

Orçamento global em termos de valor

O Oregon está a solicitar autoridade para criar orçamentos globais em termos de valor, para organizações de cuidados coordenados (coordinated care organizations, CCO) que irão melhor promover os investimentos em equidade em saúde, incentivar despesas em serviços relacionados com a saúde e ser desenvolvidos para cobrir todos os custos razoáveis e apropriados de funcionamento do programa CCO, e aumentar a uma taxa de crescimento previsível de acordo com a meta de crescimento de custos do estado.¹ Os novos orçamentos globais em termos de valor proporcionarão previsibilidade e flexibilidade de longo prazo a CCO e prestadores, por sua vez promovendo investimentos adicionais a montante em prevenção e serviços relacionados com a saúde no sentido de melhorar os resultados de saúde e reduzir os custos de saúde evitáveis.

Este orçamento global em termos de valor mudará ainda mais os incentivos financeiros no sistema de prestação: em vez de ser recompensado financeiramente quando os membros do Medicaid estão doentes e têm acesso a mais cuidados, as CCO serão responsáveis pela saúde dos membros e terão mais recursos para investir quando a saúde dos membros melhorar, as desigualdades forem eliminadas e os eventos de saúde evitáveis forem evitados, através de um melhor atendimento aos membros e mais coordenado.

Nesta renovação de dispensa para demonstração 1115 (a), o Oregon está a solicitar flexibilidade de dispensa no que se refere à forma como as taxas de capitação de atendimento gerido pelo Medicaid (CCO) são normalmente estabelecidas, simultaneamente garantindo taxas razoáveis e apropriadas, de modo a cumprir as metas descritas acima. Especificamente, o Oregon solicita autoridade para:

1. Calcular um orçamento de base (taxa de capitação) que seja razoável e adequado relativamente aos serviços cobertos e ao risco da população, e se baseie num historial de vários anos de utilização e despesas, em tendências recentes e em despesas com serviços relacionados com a saúde.
2. Projetar a tendência da taxa de base de forma previsível ao longo de cinco anos, sem redefinir os orçamentos de base a cada ano.
3. Aumentar a previsibilidade dos custos através de uma gestão mais próximo dos custos de farmácia, permitindo uma abordagem de formulário fechado do tipo comercial que possa excluir medicamentos com evidências limitadas ou inadequadas de eficácia clínica.

Problema e contexto

A saúde da maioria das pessoas é determinada não pelos cuidados médicos que recebem, mas por determinantes sociais, como área de residência e áreas edificadas, acesso a alimentos saudáveis e

¹ Meta de despesa anual per capita que se aplicará a todos os mercados de saúde a partir de 2021

oportunidades de trabalho e obtenção de rendimentos.² O Oregon reconhece cada vez mais que temos de abordar esses determinantes sociais da saúde para reduzir os custos médicos e melhorar a equidade na saúde.³

Além disso, as nove tribos e comunidades tribais do Oregon reconhecidas federalmente, as populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, de ilhéus do Pacífico e indígenas americanas/nativas do Alasca, as comunidades de cor, as pessoas com deficiência, as pessoas com proficiência limitada em inglês e as comunidades de imigrantes e refugiados têm piores condições sociais e ambientais e piores resultados de saúde, o que resulta em parte do subinvestimento crônico por parte do governo estadual e federal. A pandemia da COVID-19 evidenciou esta situação, tendo as comunidades de cor sofrido danos a uma taxa desproporcional, comparativamente às suas homólogas brancas.⁴

O sistema atual de apoio a organizações integradas nos esforços de promoção da eficiência no âmbito de seguros de saúde (também denominadas organizações de cuidados geridos, ou managed care organizations) não faz o suficiente para incentivar investimentos na saúde, prevenção, melhores resultados ou equidade na saúde. Tradicionalmente, as referidas organizações e os prestadores de cuidados médicos são pagos com base na gravidade da doença dos respetivos membros e em quantos serviços médicos os membros recebem. Geralmente, essas organizações de cuidados geridos têm aumentos nas suas taxas de capitação relativamente ao ano anterior quando os membros estão doentes e recorrem mais aos serviços e/ou incorrem em mais custos e diminuições nessas taxas se os doentes estão mais saudáveis e precisam de menos serviços. Este modelo de pagamento é um desincentivo inerente à prevenção, à promoção da eficiência nos cuidados e a outras intervenções de baixo custo que podem evitar eventos de saúde e os consequentes serviços prestados aos membros.

Quando o Oregon criou as CCO e o modelo de atendimento coordenado do Medicaid em 2012, o objetivo principal era passar de um modelo focado principalmente na prestação de serviços de saúde para um novo modelo em que organizações com administração comunitária operassem segundo um modelo económico diferente e se concentrassem na melhoria dos resultados de saúde e na gestão da saúde da população. O Oregon aspirava a implementar uma metodologia de definição de taxas com dois objetivos:

1. combinar fluxos de financiamento para saúde física, comportamental e bucal para que uma organização seja responsável por todas as necessidades de saúde dos seus membros; e
2. alterar os incentivos financeiros no sistema de saúde para que as recompensas financeiras advenham de populações mais saudáveis, e não de populações doentes.

De acordo com a metodologia original de definição das taxas das CCO do Oregon, a meta era que o sistema de saúde alterasse as despesas de modo a concentrar-se numa prevenção que reduzisse os cuidados agudos evitáveis; por exemplo, maiores investimentos na saúde comportamental das comunidades que pudessem evitar

² Magnan, S. (2017). Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five. National Academy of Medicine. Disponível em: <https://nam.edu/social-determinants-of-health-101-for-health-care-five-plus-five/>

³ <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinantes-na-promocao-da-saude-e-equidade-na-saude/>; <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-07/COMBINED-ROI-EVIDENCE-REVIEW-7-1-19.pdf>

⁴ <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-perguntas-e-respostas-chave/>

as consultas ao hospital. Outra meta era que cada vez mais recursos fossem aplicados em serviços relacionados com a saúde – como as despesas para satisfazer as necessidades sociais, como moradia e alimentação – com o objetivo de melhorar a saúde e evitar despesas médicas.

O Oregon tem tido sucesso em combinar fluxos de financiamento para serviços de saúde faturáveis; no entanto, de acordo com os atuais requisitos federais relativamente a taxas de capitação, ainda temos falta observar uma alteração real nos incentivos financeiros para alcançar os resultados que pretendemos. A visão de um orçamento global em termos de valor ainda não foi totalmente concretizada no Oregon. Especificamente, as taxas dos CCO permanecem amplamente baseadas em despesas médicas recentes, perpetuando os desincentivos inerentes à transferência de recursos para a prevenção e para serviços relacionados com a saúde, bem como para conter custos.

O Oregon inovou tanto quanto era possível no âmbito dos requisitos atuais dos CMS a taxas de capitação dos cuidados geridos para alterar o incentivo financeiro no sentido da promoção da saúde da população. Apesar dos esforços do Oregon para refinar o processo de definição de taxas gradualmente (veja-se o quadro na próxima página), estas estratégias têm sido insuficientes para alterar fundamentalmente o modelo económico que gera as despesas das CCO. Embora se observe um aumento, o Oregon não observou uma alteração marcante no montante que as CCO despendem em serviços relacionados com a saúde. As despesas com serviços relacionados com saúde são, em média 0,7% dos orçamentos anuais das CCO. O conceito de orçamento global original do Oregon pretendia promover discussões locais nas comunidades sobre como alterar as despesas no âmbito no sistema visando melhor satisfazer as necessidades das comunidades e despende com racionalidade recursos limitados para maximizar os resultados de saúde. No entanto, a distribuição das despesas no âmbito do sistema de saúde do Oregon (por exemplo, os valores divididos entre saúde física, comportamental e bucal) permanece basicamente a mesma, indicando que as despesas estão a seguir hábitos enraizados e o poder do mercado, em vez de ocorrer uma verdadeira mudança para um foco na saúde da população. O Oregon não conseguirá abordar totalmente as desigualdades na saúde ou corrigir o racismo histórico e os desequilíbrios de poder no sistema de saúde se os incentivos financeiros inerentes a este não se concentrarem mais na saúde da população e forem o cerne das discussões das comunidades sobre a priorização de recursos para alcançar melhores resultados.

Taxa de alterações na metodologia até à data

As taxas das CCO são criadas usando uma metodologia que evoluiu ao longo do tempo num esforço para incentivar a utilização de serviços de alto valor e baixo custo e reduzir as oportunidades de manipulação e lucro excessivo em detrimento do acesso e da qualidade para os membros, permanecendo dentro dos limites de princípios atuariais estabelecidos. Por exemplo:

- **Dados de base estaduais.** Durante o processo mais recente de contratação de CCO a 5 anos, em 2019, a OHA introduziu a utilização dados de base em todo o estado no cálculo das taxas de capitação iniciais. Tal foi realizado para suavizar o impacto de uma alta utilização por uma única CCO e para evitar que tal CCO aumentasse as taxas indefinidamente, ao mesmo tempo em que foram aplicados fatores regionais para garantir que as taxas refletissem as variações adequadas na utilização e nos preços.
- **Programa de Recompensa com Base No Desempenho.** Em 2022, a OHA implementará o Programa de Recompensa com Base no Desempenho (Performance-Based Reward, PBR), aprovado por meio da nossa última renovação de dispensa e que foi concebido para recompensar realizações em serviços relacionados com a saúde e a contenção de custos, em sujeição a garantias de qualidade. O PBR funciona fazendo variar a margem de lucro de uma CCO em função de quanto a mesma despendeu em serviços relacionados com saúde para encorajar uma adoção holística de serviços não médicos de alto valor. Assim confere-se proteção parcial contra a chamada “queda do prémio”, em que a poupança desincentiva as CCO, ou seja, quando as taxas são calculadas usando dados históricos de custo e utilização, as CCO que reduzem os custos sofrem nas taxas a cada ano.

O Oregon procura autoridade para usar uma metodologia de desenvolvimento de taxas per capita para criar um novo orçamento global em termos de valor que seja suficientemente simples e fácil, para que as comunidades e as CCO compreendam, sendo também mais previsível para o estado e a comunidade. É importante clarificar que, ao focar as despesas na equidade em saúde, prevenção, coordenação e qualidade dos cuidados, as CCO irão melhorar a saúde e realizar poupanças. Esta metodologia simplificada será combinada com uma forte responsabilidade pelas necessidades dos membros e das comunidades, bem como estratégias para garantir que as despesas com equidade na saúde sejam promovidas pelas comunidades.

Com as alterações propostas pelo Oregon para criar um orçamento global em termos de valor, esperamos os seguintes resultados:

- Um aumento substancial nos serviços relacionados com a saúde, juntamente com a redução da carga administrativa da contabilização detalhada dos serviços relacionados com a saúde, a fim de obter “crédito” na definição de taxas (como é requerido atualmente no âmbito da Recompensa com Base no Desempenho (Performance-Based Reward)). Mais despesas em serviços relacionados com a saúde resultarão em:
 - Mais investimento em saúde comunitária que promoverá a equidade na saúde
 - Mais investimento em serviços preventivos de alto valor

- Uma maior coordenação de cuidados e uma melhor gestão dos membros que incorrem em altos custos, incluindo membros em transição entre sistemas e fases da vida: correções, Oregon State Hospital (Hospital Estadual do Oregon), serviços residenciais de saúde mental, acolhimento familiar de jovens – devido a incentivos financeiros mais claros para melhorar os resultados.
- Uma diminuição nas despesas com cuidados de menor valor e episódios evitáveis conforme as CCO transferem fundos para a prevenção e coordenação de cuidados.
- Mais responsabilidade das CCO para com a comunidade que servem – isto, no que se refere à forma como o seu orçamento global em termos de valor é despendido.
- A taxa de crescimento dos custos é limitada a metas determinadas publicamente (veja-se o quadro abaixo) e corresponde às metas de despesas gerais no sistema de saúde do Oregon.

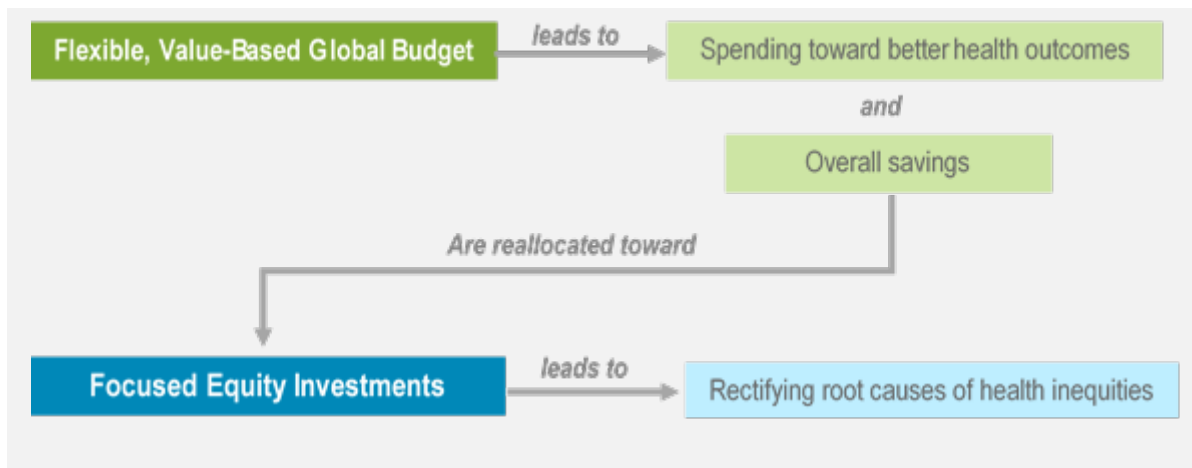
O compromisso com o crescimento sustentável é fundamental para a estratégia de orçamento global em termos de valor do Oregon. A estratégia sempre foi poupar fundos por meio de despesas mais eficientes e eficazes que levem a melhores resultados de saúde, em vez de reduzir os serviços ou restringir a elegibilidade.

O modelo das CCO do Oregon é inovador e tem uma boa relação custos-eficácia. Mas, manter o crescimento dos custos conforme à meta continua a ser um desafio. As pessoas no Oregon enfrentam uma crise habitacional em todo o estado, emergências climáticas regulares causadas pela alteração climática e desigualdades generalizadas causadas pelo racismo estrutural – o que, em suma, leva a custos mais altos de saúde.

A metodologia de orçamento global em termos de valor proposta no presente documento conceptual recompensará as despesas com resultados de saúde equitativos e de alta qualidade, **simultaneamente ajudando o Oregon a continuar a conter o crescimento dos custos per capita.**

No documento conceptual *Focused Equity Investments* (Investimentos Orientados para a Equidade), propomos que as poupanças federais e estaduais alcançadas através do nosso compromisso para com um crescimento sustentável de 3,0-3,4% (nos vários mercados, não apenas no Medicaid) sejam partilhadas ao nível estadual e local, para investir em iniciativas de longo alcance que demonstrem melhorias mensuráveis quanto à equidade na saúde. Em comparação, a tendência nacional do Medicaid é projetada em 4,9% no período 2022-2028.⁵

⁵ Projeções NHE (nacional), Tabela 17 – Projeções NHE 2019-2028



Estratégias propostas

Embora os fatores que mais afetam a duração e a qualidade de vida sejam as condições sociais e comunitárias em que as pessoas vivem, trabalham e se divertem, o sistema de saúde dos EUA desperdiça milhares de milhões de dólares todos os anos em serviços desnecessários, prestação ineficiente e custos inflacionados. Ao alterar e simplificar os incentivos subjacentes, o Oregon procura direcionar o financiamento para uma utilização expandida de serviços concebidos para abordar os determinantes sociais da saúde e para investimentos em equidade na saúde que muitas vezes estão fora dos limites do prestador de cuidados de saúde, reduzindo assim as desigualdades na saúde e melhorando a saúde em geral.

O Oregon está a solicitar flexibilidade de dispensa no que se refere à forma como as taxas de capitação das CCO são normalmente estabelecidas, simultaneamente garantindo taxas razoáveis e adequadas, a fim de cumprir as metas descritas acima. Especificamente, solicitamos a capacidade de:

- Calcular um orçamento de base (taxa de capitação) considerando um histórico de até cinco anos de utilização e despesas e simultaneamente analisando as tendências recentes para garantir que a base seja razoável e adequada face aos serviços cobertos e ao risco da população e que contabilize as despesas com serviços relacionados com a saúde. O orçamento de base será elaborado considerando tanto as despesas médicas históricas como as despesas com serviços de saúde, incentivando assim a despesa em atividades comprovadamente preventivas da morbilidade e da mortalidade.
- Projetar a tendência da taxa de base de forma previsível ao longo de cinco anos, ajustando o orçamento com base na nova meta de crescimento dos custos de saúde em todo o estado do Oregon, bem como considerando ajustes direcionados necessários para lidar com eventos imprevistos, sem redefinir os orçamentos de base a cada ano.
- Aumentar a previsibilidade dos custos através de uma gestão mais próxima dos custos de farmácia, permitindo a adoção uma abordagem de formulário fechado do tipo comercial que possa excluir medicamentos com evidências limitadas ou inadequadas de eficácia clínica. Essa

estratégia também pode ajudar a conter os custos de farmácia no que se refere a medicamentos emergentes, de forma a mitigar ajustes futuros nas taxas.

Para proteger o direito dos membros do OHP à gama completa de benefícios Medicaid clinicamente necessários e mitigar quaisquer impactos não intencionais dos pedidos de dispensa acima, o Oregon irá incorporar o seguinte:

Estratégia de mitigação n.º 1: Desenvolver fortes salvaguardas programáticas para proteger os membros por meio de medição contínua e relatórios das CCO no que se refere a acesso, qualidade e resultados para evitar a subutilização inadequada ou a negação de cuidados necessários.

Estratégia de mitigação n.º 2: Desenvolver uma monitorização financeira anual robusto, incluindo utilização e despesas, a fim de monitorizar a solvência das CCO e garantir que as metas anuais sejam razoáveis de forma a cobrir os custos esperados, bem como desenvolver um mecanismo para ajustes orçamentais se eventos imprevistos, como novos tratamentos de alto custo, façam com que a tendência anual seja inadequada para cobrir as necessidades de saúde dos membros.

1. Calcular um orçamento de base (taxa de capitação) que seja razoável e adequado relativamente aos serviços cobertos e ao risco da população, e se baseie num historial de vários anos de utilização e despesas, em tendências recentes e em despesas com serviços relacionados com a saúde.

Para verdadeiramente alterar o foco para a prestação de cuidados de mais alto valor, o Oregon necessita de um orçamento global em termos de valor destinado às CCO, que seja mais simples e mais previsível a longo prazo e que elimine quaisquer incentivos reais ou percecionados para realização de despesas desnecessárias com a saúde no curto prazo. A mudança para um orçamento em termos de valor concentrará as CCO na prestação de cuidados de alto valor, em vez de aumentar as despesas anuais para melhorar as taxas do ano seguinte.

De acordo com a proposta de dispensa do Oregon, o estado estabelecerá um orçamento estadual inicial destinado às CCO que será razoável, apropriado e em termos de valor, em grande parte em consonância com a forma como os orçamentos de base são definidos atualmente, com duas exceções:

- Considerando um período mais longo (até cinco anos) de tendências históricas para aumentar a confiança de que o orçamento de base é sólido, e
- Inclui despesas com serviços de saúde, além das despesas com planos estaduais, ao longo de um período de até cinco anos.

Além disso, para manter o foco na eliminação das desigualdades na saúde, o Oregon prevê direcionar as CCO no investimento de, pelo menos, 3% dos seus orçamentos globais em termos de valor, em investimentos em equidade na saúde (conforme exigido pela Oregon House Bill 3353 (Projeto da Câmara dos Representantes do Oregon 3353), dos quais, pelo menos, 30% será direcionado para entidades comunitárias, denominadas entidades colaborativas regionais de investimento comunitário (regional community investment collaboratives, CIC), para investimentos comunitários em equidade na saúde. (Consultar o documento conceptual intitulado *Focused Equity Investments* (Investimentos Orientados para a Equidade)). O Oregon propõe estabelecer uma estrutura de responsabilização liderada pelas comunidades para todas as despesas de equidade em saúde necessárias, a qual inclui uma comissão de supervisão ao nível do estado, além dos CIC regionais. Conforme observado acima, o Oregon solicita a

capacidade de contabilizar as despesas relacionados com a saúde nos termos do HB 3353 (House Bill, Projeto da Câmara dos Representantes) no âmbito da carga médica ao calcular as taxas, de modo que a exigência de realizar esses investimentos em equidade em saúde não afete negativamente as taxas futuras das CCO.

No futuro, o Oregon ajustará os orçamentos das CCO anualmente em função de uma taxa de tendência de crescimento previsível, de acordo com as metas estaduais de crescimento sustentável, e também irá monitorizar cuidadosamente as despesas das CCO, de modo a identificar quaisquer ajustes adicionais direcionados que possam ser necessários para lidar com eventos imprevistos.

2. Projetar a tendência da taxa de base de forma previsível ao longo de cinco anos, sem redefinir os orçamentos de base a cada ano.

O Oregon propõe que, em consonância com a redução das despesas com saúde em todos os setores, os orçamentos das CCO sejam projetados a cinco anos com base na meta de crescimento dos custos com saúde em todo o estado, que será de 3,0 a 3,4 por cento durante o período de demonstração. Essa tendência projetada permitirá mais previsibilidade para as CCO realizarem investimentos de longo prazo em equidade em saúde, prevenção e melhorias na comunidade – conduzindo a uma população em geral mais saudável e a custos de saúde gradualmente menores. Serão efetuados ajustes à taxa visada em função de alterações significativas no perfil de risco das CCO, dos benefícios cobertos e da população do estado – por exemplo, em períodos de alterações significativas, como a expansão da cobertura durante a pandemia da COVID-19.

Quando combinado com uma estratégia de qualidade aperfeiçoada e a capacidade de contabilizar os serviços relacionados com a saúde na carga médica para fins de definição de taxas, este projeto permitirá às CCO manter a poupança decorrente de quedas apropriadas na utilização. Também criará mais flexibilidade para as CCO investirem em melhorias nos cuidados, inclusivamente por meio de investimentos em cuidados preventivos, satisfazendo necessidades sociais e eliminando as desigualdades na saúde.

O Oregon também reconhece que uma flexibilidade aperfeiçoada tem de ser combinada com proteções aos membros que sejam robustas e especificamente direcionadas para lidar com as desigualdades na saúde existentes. Para este fim, o Oregon também propõe um sistema de responsabilidade robusto com novas estratégias de mitigação, cobrindo quatro áreas prioritárias: equidade, satisfação dos membros e prestadores, acesso e qualidade de cuidados, descritos com mais detalhes na pág. 8.

3. Aumentar a previsibilidade dos custos através de uma gestão mais próxima dos custos de farmácia, adotando formulários fechados de tipo comercial e excluindo medicamentos com evidências limitadas ou inadequadas de eficácia clínica.

O Oregon pretende obter a capacidade de gerir mais de próximo os custos de farmácia no seu programa Medicaid, por meio de uma estratégia com duas partes:

A. Adotar uma abordagem de formulário fechado de tipo comercial

Adotar uma abordagem de formulário fechado para membros adultos, incluindo pelo menos um único medicamento por classe terapêutica, permitirá à OHA e às CCO negociar acordos de desconto mais favoráveis com os fabricantes. O Oregon manterá um formulário aberto para crianças. Para cada classe terapêutica, os fabricantes poderão receber um volume básico garantido em troca de um desconto maior. Atualmente, a OHA e as CCO têm capacidade limitada de oferecer tais descontos de volume aos

fabricantes, dada a necessidade de cobrir todos os medicamentos no programa de desconto do Medicaid. A OHA criará um processo colaborativo que incluirá as CCO na seleção de medicamentos para o formulário fechado.

Nos últimos anos, a maioria dos gestores de benefícios de farmácia (pharmacy benefit managers, PBM) comerciais adotou esses formulários fechados, os quais que lhes permitem personalizar as suas ofertas de medicamentos com base na eficácia clínica e em considerações de custo. Por exemplo, para 2021 a CVS Health excluiu do seu formulário mais 57 produtos – em alguns casos porque se tornou disponível um medicamento mais barato e clinicamente equivalente e noutros porque os medicamentos eram hiperinflacionários, tendo o seu preço aumentado drasticamente sem uma justificativa clara. O plano comercial da Parte D do Medicare também pode empregar esses formulários fechados (conforme autorizado nos termos de 42 CFR 423.120) com pelo menos dois medicamentos por classe terapêutica. Os planos da Parte D do Medicare também podem incluir apenas um único medicamento por classe, se apenas um medicamento estiver disponível, ou se apenas dois medicamentos estiverem disponíveis, mas um medicamento for clinicamente superior. Dado que o Medicare e outros planos comerciais têm autorização para adotar formulários fechados, temos a convicção de que o Oregon deverá ter a mesma flexibilidade relativamente ao Medicaid.

B. Permitir a exclusão de medicamentos com evidências limitadas ou inadequadas de eficácia clínica

Muitos medicamentos que chegam ao mercado por meio da via de aprovação acelerada da FDA ainda não demonstraram benefício clínico e foram estudados em ensaios clínicos usando apenas parâmetros de avaliação substitutos. O Oregon pretende obter a capacidade de utilizar o seu próprio processo de revisão rigoroso para determinar a cobertura de novos medicamentos e priorizar o acesso do doente a medicamentos eficazes e clinicamente comprovados. Por meio desse processo, o estado poderá evitar despesas exorbitantes com medicamentos de alto custo que não são clinicamente necessários. O 21st Century Cures Act (Lei de Cura do Século XXI) destinava-se a agilizar o processo de aprovação de medicamentos, reduzindo o nível de evidência necessário para que os medicamentos chegassem ao mercado e permitindo que médicos, doentes e pagadores decidissem se deveriam comprá-los. Infelizmente, as regras atuais não permitem que os programas do Medicaid exerçam critérios sobre se esses medicamentos devem ser cobertos sem serem totalmente comprovados clinicamente.

O Oregon propõe utilizar a nova flexibilidade concedida no âmbito desta dispensa para excluir medicamentos com eficácia clínica limitada ou inadequada à luz da sua abordagem de formulário fechado. A eficácia clínica limitada ou inadequada pode ser definida em situações em que uma ou mais das seguintes condições se verificam:

- Os parâmetros de avaliação primários em ensaios clínicos não foram alcançados.
- Apenas parâmetros substitutos foram relatados.
- Os benefícios clínicos não foram avaliados.
- O medicamento não oferece qualquer benefício clínico incremental no âmbito da sua classe terapêutica em comparação com as alternativas existentes.

Os novos medicamentos aprovados pela via de aprovação acelerada da FDA podem ser particularmente dispendiosos e serão candidatos ideais a uma avaliação mais rigorosa da cobertura e da rotulagem potencial como fora do formulário quando for caso disso. Além disso, as reformulações de medicamentos

existentes mais antigos que não fornecem nenhum benefício clínico incremental também podem ser rotuladas como fora do formulário. Embora os pagadores comerciais possam exercer discricionariedade ao excluir medicamentos dos seus formulários em tais situações, a OHA e a CCO não têm atualmente essa possibilidade.

Como parte dos nossos esforços, garantiremos aos membros a proteção em termos de farmácia, de modo que a gestão mais próxima dos custos de farmácia do Oregon não afete negativamente o acesso dos membros a um leque de medicamentos seguros e eficazes para o tratamento de várias doenças.

Proteger o acesso dos membros, a qualidade e a equidade na saúde

Todas estas estratégias e ferramentas promoverão previsibilidade e flexibilidade para as CCO, de modo que o Oregon possa concretizar um modelo económico fundamentalmente diferente no seu programa Medicaid – um modelo que recompensa a equidade em saúde, serviços preventivos e a melhoria da saúde da população. No entanto, é fundamental que estas alterações na definição de taxas sejam combinadas com salvaguardas adequadas para garantir que o acesso e a qualidade sejam mantidos e para evitar qualquer incentivo para fornecer cuidados inadequados ou de baixa qualidade. Além disso, a monitorização cuidadosa dos relatórios financeiros garantirá que as CCO não recompensem indevidamente acionistas ou empresário às custas dos membros da OHP e das comunidades.

Estratégia de mitigação n.º 1: Desenvolver fortes salvaguardas programáticas para proteger os membros.

A estratégia de orçamento em termos de valor do Oregon foi criada para criar flexibilidade adicional e permitir que as CCO retenham poupanças decorrentes de decisões inteligentes em termos de despesas. No entanto, sem um sistema de responsabilização forte, existe o risco de impactos negativos na equidade na saúde e no acesso dos membros a cuidados de alta qualidade devido à busca de lucro no âmbito do sistema. Para mitigar este risco, o Oregon propõe uma estrutura de responsabilidade abrangente com o objetivo de lidar com as desigualdades na saúde, garantir a satisfação dos membros e prestadores e proteger o acesso dos membros e a qualidade dos cuidados. Anualmente, o Oregon conduzirá uma avaliação geral de cada plano considerando as taxas específicas e mecanismos baseados em contratos para garantir que as CCO assegurem padrões mínimos em cada uma destas quatro áreas: equidade, satisfação de membros e prestadores, acesso e qualidade dos cuidados.

Em primeiro lugar, o Oregon avaliará as desigualdades na saúde, monitorizando as disparidades na satisfação dos membros, no acesso dos membros e na qualidade dos cuidados prestados às populações prioritárias mais prejudicadas pelas desigualdades na saúde. Estas incluem, entre outras, nações Tribais e comunidades Tribais; populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, das ilhas do Pacífico e indígenas americanas/nativas do Alasca e outras comunidades de cor; pessoas com deficiência; pessoas com proficiência limitada em inglês; e comunidades de imigrantes e refugiados. O Oregon usará ferramentas como:

- Recolher dados que permitam ao estado monitorizar a qualidade dos cuidados por raça e etnia – por exemplo, através do REALD;
- Considerar/relatar o máximo possível de indicadores básicos de qualidade por raça, etnia e idioma;

- Monitorizar o desempenho através de indicadores orientados para a equidade (tais como acesso a intérpretes);
- Considerar a adequação da rede CCO em relação a fatores de equidade, como capacidade de resposta cultural e linguística do prestador; e
- Usar ferramentas como inquéritos de Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (Avaliação Pelo Consumidor de Prestadores e Sistemas de Saúde, CAHPS) e dados qualitativos do programa OHA Ombuds e do Community Partner Outreach Program (Programa Community Partner Outreach) (rede de inscrição e utilização do Oregon) para identificar preocupações entre as populações prioritárias.

A seguir, o Oregon avaliará a satisfação geral dos membros e dos prestadores, o acesso e a qualidade dos cuidados das seguintes formas:

- **Satisfação dos membros e dos prestadores:** A OHA avaliará segundo um plano de utilização de ferramentas como o inquérito CAHP, revisão de Notices of Adverse Benefit Determination (Avisos de Determinação Adversa de Benefício), recursos e reclamações e mecanismos de opiniões aperfeiçoados para avaliar a satisfação do prestador.
- **Acesso:** A OHA considerará indicadores nas áreas de adequação da rede, sobreutilização e subutilização e cuidados oportunos e adequados. Para adequação da rede, a OHA usará o Delivery System Network Reporting (Notificação em Rede de Sistema de Prestação, DSN), que inclui padrões mínimos de tempo e distância, para avaliar e monitorizar a capacidade de um prestador CCO para satisfazer os membros atualmente inscritos e projetados; existência de uma rede que satisfaça os dados demográficos dos membros inscritos, incluindo, entre outras possibilidades, o idioma preferido ou representação cultural; e uma rede suficiente em todo o procedimento de cuidados contínuos. Para a utilização dos serviços, a OHA contará com um sistema de análise e monitorização que se concentrará em serviços prioritários com tendência a terem despesas insuficientes, como saúde comportamental; e preocupações identificadas por membros e prestadores. A avaliação oportuna e adequada dos cuidados usará ferramentas como a DSN e relatórios de qualidade para monitorizar o acesso dos membros.
- **Qualidade dos cuidados:** Em harmonia com o Quality Incentive Program (Programa de Incentivo à Qualidade) (consulte-se o documento conceptual Incentivizing Equitable Care (Incentivar Cuidados Equitativos), a OHA monitora a qualidade dos cuidados por meio de medidas básicas dos CMS do Medicaid e potencialmente outras medidas conforme adicionadas aos programas de indicadores, como as futuras medidas no sistema de classificação de qualidade CMS. As medidas serão comparadas relativamente a um nível básico de cuidados (em oposição a referências mais ambiciosas usadas no Programa de Incentivo de Qualidade).

A OHA incentivará as CCO a abordar ainda mais as desigualdades na saúde, fortalecendo a voz das comunidades e a tomada de decisões no modelo das CCO (consulte-se o documento conceptual Focused Equity Investments (Investimentos Orientados para a Equidade)) e reestruturando o Programa de Incentivo de Qualidade para que a equidade seja o princípio primordial de organização (consultar o documento conceptual Incentivizing Equitable Care (Incentivar Cuidados Equitativos)). A OHA também pretende incentivar alguns dos indicadores por raça, etnia e idioma, conforme orientação de Metrics and

Scoring (Indicadores e Pontuação) e as planeadas comissões de indicadores de qualidade de equidade na saúde.

Estratégia de mitigação n.º 2: Desenvolver monitorização financeira anual robusta

O Oregon desenvolverá uma monitorização financeira anual sólida, incluindo a monitorização da utilização e das despesas, para, por sua vez, monitorizar a solvência das CCO e garantir que as metas anuais são razoáveis para cobrir os custos previstos, bem como desenvolver um mecanismo de ajustes orçamentais em caso de eventos imprevistos, como novos tratamentos de elevado custo, que possam resultar na tendência anual inadequada para cobrir as necessidades de saúde dos membros. A OHA usará taxas específicas e mecanismos contratuais para responsabilizar as CCO. Em vez de despender recursos significativos no cálculo de taxas anuais com base nas despesas das CCO do ano anterior, o Oregon dedicará recursos para analisar a equidade na saúde e as tendências de despesas com serviços de saúde, analisando o acesso aos cuidados e a taxa de perda médica (medical loss ratio, MLR). O Oregon prevê restringir os indicadores financeiros (por exemplo, requisitos mínimos de MLR). Além disso, o Oregon pode empregar outros mecanismos financeiros para responsabilizar as CCO pelo cumprimento das metas em determinados serviços, como saúde comportamental ou gestão de doenças crónicas. Ao criar uma metodologia de pagamento nova e flexível, o Oregon espera que o volume de fundos sujeitos a indicadores de qualidade e responsabilidade aumentará gradualmente à medida que o modelo das CCO melhore os cuidados e reduza o crescimento dos custos. A OHA continuará a utilizar ferramentas recentemente desenvolvidas para contratação das CCO, visando monitorizar despesas de saúde de alto custo ou baixo valor e promover a redistribuição desses recursos, de modo a reduzir custos e intervenções de maior valor.

O que estas políticas significam para os membros OHP

Estabelecer um orçamento global em termos de valor coadunará os incentivos financeiros CCO, de modo a que os membros do OHP com maiores necessidades de cuidados de saúde experimentem uma melhor coordenação de cuidados e acesso a serviços relacionados com a saúde, incluindo acesso a benefícios adicionais durante a transição para instituições e para fora de instituições – por exemplo, prisões.

Os membros do OHP manterão o acesso à gama de medicamentos clinicamente eficazes. Pelo menos, um medicamento por classe de medicamentos será coberto e os membros do OHP poderão solicitar um medicamento diferente através do seu prestador de cuidados de saúde.

Os membros da OHP, as famílias e as comunidades verão um aumento do investimento comunitário por parte das CCO devido ao acréscimo de custos mais sustentável e aos investimentos comunitários exigidos.

Conclusão

Durante a última década, o Oregon fez um grande progresso, mudando os incentivos financeiros de um foco quase exclusivo no financiamento de saúde tradicional em despesas com saúde e tratamento a jusante, para maior atenção aos cuidados de prevenção, aos serviços relacionados com a saúde e aos cuidados coordenados visando tratar a pessoa por inteiro. No entanto, apesar desses esforços, uma alteração fundamental no modelo económico para os planos do Medicaid do Oregon revelou-se um objetivo difícil de alcançar, em grande parte devido às limitações no processo de definição de taxas. O Oregon pretende obter flexibilidade de dispensa para

criar essa alteração fundamental, de modo a que o pagamento, os incentivos (consulte-se o documento conceptual Incentivizing Equitable Care (Incentivar Cuidados Equitativos) e a responsabilidade promovam conjuntamente mais saúde entre a população. Solicitamos aprovação para administrar melhor o custo crescente dos medicamentos que restringe a reafetação de recursos, necessária para promover a saúde da população e a equidade na saúde no nosso estado. Além disso, pretendemos obter a capacidade de garantir um valor mínimo de investimento em equidade na saúde e necessidades sociais, sob a liderança das comunidades, conforme requerido pelo recentemente aprovado HB 3353 (consultar o documento conceptual Focused Equity Investments (Investimentos Orientados para a Equidade)).

Pode obter este documento noutros idiomas, caracteres grandes, em braille ou no formato que preferir. Contacte o Programa de Proximidade aos Parceiros da Comunidade (Community Partner Outreach Program) via community.outreach@dhsosha.state.or.us ou através do telefone 1-833-647-3678. Aceitamos todas as chamadas de turno ou pode ligar 711.