

La importancia de la calidad y su impacto en los modelos de compensación



Nilda González, HIA, CHC, MHP, HCSA

Vicepresidenta de Calidad y Operaciones Five Stars
MMM Healthcare, LLC.

En los Estados Unidos el gasto por paciente supera por mucho el de otros países desarrollados, con resultados inferiores. Para esto el *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) ha definido un camino para los fondos que se asignan al cuidado de salud. La meta es *Triple Aim*: mejor cuidado médico, población más saludable y menor gasto.

En Medicare Advantage, las compañías que contratan con CMS han usado la Calificación por Estrellas para determinar la compensación por afiliado como un criterio importante para renovar un contrato. Así, CMS puede cancelar el contrato a aseguradoras con menos de 3 estrellas por 3 años seguidos, en Partes C, D o en el total general. Alinear la compensación a los resultados de calidad ha tenido éxito y sí funciona.

En 2015 se aprobó la ley MACRA (*Medicare Access & CHIP Reauthorization Act*) que cambia la forma de pagos en Medicare Tradicional. Además, pone fin a la Tarifa de Crecimiento Sostenido que era necesaria cada año para balancear las estructuras de pago y recompensar a los proveedores que ofrecen el mejor cuidado médico, definido a base de cuatro elementos:

| Criterio | Peso |
|---|------|
| Calidad | 50% |
| Información de salud (EHR Meaningful Use - Interconnectivity) | 25% |
| Mejoramiento de práctica clínica | 15% |
| Uso óptimo de recursos (según datos de reclamaciones de Medicare) | 10% |

El nuevo modelo será efectivo al inicio de 2017 y por sus resultados se reajustarán las tarifas de Medicare desde enero de 2019. Busca también combinar los programas de calidad existentes en un nuevo sistema. El pago por valor será posible por una de dos vías:

1. *Merit-Based Incentive Payment System (MIPS)*; y
2. *Advanced Alternative Payment Models (APMs)*

Bajo MIPS, desde 2019 los proveedores tendrán un ajuste gradual (del +4% en 2019 al +9% desde 2022).

Bajo APMs, recibirán un incentivo mediante un ajuste del +5% a sus tarifas.

Cada práctica elegirá a qué modelo circunscribirse y según CMS deberá hacer cambios significativos. Esto es importante en Puerto Rico ya que acá un 25% se mantiene en Medicare tradicional. Además:

- Los resultados en Puerto Rico dictan el *benchmark* sobre cuya base CMS define la prima base mensual para beneficiarios de Medicare Advantage;
- CMS podría terminar contratos de incumplirse con los estándares de calidad; y
- Para tener un contrato Medicare Advantage, el requisito es tener un contrato Medicare activo.

Al cierre de esta edición aún no está disponible el detalle de los requisitos de MACRA. Sin embargo, se anticiparon las 4 opciones que tienen los proveedores desde 2017 para participar de MACRA, lo que protege de recibir un ajuste negativo en 2019:

- **Prueba su Programa de Pago de Calidad:** podrá evitar un ajuste negativo enviando datos desde 2017;
- **Participe durante parte del año calendario:** puede someter información al Programa durante un número reducido de días y obtener un pequeño ajuste;
- **Participe durante todo el año calendario:** las prácticas listas para empezar en 2017 pueden someter información todo el año y lograr un modesto ajuste; y
- **Participe de un Modelo de Pago Alternativo Avanzado en 2017:** en lugar de reportar datos de calidad, puede unirse a un modelo como *Medicare Shared Savings Track 2 o 3*, y de acuerdo al número de atenciones tener un incentivo (5%) en 2019.

En resumen: los pagos por volumen terminarán y se incluirán mecanismos como *Flat Fee*, *Capitation*, bonos por calidad, *Shared Savings* o incluso *Bundle Payments*. CMS se orienta en calidad con foco en: coordinación de cuidado, experiencia del paciente, salud mental, farmacoterapia efectiva, prevención de hospitalizaciones, integridad de datos, entre otros.