



Contenido

Proceso de comentarios públicos.....	1
Cómo enviar los comentarios.....	2
Antecedentes.....	3
Propósito, metas y objetivos.....	5
Beneficiarios alcanzados por la demostración	7
Sistema de provisión y requisitos de elegibilidad	11
Cambios en los beneficios y la cobertura	12
Requisitos de costo compartido.....	12
Cálculo del cambio esperado en la inscripción anual y los gastos anuales.....	12
Hipótesis y parámetros de evaluación.....	13
Autoridades de exención y gastos solicitadas para la demostración.....	15

Proceso de comentarios públicos

El Oregon Health Authority, OHA abrirá un período de comentarios públicos sobre la versión preliminar de la solicitud de Renovación de Demostración de Medicaid 1115 a partir del 7 de diciembre de 2021 y hasta el 7 de enero de 2022. Durante este período, se aceptarán comentarios verbales y por escrito sobre la solicitud propuesta. Estos comentarios se usarán para informar la solicitud final antes de su presentación a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) en febrero de 2022.

La versión preliminar de la solicitud se encuentra disponible aquí:

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Documents/Waiver-Renewal-Application.pdf>.

Todo el mundo tiene derecho a conocer y utilizar los programas y servicios del OHA. El OHA provee ayuda gratuita. Algunos ejemplos de la ayuda gratuita que puede proporcionar el OHA son los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas e idiomas
- Material escrito en otros idiomas
- Braille
- Letra grande
- A audio y otros formatos

Para recibir los documentos en otros formatos, comuníquese con **NOMBRE** al **NÚMERO DE TELÉFONO** o **CORREO ELECTRÓNICO**.

Cómo enviar los comentarios

Se invita al público a compartir sus comentarios verbales y por escrito sobre la versión preliminar de la solicitud de exención desde el 7 de diciembre de 2021 hasta el 7 de enero de 2022. **La fecha límite para enviar los comentarios es el 7 de enero de 2022 a las 11:59 p. m., hora del Pacífico.** El público puede enviar sus comentarios verbales o por escrito. El OHA publicará todos los comentarios públicos recibidos en Oregon.gov/1115WaiverRenewal.

A partir del 7 de diciembre de 2021, puede enviar sus comentarios por escrito por correo electrónico a 1115Waiver.Renewal@dhsosha.state.or.us o bien puede enviarlos a través de Oregon.gov/1115WaiverRenewal, o por correo postal a la siguiente dirección:

Health Policy and Analytics Medicaid Waiver Renewal Team
A la atención de: Michelle Hatfield
500 Summer St. NE, 5th Floor, E65
Salem, OR 97301

Los miembros del público pueden proporcionar sus comentarios verbales en cualquiera de las siguientes audiencias públicas:

Consejo de Políticas de Salud de Oregon

7 de diciembre de 2021 | de 8:30 a. m. a 12 p. m.

Unirse a la reunión:

<https://www.zoomgov.com/j/1602657497?pwd=emhzUnJsK1EzWk5rV0VpYTdjU3VrQT09>

Enlace móvil: [+16692545252](tel:+16692545252),,1602657497#,,,,,0#,,306554#

Si necesita ayuda o alguna adaptación, comuníquese con Tara Chetock al 971-304-9917 o al correo electrónico tara.a.chetock@dhsosha.state.or.us al menos 48 horas antes de la reunión.

Reunión de socios comunitarios (en español)

9 de diciembre de 2021 | de 3:30 p. m. a 5:30 p. m.

Unirse a la reunión: <https://us02web.zoom.us/meeting/register/tZwkde6uqTsuGtE7CbrxDUI4WL0f70I18wg5>

Comité de Equidad Sanitaria

9 de diciembre de 2021 | de 12 p. m. a 2 p. m.

Reunión de Microsoft Teams [Haga clic aquí para unirse a la reunión](#)

O bien únase a la llamada (solo audio)

Enlace móvil: [+1 971-277-2343](tel:+19712772343),,928637902#

ID de conferencia telefónica: 928 637 902#

Si necesita ayuda o alguna adaptación, comuníquese con Maria Castro al 503-884-4448 o al correo electrónico maria.castro@dhsosha.state.or.us al menos 48 horas antes de la reunión.

Comité Asesor de Medicaid

15 de diciembre de 2021 | de 9 a. m. a 12 p. m.

Reunión de Microsoft Teams [Haga clic aquí para unirse a la reunión](#)

O bien únase a la llamada (solo audio)

Enlace móvil: [+1 971-277-2343,243372877#](tel:+19712772343243372877#) ID de conferencia telefónica: 243 372 877#

Si necesita ayuda o alguna adaptación, comuníquese con Jackie Wetzel al 503-580-5603 o al correo electrónico Jackie.Wetzel@dhs.oh.gov al menos 48 horas antes de la reunión.

Diseñando el futuro del OHP – Taller 3

16 de diciembre de 2021 | de 5:30 p. m. a 7:30 p. m.

Registrarse con anticipación para esta reunión:

https://www.zoomgov.com/meeting/register/vJlsc--spjoqHteaw5dXCTUmWwDVE_7NgDU

Si necesita ayuda o alguna adaptación, comuníquese con Michelle Hatfield al 503-551-3881 o al correo electrónico michelle.m.hatfield@dhs.oh.gov al menos 48 horas antes de la reunión.

Reunión de socios comunitarios

17 de diciembre de 2021 | de 10:30 a. m. a 12:30 p. m.

Unirse a la reunión: <https://us02web.zoom.us/j/6trD8sEtHdQadI0abTNykZVpihdfFJ>

Consejo de Políticas de Salud de Oregon

4 de enero de 2022 | de 8:30 a. m. a 12 p. m.

Unirse a la reunión ZoomGov

<https://www.zoomgov.com/j/1609166382?pwd=Ulp0eis5bUZPeUNQdWM3VU9aMnZwQT09>

ID de reunión: 160 916 6382 Código de acceso: 912812

Enlace móvil [+16692545252](tel:+16692545252),,1609166382# ,, 0#,,912812# US (San Jose)

Si necesita ayuda o alguna adaptación, comuníquese con Tara Chetock al 971-304-9917 o al correo electrónico tara.a.chetock@dhs.oh.gov al menos 48 horas antes de la reunión.

Antecedentes

En 2012, Oregon lanzó las Organizaciones de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization, CCO) a través de la exención estatal de Medicaid 1115 y una subvención modelo estatal de innovación por parte del Centro de Innovación de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Innovation, CMMI). Las CCO son organizaciones basadas en la comunidad que brindan atención a los miembros de Medicaid mediante un modelo de atención coordinada de prestación de servicios que está diseñado para tratar los problemas propios de un sistema de salud fragmentado. Las organizaciones son responsables de los servicios de atención médica física, conductual y odontológica para los miembros de Medicaid. Reciben un presupuesto mensual fijo por parte del estado para coordinar la atención con la flexibilidad necesaria para abordar las necesidades de los miembros que están fuera de los servicios médicos tradicionales; además, reciben incentivos financieros por mejorar los resultados y la calidad.

Oregon continuará con el modelo de CCO en la renovación de demostración propuesta. De acuerdo con su implementación actual, la renovación de demostración seguirá funcionando a nivel estatal y abarcará a los 1.3 millones de residentes de Oregon que actualmente reciben beneficios a través del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) y propone cambios en los beneficios disponibles para los miembros actuales. Además, la solicitud propone cambios en la elegibilidad que extenderían la cobertura a las personas que,

actualmente, no son elegibles para inscribirse en una CCO. El estado busca renovar esta demostración para el período entre el 1.º de julio de 2022 y el 30 de junio de 2027 de manera que Oregón pueda continuar con su transformación del sistema de salud mediante modificaciones específicas a Medicaid y a los Programas de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) que están en la exención actual. Estas modificaciones permitirán que el estado cumpla sus objetivos generales en línea con la meta triple de mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud y reducir los costos.

El pago mediante una tasa mensual por miembro integra la atención médica física, conductual y odontológica en un canal de financiación, y les brinda a las CCO la flexibilidad en el uso del dinero; al mismo tiempo, mantiene los costos con un límite de crecimiento actual del 3.4%. Por otra parte, el modelo de CCO exige la participación de la comunidad en la toma de decisiones. Los consejeros asesores comunitarios (Community Advisory Council, CAC) de cada CCO involucran a los miembros de las CCO y a otros representantes comunitarios para acordar parte del gasto que pertenece a los fondos flexibles. Los CAC usan las Evaluaciones de salud comunitaria y los Planes de mejora de salud comunitaria para proporcionar una orientación y garantizar la alineación con los hospitales locales y las autoridades de salud pública. En 2017, la renovación de Oregón extendió sus esfuerzos concentrando la inversión ascendente en los determinantes sociales de la salud mediante el uso de servicios relacionados con la salud (Health-Related Services, HRS) que permitieron que las CCO tengan más flexibilidad para pagar servicios no médicos que mejoran los resultados de salud.

Los HRS son servicios no cubiertos por el Plan estatal de Medicaid de Oregón que no son requisitos administrativos y cuyo objetivo es mejorar la provisión de atención y la salud y el bienestar general de los miembros y de la comunidad. Uno de los objetivos de los HRS es proporcionarles a las CCO un mecanismo de financiación específico dentro de sus presupuestos para abordar los determinantes sociales de la salud (Social Determinant of Health, SDOH), incluidas las necesidades sociales relacionadas con la salud de sus miembros. Para que las CCO usen los fondos federales de Medicaid para pagar los servicios, deben cumplir criterios estatales y federales. Los objetivos de los HRS son promover el uso eficiente de los recursos y abordar los determinantes sociales de la salud de los miembros a fin de mejorar los resultados de salud, reducir las inequidades de la salud y mejorar el bienestar general de la comunidad.

A continuación, presentamos los elementos de la demostración actual de la Sección 1115 que proponemos que continúen:

- Contratar a Organizaciones de Atención Coordinada (CCO) para proporcionar servicios de atención médica física, conductual y odontológica a los miembros del Plan de Salud de Oregon de Medicaid
- El uso de una lista de afecciones y tratamientos prioritarios, sujeto a determinadas excepciones para los beneficios protegidos
- El uso de servicios relacionados con la salud
- Limitar la cobertura de los servicios de tratamiento identificados durante la etapa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) a los servicios que coincidan con la lista prioritaria de servicios de salud para las personas mayores de un año

- Definir los tipos de aseguradoras e inscribir de forma obligatoria y automática a las personas en los planes de atención administrada
- Coordinación de la atención para las personas que viven en instituciones para enfermedades mentales (Institutions for Mental Diseases, IMD)

Continuar con los pagos de atención no compensados para el Programa de Centros de Salud Tribales

Propósito, metas y objetivos

El Oregon Health Authority (OHA) presentará una solicitud de renovación de la versión de demostración 1115(a) del Plan de Salud de Oregon para el período de demostración del 1.º de julio de 2022 al 30 de junio de 2027. Los cambios en las solicitudes de renovación de la demostración actual harán lo siguiente:

- Aumentar el acceso a la cobertura continua del OHP para algunas poblaciones mediante cambios en los procesos actuales de inscripción y los criterios de elegibilidad;
- Definir una serie de paquetes de beneficios de servicios de apoyo para las personas que hacen la transición entre distintos sistemas, entornos de atención médica y etapas de la vida, o debido a eventos puntuales con el objetivo de minimizar las interrupciones en la atención que suelen darse durante estas transiciones;
- Proponer cambios en la metodología utilizada para establecer los índices de capitación que se utilizan para pagarles a las CCO;
- Permitir que las organizaciones gasten el 3% de su índice de capitación mensual por miembro en inversiones para mejorar la equidad en la salud y que estas inversiones se contabilicen como gastos médicos durante el desarrollo de los índices, según lo exigido por el Proyecto de Ley 3353 de la Cámara Legislativa de Oregón 2021;
- Solicitar financiamiento federal para gastos centrados en la mejora de la equidad de la salud, que incluya inversiones para crear una infraestructura que apoye las intervenciones en materia de equidad de la salud, que apoye las intervenciones en materia de equidad de la salud dirigidas por la comunidad y las iniciativas estatales, y que conceda a los colaboradores dirigidos por la comunidad recursos para invertir en equidad de la salud.
- Proporcionarle al estado la capacidad de definir los medicamentos preferidos para los miembros del programa en un esfuerzo por controlar mejor el impacto financiero del aumento en el costo de los medicamentos;
- Cambiar el proceso de selección y funcionamiento de las métricas de incentivo para las CCO a fin de hacer hincapié en la reducción de las inequidades de la salud; y
- Extender los beneficios a los miembros indios americanos o nativos de Alaska del OHP para incluir prácticas tribales como un servicio cubierto, y eximir los criterios de autorización previa para los miembros tribales

Los cambios propuestos en el programa cumplirían las siguientes metas y objetivos:

- Maximizar el acceso continuo y equitativo a la cobertura
- Agilizar las transiciones entre los sistemas mediante paquetes de beneficios definidos de servicios de los determinantes sociales de la salud

- Aumentar la flexibilidad para que las organizaciones de atención coordinada (CCO) inviertan en salud comunitaria y equidad de la salud
- Mejorar la salud mediante inversiones de equidad dirigidas por las comunidades
- Garantizar la calidad y el acceso mediante métricas de desempeño centradas en la equidad
- Estar en línea con las prioridades de los nueve gobiernos tribales de Oregón

Beneficiarios alcanzados por la demostración

Oregón propone los siguientes cambios para los beneficiarios en función de la demostración:

Población	Criterios	Cambios propuestos
<p>Jóvenes con necesidades especiales de atención médica</p>	<p><i>Adolescentes y jóvenes adultos con una afección conductual, del desarrollo, emocional o física de 17 a 26 años que tengan elegibilidad para el servicio o para Medicaid a través de la Agencia para Personas con Discapacidades (Agency for Persons with Disabilities, APD), los Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Oregón (Oregon Developmental Disability Services, ODDS); o bien que se hayan identificado mediante el algoritmo de complejidad médica pediátrica (Pediatric Medical Complexity Algorithm, PMCA); o que se hayan identificado mediante los siguientes indicadores: discapacidades intelectuales o del desarrollo (Intellectual or Developmental Disability, IDD), o indicadores de debilidad o implicancia médica.</i></p>	<p>Los cambios solicitados extenderían esta cobertura hasta los 26 años y harían que estos jóvenes sean elegibles para los servicios diseñados para respaldar el empleo, el desarrollo de las habilidades para la vida y otros beneficios que pretenden ayudar en la transición hacia los beneficios para adultos.</p>
<p>Miembros indios americanos o nativos de Alaska del OHP</p>	<p><i>Miembros del OHP que estén inscritos como indios americanos o nativos de Alaska.</i></p>	<p>Los servicios proporcionados a estos miembros no necesitarían cumplir criterios de autorización previa para los servicios ofrecidos a los miembros tribales en virtud del OHP. Además, la propuesta solicita que algunas prácticas tribales específicas se incluyan como servicios cubiertos para los miembros tribales.</p>

Población	Criterios	Cambios propuestos
<p>Jóvenes bajo custodia que residan en correccionales juveniles (Autoridad Juvenil de Oregón)</p>	<p><i>Jóvenes bajo custodia que estén en correccionales juveniles (antes y después de la adjudicación) que ingresan con la inscripción actual al OHP o que se inscriben mientras están bajo custodia.</i></p>	<p>Los jóvenes bajo custodia mantendrían la inscripción continua en el OHP durante el plazo de su custodia, lo que les permitiría acceder a un paquete de servicios de apoyo definidos que los ayudarán en la transición al momento de su liberación. Esto difiere de la demostración actual, que no permite inscribir personas que están bajo custodia hasta que recuperen su libertad.</p>
<p>Adultos encarcelados o bajo custodia del Departamento de Correccionales</p>	<p><i>Personas que están bajo custodia del Departamento de Correccionales cuya liberación está planificada en el plazo de 90 días o menos, y que cumplen los requisitos de ingresos para Medicaid.</i></p>	<p>Las personas serían elegibles para inscribirse en el OHP a partir de 90 días antes de su fecha de liberación, lo que les permite acceder a un paquete de servicios de apoyo definidos que los ayudarán en la transición. Esto difiere de la demostración actual, que no permite inscribir personas que están bajo custodia hasta que recuperen su libertad.</p>
<p>Adultos bajo custodia de los centros correccionales locales</p>	<p><i>Personas bajo custodia que estén en cárceles del condado o centros correccionales locales (antes y después de la adjudicación) que ingresan con la inscripción actual al OHP o que se inscriben mientras están bajo custodia.</i></p>	<p>No se cancelaría la inscripción en el OHP de las personas que están inscritas en el momento en que quedan bajo custodia de cárceles del condado o centros correccionales locales. Esto difiere de la demostración actual, que suspende la inscripción en el momento del arresto, incluso si no se mantienen los cargos.</p>

Población	Criterios	Cambios propuestos
Personas que residen en el Oregon State Hospital	<i>Personas que están al cuidado del Oregon State Hospital (OSH) que cumplen los criterios de ingresos de Medicaid y cuya fecha de alta planificada es en 90 días o menos.</i>	Las personas que están al cuidado del Oregon State Hospital (OSH) serían elegibles para inscribirse en el OHP a partir de 90 días antes de la fecha del alta. Esto difiere de la demostración actual, que suspende la inscripción en el momento de la admisión.
Personas que residen en Centros Residenciales Psiquiátricos (IMD)	<i>Personas que están al cuidado de un Instituto de Salud Mental (Institute of Mental Disease, IMD) que cumplen los criterios de ingresos de Medicaid y cuya fecha de alta planificada es en 90 días o menos.</i>	Las personas que están al cuidado de un Centro Residencial de Tratamiento Psiquiátrico serían elegibles para inscribirse en el OHP a partir de 90 días antes de la fecha del alta. Esto difiere de la demostración actual, que suspende la inscripción en el momento en que la persona ingresa a este tipo de centro.
Su transición del hogar temporal	<i>Jóvenes que actualmente están inscritos en el OHP y que forman parte del sistema de protección infantil o están en riesgo de formar parte de este sistema, que entran y salen de hogares temporales, incluidos los que son demasiado grandes para estar en el sistema.</i>	Las personas estarían calificadas para recibir servicios de apoyo como vivienda, capacitación en habilidades para la vida, ayuda para el empleo o transporte, incluido el apoyo de pares o la orientación al cambiar de hogar temporal, al cumplir el límite de edad para estar en un hogar temporal o al regresar al hogar natural. Estos servicios no se proporcionan en función de la demostración actual.

Población	Criterios	Cambios propuestos
<p>Miembros que pasan de una cobertura exclusiva de Medicaid a una cobertura de Medicare-Medicaid.</p>	<p><i>Miembros del OHP actual que tienen elegibilidad doble para Medicare y Medicaid según las determinaciones de elegibilidad del OHP.</i></p>	<p>Las personas que tienen elegibilidad doble pueden estar calificadas para recibir asistencia adicional en la transición a Medicare, en el acceso a beneficios cuando comienzan a ser elegibles y en la continuidad de los proveedores. Estos servicios no se proporcionan en función de la demostración actual.</p>
<p>Personas vulnerables a acontecimientos climáticos extremos</p>	<p><i>Personas que están inscritas en un OHP ubicado en una zona afectada por un estado de emergencia declarado debido al cambio climático.</i></p>	<p>Las personas que están inscritas en un OHP que está ubicado en una zona afectada por un estado de emergencia declarado (p. ej., incendios forestales, calor extremo, inundaciones u otros acontecimientos climáticos) calificarían para recibir servicios adicionales que fueron diseñados para aliviar el impacto negativo para la salud y el bienestar de la persona. Estos servicios no se proporcionan en función de la demostración actual.</p>
<p>Niños menores de 6 años</p>	<p><i>Personas que cumplen los requisitos de ingresos de Medicaid y tienen entre 0 y 6 años.</i></p>	<p>Los niños menores de 6 años no estarían obligados a someterse al proceso anual de redeterminación de elegibilidad hasta cumplir los 6 años, por lo que tendrían una inscripción continua en el OHP. Esto difiere de la demostración actual, que exige una redeterminación anual de la elegibilidad.</p>

Población	Criterios	Cambios propuestos
Personas mayores de 6 años	<i>Miembros del OHP inscritos actualmente que cumplen los criterios de ingresos de Medicaid y son mayores de 6 años.</i>	Las personas inscritas en el OHP deberían someterse a una redeterminación de la elegibilidad cada 24 meses en lugar de cada 12 meses, como ocurre con la demostración actual.
Todos los demás miembros del OHP	<i>Cualquier persona que actualmente reciba beneficios del OHP.</i>	Las personas que reciben medicamentos recetados en función del Plan de Salud de Oregon pueden ver algunos cambios en los medicamentos preferidos del plan.
Personas elegibles para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) que no están inscritas en el OHP actualmente	<i>Personas que cumplen los criterios de ingresos de Medicaid y que actualmente están inscritas en los beneficios del SNAP.</i>	Las personas que son elegibles para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional serían evaluadas para la elegibilidad del OHP y se les ofrecería una inscripción agilizada usando los criterios de ingresos ya establecidos durante la inscripción en el SNAP. Esto difiere de la demostración actual, que revisa la elegibilidad de una persona para el OHP y para el SNAP por separado.

No se solicita ningún otro cambio en los criterios de elegibilidad.

Sistema de provisión y requisitos de elegibilidad

Oregón propone mantener el modelo de Organizaciones de Atención Administrada (CCO) para la provisión de los servicios. Se seguirá contratando a las CCO para que presten servicios de salud física, conductual y odontológica para los miembros elegibles. Los requisitos de elegibilidad seguirán siendo los mismos, a excepción de los cambios descritos anteriormente.

Cambios en los beneficios y la cobertura

Los beneficios para los miembros del OHP que están definidos en el Plan Estatal no cambiarán. Habrá beneficios adicionales disponibles para las personas que califiquen en función de los cambios en la elegibilidad descritos anteriormente, que incluyen los siguientes:

Cambios propuestos	Programa actual
Cobertura de un conjunto de servicios específicos para respaldar a los miembros que están atravesando una transición de la atención entre sistemas, entre entornos y durante acontecimientos de la vida	Algunos servicios de esta propuesta se encuentran disponibles en las CCO como servicios relacionados con la salud, pero no se consideran un servicio cubierto
La disponibilidad de algunos servicios prestados por pares se extendió para incluir la cobertura de servicios antes de desarrollar un plan de tratamiento y después de haberlo completado	Los servicios prestados por pares se consideran servicios cubiertos cuando se realizan bajo la supervisión de un proveedor certificado y se incluyen en el plan de tratamiento del miembro
Flexibilidad para excluir los medicamentos cuya eficacia clínica sea limitada o inadecuada, con la posibilidad de incluir la cobertura de medicamentos no preferidos	El estado no tiene la capacidad de excluir la cobertura de los medicamentos aprobados

No se solicita ningún otro cambio en los beneficios.

Requisitos de costo compartido

No se solicita ningún cambio en los requisitos de costo compartido. El OHP no exige costos compartidos.

Cálculo del cambio esperado en la inscripción anual y los gastos anuales

Datos históricos (período de la exención actual)					
	Año fiscal estatal 2018	Año fiscal estatal 2019	Año fiscal estatal 2020	Año fiscal estatal 2021	Año fiscal estatal 2022
Inscripción total	856,262	857,297	879,157	1,005,122	1,131,501
Gastos totales	\$6,258,934,391	\$6,597,659,631	\$7,073,711,147	\$7,784,273,070	\$9,555,087,914

Período de renovación de la demostración					
	Año fiscal estatal 2023	Año fiscal estatal 2024	Año fiscal estatal 2025	Año fiscal estatal 2026	Año fiscal estatal 2027
Inscripción total proyectada	1,019,073	1,123,740	1,132,032	1,134,884	1,115,832
Gasto total proyectado	\$10,007,172,653	\$11,620,080,436	\$12,088,770,684	\$12,537,125,292	\$12,556,399,420

Hipótesis y parámetros de evaluación

El estado propone cambios en lo que se evaluará con esta exención, que son similares a lo que se está evaluando en virtud de la demostración actual. A continuación, se describen los cambios:

P1. ¿Reducirán las intervenciones propuestas en la renovación de la exención 1115 las inequidades de la salud en función de la raza y etnia?

Hipótesis n.º 1:

La redistribución del poder y los recursos a las personas y comunidades que se han visto más afectadas por el racismo histórico y contemporáneo dará como resultado mejoras en las inequidades de la salud y las medidas de autonomía, estado de salud y calidad de vida informadas por las personas.

Hipótesis n.º 2:

El uso de la nueva estructura de toma de decisiones para seleccionar y hacer funcionar las métricas de incentivo para las CCO dará como resultado mayores mejoras en las inequidades de la salud en función de la raza o etnia que lo que ocurría con la estructura de toma de decisiones vigente durante la exención de 2012 a 2017.

P2. ¿Mejorará la cobertura continua los resultados de salud?

Hipótesis n.º 3:

Una inscripción más temprana en el OHP con menos interrupciones en la cobertura para las poblaciones vulnerables significará que más personas recibirán atención en los entornos adecuados, lo que mejorará su estado de salud y calidad de vida.

Hipótesis n.º 4:

Ofrecer paquetes de servicios de apoyo de SDOH a las personas que están atravesando una transición es más eficaz para mejorar la integración y lograr así una transición exitosa que solo ofrecer servicios individuales.

P3. ¿Aumenta la nueva metodología de desarrollo de índices para un presupuesto basado en el valor el gasto de las CCO en inversiones comunitarias a fin de reducir las inequidades de la salud?

Hipótesis n.º 5:

Ofrecer un presupuesto predecible, sobre la base de un método agilizado con un crecimiento de costos predecible, permite tener mayor claridad en torno a los fondos disponibles para la reinversión de las CCO en la comunidad local y aumenta las inversiones comunitarias.

Hipótesis n.º 6:

Ofrecer un presupuesto predecible, sobre la base de un método agilizado con un crecimiento de costos predecible, permite que los socios de la comunidad trabajen de forma más eficaz con las CCO a fin de cumplir las necesidades de servicios de apoyo de SDOH que tienen los miembros.

Autoridades de exención y gastos solicitadas para la demostración

Oregón solicita continuar con las siguientes autoridades de exención y gastos que se usaron durante la demostración actual:

Autoridad de exención	Uso de la exención
Sección 1115(a)	Continuación del Programa de Atención Tribal no Compensada (Tribal Uncompensated Care Program, UCCP)
Título 42, Secc. 438.56 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR)	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que los inscritos que tienen elegibilidad doble a través de Medicare y Medicaid cancelen su inscripción en las CCO sin causa en cualquier momento • Contratar a entidades de atención administrada y aseguradoras que operen a nivel local • Ofrecer beneficios que coincidan con una lista de afecciones y tratamientos prioritarios, sujeto a determinadas excepciones para los beneficios protegidos • Limitar la cobertura de los servicios de tratamiento identificados durante la etapa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) a los servicios que coincidan con la lista prioritaria de servicios de salud para las personas mayores de un año • Definir los tipos de aseguradoras e inscribir de forma obligatoria y automática a las personas en los planes de atención administrada • No hacer pagos de hospitales compartidos desproporcionados por los inscritos en atención administrada • En general, permitir que las organizaciones de atención coordinada limiten los períodos en los que los inscritos pueden cancelar su inscripción • Proporcionar cobertura para determinados servicios relacionados con la dependencia de sustancias químicas para beneficiarios específicos • Recibir una participación financiera federal para determinados programas de atención médica financiados por el estado

Además de la autoridad de exención existente de Oregón, el estado trabajará con los CMS para determinar si necesita una mayor autoridad de exención que le permita hacer lo siguiente:

Autoridad de exención	Uso de la exención	Motivo de la solicitud de exención
Título 42, Secc. 435.916 del CFR	Autoridad de gastos que permita que el estado implemente una inscripción continua.	Esto permite que el estado solicite la participación financiera federal para la inscripción constante de niños sin tener en cuenta si sus ingresos superan los límites de elegibilidad y proporcionar la inscripción continua en el OHP hasta su sexto cumpleaños (de 0 a 5 años)
Título 42, Secc. 435.916 del CFR	Autoridad de gastos que permita que el estado implemente una inscripción continua.	Esto permite que el estado exima los requisitos de redeterminación anual con respecto a la elegibilidad de los ingresos y que establezca una inscripción continua en el OHP durante dos años para las personas mayores de seis años
Título 42, Secc. 438.8, y Título 42, Secc. 438.74 del CFR Título 45, Secc. 158.150, o Título 45, Secc. 158.151 del CFR	Permitir que los servicios con la salud se contabilicen en el numerador del Índice de Pérdidas Médicas (Medical Loss Ratio, MLR).	Esto permite que el estado contabilice los servicios relacionados con la salud que cumplan los requisitos en el numerador del Índice de Pérdidas Médicas al evaluar los informes financieros de las CCO
	Autoridad de gastos que permita que el estado utilice la información de elegibilidad del SNAP como base para determinar la inscripción en Medicaid	Esto permite que el estado proporcione una vía de inscripción acelerada para las personas que solicitan los beneficios del SNAP y son elegibles para este programa.

Autoridad de exención	Uso de la exención	Motivo de la solicitud de exención
	<p>Autoridad de gastos para las iniciativas relacionadas con la salud financiadas por el estado.</p>	<p>Esto permite que el estado solicite una nueva inversión federal centrada en la mejora de la equidad de la salud, que incluya inversiones para crear una infraestructura que apoye las intervenciones en materia de equidad de la salud; apoye las intervenciones en materia de equidad de la salud dirigidas por la comunidad y las iniciativas estatales; conceda a los colaboradores dirigidos por la comunidad recursos para invertir en equidad de la salud.</p>
	<p>Autoridad de gastos para financiar los pagos a proveedores y organizaciones comunitarias para el desarrollo de infraestructura y capacidades.</p>	<p>Esto permite que el estado solicite inversiones generales para colaboraciones de inversión comunitaria a fin de respaldar las capacidades de implementación a nivel comunitario, incluidos los pagos para la infraestructura y el desarrollo de capacidades de proveedores y organizaciones comunitarias (Community-Based Organizations, CBO).</p>
	<p>Autoridad de gastos para financiar los servicios relacionados con la salud para personas durante determinadas transiciones de su vida.</p>	<p>Esto permite que el estado solicite financiamiento adicional para un conjunto de servicios de transición de SDOH específicos que permitan respaldar a los miembros que lo necesiten durante la transición en períodos de cobertura y transiciones de la vida.</p>
	<p>Autoridad de gastos para los servicios de Medicaid prestados a personas que residen en una institución.</p>	<p>Esto eximiría de la norma federal que impide la cobertura de Medicaid para una persona detenida, incluidas las poblaciones implicadas en la justicia y las que se encuentran en el Oregon State Hospital y en centros residenciales psiquiátricos y permite que el estado solicite la participación con fondos federales para la inscripción de personas bajo custodia.</p>

Autoridad de exención	Uso de la exención	Motivo de la solicitud de exención
	Autoridad de gastos para los servicios de Medicaid prestados a personas que residen en una institución.	Esto permite que el estado cubra algunos costos de servicios médicos para un miembro que está bajo custodia a través de Medicaid, incluidas las poblaciones implicadas en la justicia y las que se encuentran en el Oregon State Hospital y en centros residenciales psiquiátricos.
Secciones 1902(a)(10) y 1902(a)(17)	Exención de comparabilidad para permitir que el estado ofrezca beneficios adicionales a los YSHCN hasta los 26 años.	Esto permite que el estado mantenga los niveles de elegibilidad de los niños y el paquete de beneficios para los jóvenes con necesidades especiales de atención médica (Youth with Special Health Care Needs, YSHCN) hasta los 26 años.
Secciones 1902(a)(10) y 1902(a)(17)	Autoridad de gastos para cubrir a los YSHCN hasta los 26 años hasta el 305% del nivel federal de pobreza, que de otro modo no serían elegibles para Medicaid.	Esto permitiría que el estado solicite la participación con fondos federales para los jóvenes con necesidades especiales de atención médica (YSHCN) hasta los 26 años.
	Autoridad de gastos para los servicios prestados por trabajadores de salud tradicionales, incluidos los trabajadores de la salud comunitarios, los guías de salud personales, los especialistas de apoyo entre pares y las doulas.	Esto permite que el estado extienda y financie los servicios prestados por trabajadores de salud tradicionales fuera de los entornos aprobados actualmente.
Título 42, Secc. 438.5 del CFR	Autoridad de gastos para pagar los índices de capitación creados con desviaciones específicas de los estándares de desarrollo de índices descritos en el Título 42, Sección 438.5, del CFR.	Esto permite que el estado solicite cambios en la metodología utilizada para crear los índices de capitación mensuales por miembro que se pagan a las CCO para la prestación de atención a sus miembros.

Autoridad de exención	Uso de la exención	Motivo de la solicitud de exención
Sección 1902(a)(54); Sección 1927(d)(1)(B); Sección 1902(a)(14); Sección 1916 y 1916A; Sección 1902(a)(23)(A)	Exención de los requisitos de restricción de cobertura permitidos para los medicamentos para pacientes ambulatorios, específicamente los de la Sección 1902(a)(54) en tanto que incorpore la Sección 1927(d)(1)(B); Sección 1902(a)(14) en tanto que incorpore la Sección 1916 y 1916A; Sección 1902(a)(23)(A).	Esto permite que el estado defina una lista de medicamentos preferidos y que excluya los medicamentos no comprobados o de poco valor, en función de su eficacia clínica.
	Autoridad de gastos para financiar los servicios relacionados con la salud para miembros que están atravesando determinadas transiciones de su vida.	Esto permite que el estado obtenga un aporte compensatorio federal para fondos de Medicaid gastados para atender los determinantes sociales de la salud (SDOH) de miembros del OHP que atraviesen transiciones específicas en su vida.
Título 42, Secc. 438.5 del CFR	Autoridad de gastos para pagar los índices de capitación creados con desviaciones específicas de los estándares de desarrollo de índices descritos en el Título 42, Sección 438.5, del CFR.	Esto permite que el estado tenga autoridad para contabilizar las inversiones de las CCO en equidad de la salud que exige el Proyecto de Ley 3353 como reclamaciones médicos o gastos de mejora de calidad a los fines de establecer los índices de las CCO.

Accesibilidad a los documentos: para las personas con discapacidades o personas que hablan un idioma que no es inglés, el OHA puede proporcionar información en formatos alternativos, como traducciones, letra grande o braille. Comuníquese con el Programa de socio comunitario de extensión en community.outreach@dhsosha.state.or.us o bien llame al 1-833-647-3678. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión o puede marcar el 711.