

Ngân sách Tổng thể Dựa trên Giá trị

Oregon đang yêu cầu cơ quan có thẩm quyền tạo ra các ngân sách tổng thể dựa trên giá trị của tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) giúp thúc đẩy tốt hơn các khoản đầu tư vào bình đẳng y tế, khuyến khích chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe và được phát triển để trang trải tất cả các chi phí hợp lý, thích hợp để thực hiện chương trình CCO trong khi tăng trưởng với tốc độ dự đoán phù hợp với mục tiêu tăng trưởng chi phí của tiểu bang.¹ Ngân sách tổng thể dựa trên giá trị mới sẽ cung cấp khả năng dự đoán dài hạn và tính linh hoạt cho các CCO và các nhà cung cấp dịch vụ, từ đó thúc đẩy các khoản đầu tư bổ sung ở tầm vĩ mô vào các dịch vụ phòng ngừa và liên quan đến sức khỏe để cải thiện kết quả sức khỏe và giảm các chi phí chăm sóc sức khỏe có thể tránh được.

Ngân sách tổng thể dựa trên giá trị này sẽ tiếp tục thúc đẩy các khuyến khích tài chính trong hệ thống phân phối: thay vì được thưởng bằng tài chính khi các hội viên Medicaid bị đau ốm và được chăm sóc nhiều hơn, các CCO sẽ có trách nhiệm đối với sức khỏe của các hội viên và có nhiều nguồn lực hơn để đầu tư khi sức khỏe của các hội viên được cải thiện, sự bất bình đẳng được loại bỏ và các sự cố sức khỏe có thể tránh được sẽ được ngăn chặn thông qua việc chăm sóc tốt hơn, có phối hợp hơn cho các hội viên.

Trong lần gia hạn miễn trừ thử nghiệm Phần 1115(a) này, Oregon yêu cầu sự linh hoạt của việc miễn trừ trong cách thiết lập tỷ lệ định suất chăm sóc do Medicaid quản lý (CCO) thường được thiết lập, đồng thời duy trì tỷ lệ hợp lý và phù hợp, để đáp ứng các mục tiêu được mô tả ở trên. Cụ thể, Oregon yêu cầu cơ quan có thẩm quyền:

1. Tính toán ngân sách cơ sở (tỷ lệ định suất) một cách hợp lý và đầy đủ cho các dịch vụ được bao trả và rủi ro của người dân, và dựa trên việc sử dụng và chi tiêu trong nhiều năm trước đây, các xu hướng gần đây và chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe.
2. Xu hướng tỷ lệ cơ bản theo cách có thể dự đoán được trong 5 năm, mà không cần lập lại ngân sách cơ sở mỗi năm.
3. Tăng khả năng dự tính chi phí thông qua quản lý chặt chẽ hơn chi phí dược phẩm, bằng cách cho phép phương pháp tiếp cận công thức thuốc khép kín theo kiểu thương mại, có thể loại trừ các thuốc có bằng chứng là hạn chế hoặc không đầy đủ về hiệu quả lâm sàng.

Vấn Đề và Bối Cảnh

Phần lớn sức khỏe của người dân không được xác định bởi sự chăm sóc y tế mà họ nhận được, mà bởi các yếu tố quyết định xã hội, ví dụ như khu vực và môi trường sống, khả năng

¹ Mục tiêu về mức chi tiêu bình quân đầu người hàng năm sẽ áp dụng trên tất cả các thị trường chăm sóc sức khỏe, bắt đầu từ năm 2021

tiếp cận thực phẩm lành mạnh, cơ hội việc làm và thu nhập.² Oregon ngày càng nhận ra rằng chúng ta cần giải quyết các yếu tố xã hội quyết định đến sức khỏe để giảm chi phí y tế và cải thiện bình đẳng y tế.³

Hơn nữa, Chín bộ lạc và cộng đồng bộ lạc được Liên bang công nhận ở Oregon, người Latinh, người Mỹ gốc Phi, người gốc Á, người đảo Thái Bình Dương và người Da Đỏ/thổ dân Alaska, cộng đồng da màu, người khuyết tật, người có trình độ Anh ngữ hạn chế, người nhập cư và cộng đồng người tị nạn có điều kiện xã hội và môi trường kém hơn và kết quả là sức khỏe kém hơn, một phần là do sự thiếu đầu tư trong thời gian dài của chính phủ liên bang và tiểu bang. Đại dịch COVID-19 đã làm bộc lộ rõ điều này, với các cộng đồng da màu bị tổn hại ở mức độ không cân xứng khi so sánh với các cộng đồng da trắng.⁴

Hệ thống hiện tại dành cho các tổ chức chăm sóc được quản lý không đủ khuyến khích các khoản đầu tư vào y tế, phòng ngừa, cải thiện kết quả hoặc bình đẳng y tế. Theo truyền thống, các tổ chức chăm sóc được quản lý và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được trả tiền dựa trên mức độ bệnh tật của một hội viên và số lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ nhận được. Nói chung, các tổ chức chăm sóc được quản lý nhận thấy tỷ lệ định suất của họ tăng lên hàng năm khi các hội viên bị ốm và tiếp cận nhiều dịch vụ hơn và/hoặc phải chịu thêm chi phí, và giảm nếu bệnh nhân khỏe mạnh hơn và cần ít dịch vụ hơn. Mô hình thanh toán này cố hữu là không khuyến khích tập trung vào phòng ngừa, quản lý chăm sóc và các can thiệp chi phí thấp hơn khác có thể tránh biến cố sức khỏe và các dịch vụ hệ quả cho hội viên.

Khi Oregon thành lập các CCO và mô hình chăm sóc phối hợp Medicaid vào năm 2012, mục tiêu chính là chuyển từ một mô hình chủ yếu tập trung vào việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sang một mô hình mới: các tổ chức do cộng đồng quản lý hoạt động theo một mô hình kinh tế khác và tập trung vào việc cải thiện kết quả sức khỏe và quản lý sức khỏe dân cư. Oregon mong muốn thực hiện một phương pháp thiết lập tỷ lệ với hai mục tiêu:

1. kết hợp các dòng tài trợ về thể chất, hành vi và sức khỏe răng miệng với nhau để một tổ chức chịu trách nhiệm về tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của các hội viên; và
2. thay đổi các khuyến khích về tài chính trong hệ thống chăm sóc sức khỏe để phần thưởng tài chính đến từ số người dân được phục vụ khỏe mạnh hơn chứ không phải số ốm đau.

² Magnan, S. (2017). Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five. National Academy of Medicine. Có sẵn tại: <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-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>;
<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-key-question-and-answers/>

Theo phương pháp thiết lập tỷ lệ CCO ban đầu của Oregon, mục tiêu là để xem hệ thống y tế chuyển việc chi tiêu sang tập trung vào phòng ngừa nhằm giảm các dịch vụ chăm sóc tức thời có thể tránh được; ví dụ, đầu tư nhiều hơn vào sức khỏe hành vi của cộng đồng giúp có thể tránh phải đến bệnh viện. Một mục tiêu khác là thấy ngày càng có nhiều ngân sách được chi cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe, ví dụ như các dịch vụ để giải quyết các nhu cầu xã hội, như nhà ở và thực phẩm, với mục tiêu cải thiện sức khỏe và tránh các chi phí y tế.

Oregon đã thành công trong việc kết hợp các dòng tài trợ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể lập hóa đơn. Tuy nhiên, theo các yêu cầu hiện tại của liên bang đối với tỷ lệ định suất, chúng ta vẫn chưa nhận thấy sự thay đổi thực sự trong các biện pháp khuyến khích tài chính đối với các kết quả mà chúng ta tìm kiếm. Tầm nhìn về một ngân sách tổng thể dựa trên giá trị vẫn chưa được thực hiện đầy đủ ở Oregon. Cụ thể, tỷ lệ các CCO vẫn chủ yếu dựa trên các chi phí y tế mới, kéo dài các khuyến khích có sẵn trong việc chuyển nguồn lực sang các dịch vụ phòng ngừa và liên quan đến sức khỏe, đồng thời hạn chế chi phí.

Oregon đã đổi mới một cách nhiều nhất có thể trong các yêu cầu hiện tại của CMS đối với tỷ lệ định suất chăm sóc được quản lý để thay đổi cách thức khuyến khích tài chính nhằm cải thiện sức khỏe của người dân. Bất chấp những nỗ lực của Oregon nhằm tinh chỉnh quy trình thiết lập tỷ lệ (xem ô ở trang tiếp theo), các chiến lược này vẫn chưa đủ để thay đổi cơ bản mô hình kinh tế thúc đẩy chi tiêu CCO. Trong khi có sự gia tăng, Oregon không thấy có sự thay đổi rõ rệt về số tiền CCO chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe. Mức chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe chiếm trung bình 0.7% ngân sách hàng năm của các CCO. Khái niệm ngân sách tổng thể ban đầu của Oregon nhằm thúc đẩy các cuộc thảo luận trong cộng đồng, địa phương về cách thay đổi chi tiêu trong hệ thống để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của cộng đồng và chi tiêu khôn ngoan trong phạm vi nguồn lực hạn chế để tối đa hóa kết quả sức khỏe. Tuy nhiên, sự phân bổ chi tiêu trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của Oregon (ví dụ: số tiền phân bổ giữa sức khỏe thể chất, hành vi và răng miệng) vẫn phần lớn giống nhau, cho thấy việc chi tiêu đang được thực hiện theo thói quen từ trước tới nay và sức mạnh thị trường, chứ chưa phải chuyển hướng thực sự tập trung vào sức khỏe của người dân. Oregon không thể giải quyết triệt để các bất bình đẳng y tế hoặc điều chỉnh sự phân biệt chủng tộc trong lịch sử và sự mất cân bằng quyền lực trong hệ thống y tế, trừ khi các khuyến khích tài chính trong hệ thống tập trung đầy đủ hơn vào sức khỏe của người dân và thúc đẩy các cuộc thảo luận trong cộng đồng về việc ưu tiên các nguồn lực để đạt được kết quả tốt hơn.

Các thay đổi về phương pháp tính tỷ lệ cho đến nay

Các tỷ lệ của CCO được xây dựng bằng cách sử dụng một phương pháp đã phát triển theo thời gian với nỗ lực khuyến khích việc sử dụng các dịch vụ có giá trị cao, chi phí thấp và giảm cơ hội cho những kẻ gây xao lãng và lợi nhuận quá mức với chi phí tiếp cận và chất lượng của hội viên, trong khi vẫn ở trong giới hạn của các nguyên tắc tính toán đã được thiết lập. Ví dụ:

- **Dữ liệu cơ sở trên toàn tiểu bang.** Trong lần mua sắm theo hợp đồng CCO 5 năm gần đây nhất vào năm 2019, OHA đã giới thiệu việc sử dụng dữ liệu cơ sở trên toàn tiểu bang khi xây dựng tỷ lệ định suất ban đầu. Điều này được thực hiện để làm giảm bớt tác động của mức độ sử dụng cao của bất kỳ CCO đơn lẻ nào và ngăn nó tăng vô hạn định, đồng thời áp dụng các yếu tố khu vực để đảm bảo giá phản ánh những thay đổi phù hợp trong việc sử dụng và định giá.
- **Chương trình thưởng dựa trên hiệu suất.** Vào năm 2022, OHA sẽ triển khai Thưởng Dựa trên Hiệu suất (Performance-Based Reward, PBR), một chương trình được phê duyệt thông qua lần gia hạn miễn trừ cuối cùng của chúng tôi, được thiết kế để thưởng cho những thành tựu trong các dịch vụ liên quan đến sức khỏe và hạn chế chi phí, tuân theo các biện pháp bảo vệ chất lượng. PBR hoạt động bằng cách thay đổi tỷ suất lợi nhuận của CCO so với số tiền họ chi cho HRS, để khuyến khích việc áp dụng rộng rãi hơn các dịch vụ phi y tế có giá trị cao. Điều này một phần bảo vệ chống lại cái gọi là “trượt mức phí” trong đó tiết kiệm không có lợi cho CCO, tức là khi tỷ lệ được xây dựng bằng cách sử dụng dữ liệu chi phí và sử dụng trước đây, các CCO giảm chi phí sẽ giảm tỷ lệ mỗi năm.

Oregon tìm kiếm cơ quan có thẩm quyền dựa trên phương pháp luận phát triển tỷ lệ cố định cho một ngân sách tổng thể mới, dựa trên giá trị, đơn giản nhất có thể và dễ hiểu với cộng đồng và CCO, cũng như để dự đoán hơn cho tiểu bang và cộng đồng. Cần phải rõ ràng rằng khi tập trung chi tiêu vào bình đẳng y tế, dự phòng, điều phối chăm sóc và chất lượng, các CCO sẽ cải thiện sức khỏe và thực hiện tiết kiệm. Phương pháp sắp xếp hợp lý này sẽ được kết hợp với trách nhiệm giải trình rõ ràng đối với nhu cầu của hội viên và cộng đồng, cũng như các chiến lược để đảm bảo chi tiêu cho bình đẳng y tế do cộng đồng thúc đẩy.

Với những thay đổi được đề xuất của Oregon nhằm tạo ra một ngân sách tổng thể dựa trên giá trị, chúng tôi mong đợi những kết quả như sau:

- Sự gia tăng đáng kể trong các dịch vụ liên quan đến sức khỏe cùng với việc giảm bớt gánh nặng hành chính trong việc kiểm đếm chi tiết các dịch vụ liên quan đến sức khỏe để có được “tín dụng” trong việc thiết lập tỷ lệ (như hiện nay được yêu cầu trong Thưởng Dựa trên Hiệu suất). Việc chi tiêu nhiều hơn cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe sẽ dẫn đến:
 - Đầu tư nhiều hơn vào sức khỏe cộng đồng nhằm thúc đẩy bình đẳng y tế
 - Đầu tư nhiều hơn vào các dịch vụ phòng ngừa, giá trị cao
- Tăng cường phối hợp chăm sóc và quản lý tốt hơn các hội viên phải chịu chi phí cao, bao gồm các hội viên chuyển đổi giữa các hệ thống và các giai đoạn trong cuộc sống: cải huấn, Bệnh viện Tiểu bang Oregon, Dịch vụ Nội trú Sức khỏe Tâm

thần, chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời cho thanh thiếu niên - do các khuyến khích tài chính rõ ràng hơn để cải thiện kết quả.

- Giảm chi tiêu cho các dịch vụ chăm sóc có giá trị thấp hơn và các giai đoạn có thể tránh được khi các CCO chuyển tiền ngân sách sang điều phối phòng ngừa và chăm sóc.
- Trách nhiệm giải trình nhiều hơn của các CCO đối với cộng đồng mà họ phục vụ về cách chi tiêu ngân sách tổng thể dựa trên giá trị của họ.
- Tốc độ tăng chi phí được giới hạn trong các mục tiêu được xác định công khai (xem ô bên dưới) và phù hợp với các mục tiêu chi tiêu tổng thể trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của Oregon.

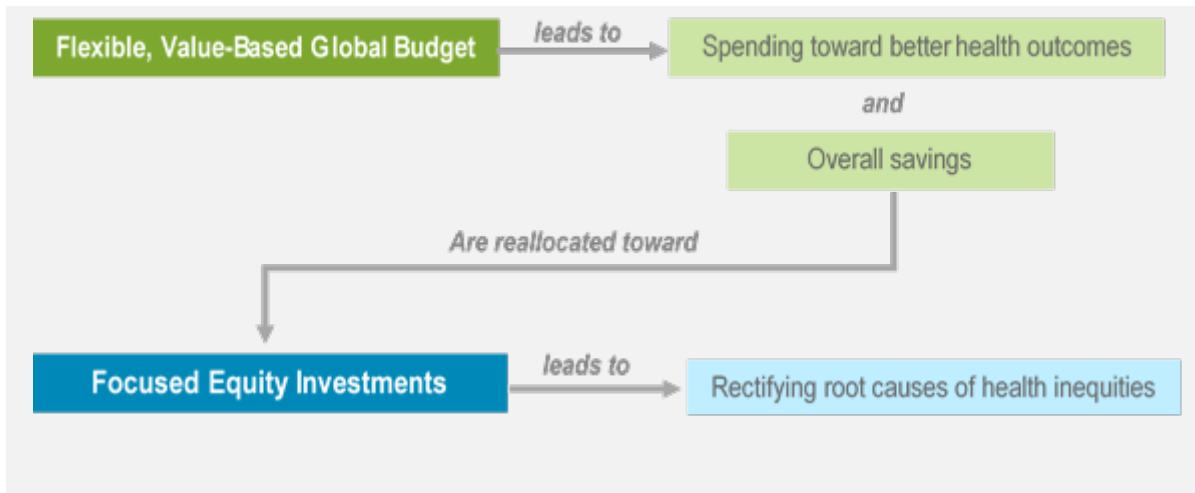
Trọng tâm của chiến lược ngân sách tổng thể dựa trên giá trị của Oregon là cam kết tăng trưởng bền vững. Chiến lược luôn là tiết kiệm tiền thông qua chi tiêu hiệu quả hơn để dẫn đến kết quả sức khỏe tốt hơn thay vì giảm dịch vụ hoặc thắt chặt tiêu chí hội đủ điều kiện.

Mô hình CCO của Oregon là sáng tạo và tiết kiệm chi phí. Tuy nhiên, giữ cho tốc độ tăng chi phí trong phạm vi mục tiêu vẫn tiếp tục là một thách thức. Người dân Oregon đang phải đối mặt với cuộc khủng hoảng nhà ở trên toàn tiểu bang, các trường hợp khẩn cấp về khí hậu thường xuyên do biến đổi khí hậu gây ra và sự bất bình đẳng phổ biến do phân biệt chủng tộc mang tính cấu trúc gây ra, mà cuối cùng, nó sẽ làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe.

Phương pháp ngân sách tổng thể dựa trên giá trị được đề xuất trong bản phác thảo ý tưởng này sẽ là thường chi tiêu cho các kết quả y tế chất lượng cao và công bằng, **đồng thời giúp Oregon tiếp tục kiềm chế tăng chi phí bình quân đầu người.**

Trong bản phác thảo ý tưởng *Đầu tư Tập trung vào Công bằng*, chúng tôi đề xuất rằng khoản tiết kiệm liên bang và tiểu bang đạt được thông qua cam kết của chúng tôi về tăng trưởng bền vững ở mức 3.0-3.4% (trên tất cả các thị trường chứ không chỉ Medicaid) sẽ được chia sẻ ở cấp tiểu bang và địa phương để đầu tư vào các chương trình sáng kiến tầm xa sẽ chỉ ra những cải thiện có thể đo lường được đối với bình đẳng y tế. Để so sánh, xu hướng Medicaid trên toàn quốc được dự báo là 4.9% trong giai đoạn 2022 đến 2028.⁵

⁵ Dự báo NHE (toàn quốc), Bảng 17 - Dự báo NHE Giai đoạn 2019-2028



Các chiến lược đề xuất

Mặc dù các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến tuổi thọ và chất lượng cuộc sống của một người là các điều kiện xã hội và cộng đồng mà người đó sống, làm việc và vui chơi, hệ thống chăm sóc sức khỏe của Hoa Kỳ lãng phí hàng tỷ đô la mỗi năm cho các dịch vụ không cần thiết, phân phối không hiệu quả và chi phí tăng cao. Bằng cách thay đổi và đơn giản hóa các khuyến khích cơ bản, Oregon tìm cách chuyển hướng tài trợ sang việc sử dụng mở rộng các dịch vụ được thiết kế để giải quyết các yếu tố quyết định mang tính xã hội về sức khỏe và đầu tư vào bình đẳng y tế, vốn thường nằm ngoài phạm vi của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, từ đó giảm sự bất bình đẳng y tế và cải thiện sức khỏe tổng thể.

Oregon đang yêu cầu sự linh hoạt của việc miễn trừ trong cách thiết lập tỷ lệ định suất CCO thường được thiết lập, đồng thời duy trì tỷ lệ hợp lý và phù hợp, để đáp ứng các mục tiêu được mô tả ở trên. Cụ thể, chúng tôi yêu cầu khả năng:

- Tính toán ngân sách cơ sở (tỷ lệ định suất) sử dụng tối đa số liệu 5 năm sử dụng và chi tiêu trước đây, đồng thời xem xét các xu hướng gần đây để đảm bảo ngân sách cơ sở là hợp lý và đầy đủ cho các dịch vụ được bảo hiểm và rủi ro của người dân, và ngân sách đó có tính đến việc chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe. Ngân sách cơ sở sẽ được xây dựng dựa trên cả chi phí y tế trước đây cũng như chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến y tế, từ đó khuyến khích chi tiêu cho các hoạt động được chứng minh là có thể ngăn ngừa bệnh tật và tử vong.
- Định hướng tăng tỷ lệ cơ bản theo cách có thể dự đoán được trong 5 năm bằng cách điều chỉnh ngân sách dựa trên mục tiêu tăng trưởng chi phí chăm sóc sức khỏe toàn tiểu bang mới của Oregon, cũng như các điều chỉnh có mục tiêu khác cần thiết để giải quyết các sự kiện không lường trước mà không cần lập lại ngân sách cơ sở mỗi năm.
- Tăng khả năng dự tính chi phí thông qua quản lý chặt chẽ hơn các chi phí được phẩm, bằng cách cho phép áp dụng phương pháp tiếp cận công thức thuốc khép kín kiểu thương mại có thể loại trừ các thuốc có bằng chứng là hạn chế hoặc

không đầy đủ về hiệu quả lâm sàng. Chiến lược này cũng có thể giúp bao gồm chi phí dược phẩm cho các loại thuốc mới phát hành theo những cách có thể giảm thiểu việc điều chỉnh tỷ lệ trong tương lai.

Để bảo vệ quyền của các thành viên OHP trong việc được hưởng đầy đủ các quyền lợi Medicaid cần thiết về mặt y tế và giảm thiểu mọi tác động ngoài ý muốn của các yêu cầu miễn trừ ở trên, Oregon sẽ kết hợp các nội dung sau:

Chiến lược giảm thiểu số 1: Phát triển các biện pháp bảo vệ theo chương trình mạnh mẽ để bảo vệ các hội viên thông qua việc đo lường và báo cáo liên tục của CCO về tiếp cận, chất lượng và kết quả để đảm bảo chống lại việc sử dụng không phù hợp hoặc từ chối các chăm sóc cần thiết.

Chiến lược giảm thiểu số 2: Xây dựng hoạt động giám sát tài chính hàng năm mạnh mẽ, bao gồm giám sát việc sử dụng và chi tiêu, để giám sát khả năng thanh toán của CCO và đảm bảo các mục tiêu hàng năm là hợp lý để trang trải các chi phí dự kiến, cũng như phát triển cơ chế điều chỉnh ngân sách nếu các sự kiện không lường trước được, ví dụ như các phương pháp điều trị mới với chi phí cao, dẫn đến xu hướng hàng năm không đáp ứng đủ nhu cầu sức khỏe của các thành viên.

1. Tính toán ngân sách cơ sở (tỷ lệ định suất) một cách hợp lý và đầy đủ cho các dịch vụ được bao trả và rủi ro của người dân, và dựa trên việc sử dụng và chi tiêu trong nhiều năm trước đây, các xu hướng gần đây và chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe.

Để thực sự chuyển trọng tâm sang việc cung cấp dịch vụ chăm sóc có giá trị cao nhất, Oregon cần một ngân sách tổng thể dựa trên giá trị cho các CCO đơn giản hơn và dễ dự tính hơn trong dài hạn, đồng thời loại bỏ bất kỳ động cơ thực tế hoặc theo nhận thức nào đối với chi tiêu chăm sóc sức khỏe không cần thiết trong ngắn hạn. Việc chuyển sang ngân sách dựa trên giá trị sẽ tập trung các CCO vào việc cung cấp dịch vụ chăm sóc có giá trị cao, chứ không phải là tăng chi tiêu hàng năm để cải thiện tỷ lệ của năm tới.

Theo đề xuất miễn trừ của Oregon, tiểu bang sẽ thiết lập ngân sách dựa trên giá trị CCO ban đầu trên toàn tiểu bang, hợp lý và phù hợp với cách ngân sách cơ sở được thiết lập hiện tại, với hai ngoại lệ:

- Xem xét một khoảng thời gian dài hơn (tới 5 năm) cho các xu hướng lịch sử để tăng niềm tin rằng ngân sách cơ sở là hợp lý, và
- Bao gồm cả chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe, ngoài chi tiêu cho các dịch vụ theo chương trình của tiểu bang, trong khoảng thời gian lên đến 5 năm.

Ngoài ra, để duy trì sự tập trung vào việc xóa bỏ bất bình đẳng y tế, Oregon có kế hoạch chỉ đạo các CCO đầu tư ít nhất 3% ngân sách tổng thể dựa trên giá trị của họ cho các khoản đầu tư vào bình đẳng y tế (theo yêu cầu của Dự luật Nhà ở Oregon 3353), trong đó ít nhất 30% sẽ được hướng đến các thực thể cộng đồng, được gọi là các đơn vị hợp tác đầu tư cộng đồng khu vực (CIC), để đầu tư vào bình đẳng y tế cộng

đồng. (Xem bản phác thảo ý tưởng *Đầu tư Tập trung vào Công bằng*). Oregon đề xuất thiết lập một cơ cấu trách nhiệm giải trình do cộng đồng lãnh đạo đối với tất cả các khoản chi tiêu cần thiết cho bình đẳng y tế, bao gồm một ủy ban giám sát toàn tiểu bang cùng với các CIC khu vực. Như đã nêu ở trên, Oregon yêu cầu khả năng tính toán chi tiêu liên quan đến sức khỏe theo Dự luật 3353 như một phần của công việc y tế khi tính toán tỷ lệ, để yêu cầu thực hiện các khoản đầu tư vào bình đẳng y tế này không ảnh hưởng tiêu cực đến tỷ lệ của CCO trong tương lai.

Trong tương lai, Oregon sẽ điều chỉnh ngân sách CCO hàng năm theo tỷ lệ xu hướng tăng trưởng có thể dự đoán được, phù hợp với các mục tiêu của toàn tiểu bang về tăng trưởng bền vững, và cũng sẽ theo dõi cẩn thận chi tiêu của CCO để xác định bất kỳ điều chỉnh bổ sung, có mục tiêu nào có thể cần thiết để giải quyết các sự kiện không thể lường trước.

2. Xu hướng tỷ lệ cơ bản theo cách có thể dự đoán được trong 5 năm, mà không cần lập lại ngân sách cơ sở mỗi năm.

Oregon đề xuất rằng, cùng với việc giảm chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe trong tất cả các lĩnh vực, ngân sách CCO sẽ có xu hướng chuyển tiếp trong 5 năm với mục tiêu tăng trưởng chi phí chăm sóc sức khỏe trên toàn tiểu bang, sẽ là 3/0 đến 3.4% trong thời gian thử nghiệm. Xu hướng tương lai này sẽ cho phép các CCO dễ dự đoán hơn để đầu tư dài hạn hơn vào bình đẳng y tế, phòng ngừa và cải thiện cộng đồng, giúp dần có được dân số khỏe mạnh hơn và chi phí chăm sóc sức khỏe thấp hơn. Việc điều chỉnh tỷ lệ mục tiêu sẽ được thực hiện đối với những thay đổi đáng kể trong hồ sơ rủi ro của CCO, các quyền lợi được bao trả và dân số toàn tiểu bang, ví dụ, trong những thời điểm có thay đổi quan trọng như mở rộng bảo hiểm trong đại dịch COVID-19.

Khi được kết hợp với chiến lược chất lượng nâng cao và khả năng tính các dịch vụ liên quan đến sức khỏe trong công việc y tế nhằm mục đích thiết lập tỷ lệ, thiết kế này sẽ cho phép CCO tiếp tục tiết kiệm do sự sụt giảm thích hợp trong việc sử dụng. Nó cũng sẽ tạo ra sự linh hoạt hơn cho các CCO trong việc đầu tư vào các cải tiến chăm sóc, bao gồm thông qua đầu tư vào chăm sóc dự phòng, giải quyết các nhu cầu xã hội và xóa bỏ sự bất bình đẳng y tế.

Oregon cũng nhận ra rằng tính linh hoạt nâng cao phải được kết hợp với các biện pháp bảo vệ hội viên mạnh mẽ, đặc biệt hướng vào việc giải quyết những bất bình đẳng y tế đang tồn tại. Để đạt được mục tiêu đó, Oregon cũng đề xuất một hệ thống trách nhiệm giải trình mạnh mẽ với các chiến lược giảm thiểu mới bao gồm bốn lĩnh vực ưu tiên: công bằng, sự hài lòng của hội viên và nhà cung cấp, khả năng tiếp cận và chất lượng chăm sóc, được mô tả chi tiết hơn tại trang 8.

3. Tăng khả năng dự tính chi phí thông qua quản lý chặt chẽ hơn chi phí dược phẩm bằng cách áp dụng công thức khép kín kiểu thương mại và bằng cách loại trừ các loại thuốc có bằng chứng là hạn chế hoặc không đầy đủ về hiệu quả lâm sàng.

Oregon tìm kiếm khả năng quản lý chặt chẽ hơn chi phí dược phẩm trong chương trình Medicaid của mình, thông qua chiến lược gồm hai phần:

A. Áp dụng phương pháp tiếp cận danh mục thuốc khép kín theo cách thương mại

Việc áp dụng phương pháp tiếp cận danh mục thuốc khép kín cho các hội viên là người lớn, bao gồm ít nhất một loại thuốc duy nhất cho mỗi nhóm điều trị, sẽ cho phép OHA và các CCO đàm phán các thỏa thuận giảm giá thuận lợi hơn với các nhà sản xuất. Oregon sẽ giữ một danh mục thuốc mở cho trẻ em. Đối với mỗi nhóm điều trị, các nhà sản xuất có thể được cung cấp một khối lượng đảm bảo về cơ bản để đổi lấy một khoản giảm giá lớn hơn. Hiện tại, OHA và CCO có khả năng hạn chế trong việc cung cấp các thỏa thuận số lượng như vậy cho các nhà sản xuất, do yêu cầu chi trả cho tất cả các loại thuốc trong chương trình giảm giá Medicaid. OHA sẽ tạo ra một quy trình hợp tác với sự tham gia của CCO để chọn thuốc cho danh mục thuốc khép kín.

Trong những năm gần đây, phần lớn các nhà quản lý phúc lợi dược phẩm thương mại (PBM) đã áp dụng các danh mục thuốc khép kín như vậy, cho phép họ tùy chỉnh các sản phẩm thuốc của mình dựa trên hiệu quả lâm sàng và cân nhắc về chi phí. Ví dụ, trong năm 2021, CVS Health đã loại trừ 57 sản phẩm bổ sung trong danh mục của mình, một số do loại thuốc tương đương về mặt y tế rẻ hơn đã có sẵn và một số do thuốc có tính siêu lạm phát, đã tăng giá đột ngột mà không có lý do rõ ràng. Chương trình thương mại Medicare Phần D cũng được phép sử dụng các danh mục thuốc khép kín như vậy (như được ủy quyền theo 42 CFR 423.120) với ít nhất hai loại thuốc cho mỗi nhóm điều trị. Các chương trình Medicare Phần D cũng có thể chỉ bao gồm một loại thuốc cho mỗi nhóm nếu chỉ có một loại thuốc, hoặc nếu chỉ có hai loại thuốc nhưng một loại thuốc vượt trội hơn về mặt lâm sàng. Do Medicare và các chương trình thương mại khác được phép áp dụng các loại danh mục thuốc khép kín, chúng tôi tin rằng Oregon nên có sự linh hoạt tương tự đối với Medicaid.

B. Cho phép loại trừ các loại thuốc có bằng chứng là hạn chế hoặc không đầy đủ về hiệu quả lâm sàng

Nhiều loại thuốc đưa ra thị trường thông qua con đường phê duyệt nhanh của FDA vẫn chưa chứng minh được lợi ích lâm sàng và đã được nghiên cứu trong các thử nghiệm lâm sàng chỉ sử dụng các tiêu chí đánh giá thay thế. Oregon tìm kiếm khả năng sử dụng quy trình xem xét nghiêm ngặt của riêng mình để xác định phạm vi bảo hiểm các loại thuốc mới và ưu tiên quyền tiếp cận của bệnh nhân đối với các loại thuốc hiệu quả, đã được chứng minh lâm sàng. Thông qua quá trình này, tiểu bang có thể tránh được việc chi tiêu quá nhiều cho các loại thuốc giá cao không cần thiết về mặt y tế. Đạo luật Chữa bệnh Thế kỷ 21 (21st Century Cures Act) nhằm mục đích đẩy nhanh quá trình phê duyệt thuốc bằng cách giảm mức độ bằng chứng cần thiết để thuốc tiếp cận thị trường và cho phép bác sĩ, bệnh nhân và người trả tiền quyết định có mua chúng hay không. Rất tiếc là các quy định hiện hành không cho phép các chương trình Medicaid thực hiện toàn quyền về việc liệu những loại thuốc này có nên được bao trả mà không cần chứng minh lâm sàng đầy đủ hay không.

Oregon đề xuất sử dụng tính linh hoạt mới được cấp theo sự miễn trừ này để loại trừ các loại thuốc có hiệu quả lâm sàng hạn chế hoặc không đầy đủ theo phương pháp

tiếp cận danh mục thuốc khép kín. Hiệu quả lâm sàng hạn chế hoặc không đầy đủ có thể được xác định khi một hoặc các điều kiện sau đây tồn tại:

- Không đạt được các tiêu chí đánh giá chính trong các thử nghiệm lâm sàng.
- Chỉ báo cáo các tiêu chí đánh giá thay thế.
- Lợi ích lâm sàng chưa được đánh giá.
- Thuốc không cung cấp lợi ích lâm sàng cao hơn trong nhóm điều trị so với các lựa chọn thay thế hiện có.

Các loại thuốc mới được phê duyệt theo lộ trình phê duyệt nhanh của FDA có thể đặc biệt tốn kém và tốt nhất là cần đánh giá nghiêm ngặt hơn về bảo hiểm và khả năng dán nhãn là không có trong danh mục thuốc nếu thích hợp. Ngoài ra, các danh mục thuốc lập lại của các loại thuốc cũ và hiện tại không mang lại lợi ích lâm sàng cao hơn cũng có thể được dán nhãn không có trong danh mục thuốc. Mặc dù các nhà thanh toán thương mại có thể tùy ý loại trừ các loại thuốc khỏi danh mục thuốc của họ trong những trường hợp như vậy, OHA và các CCO hiện tại không có phạm vi này.

Trong nỗ lực của mình, chúng tôi sẽ đảm bảo các biện pháp bảo vệ hiệu thuốc cho các hội viên, để việc quản lý chặt chẽ hơn các chi phí dược phẩm của Oregon không ảnh hưởng tiêu cực đến quyền tiếp cận của hội viên với nhiều loại thuốc an toàn và hiệu quả để điều trị các bệnh trạng khác nhau.

Bảo vệ quyền tiếp cận của hội viên, chất lượng và bình đẳng y tế

Tất cả các chiến lược và công cụ này sẽ thúc đẩy khả năng dự tính và tính linh hoạt cho các CCO, để Oregon có thể đạt được một mô hình kinh tế khác về cơ bản trong chương trình Medicaid của mình, một mô hình mang lại lợi ích về bình đẳng y tế, các dịch vụ phòng ngừa và cải thiện sức khỏe cho người dân. Tuy nhiên, điều quan trọng là những thay đổi về thiết lập tỷ lệ này phải được kết hợp với các biện pháp bảo vệ thích hợp để đảm bảo rằng việc tiếp cận và chất lượng được duy trì và đề phòng bất kỳ sự khuyến khích nào đối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc không đầy đủ hoặc chất lượng thấp. Ngoài ra, việc giám sát cẩn thận báo cáo tài chính sẽ đảm bảo rằng các CCO không tưởng thưởng cho các cổ đông hoặc chủ sở hữu doanh nghiệp một cách không phù hợp với chi phí của các hội viên OHP và cộng đồng.

Chiến lược giảm thiểu số 1: Phát triển các biện pháp bảo vệ theo chương trình vững chắc để bảo vệ hội viên.

Chiến lược ngân sách dựa trên giá trị của Oregon được thiết kế để tạo thêm sự linh hoạt và cho phép các CCO tiếp tục tiết kiệm bắt nguồn từ các quyết định chi tiêu thông minh. Tuy nhiên, nếu không có hệ thống trách nhiệm giải trình vững chắc, sẽ có nguy cơ tác động tiêu cực đến bình đẳng y tế và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc chất lượng cao của hội viên do hoạt động tìm kiếm lợi nhuận trong hệ thống. Để giảm thiểu rủi ro đó, Oregon đề xuất một cơ cấu trách nhiệm giải trình toàn diện để giải quyết các bất bình đẳng y tế, đảm bảo sự hài lòng của hội viên và nhà cung cấp dịch vụ, đồng thời bảo vệ sự tiếp cận của hội viên và chất lượng chăm sóc. Hàng năm, Oregon sẽ

tiến hành đánh giá tổng thể từng kế hoạch kết hợp với tỷ lệ cụ thể và cơ chế dựa trên hợp đồng để giữ CCO đạt các tiêu chuẩn tối thiểu ở mỗi trong số bốn lĩnh vực này: công bằng, sự hài lòng của hội viên và nhà cung cấp, khả năng tiếp cận và chất lượng chăm sóc.

Đầu tiên, Oregon sẽ đánh giá sự bất bình đẳng y tế bằng cách theo dõi sự chênh lệch về mức độ hài lòng của hội viên, khả năng tiếp cận của hội viên và chất lượng chăm sóc đối với những nhóm dân cư ưu tiên bị tổn hại nhiều nhất bởi sự bất bình đẳng y tế. Các nhóm này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các Quốc gia Bộ lạc và cộng đồng Bộ lạc; Người gốc Latinh, Người gốc Phi, Người gốc Á, Người Đảo Thái Bình Dương, và Người Da Đỏ/Thổ dân Alaska, và các cộng đồng da màu khác; người khuyết tật; người có trình độ Anh ngữ hạn chế; người nhập cư và cộng đồng tị nạn. Oregon sẽ sử dụng các công cụ như:

- Thu thập dữ liệu cho phép Tiểu bang giám sát chất lượng chăm sóc theo chủng tộc và dân tộc, ví dụ như thông qua REALD;
- Xem xét/báo cáo về các chỉ số chất lượng cốt lõi theo chủng tộc, dân tộc và ngôn ngữ nhiều nhất có thể;
- Giám sát hiệu suất theo các chỉ số tập trung vào công bằng (ví dụ như khả năng tiếp cận thông dịch viên);
- Xem xét tính đầy đủ của mạng lưới CCO liên quan đến các yếu tố công bằng như năng lực của nhà cung cấp đáp ứng về văn hóa và ngôn ngữ; và
- Sử dụng các công cụ như khảo sát Đánh giá Người tiêu dùng của các nhà cung cấp và hệ thống chăm sóc sức khỏe (CAHPS) và dữ liệu định tính từ chương trình Thanh tra OHA (OHA Ombuds) và Chương trình Tiếp cận Đối tác Cộng đồng (mạng lưới điều hướng và ghi danh của Oregon) để xác định các mối quan tâm đối với các nhóm dân cư ưu tiên.

Tiếp theo, Oregon sẽ đánh giá mức độ hài lòng, khả năng tiếp cận và chất lượng chăm sóc tổng thể của hội viên và nhà cung cấp dịch vụ theo những cách sau:

- **Sự hài lòng của hội viên và nhà cung cấp:** OHA sẽ đánh giá theo chương trình bằng cách sử dụng các công cụ như khảo sát CAHP, xem xét Thông báo Xác định Lợi ích Bất lợi, kháng nghị và khiếu nại, và cơ chế phản hồi nâng cao để đánh giá mức độ hài lòng của nhà cung cấp.
- **Tiếp cận:** OHA sẽ xem xét các chỉ số trong các lĩnh vực về mức độ đầy đủ của mạng lưới, việc sử dụng quá mức và mức sử dụng thấp, cũng như sự chăm sóc kịp thời và thích hợp. Để đáp ứng đầy đủ mạng lưới, OHA sẽ sử dụng Báo cáo Mạng lưới Hệ thống Phân phối (Delivery System Network Reporting, DSN), bao gồm các tiêu chuẩn tối thiểu về thời gian và khoảng cách, để đánh giá và giám sát năng lực của nhà cung cấp CCO cá nhân để phục vụ việc ghi danh hội viên dự kiến và hiện tại; có một mạng lưới đáp ứng các đặc điểm nhân khẩu học của hội viên đã ghi danh, bao gồm nhưng không giới hạn ở ngôn ngữ ưu tiên hoặc văn hóa; và một mạng lưới đủ trong toàn bộ quá trình chăm sóc liên tục. Để sử dụng các dịch vụ, OHA sẽ dựa trên một hệ thống phân tích và giám sát sẽ tập

trung vào các dịch vụ ưu tiên dễ bị chi tiêu dưới mức, ví dụ như sức khỏe hành vi; và các mối lo ngại do hội viên và nhà cung cấp xác định. Việc đánh giá chăm sóc kịp thời và thích hợp sẽ sử dụng các công cụ như DSN và báo cáo chất lượng để giám sát việc tiếp cận của hội viên.

- **Chất lượng chăm sóc:** Cùng với Chương trình Khuyến khích Chất lượng (xem bản phác thảo ý tưởng về Khuyến khích Chăm sóc Bình đẳng), OHA giám sát chất lượng chăm sóc thông qua các biện pháp cốt lõi CMS Medicaid và các biện pháp tiềm năng khác được bổ sung trong các chương trình đo lường, ví dụ như các biện pháp hệ thống đánh giá chất lượng CMS sắp tới. Các chỉ số sẽ được chuẩn hóa cho mức độ chăm sóc cơ bản (trái ngược với các mốc chuẩn tham vọng hơn được sử dụng trong Chương trình Khuyến khích Chất lượng).

OHA sẽ thúc đẩy các CCO tiếp tục giải quyết tình trạng bất bình đẳng y tế bằng cách tăng cường tiếng nói của cộng đồng và ra quyết định trong mô hình CCO (xem bản phác thảo ý tưởng về Đầu tư Tập trung vào Công bằng) và cơ cấu lại Chương trình Khuyến khích Chất lượng sao cho công bằng là nguyên tắc tổ chức chính (xem bản phác thảo ý tưởng Khuyến khích Chăm sóc Bình đẳng). OHA cũng có ý định khuyến khích một số chỉ số theo chủng tộc, dân tộc và ngôn ngữ theo hướng dẫn của các Ủy ban Chỉ số và Chấm điểm và Đo lường Chất lượng Bình đẳng Y tế.

Chiến lược giảm thiểu số 2: Phát triển giám sát tài chính hàng năm một cách mạnh mẽ

Oregon sẽ phát triển giám sát tài chính hàng năm một cách mạnh mẽ, bao gồm giám sát việc sử dụng và chi tiêu, để theo dõi khả năng thanh toán của CCO và đảm bảo các mục tiêu hàng năm là hợp lý để trang trải các chi phí dự kiến, cũng như phát triển cơ chế điều chỉnh ngân sách nếu các sự kiện không lường trước được, ví dụ như các phương pháp điều trị mới với chi phí cao, dẫn đến xu hướng hàng năm không đáp ứng đủ nhu cầu sức khỏe của hội viên. OHA sẽ sử dụng cơ chế hợp đồng và tỷ lệ tập trung để buộc các CCO chịu trách nhiệm giải trình. Thay vì dành nguồn lực đáng kể để xây dựng tỷ lệ hàng năm dựa trên chi tiêu năm trước của CCO, Oregon sẽ dành nguồn lực để phân tích về bình đẳng y tế và xu hướng chi tiêu cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe, phân tích khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc và tỷ lệ tổn thất y tế (MLR).

Oregon có kế hoạch thắt chặt các chỉ số tài chính (ví dụ: yêu cầu MLR tối thiểu). Ngoài ra, Oregon có thể sử dụng các cơ chế tài chính khác để buộc CCO chịu trách nhiệm đáp ứng các mục tiêu cho một số dịch vụ nhất định, ví dụ như sức khỏe hành vi hoặc quản lý bệnh mãn tính. Bằng cách tạo ra một phương thức thanh toán mới, linh hoạt, Oregon dự đoán rằng số tiền tuân theo cả chỉ số chất lượng và trách nhiệm giải trình sẽ tăng lên theo thời gian khi mô hình CCO cải thiện dịch vụ chăm sóc và giảm tăng chi phí. OHA sẽ tiếp tục sử dụng các công cụ được phát triển cho mua sắm CCO gần đây nhất để theo dõi chi tiêu cho y tế có giá trị cao hoặc giá trị thấp và thúc đẩy triển khai lại các nguồn lực đó để giảm chi phí, các can thiệp có giá trị cao hơn.

Các chính sách này có ý nghĩa gì đối với các hội viên OHP

Việc thiết lập ngân sách toàn cầu dựa trên giá trị sẽ điều chỉnh các khuyến khích tài chính cho các CCO để hội viên OHP có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cao hơn được điều phối chăm sóc tốt hơn, tiếp cận với các dịch vụ liên quan đến sức khỏe, bao gồm cả việc tiếp cận các lợi ích bổ sung khi chuyển đến và rời khỏi các tổ chức, ví dụ như nhà tù và trại giam.

Các hội viên OHP sẽ duy trì khả năng tiếp cận các loại thuốc có hiệu quả lâm sàng. Ít nhất là một loại thuốc cho mỗi nhóm thuốc sẽ được bao trả và các hội viên OHP sẽ có thể yêu cầu mua một loại thuốc khác thông qua nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

Các hội viên OHP, gia đình và cộng đồng sẽ thấy sự đầu tư vào cộng đồng của các CCO tăng lên do tăng chi phí bền vững hơn và các khoản đầu tư cộng đồng bắt buộc.

Kết luận

Trong thập kỷ qua, Oregon đã đạt được tiến bộ mạnh mẽ trong việc thay đổi các khuyến khích tài chính từ sự tập trung gần như hoàn toàn độc quyền trong tài trợ chăm sóc sức khỏe truyền thống đối với chi tiêu chăm sóc sức khỏe và điều trị tuyến dưới, sang tăng cường quan tâm đến dự phòng, các dịch vụ liên quan đến sức khỏe và chăm sóc phối hợp để điều trị toàn diện cho con người. Tuy nhiên, mặc dù có những nỗ lực này, sự thay đổi cơ bản trong mô hình kinh tế đối với các chương trình Medicaid của Oregon đã tỏ ra khó nắm bắt, một phần lớn là do những hạn chế trong quá trình thiết lập tỷ lệ. Oregon tìm kiếm sự linh hoạt trong việc miễn trừ để tạo ra sự thay đổi cơ bản này, để việc thanh toán, khuyến khích (xem bản phác thảo ý tưởng về Chăm sóc Công bằng) và trách nhiệm giải trình, tất cả vì tương lai dân số khỏe mạnh hơn. Chúng tôi yêu cầu phê duyệt để quản lý tốt hơn việc tăng chi phí thuốc làm hạn chế sự thay đổi các nguồn lực cần thiết để đạt được sức khỏe dân số và bình đẳng y tế ở tiểu bang của chúng ta. Chúng tôi tiếp tục tìm kiếm khả năng đảm bảo một lượng đầu tư tối thiểu vào bình đẳng y tế và nhu cầu xã hội, dưới sự lãnh đạo của cộng đồng, theo yêu cầu của Dự luật 3353 được thông qua gần đây (xem bản phác thảo ý tưởng Đầu tư Tập trung vào Công bằng).

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, ở dạng bản in khổ lớn, chữ braille hay theo định dạng quý vị muốn. Liên hệ với Chương trình Tiếp cận Đối tác Cộng đồng tại community.outreach@dhsosha.state.or.us hoặc gọi tới số 1-833-647-3678. Chúng tôi nhận mọi cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể quay số 711.