

Thông báo Công khai



Nội dung

Quá trình lấy ý kiến công chúng	1
Cách gửi ý kiến	2
Bối cảnh	3
Mục tiêu và mục đích.....	4
Những người hưởng lợi sẽ bị ảnh hưởng bởi việc thử nghiệm.....	6
Hệ thống cung cấp và các yêu cầu về sự đủ điều kiện	9
Những thay đổi đối với quyền lợi và phạm vi bảo hiểm.....	10
Yêu cầu về chia sẻ chi phí.....	10
Ước tính về sự thay đổi dự kiến trong việc ghi danh hàng năm và chi tiêu hàng năm.....	10
Các giả thuyết và các thông số đánh giá.....	11
Các cơ quan về miễn trừ và chi tiêu được yêu cầu cho thử nghiệm	13

Quá trình lấy ý kiến công chúng

OHA sẽ mở một giai đoạn lấy ý kiến công chúng về dự thảo đơn xin Gia hạn Thử nghiệm Medicaid 1115 bắt đầu từ ngày 7 tháng 12 năm 2021 đến hết ngày 7 tháng 1 năm 2022. Trong thời gian này, các ý kiến bằng văn bản và bằng lời về đơn đề xuất sẽ được chấp nhận. Các ý kiến này sẽ được sử dụng để thông báo cho đơn hoàn chỉnh trước khi nộp cho Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) vào tháng 2 năm 2022.

Bản dự thảo đơn có sẵn tại đây: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/Medicaid-Policy/Documents/Waiver-Renewal-Application.pdf>.

Mọi người đều có quyền biết và sử dụng các chương trình và dịch vụ của OHA. OHA cung cấp trợ giúp miễn phí. Dưới đây là số ví dụ về trợ giúp miễn phí mà OHA có thể cung cấp:

- Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và ngôn ngữ nói
- Tài liệu viết bằng các ngôn ngữ khác
- Chữ nổi Braille
- Tài liệu với chữ cỡ lớn
- Âm thanh và các định dạng khác

Để nhận tài liệu ở các định dạng thay thế, vui lòng liên hệ **TÊN** theo số điện thoại **SỐ ĐIỆN THOẠI** hoặc **E-MAIL**.

Cách gửi ý kiến

Công chúng được mời đóng góp ý kiến bằng văn bản hoặc bằng lời về bản dự thảo đơn xin miễn trừ từ ngày 7 tháng 12 năm 2021 đến ngày 7 tháng 1 năm 2022. **Hạn chót gửi ý kiến là 11:59 đêm giờ Thái Bình Dương ngày 7 tháng 1 năm 2022.** Công chúng có thể gửi ý kiến bằng lời hoặc bằng văn bản. Tất cả các ý kiến công chúng mà OHA nhận được sẽ được đăng tại Oregon.gov/1115WaiverRenewal.

Bắt đầu từ ngày 7 tháng 12 năm 2021, các ý kiến bằng văn bản có thể được gửi qua email tới 1115Waiver.Renewal@dhsosha.state.or.us, nộp qua Oregon.gov/1115WaiverRenewal hoặc qua thư gửi bưu điện tới:

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

Công chúng có thể đưa ra ý kiến bằng cách phát biểu tại bất kỳ phiên điều trần công khai nào sau đây:

Ủy ban Chính sách Y tế Oregon

Ngày 7 tháng 12 năm 2021 | 8:30 giờ sáng – 12 giờ chiều

Tham gia cuộc họp:

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

Di động một lần nhấp: [+16692545252](tel:+16692545252), 1602657497#,,,,,0#,,306554#

Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với cô Tara Chetock theo số điện thoại 971-304-9917 hoặc email tara.a.chetock@dhsosha.state.or.us ít nhất 48 giờ trước cuộc họp.

Cuộc họp Đối tác Cộng đồng (en español)

Ngày 9 tháng 12 năm 2021 | 3:30 giờ chiều – 5:30 giờ chiều

Tham gia cuộc họp: <https://us02web.zoom.us/meeting/register/tZwkde6uqTsuGtE7CbrxDUI4WL0f70l18wg5>

Ủy ban Bình đẳng Y tế

Ngày 9 tháng 12 năm 2021 | 12 giờ chiều – 2 giờ chiều

Cuộc họp qua Microsoft Teams [Nhấp vào đây để tham gia cuộc họp](#)

Hoặc gọi đến (chỉ âm thanh)

Di động một lần nhấp [+1 971-277-2343](tel:+19712772343), 928637902#

ID hội nghị qua điện thoại: 928 637 902#

Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với cô Maria Castro theo số điện thoại 503-884-4448 hoặc email maria.castro@dhsosha.state.or.us ít nhất 48 giờ trước cuộc họp.

Ủy ban Cố vấn Medicaid

Ngày 15 tháng 12 năm 2021 | 9 giờ sáng – 12 giờ chiều

Cuộc họp qua Microsoft Teams [Nhấp vào đây để tham gia cuộc họp](#)

Hoặc gọi đến (chỉ âm thanh)

Di động một lần nhấp [+1 971-277-2343](tel:+19712772343), [243372877 #](tel:+1243372877) ID Hội nghị qua Điện thoại: 243 372 877#

Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với cô Jackie Wetzel theo số điện thoại 503-580-5603 hoặc email Jackie.Wetzel@dhsosha.state.or.us ít nhất 48 giờ trước cuộc họp.

Thiết kế tương lai của OHP – Hội thảo lần 3.

Ngày 16 tháng 12 năm 2021 | 5:30 giờ chiều – 7:30 giờ chiều

Đăng ký trước cho cuộc họp này: https://www.zoomgov.com/meeting/register/vJlsc--spjoqHteaw5dXCTUmWwDVE_7NgDU

Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với cô Michelle Hatfield theo số điện thoại 503-551-3881 hoặc email michelle.m.hatfield@dhsosha.state.or.us ít nhất 48 giờ trước cuộc họp.

Cuộc họp Đối tác cộng đồng

Ngày 17 tháng 12 năm 2021 | 10:30 giờ sáng – 12:30 giờ chiều

Tham gia cuộc họp: <https://us02web.zoom.us/j/6trD8sEtHdQadl0abTNYkZVpjhdfJ>

Ủy ban Chính sách Y tế Oregon

Ngày 4 tháng 01 năm 2022 | 8:30 giờ sáng – 12 giờ chiều

Tham gia cuộc họp qua ZoomGov

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

ID cuộc họp: 160 916 6382 Mật khẩu: 912812

Di động một lần nhấp [+16692545252](tel:+16692545252), 1609166382# , 0#,,912812# US (San Jose)

Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với cô Tara Chetock theo số điện thoại 971-304-9917 hoặc email tara.a.chetock@dhsosha.state.or.us ít nhất 48 giờ trước cuộc họp.

Bối cảnh

Vào năm 2012, Oregon đã ra mắt các Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (CCO) thông qua việc miễn trừ Medicaid 1115 của tiểu bang và một khoản trợ cấp mô hình đổi mới kèm theo của tiểu bang từ Trung tâm Đổi mới Medicare và Medicaid (CMMI). Các CCO là các tổ chức dựa vào cộng đồng cung cấp dịch vụ chăm sóc cho hội viên Medicaid thông qua mô hình cung cấp dịch vụ phối hợp chăm sóc được thiết kế để giải quyết các vấn đề vốn có trong hệ thống y tế phân tán. Các CCO chịu trách nhiệm về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất, hành vi và răng miệng cho hội viên Medicaid. Họ nhận được ngân sách cố định hàng tháng từ tiểu bang để phối hợp chăm sóc một cách linh hoạt nhằm đáp ứng nhu cầu của hội viên ngoài các dịch vụ y tế truyền thống và khuyến khích tài chính để cải thiện kết quả và chất lượng.

Oregon sẽ tiếp tục mô hình CCO trong thời gian gia hạn thử nghiệm đề xuất. Như đang được thực hiện, việc gia hạn thử nghiệm sẽ tiếp tục diễn ra trên toàn tiểu bang và sẽ bao gồm 1,3 triệu người dân Oregon hiện đang nhận trợ cấp thông qua OHP và đề xuất những thay đổi đối với các quyền lợi dành cho hội viên hiện tại. Đơn cũng đề xuất những thay đổi về tiêu chí hội đủ điều kiện để mở rộng việc bảo hiểm cho những người hiện không đủ điều kiện ghi danh vào CCO. Tiểu bang muốn gia hạn việc thử nghiệm này trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 7 năm 2022 đến ngày 30 tháng 6 năm 2027 để Oregon có thể tiếp tục chuyển đổi hệ thống y tế của mình thông qua các sửa đổi cụ thể đối với các chương trình Medicaid và CHIP theo miễn trừ hiện tại. Các sửa đổi này sẽ cho phép tiểu bang đáp ứng các mục tiêu tổng thể của mình phù hợp với ba mục tiêu là cải thiện trải nghiệm của bệnh nhân, cải thiện sức khỏe và giảm chi phí.

Thanh toán thông qua mức áp dụng theo tháng cho mỗi hội viên tích hợp chăm sóc sức khỏe thể chất, hành vi và răng miệng theo một dòng tài trợ và cung cấp cho CCO sự linh hoạt trong chi tiêu, đồng thời giữ chi phí ở mức giới hạn tăng trưởng 3,4% mỗi năm. Ngoài ra, mô hình CCO cần có sự tham gia của cộng đồng trong quá trình ra quyết định. Các Hội đồng Cố vấn Cộng đồng (CAC) cho mỗi CCO có sự tham gia của các thành viên CCO và các đại diện cộng đồng khác trong việc hướng dẫn một số chi tiêu trong quỹ linh hoạt. Các CAC sử dụng các Đánh giá Sức khỏe Cộng đồng và Kế hoạch Cải thiện Sức khỏe Cộng đồng để đưa ra định hướng và đảm bảo sự liên kết với các bệnh viện địa phương và cơ quan y tế công cộng. Vào năm 2017, việc gia hạn của Oregon đã mở rộng nỗ lực này bằng cách tập trung vào đầu tư ở tầm vĩ mô vào các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe thông qua việc sử dụng các dịch vụ liên quan đến y tế (HRS) cho phép các CCO linh hoạt hơn nữa trong việc chi trả cho các dịch vụ phi y tế nhằm cải thiện kết quả sức khỏe.

HRS được định nghĩa là các dịch vụ không được bao trả theo Chương trình Medicaid của Tiểu bang Oregon nhưng không phải là các yêu cầu hành chính khác và nhằm mục đích cải thiện việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cũng như sức khỏe và phúc lợi tổng thể của hội viên và cộng đồng. Một trong những mục đích của HRS là cung cấp cho các CCO một cơ chế tài trợ cụ thể trong phạm vi ngân sách của họ để giải quyết các yếu tố xã hội quyết định đến sức khỏe (SDOH), bao gồm các nhu cầu xã hội liên quan đến sức khỏe của các hội viên. Để có thể sử dụng quỹ Medicaid của liên bang để thanh toán cho HRS, các CCO phải tuân thủ các tiêu chí của tiểu bang và liên bang. Các mục tiêu của HRS là thúc đẩy việc sử dụng hiệu quả các nguồn lực và giải quyết các yếu tố xã hội quyết định đến sức khỏe của các hội viên để cải thiện kết quả sức khỏe, giảm bớt sự chênh lệch về sức khỏe và cải thiện sức khỏe chung của cộng đồng.

Sau đây là các yếu tố của phần thử nghiệm Mục 1115 hiện tại được đề xuất tiếp tục:

- Hợp đồng với các Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (CCO) để cung cấp các dịch vụ sức khỏe thể chất, hành vi và răng miệng cho các hội viên của Chương trình Y tế Medicaid Oregon
- Sử dụng danh sách các bệnh và phương pháp điều trị được ưu tiên, tùy thuộc vào một số trường hợp ngoại lệ để được bảo vệ quyền lợi
- Sử dụng các dịch vụ liên quan đến sức khỏe
- Hạn chế bảo hiểm cho các dịch vụ điều trị được xác định trong Tầm soát, Chẩn đoán và Điều trị Sớm và Định kỳ (EPSDT) đối với những dịch vụ phù hợp với danh sách ưu tiên của các dịch vụ y tế dành cho người trên 1 tuổi
- Xác định các loại công ty bảo hiểm và bắt buộc ghi danh và tự động ghi danh các cá nhân trong các kế hoạch chăm sóc được quản lý
- Điều phối chăm sóc cho những người cư trú trong các viện chăm sóc bệnh tâm thần (IMD)

Tiếp tục các khoản thanh toán Chăm sóc Không hoàn tiền cho Chương trình Cơ sở Y tế Bộ lạc

Mục tiêu và mục đích

Cơ quan Y tế Oregon (OHA) sẽ nộp đơn xin gia hạn Miễn trừ Thử nghiệm Chương trình Y tế Oregon (OHP) 1115(a) cho giai đoạn thử nghiệm từ ngày 1 tháng 7 năm 2022 đến ngày 30 tháng 6 năm 2027. Yêu cầu gia hạn thay đổi việc thử nghiệm hiện tại sẽ:

- Tăng cường khả năng tiếp cận bảo hiểm OHP liên tục cho một số người dân bằng cách đề xuất những thay đổi đối với quy trình ghi danh hiện tại và tiêu chí hội đủ điều kiện;
- Xác định một loạt các gói quyền lợi của các dịch vụ hỗ trợ cho những người trải qua quá trình chuyển đổi trên các hệ thống khác nhau, trên các cơ sở chăm sóc sức khỏe và trong các giai đoạn của cuộc đời hoặc do các sự kiện thời điểm với mục tiêu giảm thiểu sự gián đoạn trong chăm sóc thường xảy ra trong các quá trình chuyển đổi này;
- Đề xuất các thay đổi đối với phương pháp được sử dụng để thiết lập mức định suất được sử dụng để trả cho các CCO;
- Cho phép các CCO chi 3% mức định suất cho mỗi hội viên mỗi tháng vào các khoản đầu tư để cải thiện bình đẳng sức khỏe và để các khoản đầu tư đó được tính là chi phí y tế trong quá trình xây dựng tỷ lệ theo yêu cầu của Dự luật Hạ viện 3353 từ Kỳ họp Lập pháp Oregon năm 2021;
- Yêu cầu liên bang tài trợ cho việc đầu tư vào việc cải thiện bình đẳng y tế, bao gồm các khoản đầu tư để xây dựng cơ sở hạ tầng để hỗ trợ các can thiệp về bình đẳng y tế để hỗ trợ các can thiệp về bình đẳng y tế do cộng đồng lãnh đạo và các chương trình sáng kiến trên toàn tiểu bang và cấp các nguồn lực cho đơn vị hợp tác do cộng đồng lãnh đạo để đầu tư vào bình đẳng y tế.
- Cung cấp cho tiểu bang khả năng xác định các loại thuốc ưu tiên cho hội viên OHP nhằm nỗ lực kiểm soát tốt hơn tác động tài chính của việc tăng chi phí thuốc;
- Thay đổi quy trình lựa chọn và vận hành các mức khuyến khích CCO để tập trung vào việc giảm bất bình đẳng về sức khỏe; và
- Mở rộng quyền lợi cho các hội viên OHP người Mỹ Bản địa/Thổ dân Alaska để đưa các hoạt động dựa trên Bộ lạc vào như một dịch vụ được bảo hiểm và từ bỏ các tiêu chí cho phép trước đối với các thành viên bộ lạc

Các thay đổi chương trình được đề xuất sẽ đáp ứng các mục tiêu sau:

- Tối đa hóa khả năng tiếp cận bảo hiểm một cách liên tục và công bằng
- Hợp lý hóa việc chuyển đổi giữa các hệ thống thông qua các gói quyền lợi được xác định của các yếu tố xã hội quyết định đối với dịch vụ y tế
- Tăng sự linh hoạt cho các Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (CCO) để đầu tư vào sức khỏe cộng đồng và công bằng sức khỏe
- Cải thiện sức khỏe thông qua đầu tư vào công bằng tập trung do cộng đồng lãnh đạo
- Đảm bảo chất lượng và khả năng tiếp cận thông qua các chỉ số hiệu suất dựa trên sự bình đẳng
- Phù hợp với các ưu tiên của 9 chính quyền Bộ lạc của Oregon

Những người hưởng lợi sẽ bị ảnh hưởng bởi việc thử nghiệm

Oregon đề xuất những thay đổi dưới đây cho những người hưởng lợi trong thời gian thử nghiệm:

Người dân	Tiêu chí	Các thay đổi đề xuất
Thanh thiếu niên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt	<i>Thanh thiếu niên từ 17 đến 26 tuổi có bệnh trạng về hành vi, phát triển, tình cảm và/hoặc thể chất và hội đủ điều kiện tham gia dịch vụ hoặc Medicaid thông qua Dịch vụ Dành cho Người cao tuổi và Người khuyết tật (APD), Dịch vụ Dành cho Người khuyết tật về Phát triển Oregon (ODDS); hoặc được xác định thông qua Thuật toán về Độ phức tạp Y tế Nhi khoa (PMCA); hoặc được xác định thông qua các chỉ số sau: Các chỉ số về Khuyết tật về Trí tuệ hoặc Phát triển (IDD), hoặc Nhu cầu Y tế Cao hoặc Liên quan đến Y tế</i>	Những thay đổi được yêu cầu sẽ mở rộng bảo hiểm này đến hết 26 tuổi và sẽ giúp họ đủ điều kiện nhận các dịch vụ được thiết kế để hỗ trợ việc làm, phát triển kỹ năng sống và các lợi ích khác được thiết kế để hỗ trợ quá trình chuyển đổi sang phúc lợi dành cho người lớn.
Hội viên OHP là người Mỹ Bản địa/Thổ dân Alaska	<i>Các hội viên OHP được ghi danh là người Mỹ bản địa hoặc Thổ dân Alaska</i>	Các dịch vụ được cung cấp cho các hội viên này sẽ được miễn trừ các tiêu chí cho phép trước đối với tất cả các dịch vụ được cung cấp cho các thành viên bộ lạc theo OHP. Ngoài ra, đề xuất yêu cầu đưa các Thực hành dựa trên Bộ lạc đã xác định làm dịch vụ được chi trả cho các thành viên của bộ lạc.
Thanh thiếu niên bị quản thúc bởi Sở Cải huấn Vị thành niên (Cơ quan Thanh Thiếu niên Oregon)	<i>Thanh thiếu niên đang bị quản thúc (trước và sau khi xét xử) bởi Sở Cải huấn Vị thành niên đã ghi danh OHP từ trước hoặc ghi danh trong thời gian bị quản thúc</i>	Thanh thiếu niên bị quản thúc sẽ duy trì việc ghi danh OHP liên tục trong suốt thời gian bị giam giữ, cho phép họ tiếp cận một gói dịch vụ hỗ trợ được xác định để hỗ trợ quá trình chuyển đổi tại thời điểm được thả. Điều này khác với thử nghiệm hiện tại không cho phép người bị quản thúc ghi danh cho đến khi họ được trả tự do.

Người dân	Tiêu chí	Các thay đổi đề xuất
Người lớn đang bị Sở Cải huấn giam giữ hoặc bị quản thúc	<i>Người đang bị Sở Cải huấn quản thúc dự kiến sẽ được thả trong vòng 90 ngày tới hoặc sớm hơn và đáp ứng các yêu cầu về thu nhập của Medicaid</i>	Người sẽ đủ điều kiện ghi danh tham gia OHP bắt đầu từ 90 ngày trước ngày được trả tự do, cho phép họ tiếp cận một gói dịch vụ hỗ trợ xác định để hỗ trợ trong quá trình chuyển tiếp. Điều này khác với thử nghiệm hiện tại không cho phép người bị quản thúc ghi danh cho đến khi họ được trả tự do.
Người lớn bị quản thúc tại các cơ sở cải huấn địa phương	<i>Người đang bị quản thúc (trước và sau khi xét xử) tại trại giam của quận hoặc cơ sở cải huấn của địa phương, đã ghi danh OHP từ trước hoặc ghi danh trong thời gian bị quản thúc.</i>	Người đã ghi danh tham gia OHP tại thời điểm họ bị giam giữ tại trại giam của quận hoặc cơ sở cải huấn của địa phương sẽ không bị rút tên khỏi OHP. Điều này khác với thử nghiệm hiện tại đình chỉ ghi danh vào thời điểm bị bắt ngay cả khi các cáo buộc không được duy trì.
Người cư trú tại Bệnh viện Tiểu bang Oregon	<i>Người đang được chăm sóc tại Bệnh viện Tiểu bang Oregon (OSH) đáp ứng đủ điều kiện về thu nhập Medicaid, dự kiến sẽ xuất viện trong vòng 90 ngày tới hoặc sớm hơn.</i>	Người đang được chăm sóc hoặc quản lý bởi Bệnh viện Tiểu bang Oregon sẽ đủ điều kiện ghi danh vào OHP bắt đầu từ 90 ngày trước ngày xuất viện. Điều này khác với thử nghiệm hiện tại đình chỉ ghi danh tại thời điểm nhập viện.
Người cư trú trong các Cơ sở Nội trú Tâm thần (IMD)	<i>Người đang được chăm sóc tại một Cơ sở Nội trú Tâm thần (IMD) đáp ứng đủ điều kiện về thu nhập Medicaid, dự kiến sẽ xuất viện trong vòng 90 ngày tới hoặc sớm hơn.</i>	Người đang được chăm sóc tại Cơ sở Điều trị Nội trú Tâm thần sẽ đủ điều kiện ghi danh tham gia OHP bắt đầu từ 90 ngày trước ngày xuất viện. Điều này khác với thử nghiệm hiện tại đình chỉ ghi danh khi một cá nhân vào loại cơ sở này.

Người dân	Tiêu chí	Các thay đổi đề xuất
Thanh thiếu niên chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Nuôi dưỡng	<i>Thanh thiếu niên hiện đang ghi danh tham gia OHP hoặc có nguy cơ được đưa vào hệ thống phúc lợi trẻ em, chuyển đến và rời khỏi các nhà chăm sóc nuôi dưỡng, bao gồm cả do quá tuổi nên ra khỏi hệ thống</i>	Các cá nhân sẽ đủ điều kiện để được hưởng các dịch vụ hỗ trợ như nhà ở, đào tạo kỹ năng sống, hỗ trợ việc làm hoặc phương tiện đi lại, bao gồm hỗ trợ đồng đẳng hoặc điều hướng khi thay đổi nhà nuôi dưỡng do quá tuổi sống trong nhà nuôi dưỡng hoặc được trở về gia đình. Các dịch vụ này hiện không được cung cấp theo thử nghiệm.
Các hội viên chuyển đổi từ bảo hiểm chỉ dành cho Medicaid sang Bảo hiểm Medicare-Medicaid	<i>Hội viên OHP hiện tại đủ điều kiện hợp lệ hưởng Medicare và Medicaid theo các quyết định về tiêu chí đủ điều kiện của OHP</i>	Những người đủ điều kiện hợp lệ có thể đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ bổ sung khi chuyển đổi sang Medicare, tiếp cận các quyền lợi mà họ mới đủ điều kiện và để hỗ trợ sự liên tục của các nhà cung cấp dịch vụ. Các dịch vụ này hiện không được cung cấp theo thử nghiệm.
Người dễ bị ảnh hưởng bởi các hiện tượng khí hậu khắc nghiệt	<i>Người đã ghi danh tham gia OHP nằm trong khu vực bị ảnh hưởng bởi tình trạng khẩn cấp được tuyên bố do biến đổi khí hậu.</i>	Người đã ghi danh tham gia OHP và sống trong khu vực bị ảnh hưởng bởi tình trạng khẩn cấp được tuyên bố như cháy rừng, các hiện tượng nắng nóng khắc nghiệt, lũ lụt hoặc các hiện tượng khí hậu khác sẽ đủ điều kiện nhận các dịch vụ bổ sung được thiết kế để giảm thiểu tác động tiêu cực đến sức khỏe tinh thần và thể chất của con người. Các dịch vụ này hiện không được cung cấp theo thử nghiệm.
Trẻ em dưới 6 tuổi	<i>Người đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện về thu nhập của Medicaid và ở độ tuổi từ 0 đến 6 tuổi</i>	Trẻ em dưới 6 tuổi sẽ không cần phải xét lại việc hội đủ điều kiện hàng năm cho đến khi đủ 6 tuổi và sẽ được ghi danh liên tục vào OHP. Điều này khác với cuộc thử nghiệm hiện tại yêu cầu xác định lại tính đủ điều kiện mỗi năm một lần.

Người dân	Tiêu chí	Các thay đổi đề xuất
Người từ 6 tuổi trở lên	<i>Hội viên OHP đang ghi danh đáp ứng đủ điều kiện về thu nhập của Medicaid và từ 6 tuổi trở lên</i>	Người đã ghi danh tham gia OHP sẽ được xem xét lại sự hội đủ điều kiện 24 tháng một lần thay vì 12 tháng một lần như cuộc thử nghiệm hiện tại.
Tất cả các hội viên OHP khác	<i>Bất kỳ người nào hiện đang nhận quyền lợi OHP</i>	Người nhận thuốc theo toa theo Chương trình Y tế Oregon có thể thấy những thay đổi đối với những loại thuốc được chương trình ưu tiên của mình
Người đủ điều kiện tham gia SNAP hiện không ghi danh tham gia OHP	<i>Người đáp ứng đủ điều kiện về thu nhập của Medicaid và người hiện đang ghi danh nhận quyền lợi SNAP</i>	Người đủ điều kiện tham gia Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung sẽ được sàng lọc về việc đủ điều kiện tham gia OHP và được cung cấp ghi danh hợp lý bằng cách sử dụng các tiêu chí thu nhập đã được thiết lập trong quá trình ghi danh SNAP. Điều này khác với thử nghiệm hiện tại xét sự hội đủ điều kiện tham gia OHP và SNAP riêng.

Không có thay đổi nào khác đối với tiêu chí đủ điều kiện đang được yêu cầu.

Hệ thống cung cấp và các yêu cầu về sự đủ điều kiện

Oregon đề xuất giữ nguyên mô hình cung cấp dịch vụ của các Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (CCO). Các CCO sẽ vẫn được ký hợp đồng để cung cấp các dịch vụ sức khỏe thể chất, hành vi và răng miệng cho các hội viên đủ điều kiện. Các yêu cầu về hội đủ điều kiện sẽ vẫn giữ nguyên ngoài những thay đổi được mô tả ở trên.

Những thay đổi đối với quyền lợi và phạm vi bảo hiểm

Quyền lợi dành cho các hội viên OHP được xác định trong Kế hoạch của Tiểu bang sẽ không thay đổi. Các quyền lợi bổ sung sẽ có sẵn cho những người đủ điều kiện theo những thay đổi về tiêu chí hội đủ điều kiện được mô tả ở trên, và bao gồm:

Các thay đổi đề xuất	Chương trình hiện tại
Phạm vi của một bộ dịch vụ xác định để hỗ trợ các hội viên trải qua quá trình chuyển đổi chăm sóc giữa các hệ thống, giữa các môi trường thiết lập và trong các sự kiện cuộc sống	Một số dịch vụ trong đề xuất này có sẵn từ CCO như các dịch vụ liên quan đến sức khỏe, nhưng không được coi là dịch vụ được bao trả
Sự sẵn có của một số dịch vụ đồng đẳng được mở rộng để bao gồm phạm vi bảo hiểm của các dịch vụ trước khi xây dựng kế hoạch điều trị và sau khi hoàn thành kế hoạch điều trị	Các dịch vụ đồng đẳng được coi là dịch vụ được bao trả khi chúng được thực hiện dưới sự giám sát của nhà cung cấp dịch vụ được chứng nhận và được bao gồm trong kế hoạch điều trị của hội viên
Linh hoạt để loại trừ các thuốc có hiệu quả lâm sàng hạn chế hoặc không đầy đủ, với lộ trình bao trả cho các thuốc không được ưu tiên	Tiểu bang không có khả năng loại trừ bảo hiểm đối với các loại thuốc đã được phê duyệt

Không có thay đổi nào khác đối với các quyền lợi đang được yêu cầu.

Yêu cầu về chia sẻ chi phí

Không có thay đổi đối với các yêu cầu chia sẻ chi phí đang được đề xuất. OHP không yêu cầu chia sẻ chi phí.

Ước tính về sự thay đổi dự kiến trong việc ghi danh hàng năm và chi tiêu hàng năm

Dữ liệu lịch sử (giai đoạn miễn trừ hiện tại)					
	Năm tài chính 2018 của tiểu bang	Năm tài chính 2019 của tiểu bang	Năm tài chính 2020 của tiểu bang	Năm tài chính 2021 của tiểu bang	Năm tài chính 2022 của tiểu bang
Tổng số người ghi danh	856,262	857,297	879,157	1,005,122	1,131,501
Tổng chi tiêu	\$6,258,934,391	\$6,597,659,631	\$7,073,711,147	\$7,784,273,070	\$9,555,087,914

Giai đoạn gia hạn thử nghiệm

	Năm tài chính 2023 của tiểu bang	Năm tài chính 2024 của tiểu bang	Năm tài chính 2025 của tiểu bang	Năm tài chính 2026 của tiểu bang	Năm tài chính 2027 của tiểu bang
Tổng số ghi danh dự kiến	1,019,073	1,123,740	1,132,032	1,134,884	1,115,832
Tổng chi tiêu dự kiến	\$10,007,172,653	\$11,620,080,436	\$12,088,770,684	\$12,537,125,292	\$12,556,399,420

Các giả thuyết và các thông số đánh giá

Tiểu bang đang đề xuất các thay đổi đối với những gì sẽ được đánh giá cho phần gia hạn này tương tự như những gì đang được đánh giá trong thử nghiệm hiện tại. Các thay đổi được mô tả bên dưới:

Câu hỏi 1. Liệu các can thiệp được đề xuất trong gia hạn miễn trừ 1115 có làm giảm sự bất bình đẳng về sức khỏe theo chủng tộc và sắc tộc không?

Giả thuyết số 1:

Việc phân phối lại quyền lực và nguồn lực cho các cá nhân và cộng đồng bị tổn hại nhiều nhất bởi chủ nghĩa phân biệt chủng tộc trong lịch sử và đương đại sẽ dẫn đến cải thiện tình trạng bất bình đẳng về sức khỏe và các biện pháp tự báo cáo về quyền tự chủ, tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống.

Giả thuyết số 2:

Sử dụng cấu trúc ra quyết định mới để lựa chọn và vận hành các chỉ số khuyến khích CCO sẽ dẫn đến cải thiện nhiều hơn về bất bình đẳng sức khỏe theo chủng tộc/dân tộc so với cấu trúc ra quyết định trong giai đoạn miễn trừ 2012-2017.

Câu hỏi 2. Việc bảo hiểm liên tục có giúp cải thiện kết quả sức khỏe không?

Giả thuyết số 3:

Việc ghi danh tham gia OHP sớm hơn với ít khoảng cách hơn về bảo hiểm đối với các nhóm dân số dễ bị tổn thương sẽ dẫn đến việc nhiều hội viên hơn được chăm sóc ở những cơ sở phù hợp, tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống được cải thiện.

Giả thuyết số 4:

Cung cấp các gói dịch vụ hỗ trợ SDOH cho các cá nhân trải qua quá trình chuyển đổi có hiệu quả hơn trong việc cải thiện tích hợp để chuyển đổi thành công hơn là cung cấp các dịch vụ riêng lẻ.

Câu hỏi 3. Phương pháp luận phát triển tỷ lệ mới cho ngân sách dựa trên giá trị có làm tăng chi tiêu của CCO trong các khoản đầu tư của cộng đồng để giảm bất bình đẳng về sức khỏe không?

Giả thuyết số 5:

Đưa ra một ngân sách có thể dự đoán được, dựa trên một phương pháp hợp lý với mức tăng chi phí có thể dự đoán được, cho phép xác định rõ hơn các nguồn vốn có sẵn để CCO tái đầu tư vào cộng đồng địa phương và tăng các khoản đầu tư của cộng đồng.

Giả thuyết số 6:

Cung cấp ngân sách có thể dự đoán được, dựa trên một phương pháp hợp lý với mức tăng chi phí có thể dự đoán được, cho phép các đối tác cộng đồng hợp tác hiệu quả hơn với các CCO để đáp ứng nhu cầu của các thành viên về các dịch vụ hỗ trợ SDOH.

Các cơ quan về miễn trừ và chi tiêu được yêu cầu cho thử nghiệm

Oregon đang yêu cầu sự tiếp tục hoạt động các cơ quan miễn trừ và chi tiêu sau đây sử dụng trong thử nghiệm hiện tại:

Quyền miễn trừ	Sử dụng để miễn trừ
Mục 1115 (a)	Tiếp tục Chương trình Chăm sóc không Hoàn tiền của Bộ lạc (UCCP) của tiểu bang
42 CFR § 438.56	<ul style="list-style-type: none">• Cho phép những người ghi danh đủ điều kiện thông qua Medicare và Medicaid rút tên khỏi CCO bất kỳ lúc nào• Hợp đồng với các tổ chức chăm sóc được quản lý và công ty bảo hiểm hoạt động tại địa phương• Đề xuất các quyền lợi với danh sách các bệnh và phương pháp điều trị được ưu tiên, tùy thuộc vào một số trường hợp ngoại lệ để được bảo vệ quyền lợi• Hạn chế bảo hiểm cho các dịch vụ điều trị được xác định trong Tầm soát, Chẩn đoán và Điều trị Sớm và Định kỳ (EPSDT) đối với những dịch vụ phù hợp với danh sách ưu tiên của các dịch vụ y tế dành cho người trên 1 tuổi• Xác định các loại công ty bảo hiểm và bắt buộc ghi danh và tự động ghi danh các cá nhân trong các kế hoạch chăm sóc được quản lý• Không trả các khoản thanh toán bệnh viện chia sẻ không cân xứng cho những người ghi danh tham gia dịch vụ chăm sóc được quản lý• Nói chung, để cho phép các tổ chức chăm sóc phối hợp giới hạn khoảng thời gian mà người ghi danh có thể rút tên• Cung cấp bảo hiểm cho một số dịch vụ phụ thuộc vào hóa chất cho những người hưởng lợi mục tiêu• Nhận đóng góp tài chính của liên bang cho một số chương trình chăm sóc sức khỏe do tiểu bang tài trợ

Ngoài thẩm quyền miễn trừ hiện tại của Oregon, tiểu bang sẽ làm việc với CMS để xác định xem tiểu bang có cần thêm thẩm quyền miễn trừ hay không để cho phép:

Quyền miễn trừ	Sử dụng để miễn trừ	Lý do yêu cầu miễn trừ
42 C.F.R. 435.916	Thẩm quyền chi tiêu để cho phép Tiểu bang thực hiện ghi danh liên tục.	Điều này cho phép tiểu bang yêu cầu liên bang đóng góp tài chính để trẻ em được ghi danh liên tục mà không quan tâm đến việc thu nhập của một đứa trẻ có vượt quá giới hạn đủ điều kiện hay không và cung cấp ghi danh OHP liên tục cho trẻ em cho đến khi trẻ tròn 6 tuổi (0-5 tuổi)
42 C.F.R. 435.916	Thẩm quyền chi tiêu để cho phép Tiểu bang thực hiện ghi danh liên tục.	Điều này cho phép tiểu bang từ bỏ các yêu cầu hàng năm đánh giá lại sự đáp ứng tiêu chí hội đủ điều kiện về thu nhập và thiết lập ghi danh OHP liên tục hai năm cho người từ 6 tuổi trở lên.
42 CFR 438.8 và 42 CFR 438.74 45 CFR 158.150 hoặc 45 CFR 158.151	Cho phép các Dịch vụ Liên quan đến Y tế được tính vào tử số của MLR.	Điều này cho phép tiểu bang đếm các dịch vụ liên quan đến y tế đáp ứng các yêu cầu trong tử số của Tỷ lệ Tổng thất Y tế khi đánh giá báo cáo tài chính của CCO
	Thẩm quyền chi tiêu để cho phép tiểu bang sử dụng thông tin về hội đủ điều kiện của SNAP làm cơ sở để xác định ghi danh Medicaid.	Việc này cho phép tiểu bang cung cấp một lộ trình ghi danh nhanh chóng cho những người nộp đơn xin cấp phúc lợi và đủ điều kiện tham gia Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP).

Quyền miễn trừ	Sử dụng để miễn trừ	Lý do yêu cầu miễn trừ
	Thẩm quyền chi cho các chương trình sáng kiến liên quan đến y tế do tiểu bang tài trợ.	Quy định này cho phép tiểu bang yêu cầu một khoản đầu tư mới của liên bang tập trung vào việc cải thiện bình đẳng y tế, bao gồm các khoản đầu tư để xây dựng cơ sở hạ tầng để hỗ trợ các can thiệp về bình đẳng y tế; hỗ trợ các can thiệp về bình đẳng y tế do cộng đồng lãnh đạo và các chương trình sáng kiến trên toàn tiểu bang; cấp các nguồn lực cho đơn vị hợp tác do cộng đồng lãnh đạo để đầu tư vào bình đẳng y tế.
	Thẩm quyền chi tiêu để cấp tài chính cho các khoản thanh toán cho nhà cung cấp và các tổ chức dựa vào cộng đồng để xây dựng cơ sở hạ tầng và năng lực	Điều này cho phép tiểu bang yêu cầu liên bang đầu tư cho các Hợp tác xã Đầu tư Cộng đồng để hỗ trợ năng lực thực hiện ở cấp cộng đồng, bao gồm cả chi trả cho cơ sở hạ tầng và nâng cao năng lực của nhà cung cấp và các tổ chức dựa vào cộng đồng (CBO).
	Thẩm quyền chi tiêu để tài trợ cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe cho những người trong những giai đoạn chuyển đổi cuộc sống nhất định.	Điều này cho phép tiểu bang yêu cầu tài trợ bổ sung cho một tập hợp xác định các dịch vụ chuyển tiếp SDOH để hỗ trợ các hội viên có nhu cầu trong quá trình chuyển đổi trong các giai đoạn bảo hiểm và chuyển đổi cuộc sống.
	Thẩm quyền chi tiêu cho các dịch vụ Medicaid được cung cấp cho các cá nhân được thể chế hóa	Điều này sẽ miễn trừ quy tắc liên bang ngăn cản bảo hiểm Medicaid cho một người đang bị giam giữ, bao gồm cả những người liên đới đến pháp luật và những người trong Bệnh viện Tiểu bang Oregon và các cơ sở nội trú tâm thần, và cho phép tiểu bang yêu cầu liên bang đóng góp ngân sách để ghi danh những người đang bị quản thúc.
	Thẩm quyền chi tiêu cho các dịch vụ Medicaid được cung cấp cho các cá nhân được thể chế hóa.	Điều này cho phép tiểu bang bao trả thông qua Medicaid một số chi phí dịch vụ y tế nhất định cho hội viên đang bị giam giữ, bao gồm cả những người liên quan đến công lý và những người trong Bệnh viện Tiểu bang Oregon và các cơ sở điều trị tâm thần

Quyền miễn trừ	Sử dụng để miễn trừ	Lý do yêu cầu miễn trừ
các phần 1902(a)(10) và 1902(a)(17).	Miễn trừ so sánh để cho phép Tiểu bang cung cấp các quyền lợi bổ sung cho YSCHN đến 26 tuổi.	Điều này cho phép Tiểu bang duy trì mức độ đủ điều kiện của trẻ em và gói phúc lợi dành cho Thanh thiếu niên có Nhu cầu Chăm sóc Sức khỏe Đặc biệt (Youth with Special Health Care Needs, YSHCN) cho đến 26 tuổi.
các phần 1902(a)(10) và 1902(a)(17)	Thẩm quyền chi tiêu để chi trả cho YSCHN đến 26 tuổi tối đa 305% mức nghèo liên bang không đủ điều kiện nhận Medicaid.	Điều này cho phép tiểu bang yêu cầu sự tham gia của quỹ liên bang cho Thanh thiếu niên có Nhu cầu Chăm sóc Sức khỏe Đặc biệt (YSHCN) cho đến 26 tuổi.
	Thẩm quyền chi tiêu cho các dịch vụ do Nhân viên Y tế Truyền thống cung cấp, bao gồm nhân viên y tế cộng đồng, điều phối viên về sức khỏe cá nhân, chuyên gia hỗ trợ và chăm sóc sức khỏe đồng đẳng và người hỗ trợ.	Điều này cho phép tiểu bang mở rộng và tài trợ cho các dịch vụ do Nhân viên Y tế Truyền thống cung cấp bên ngoài các cơ sở được phê duyệt hiện tại
42 C.F.R. 438.5	Thẩm quyền chi tiêu để thanh toán cho các mức định suất được xây dựng với độ lệch cụ thể so với các tiêu chuẩn lập tỷ lệ nêu trong 42 CFR 438.5	Điều này cho phép tiểu bang yêu cầu thay đổi phương pháp áp dụng để lập mức định suất cho mỗi hội viên mỗi tháng trả cho các CCO để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho hội viên.
§1902(a)(54); Phần 1927(d)(1)(B); §1902(a)(14); Phần 1916 và 1916A; §1902(a)(23)(A)	Miễn trừ các yêu cầu hạn chế bảo hiểm được phép đối với thuốc ngoại trú, cụ thể là §1902(a)(54) kết hợp với Phần 1927(d)(1)(B); §1902(a)(14) bao gồm Phần 1916 và 1916A; §1902(a)(23)(A)	Điều này cho phép tiểu bang xác định danh sách các loại thuốc ưu tiên và loại trừ các loại thuốc chưa được chứng minh hoặc có giá trị thấp dựa trên hiệu quả lâm sàng.

Quyền miễn trừ	Sử dụng để miễn trừ	Lý do yêu cầu miễn trừ
	Thẩm quyền chi tiêu để tài trợ cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe cho các hội viên có sự chuyển đổi trong cuộc sống.	Điều này cho phép tiểu bang nhận khoản đối ứng của liên bang cho các quỹ Medicaid dành để giải quyết Yếu tố xã hội của sức khỏe (SDOH) cho các hội viên của OHP đang trong giai đoạn chuyển đổi cuộc sống.
42 C.F.R. 438.5.	Thẩm quyền chi tiêu để thanh toán cho các mức định suất được xây dựng với độ lệch cụ thể so với các tiêu chuẩn lập tỷ lệ nêu trong 42 CFR 438.5.	Điều này cho phép tiểu bang có thẩm quyền tính các khoản đầu tư của CCO vào công bằng sức khỏe theo yêu cầu của HB 3353 như các yêu cầu về y tế hoặc chi tiêu cải tiến chất lượng cho các mục đích thiết lập mức của CCO.

Khả năng tiếp cận tài liệu: Đối với những người bị khuyết tật hoặc người không nói được tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin theo các định dạng khác, chẳng hạn như bản dịch, bản in chữ lớn hay chữ nổi. 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.