

Organizaciones Responsables del Cuidado de la Salud: Información Útil para los Proveedores

Generalidades

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), formaron el Programa de Ahorros Compartidos de Medicare (Programa de Ahorros Compartidos) el 1ro de enero de 2012, según lo especificado por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. El Programa de Ahorros Compartidos es un programa voluntario diseñado para brindar mejor atención para los pacientes, mejor salud para nuestras comunidades, y menores costos a través de mejoras en el sistema de cuidado médico. En particular, el programa permite a los médicos, hospitales y demás proveedores de cuidado médico coordinar mejor la atención para los pacientes de Medicare a través de Organizaciones Responsables del Cuidado de la Salud, también conocidas como Organizaciones de Atención Médica (ACO). La participación en una ACO genera incentivos para los proveedores de atención médica con el fin de que trabajen juntos para tratar a un paciente en particular en distintos centros de atención, que incluyen el consultorio médico, hospitales, y centros de cuidado a largo plazo. El Programa de Ahorros Compartidos compensará económicamente a las ACO que reduzcan los incrementos en costos médicos y, a la vez, cumplan sus estándares de rendimiento sobre calidad de atención y darles prioridad a los pacientes. La participación de los proveedores en una ACO es meramente voluntaria.

Metas de Ahorros Compartidos

- **Mejor** cuidado para pacientes
- **Mejor** salud para nuestras comunidades
- **Menos** pagos por servicios de Medicare a través de mejoras para el sistema de cuidado médico.

CMS emitió regulaciones que implementan el Programa de Ahorros Compartidos en noviembre de 2011. Estas regulaciones se revisaron en un decreto final emitido en junio de 2015. Para elaborar las regulaciones del programa, CMS trabajó estrechamente con agencias de todo el Gobierno federal para garantizar un trabajo coordinado y alineado entre los departamentos y dentro de estos para facilitar la implementación del Programa de Ahorros Compartidos.

CMS invita a todos los proveedores interesados a revisar las regulaciones del programa y a considerar su participación en el Programa de Ahorros Compartidos.

Esta hoja de datos brinda una descripción general de las ACO de Medicare.

¿Qué es una ACO?

Según las regulaciones del programa, una ACO se refiere a un grupo de proveedores de Medicare (p. ej.: hospitales, médicos y otros profesionales involucrados en la atención de pacientes) que trabajarán en conjunto para coordinar la atención para los pacientes de Tarifa por Servicio de Medicare que atienden. La meta de una ACO es brindar atención transparente y de alta calidad para los beneficiarios de Medicare, en lugar de la atención fragmentada que con frecuencia reciben en un sistema de pago de Tarifa por Servicio. Una ACO de Medicare es una organización centralizada en el paciente, en la que el paciente y los proveedores son verdaderos socios en lo que respecta a las decisiones de atención médica.

¿Quién puede formar una ACO?

Los siguientes grupos de proveedores de servicios cubiertos por Medicare son elegibles para formar una ACO:

- Profesionales de una ACO (esto es, médicos y algunos profesionales no médicos) en acuerdos de prácticas grupales;
- Redes de prácticas individuales de profesionales de una ACO;
- Asociaciones o acuerdos de empresas conjuntas entre hospitales y profesionales de la ACO;
- Hospitales que contratan profesionales de una ACO;
- Ciertos hospitales de atención crítica;
- Centros de salud habilitados federalmente; y
- Clínicas de salud rural.

Cualquier proveedor inscrito en Medicare puede unirse a una ACO conformada por las entidades identificadas previamente. Todos los proveedores de Medicare acreditado están invitados a participar en una ACO dado que todos los proveedores de atención médica son importantes para que la ACO alcance su meta de mejor atención coordinada. No obstante, los proveedores que ya estén participando en otro programa o iniciativa que implique ahorros compartidos bajo una Tarifa por Servicio de Medicare no serán elegibles para participar en una ACO con Programa de Ahorros Compartidos.

Si la ACO está conformada por más de un proveedor, la organización debe ser una entidad legal independiente de los proveedores que la formaron. Una ACO conformada por un solo proveedor de Medicare no tiene que formar una entidad legal independiente para participar en el Programa de Ahorros Compartidos como una ACO, siempre que cumpla con los mismos requerimientos de organización y gestión que se aplican a todas las ACO.

¿Cómo pueden participar los proveedores?

Para participar en el Programa de Ahorros Compartidos, los proveedores elegibles deben formar una ACO de Medicare y la ACO debe enviar una solicitud a CMS. **No** se aceptará automáticamente a una ACO existente en el Programa de Ahorros Compartidos. Para que recibir la autorización, las ACO deben atender por lo menos a 5,000 pacientes con Tarifa por Servicio de Medicare, cumplir con todos los requerimientos de elegibilidad y del programa, y acceder a participar en el programa por lo menos durante 3 años.

Las reglas del programa y de la ley especifican los requerimientos de elegibilidad y del programa. Por ejemplo, cada ACO debe establecer un consejo de administración que incluya a un beneficiario de Medicare y brinda a los participantes de la ACO una participación significativa en la gestión de la ACO. Además, la ACO será la responsable de desarrollar procesos para fomentar medicina basada en evidencia, fomentar el compromiso del paciente, informar internamente sobre las medidas de calidad y costos, y atención coordinada. La ACO es responsable de conservar un enfoque centralizado en el paciente.

¿Cómo se les paga a las ACO?

Conforme a las reglas del programa, Medicare seguirá pagando a los proveedores individuales de la ACO por los servicios y artículos cubiertos, tal como lo hace actualmente en el sistema de pago de Tarifa por Servicio de Medicare. CMS también elabora un punto de referencia para cada ACO con el cual se compara el desempeño de la organización para evaluar si la ACO generó pérdidas o ahorros para el programa de Medicare durante un año de desempeño. Las ACO que cumplan o superen una tasa mínima de ahorros (MSR), que satisfagan los estándares de desempeño de calidad mínimos, o que conserven su elegibilidad para participar en el Programa de Ahorros Compartidos serán elegibles para recibir una parte de los ahorros que generen (“ahorros compartidos”). Asimismo, si una ACO ha elegido trabajar siguiendo un modelo de riesgo bilateral y cumple o supera una tasa de pérdida mínima (MLR), deberá reembolsar una parte de las pérdidas que genere (“pérdidas compartidas”).

¿Qué son las Opciones de Riesgo Compartido?

Las ACO de Medicare puede elegir aceptar riesgos financieros bilaterales o unilaterales. En el modelo unilateral (Nivel 1), la ACO puede recibir ahorros compartidos si cumple con los requerimientos correspondientes, pero no será responsable de las pérdidas compartidas. En los modelos bilaterales (Nivel 2 y Nivel 3), la ACO puede compartir los ahorros y las pérdidas. Una ACO puede optar por un modelo bilateral o unilateral por el primer período de acuerdo por 3 años. La ACO que complete el primer período de acuerdo bajo un modelo unilateral puede solicitar un segundo período de acuerdo en este modelo. En los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid creemos que este enfoque permitirá a las organizaciones que tienen menos experiencia con modelos de riesgo, como organizaciones dirigidas por médicos o ACO más pequeñas, obtener experiencia en lo que respecta a la administración de comunidades antes de pasar a un modelo bilateral, en el que serán responsables de las pérdidas compartidas. Además, esta política ofrece una oportunidad para las ACO más experimentadas de ingresar a un acuerdo compartido que brinde una porción mayor de ahorros, pero con la responsabilidad de reembolsar a Medicare una parte de las pérdidas.

¿Cómo se calculan los ahorros y las pérdidas?

CMS elabora un punto de referencia para cada ACO con el cual se compara el desempeño de la ACO para evaluar si la organización generó pérdidas o ahorros para el programa de Medicare durante un año de desempeño. Este punto de referencia es un valor aproximado de lo que hubiera sido el total de los gastos de las Partes A y B en Tarifa por Servicio de Medicare para los beneficiarios de la ACO si no hubiera estado presente la ACO, incluso si todos esos servicios no hubieran sido provistos por los proveedores en la ACO. El punto de referencia tiene en cuenta las características del beneficiario. Este punto de referencia se ajusta para las características del beneficiario y se actualiza con el monto absoluto proyectado de crecimiento en gastos nacionales per cápita para los servicios de las Partes A y B bajo el Programa original de Tarifa por Servicio de Medicare para cada año de desempeño dentro del período de acuerdo.

CMS también determina una MSR y una MLR para dar cuenta de las variaciones normales en los gastos en el cuidado de la salud. La MSR es un porcentaje del punto de referencia que deben cumplir o superar los ahorros de la ACO para que esta califique para los ahorros compartidos en cualquier año dado. De manera similar, una ACO con gastos iguales a la MLR que superen esta tasa será responsable de reembolsar las pérdidas compartidas. Según las regulaciones del

programa, las ACO en el modelo unilateral que tengan comunidades más pequeñas (y en consecuencia más variación en gastos) tendrán una MSR mayor, y las ACO con comunidades más grandes (y, en consecuencia, con menos variación en gastos) tendrán una MSR menor. Con los modelos bilaterales, las ACO tienen la opción de elegir entre una proporción MSR/MLR simétrica de 0.0 por ciento a 2.0 por ciento en incrementos de 0.5 por ciento, o una proporción MSR/MLR que varíe según la cantidad de beneficiarios asignados a la ACO (esta cantidad se determina utilizando la misma metodología que se usa para determinar la MSR en el modelo unilateral).

Con los modelos unilateral y bilateral, si una ACO cumple con los estándares de desempeño de calidad y alcanza ahorros que cumplan o superen la MSR, la ACO se beneficia de los ahorros, según el puntaje de calidad de la organización. Las ACO se benefician de todos los ahorros, no solo de la cantidad de ahorros que supere la MSR, hasta un límite de pago por desempeño. De manera similar, las ACO con gastos que cumplan o superen la MLR participarán de todas las pérdidas, hasta un límite en la pérdida compartida.

¿Cómo varían las pérdidas y los ahorros compartidos entre los tres niveles de riesgo?

A fin de brindar un mejor incentivo para que las ACO sean también responsables por las pérdidas compartidas, los modelos de riesgo bilateral ofrecen la oportunidad de obtener una recompensa mayor en comparación con el modelo unilateral. Las ACO en el Nivel 1 pueden recibir un pago por ahorros compartidos de hasta el 50 por ciento de todos los ahorros según el punto de referencia actualizado; mientras que las ACO en los Niveles 2 y 3 tienen una tasa compartida máxima del 60 y 70 por ciento, respectivamente. En todos los Niveles, CMS basa el porcentaje de ahorros real para una ACO individual (hasta el máximo para ese nivel) en el puntaje de rendimiento para las medidas de calidad. En el Nivel 1, es posible que los ahorros compartidos no superen el 10 por ciento del punto de referencia actualizado de la ACO, mientras que en el Nivel 2, el límite de pago por desempeño es el 15 por ciento de punto de referencia actualizado de la ACO, y en el Nivel 3, el límite es el 20 por ciento del punto de referencia actualizado de la ACO.

Las regulaciones del programa también proporcionan la metodología para determinar las pérdidas compartidas para las ACO en un modelo bilateral si los costos per cápita para la comunidad beneficiada asignada de la ACO superan el punto de referencia actualizado en una cantidad igual o mayor a su MLR. Al igual que con los ahorros compartidos, el monto de pérdidas compartidas se basa en parte en el puntaje de desempeño de calidad de la ACO. Si bien CMS capitaliza la tasa de pérdida compartida de la ACO al 60 por ciento para las organizaciones del Nivel 2 y al 75 por ciento para las organizaciones del Nivel 3, el rendimiento de calidad no puede bajar la tasa de pérdida compartida a menos del 40 por ciento del punto de referencia actualizado de la ACO en los modelos bilaterales. CMS también limita el monto total de pérdidas que se deben con los límites de pérdidas compartidas. En el Nivel 2, el límite de pérdida compartida es el 5 por ciento del punto de referencia actualizado en el primer año de rendimiento bajo el Nivel 2, 7.5 por ciento durante el segundo año de rendimiento y 10 por ciento durante el tercer año o cualquier año subsiguiente de rendimiento. En el Nivel 3, el límite de pérdida compartida es el 15 por ciento del punto de referencia actualizado de la ACO en cada año de rendimiento.

¿La asignación de beneficiarios varía entre los tres niveles de riesgo?

Los tres niveles en el Programa de Ahorros Compartidos también se distinguen por la manera en que CMS asigna beneficiarios a las ACO participantes. La asignación en los Niveles 1 y 2 se basa en una posible asignación preliminar con reconciliación retrospectiva. Si bien a las ACO que participan en los Niveles 1 y 2 se les proporcionan listas de posibles asignaciones preliminares trimestralmente durante el año de desempeño, igualmente son responsables a nivel financiero por los beneficiarios del pago de Tarifa por Servicio de Medicare que opten por recibir diversos servicios de atención primaria por parte de profesionales de la ACO que facturen a través de Claves de Identificación Tributaria (TIN) de las ACO participantes durante el año de desempeño. En contraste, en el Nivel 3 se usa una metodología de asignación de beneficiarios posibles bajo la cual se proporciona una lista posible de beneficiarios asignados de la ACO al comienzo del año de desempeño y comprende a todos los beneficiarios para los cuales la ACO será responsable durante ese año de desempeño.

¿Cómo logra la ACO los estándares de rendimiento de calidad?

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid invitan a los proveedores a participar en las ACO bajo el Programa de Ahorros Compartidos estableciendo un estándar de rendimiento de calidad para el primer año de rendimiento de un primer período de acuerdo de la ACO con la generación de informes precisos y completos y la introducción gradual de rendimiento durante el segundo y tercer año de rendimiento de dicho período de acuerdo. Esto significa que las ACO son elegibles para la tasa compartida máxima (50 por ciento para las ACO del Nivel 1, 60 por ciento para las ACO del Nivel 2, y 75 por ciento para las ACO del Nivel 3) si la ACO generan suficientes ahorros, e informan completamente y con precisión todas las medidas de calidad. Después del primer año, la ACO debe no solo informar sobre todas las medidas, sino también desempeñarse bien sobre las medidas de calidad seleccionadas. Esta introducción gradual ofrece a las ACO recientemente conformadas un período de gracia a medida que inician sus operaciones y aprenden a trabajar juntas para coordinar mejor la atención de los pacientes y mejorar la calidad.

¿Cómo se alinean los informes y los estándares de rendimiento de calidad con otras iniciativas de calidad de CMS?

CMS mide la calidad de atención con medidas reconocidas a nivel nacional en cuatro áreas clave: experiencia del paciente, coordinación de la atención/seguridad para el paciente, salud preventiva, y población en riesgo.

Las medidas de calidad informadas para los fines del Programa de Ahorros Compartidos se alinean con las medidas utilizadas en otros programas de CMS, como el Programa de Incentivos por Registro de Salud Electrónico (EHR) de Medicare, el Modificador de Valor Médico, y el Sistema de Informes sobre Calidad del Médico (PQRS). Los profesionales elegibles que participen en una ACO que informen satisfactoriamente las medidas de calidad solicitadas conforme al Programa de Ahorros Compartidos anularán el ajuste de pago del PQRS y el ajuste automático descendente del Modificador de Valor. Puede encontrar información adicional sobre el ajuste del PQRS en <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Payment-Adjustment-Information.html>, en el sitio web de los Centros de

Servicios de Medicare y Medicaid. Además, puede visitar la página web del programa Modificador de Valor y Comentarios sobre el Médico para obtener más información: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram>.

Los profesionales elegibles (EP) que participen en una ACO pueden cumplir con los requisitos de medidas de calidad clínica (CQM) para el Programa de Incentivos por EHR de Medicare si el EP utiliza Tecnología para EHR certificada para extraer datos y la ACO informa por completo las medidas de calidad del Programa de Ahorros Compartidos. Los EP igualmente deben cumplir con el resto de los requerimientos del Programa de Incentivos por EHR de Medicare y completar una declaración.

¿Cómo ayudan las ACO a los médicos para coordinar la atención?

Los proveedores de atención médica han informado que una de las barreras para mejorar la coordinación en atención es la falta de información. Si bien es posible que conozcan acerca de los servicios que prestan a los beneficiarios, con frecuencia no conocen todos los servicios que proporcionan al beneficiario otros proveedores de atención médica. A fin de atender mejor a los pacientes y para coordinar su atención, las ACO pueden solicitar información de reclamaciones de Medicare acerca de sus pacientes de CMS. Los beneficiarios tienen la oportunidad de negarse a compartir su información de reclamaciones y pueden hacerlo por teléfono llamando al 1-800-Medicare. No obstante, la decisión de un beneficiario de no compartir esta información no afecta la participación del proveedor en la ACO ni el uso que puedan hacer los CMS de los datos del paciente con el objetivo de evaluar el rendimiento de la ACO en cuanto a calidad o medidas de costos.

Recursos

Las últimas reglas del Programa de Ahorros Compartidos pueden descargarse del sitio web de la Oficina editorial del Gobierno de los EE. UU. (GPO) en <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27461.pdf> (Regla final de noviembre de 2011) y <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2015-06-09/pdf/2015-14005.pdf> (Regla final junio de 2015) en el sitio web de la GPO.

Para información acerca de cómo participar en el Programa de Ahorros Compartidos, visite <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram> en el sitio web de CMS.

Las renunciaciones de responsabilidad de Medicare Learning Network® se encuentran disponibles en <http://go.cms.gov/Disclaimer-MLN-Product> en el sitio web de CMS.

Medicare Learning Network®, MLN Connects®, y MLN Matters® son marcas registradas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS).

ICN 907406

Marzo 2016