at least 1,500 hours per year. Employees working between 1,000 and 1,500 hours are eligible for benefits, but employer subsidization is not required.

Institutions affiliated with the Episcopal Church but not under the mandate can provide coverage through the DHP for employees normally scheduled to work at least 1,000 compensated hours per year.

Mandatory coverage has advantages.

- Provides quality medical coverage for the Episcopal Church’s clergy and lay employees.
- Ensures that the DHP has a large membership base, providing economies of scale for purchasing power and lower administrative fees.
- Helps spread the cost of individuals with higher medical needs over a larger risk pool with more individuals with lower medical needs.

There are some benefits to allowing groups to opt out of mandatory coverage.

- Individual dioceses or employer groups may be able to find health coverage outside of the DHP at a lower cost. This can be compounded by reducing the disparity of healthcare premiums among dioceses.
- Mandatory coverage may cause financial strain on employer groups that are struggling to pay the required contributions.

With the current contribution strategy, allowing mandatory groups to opt-out of the DHP coverage would likely cause some of the lower-cost groups to exit the plan. This could lead to an anti-selection spiral where healthier groups leave, increasing contribution rates for the remaining groups and perpetuating the spiral.

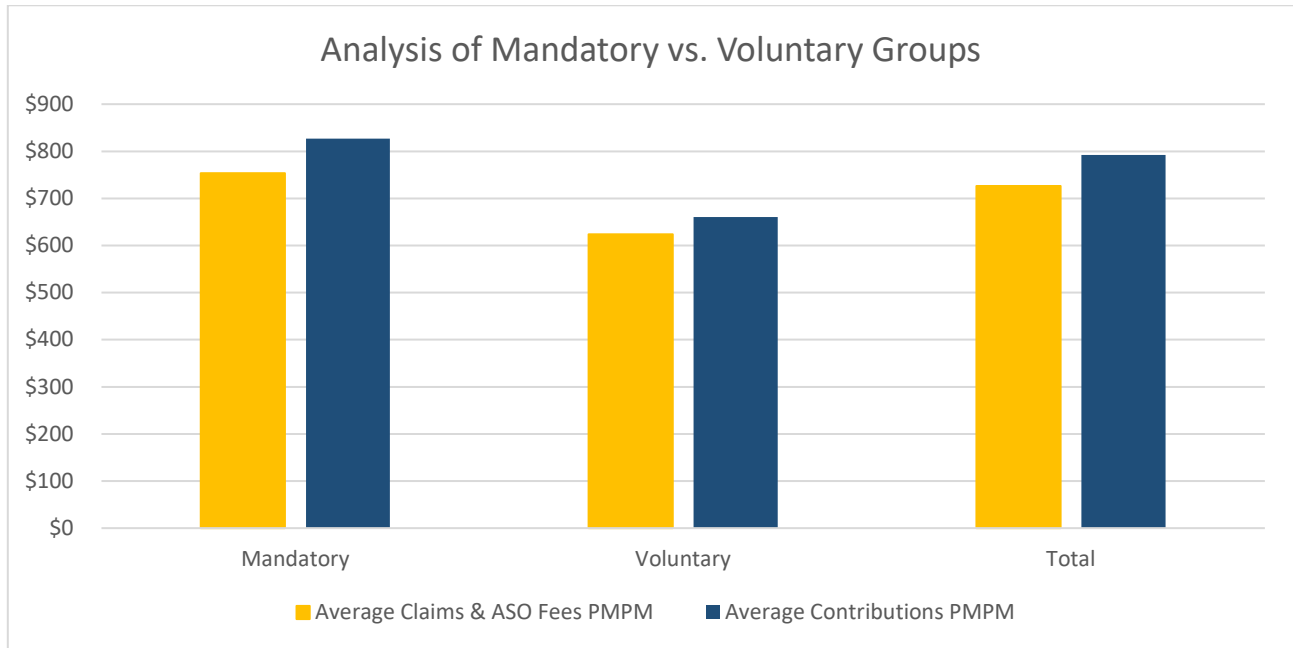
There is a delicate balance between spreading the costs over the entire DHP and making sure the contribution rates are reasonable compared to the outside market.

**Analysis of Voluntary and Mandatory Groups**

The following table shows that mandatory groups make up almost 80% of the employees. The loss ratio for the mandatory group is slightly lower than the voluntary group.

	Mandatory	Voluntary	Total
Current Employee Count	9,697	2,724	12,421
Employee Distribution	78%	22%	100%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>93%</b>	<b>99%</b>	<b>94%</b>

The mandatory groups have higher average claims and contributions per member per month than the voluntary groups. Part of this difference is because the mandatory group has a higher average age.



Looking at the relative value of the contributions and claims, there is no significant subsidization between the mandatory and voluntary groups.

	Mandatory	Voluntary
Contribution Relative Value	1.00	0.80
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	0.83
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>-0.6%</b>	<b>3.0%</b>

## REVIEW OF CLERGY AND LAY EMPLOYEES

### Overview

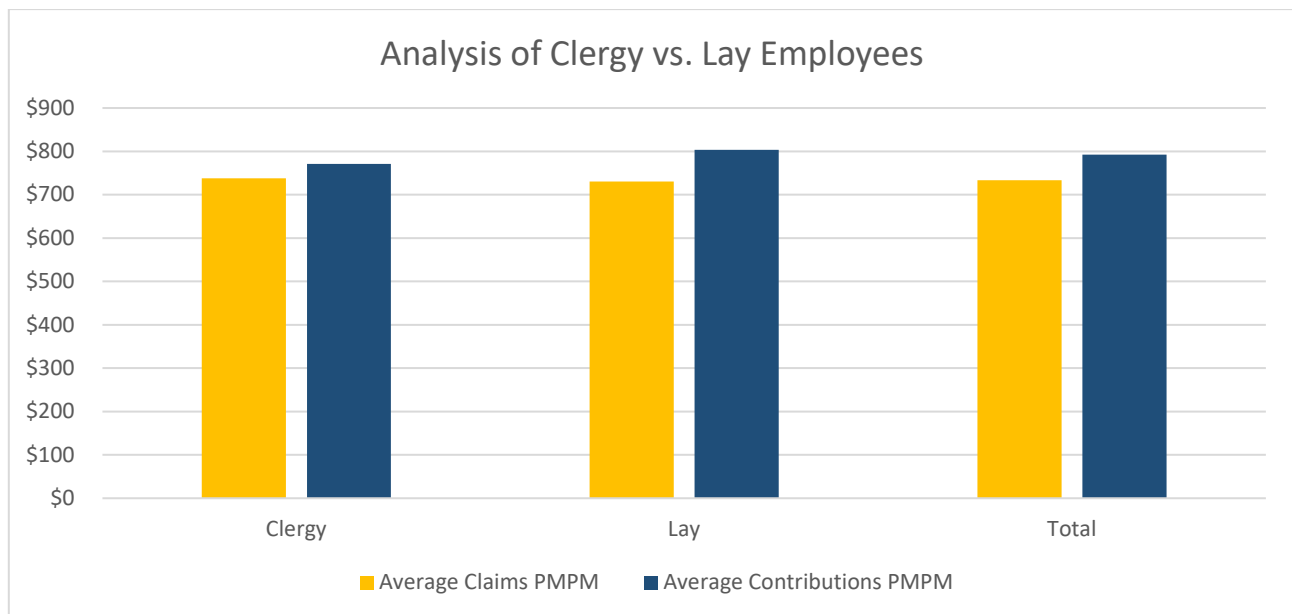
One of the directives from the General Convention was to ensure parity in cost sharing between clergy and lay employees.

### Analysis by Clergy and Lay Employees

The lay employees are a large portion of the enrollment, but the loss ratio for clergy is slightly higher.

	Clergy	Lay	Total
Current Employee Count	8,062	15,132	23,194
Employee Distribution	35%	65%	100%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>96%</b>	<b>93%</b>	<b>94%</b>

The claims and contributions per member per month are very similar between the two groups.



Looking at the relative value of the contributions and claims, there is a small amount of subsidization between the clergy and lay employees.

	Clergy	Lay
Contribution Relative Value	1.00	1.04
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	1.00
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>2.8%</b>	<b>-1.4%</b>

## REVIEW OF PRE-65 AND POST-65 EMPLOYEES

### Overview

Medical costs generally increase with age, and often with significant differences for pre-65 and post-65 employees. As discussed in more detail later in the report, most employees become Medicare eligible at age 65. For most employees, the DHP coverage is primary and pays before Medicare. However, there is an exemption for small employers that Medicare will be primary, with the DHP paying secondary. We are using “DHP primary” to refer to the DHP paying first, then Medicare and “Medicare Primary” where Medicare plays first and then the DHP.

### Analysis by Pre-65 and Post-65 Employees

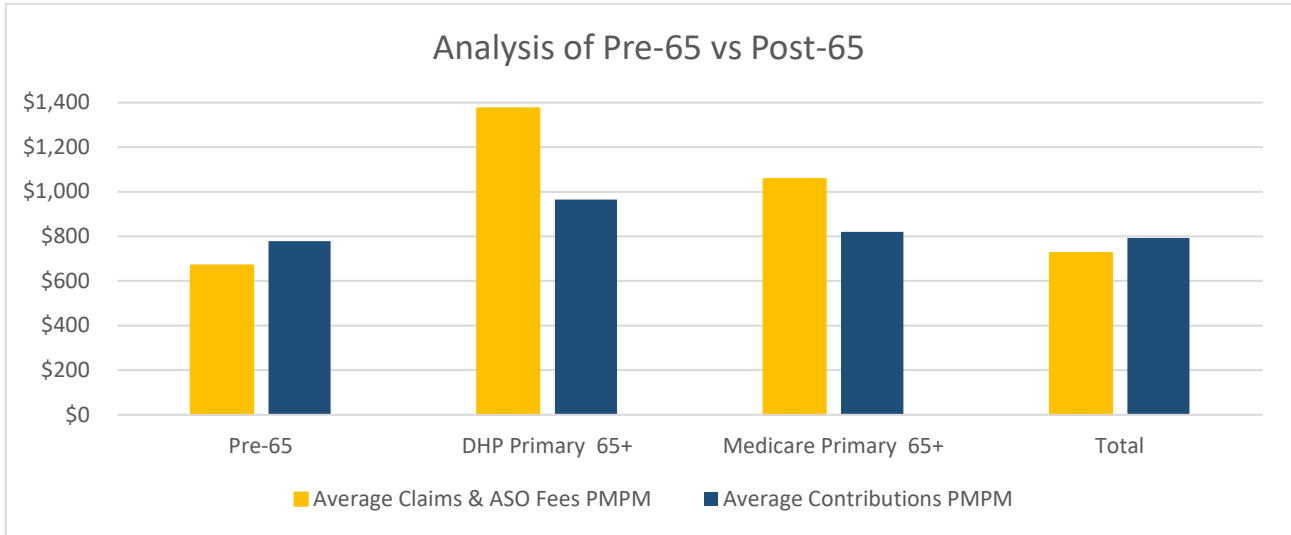
We looked at the premiums and claims for pre-65 employees and post-65 employees split between members where the DHP pays primary and where the DHP pays secondary to Medicare.

*The loss ratio for post-65 members is significantly higher than for pre-65 members.*

	Pre-65	DHP Primary 65+	Medicare Primary 65+	Total
Current Member Count	21,178	1,574	442	23,194
Member Distribution	91%	7%	2%	100%
<b>Claim &amp; ASO Fee Loss Ratio</b>	<b>88%</b>	<b>145%</b>	<b>133%</b>	<b>94%</b>

In addition to significant differences between pre-65 and post-65 employees, the average claims for post-65, DHP primary members are significantly higher than pre-65 retirees and post-65 Medicare primary members. When Medicare is primary, employer plans typically save between 60% and 70% on claims. The DHP is seeing a savings of approximately 15% for Medicare primary members.

*We note that there is a significantly higher proportion of post-65 employees in the two plans with the highest benefits (e.g., PPO 100 and PPO 90): approximately 60% of post-65 employees compared to 40% of pre-65 employees.*



A significant increase in the post-65 rates would be necessary to reduce the subsidization between pre-65 and post-65 members.

	Pre-65	DHP Primary 65+	Medicare Primary 65+
Contribution Relative Value	1.00	1.24	1.05
Claim & ASO Fees Relative Value	1.00	2.05	1.58
<b>Rate Change to Remove Subsidy</b>	<b>-6.0%</b>	<b>55.4%</b>	<b>40.7%</b>

*There is significant subsidization between pre-65 and post-65 members. For example, claims for DHP primary members are more than double the pre-65 members, but contributions are only 24% higher.*

Because of the significant impact of age, it is important to delve deeper into the plan election of employees. The following table shows the benefit option election of employees.

	Pre-65	DHP Primary 65+	Medicare Primary 65+
PPO 100/PPO 90	40%	<b>56%</b>	<b>73%</b>
PPO 80/PPO 70	26%	20%	27%
CDHP Plans	26%	17%	0%
Kaiser EPO Plans	8%	7%	0%

The post-65 employees are overwhelmingly choosing the options with richer benefits. One reason may be because the contribution rates for post-65 employees are too low.



## REVIEW OF EMPLOYEE CONTRIBUTIONS AND/OR HSA FUNDING

Each employer group determines the contributions that employees are required to pay for their insurance coverage and any HSA funding for the CDHP plans. The employer groups are not required to share the employee contribution levels with the DHP.

Employee cost-sharing, whether through premium contributions or benefit cost sharing impacts claim utilization. We previously discussed increased utilization when there is very limited benefit cost-sharing. The level of employee premium contributions will impact the employees' choice between benefit options. Low employee contributions combined with low cost-sharing benefit plans can significantly increase the cost of coverage.

The same situation arises when considering HSA funding. The level of employer contributions towards employee HSA accounts impacts whether employees may elect a lower cost high deductible plan vs. a higher cost/low benefit cost-sharing plan.

# SECTION III

## COST MANAGEMENT

## VALUE-BASED INSURANCE DESIGN

One option is to consider value-based insurance designs (“VBID”). The goal of VBID is to decrease the cost of health care while increasing the effectiveness of health services by removing financial and social barriers to essential, high-value services.

The National Pharmaceutical Council and the University of Michigan Center for Value-Based Insurance Design highlight four fundamental approaches in their 2009 Value-Based Insurance Design Landscape Digest<sup>16</sup>. Most VBIDs incorporate one or more of these approaches:

- **Design by service**—eliminating or lowering co-payments for certain health care services or medications (e.g., cholesterol tests, asthma drugs), regardless of who uses them.
- **Design by condition**—eliminating or lowering co-payments for patients with specific clinical diagnoses (e.g., hypertension, prediabetes) for related services or medications.
- **Design by condition severity**—eliminating or lowering co-payments for patients who are at high risk of disease (or costly complications) and could benefit from participating in disease management programs.
- **Design by disease management condition**—eliminating or lowering co-payments for high-risk patients who actively participate in disease management programs.

VBID is bigger than just cost sharing. VBID requires coordination between the subscriber, the payer, and provider. For example, consider colon cancer screening. Screenings provide exceptionally high value for subscribers with a first-degree family member diagnosed with colon cancer. Screenings also provide high value for 50-year-olds with average risk; however, they provide low value to a 30-year-old with no family history of colon cancer. Who provides the screening is important as well – a high-performing provider vs. a poor-performing provider. In addition, where the screening is provided significantly impacts the cost of the screening – an ambulatory care center vs. a hospital.

While Kaiser typically does a good job with providers, the DHP may be able to push Anthem and Cigna for more evidence-based, high-quality patient outcomes. Another area is bundled payment approaches, which is contracting that combines pre-and post-procedural care into one negotiated price that can deliver savings and simplify billing for organizations and employers.

The DHP may want to look further into VBID and may be able to leverage the information that will be available through the introduction of the Quantum Health Navigator to determine areas that might be most impactful.

If the Task Force recommends eliminating either the PPO 100 or PPO 90, one idea is to consider enhancing benefits on the remaining plans with a focus on VBID.

One suggestion that is relatively easy to implement is to waive the deductible for maintenance medications where consistency is important such as asthma/COPD, diabetes, blood pressure, cholesterol,

---

<sup>16</sup> [https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/pdfs/value\\_based\\_ins\\_design.pdf](https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/pdfs/value_based_ins_design.pdf)

emotional/mental disorders, osteoporosis and/or prenatal vitamins. This benefit is allowed for qualified HDHPs where normally the deductible must be met in order to remain qualified under IRS rules. We note that this is not an exhaustive list of conditions allowed under IRS rules.

## ACTIVE EMPLOYEES ELIGIBLE FOR MEDICARE

### ***Medicare-Eligible Active Employees***

Employees who are eligible for Medicare but still working and receiving health insurance coverage through their employer have several options.

- Keep employer plan and not sign up for Medicare.
- Keep employer plan and sign up for Medicare Part A. There are no premiums for Part A if the individual paid enough Medicare taxes while working.
- Keep employer plan, sign up for Medicare Part A, and sign up for Parts B, D, and/or a Medigap Plan. However, there is a monthly premium for Parts B, D and MediGap.
- Keep employer plan and sign up for Medicare coverage through a Part C plan, which also has a monthly premium.
- Drop employer coverage and sign up for Medicare.

### ***Coordination Between Medicare and Employer Plan***

When an individual is covered by more than one medical plan, coordination of benefits rules determine which plan pays first. The “primary payer” pays claims first, based on the primary payer benefits. Then the “secondary payer” will pay if there are costs that the primary payer did not cover.

For active employees in an employer-sponsored plan where the employer has at least 20 full and/or part-time employees, the employer-sponsor plan is the primary payer and Medicare is secondary<sup>17</sup>.

If an employer has fewer than 20 full and/or part-time employees, sponsors or contributes to a single-employer group health plan, the Medicare Secondary Payer (“MSP”) rules applicable to individuals entitled to Medicare on the basis of age do not apply to such individuals.

If such an employer participates in a multiple employer or multi-employer plan, such as the DHP, and at least one participating employer has at least 20 full and/or part-time employees, these MSP rules apply to all individuals entitled to Medicare on the basis of age, including those associated with the employer having fewer than 20 employees.

CMS allows multi-employer group health plans to be granted a Small Employer Exception (“SEE”) for participating small employers (less than 20 full and/or part-time employees). Each employer group may apply for the SEE by submitting the required information via an Employee Certification Form for each eligible participant to the Medical Trust. If CMS approves the SEE, eligible employees may choose to participate in the Small Employer Exception Plan (the “SEE Plan”) as administered through the Medical Trust.

---

<sup>17</sup> For retired employees, Medicare becomes primary, regardless of the employers’ size. However, retirees are not included in our analysis.

### ***Cost-Savings Through Small Employer Exception for Medicare***

The SEE Plan can provide significant cost savings for both employers and participating individuals. We typically see savings between 60% and 70% when Medicare is primary. As we noted in the previous section of the report, the DHP savings has only been approximately 15%. In addition, the contributions have not been high enough to cover the losses. The problem is exacerbated by the high enrollment of post-65 employees in the PPO 100 and PPO 90 plans.

Based on discussions with CPG, it is difficult to determine how many employers are eligible for the SEE but have not taken advantage of it. Therefore, it is difficult to quantify the potential savings with more participation. However, the DHP savings could be much higher with changes to benefits and/or contributions.

### ***Cost-Savings Through Education of Larger Employers***

As mentioned above, an actively employed, Medicare-eligible employee has several options for health coverage. Depending on the required contributions by the employer, it may be more cost-effective for an employee to drop the employer coverage and elect coverage through Medicare with a MediGap plan or a Medicare Advantage plan.

One important note: an employer **may not** encourage or incentivize an employee to move to Medicare, but there are consultants who work with employees to review and perform a cost-benefit analysis of the options available to Medicare-eligible employees. Not only can this type of service assist employees in making informed decisions but can also result in savings to the employee, the employer, and the DHP.

## **SPECIALTY DRUGS AND GENE THERAPY**

### ***Specialty Drugs***

Specialty drugs are high-cost medications that treat rare, complex, and chronic health conditions. The drugs themselves may require special handling, and patients who use them may need to work closely with doctors, pharmacists, and other health care providers who can monitor their progress.

### ***Gene Therapy***

Gene therapy is a new generation of medicine where a functioning gene is delivered to a targeted tissue in the body to produce missing or nonfunctioning protein.

Gene therapy targets the underlying cause of genetic diseases, which are caused by alterations in a person's DNA. This type of treatment has the potential to provide clinical benefits that transform and dramatically improve a patient's quality of life. Our focus is on therapies that are administered on a one-time basis and are potentially curative.

While the impact to patient health can be life-changing, it comes at a significant price tag. Two examples are Luxturna which treats a rare form of inherited vision loss and Zolgensma which treats certain forms of spinal muscular atrophy. When Luxturna launched it had a cost of \$425,000 per eye and Zolgensma launched at \$2.125 million. In late November 2022, the FDA approved Hemgenix, the first gene therapy for hemophilia B and has a record-setting price tag of \$3.5 million.

While these new therapies can provide life-preserving and life-saving benefits, they can cause financial strain. Members, health plans, pharmacy benefit managers, plan sponsors and reinsurers are wrestling with how to provide these therapies in a way that is affordable and ensures the best outcomes.

CVS Health publishes a quarterly report<sup>18</sup> for the projected treatments and approval timelines for the gene therapy pipeline. New gene therapies are expected to treat conditions that affect larger populations starting in mid-2024 and beyond, including,

- Diabetic peripheral neuropathy (impacting between 5 and 11 million adults in the US),
- Neovascular age-related macular degeneration (impacting approximately 1 million US adults), and
- Knee osteoarthritis (affecting 16 million US adults).

Tracking the gene therapy pipeline is increasingly critical as the potential for gene therapy grows, so that the DHP can be proactive in developing strategies to manage access and cost.

Some stop-loss carriers are lasering<sup>19</sup> individuals who may be candidates for the gene therapy drugs which exposes self-funded plans to significant risk.

### ***Specialty and Gene Therapy Solutions***

The DHP is utilizing SaveOnSP program through Express Scripts to save on certain specialty drugs by maximizing copay assistance programs that are available from drug manufacturers. However, only certain drugs are covered. If the DHP decides to forgo stop-loss insurance, this type of coverage will not be available through most channels. However, Express Scripts has a program called Embarq Benefit Protection which is a solution for gene therapy which may be an option for the DHP.

Innovative payment approaches will play an important role in making gene therapy treatments more accessible and more affordable. Two potential approaches consider:

- Evolving the role of a specialty pharmacy: Having specialty pharmacies purchase gene therapies directly from the manufacturer is an opportunity to reduce the cost impact and avoid the risks of markup.
- Value-based contracting (previously discussed as VBID): Gene therapies are good candidates for value-based contracting, where reimbursement is tied to expected durable outcomes.

Some drug manufacturers are considering warranties. For example, Roctavian was approved by the FDA in June 2023 and is the first gene therapy approved in the U.S. for certain patients with hemophilia A. The list price is \$2.9 million per single-use. The manufacturer, BioMarin, plans to offer a warranty in the U.S. and refund the payer if the patient must revert to prophylaxis treatment within a certain period of time.

---

<sup>18</sup> <https://payorsolutions.cvshealth.com/sites/default/files/Q2%202023%20REPORT%20Gene%20Therapies%20-%20CVS%20Health.pdf>

<sup>19</sup> A laser assigns a higher specific deductible to plan members with a higher predisposition for illness or healthcare costs, rather than raising the deductible for all.

## NETWORK CONFIGURATIONS

There are several changes that can be considered with provider networks.

### ***Tiered Networks***

In a tiered network, the plan divides the providers in its network into two or more distinct groups, typically based on the cost effectiveness and/or quality of the care they provide. Tiering may be used for all types of providers or may be limited to select categories such as hospitals or specialists. Most employers electing to contract with a plan with a tiered network say the selection of providers into tiers is based on both costs and quality.

### ***Narrow Networks***

Another, more aggressive strategy that health plans use to direct enrollees to more cost-effective providers is to create a network that is restricted only to a limited number of providers that agree to meet relatively stringent cost and/or quality objectives. These plans, often referred to as narrow network plans, have been found to significantly lower premiums and overall spending without necessarily harming access to care, even though fewer providers are covered.

### ***Centers of Excellence***

Health plans can designate specific facilities as Centers of Excellence if they provide very high quality or low-cost care, often times for a particular service. The plan will then encourage workers to receive care for select procedures, such as transplants, at these facilities by offering significantly lower cost sharing than is otherwise available at their in-network hospitals. Some employers, particularly very large ones, have seen drastic reductions in unnecessary care and expenses after adopting Centers of Excellence.

### ***Employer Direct Contracting with Health Care Providers***

Some employers look beyond the network established by their health plan or administrator and contract directly with hospitals, health systems, or clinics to provide services for certain conditions. These arrangements are available to self-funded firms and are negotiated independent of their health plan. An employer may choose to contract directly with a provider or system of providers if it can negotiate a better deal or get better service than it would through its health plan network. An employer with a substantial number of employees may be able to negotiate for favorable prices, shared-risk arrangements, or may gain access to additional services or data.

Direct contracting might be difficult, given that the members are spread across the country, but focusing on some key areas with larger membership might be an option.

## ALTERNATIVE PAYMENT MODELS

Innovative approaches like membership-based primary care models aim to address the costly waste in healthcare by realigning provider incentives toward quality outcomes and delivering value-based care. The two types of membership models are concierge medicine and direct primary care.

Concierge medicine was developed as an alternative to volume-based care models to give physicians more time with patients. However, it can be cost-prohibitive for some populations, though, since a patient generally pays a membership fee to the practice as well as insurance copays.

With direct primary care, physicians are paid directly by the patient or their employer, eliminating the need for using insurance for primary care services.

Both models increase the time a patient has with their provider, putting more focus on disease prevention. Each model also often includes a virtual care element that enables higher-touch patient care.

### STOP-LOSS COVERAGE

Unlike an employer who purchases a fully insured plan from an insurance company, an employer who self-funds takes on all the responsibility and risk that a fully insured employer has transferred to the insurance company, as is the case with the DHP. Self-funding leaves the employer at significant risk for “shock claims” (i.e., high dollar but low frequency claims, such as an organ transplant) and high utilization claims (i.e., low dollar but unusually high frequency claims). A self-funded employer may transfer some of its risk of loss to a stop-loss insurer by purchasing a stop-loss insurance policy.

A stop loss insurance policy usually contains two components: 1) a specific “attachment point” (or “retention level”) that protects against claim severity; and 2) an aggregate attachment point that protects against claim frequency. The policy’s specific coverage provides protection in the case of a single covered individual with a high dollar claim or series of claims. Any costs exceeding the specific attachment point are covered by the stop loss policy. The aggregate coverage provides protection against the cumulative impact of smaller claims that may never meet the threshold of a specific attachment point. Once the employer’s total claims payments (not counting any claims paid by the specific coverage) reach the aggregate attachment point, the stop loss policy covers all remaining costs for the year (up to the policy limit, if any).

The DHP’s current stop-loss policy includes a \$1 million specific attachment point with no aggregate stop-loss coverage; however, it is our understanding that the DHP does not plan to renew this coverage for 2024. While there will be immediate savings from the lack of stop-loss premiums, the DHP will bear the entire risk of the previously discussed shock claims that have the potential to have a significant impact on the Plan. This should be meticulously monitored during the upcoming plan year with consideration given as to whether stop-loss coverage should be re-instituted in future years based on emerging claims experience.



# SECTION IV

## RESERVES AND SURPLUS LEVELS

## RISK BASED CAPITAL OVERVIEW

Risk Based Capital (“RBC”) is a method developed by the National Association of Insurance Commissioners (“NAIC”) to measure the minimum amount of capital that an insurance company needs to support its overall business operations. RBC is used to set capital requirements considering the size and degree of risk taken by the insurer. As the current measurement stands, there are four major categories of risk that must be measured to arrive at an overall RBC amount.

- Asset risk: This is a measure of an asset's default of principal or interest or fluctuation in market value as a result of changes in the market.
- Credit risk: This is a measure of the default risk on amounts that are due from policyholders, reinsurers, or creditors.
- Underwriting risk: This is a measure of the risk that arises from underestimating the liabilities from business already written or inadequate pricing on current or prospective business.
- Off-balance sheet risk: This is a measure of risk due to excessive rates of growth, contingent liabilities, or other items not reflected on the balance sheet.

The RBC formula establishes a hypothetical minimum capital level that is compared to a company's actual capital level. The formula is used to derive a measure of "minimum capital" that an insurer would be expected to hold based on the types of risk to which the company is exposed. Recognizing these risks will differ, sometimes significantly, based on the type of insurance that the NAIC has adopted. There is a specific formula for health companies.

The RBC model generates required capital levels for each of these risk categories. These capital requirements are then aggregated, and the minimum capital level that a company must maintain to avoid regulatory action is produced.

---

*It is common for self-insured programs that are not subject to the RBC test to consult with their actuaries, auditors, brokers, or managers to run the test for them and report on the results.*

---

## OVERVIEW OF DHP PROCESS

As a non-regulated entity, the DHP does not have to adhere to the RBC requirements promulgated by the NAIC; however, the DHP does set its target capital position in the range of 125% to 175% of its calculated RBC using industry standard methods. As mentioned in the previous section, the DHP will discontinue individual stop-loss reinsurance coverage effective 1/1/2024, as its capital position has stabilized at the upper end of the target range and will be used to handle large claims volatility.

The following table (reported in \$1,000's) provides a comparison of targeted vs. reported capital for 2019 through 6/30/2023.

	2019	2020	2021	2022	2Q2023
Targeted Capital	\$35,342	33,500	40,242	35,280	43,295
Reported Capital	35,139	68,546	53,777	37,986	42,200
% of Targeted	99%	205%	134%	108%	97%

The increase in capital in 2020 and 2021 was primarily due to the pandemic which dampened claims utilization (i.e., fewer claims). This enabled the DHP to soften rate increases in 2022 and 2023. In addition, the 2023 increase in reported capital was due to operating income and unrealized gains in the investment portfolio, as the market recovered during the first six months of 2023.

As has continued to be the case for the DHP, the most significant risks to capital moving forward are pricing, claim costs (especially now with the termination of the stop-loss arrangement), and the volatility in the investment portfolio.

# APPENDICES

APPENDIX A  
SUMMARY OF DHP BENEFITS

From Excel

APPENDIX B  
RELIGIOUS ORGANIZATION BENEFIT COMPARISON

The following table provides a very brief overview of the benefit ranges for each organization based on publicly available information. The cost-sharing varies, depending on the plan.

Organization	Employee Only In-Network Deductible	In-Network Coinsurance	Employee Only Out-of-Pocket Maximum	Primary Care	Specialist	Prescription Drugs <sup>20</sup>	Plan Types	Plans Offered
Baptist Health	\$300 - \$1,000	Copay Only	\$2,000 / \$4,000	\$0	\$15 - \$40	\$15 - \$75	POS, PPO	3
Concordia Plans	\$0 - \$6,000	20%	\$1,500 - \$8,550	\$20 - \$35 or Ded & Coins	\$20 - \$65 or Ded & Coins	\$10 - \$100 or Ded & Coins	HDHP, HMO	15
Evangelical Covenant Church	\$400 - \$6,250	10% - 42%	\$2,750 - \$6,250	\$20 - \$35 or Ded & Coins	\$20 - \$45 or Ded & Coins	\$8 - \$125	PPO	3
Evangelical Lutheran Church of America (Portico)	\$550 - \$5,000	20%	\$3,400 - \$6,800	Ded & Coins	Ded & Coins	\$12 - \$180 or Ded & Coins	HDHP, POS	6
Evangelical Presbyterian Church	\$450 - \$6,200	10% - 40%	\$2,800 - \$6,750	\$25 - \$60 or Ded & Coins	\$20 - \$50 or Ded & Coins	\$10 - \$500 or Ded & Coins	HDHP, PPO	5
GuideStone	\$0 - \$18,000	0% - 30%	\$3,000 - \$40,000	\$0 - \$25 or Ded & Coins	\$45 - \$70 or Ded & Coins	\$15 - \$150 or Ded & Coins	HDHP, EPO, PPO	41
Pension Boards of United Church of Christ	\$300 - \$1,000	20% - 30%	\$2,000 - \$6,000	\$25 or Ded & Coins	\$25 or Ded & Coins	\$17 - \$45 or Ded & Coins	PPO	4
The Reformed Church in America	\$500 - 3,000	0% - 20%	\$5,000	\$20 - \$75 or Ded & Coins	\$20 - \$75 or Ded & Coins	\$10 - \$150	PPO, HDHP	3
Reta Smaller Trustor (Catholic)	\$500 - \$2,500	10% - 20%	\$2,500 - \$14,000	\$25 or Ded & Coins	\$40 or Ded & Coins	\$10 - \$40	PPO, EPO, HDHP	4
United Methodist Church (Wespath)	\$500 - 3,000	0% - 50%	\$5,000	\$20 - \$75 or Ded & Coins	\$20 - \$75 or Ded & Coins	\$10 - \$150 or Ded & Coins	PPO, HDHP	6

<sup>20</sup> Retail 30-day supply

APPENDIX C  
RELIGIOUS ORGANIZATION BENEFIT EXAMPLES