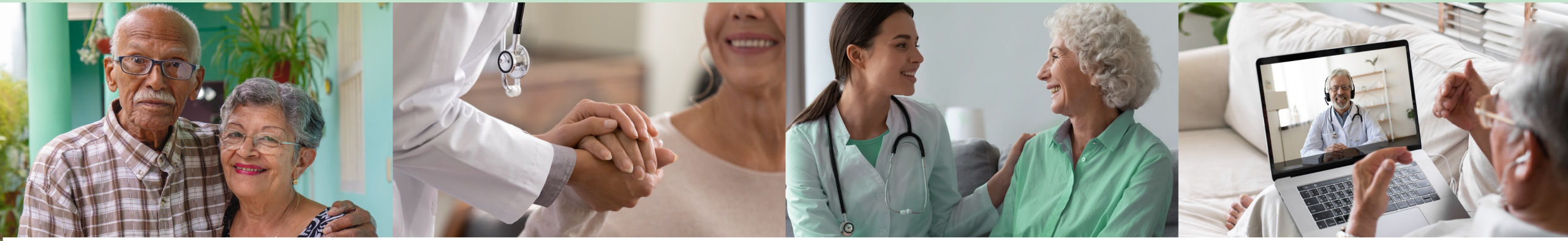
ADIESTRAMIENTO
MODELO DE CUIDADO
PLANES DE NECESIDADES ESPECIALES 2024

Enero
2024



MCS Classicare (HMO)

PRIMER Y ÚNICO 5 estrellas de 5 en Puerto Rico 2024

Objetivos

Al finalizar el adiestramiento podrás:

- Identificar los cuatro (4) elementos que componen el Modelo de Cuidado.
- Describir el Modelo de Cuidado que MCS ofrece a los afiliados con necesidades especiales de elegibilidad dual (D-SNP) o afiliados con condiciones crónicas (C-SNP).
- Definir el equipo de cuidado interdisciplinario para la población D-SNP y C-SNP.
- Explicar el rol integral que tienen los empleados y proveedores en el Modelo de Cuidado de MCS.

Confidential. Do not distribute.

Definiciones

- **C-SNP MOC** (*Chronic Conditions Special Needs Plan Model of Care*): modelo de cuidado para afiliados con ciertas condiciones crónicas.
- **CAHPS** (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*): encuesta que reúne, evalúa y reporta sobre la experiencia (percepción) de los afiliados en relación a los servicios recibidos por parte de los planes de salud y proveedores.
- **CHRAT** (*Comprehensive Health Risk Assessment Tool*): herramienta que utiliza el personal clínico para identificar necesidades y factores de riesgo en el afiliado.
- **CM** (*Care Management*): programa de Manejo de Cuidado/Manejador de Cuidado.
- **DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD** (*SDOH-Social Determinants of Health*): describe los diversos factores sociales, ambientales y económicos que pueden influenciar las condiciones del estado de salud, que a menudo pueden tener un mayor impacto en los resultados de salud del individuo, que la propia prestación de servicios de salud.
- **D-SNP MOC** (*Dual Eligible Special Needs Plan Model of Care*): modelo de cuidado para afiliados con elegibilidad dual.
- **HEDIS** (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*): conjunto de medidas de desempeño estandarizadas relacionadas con la atención y el servicio desarrollado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).
- **HOS** *(Health Outcomes Survey):* es la primera medida de resultados comunicada por el paciente y utilizada en el manejo del cuidado de Medicare.
- **ICP** (*Individualized Care Plan*): plan de cuidado individualizado creado para el afiliado.
- **ICT** (*Interdisciplinary Care Team*): equipo de cuidado interdisciplinario para afiliados SNP compuesto por el médico primario y el afiliado, y otros expertos de la salud, si aplica.
- **PCP** (*Primary Care Physician*): Médico primario responsable del cuidado principal del afiliado bajo el Modelo de Cuidado.

Confidential. Do not distribute.

Trasfondo de los Planes de Necesidades Especiales (SNP)

Es importante conocer que la regulación **42 CFR §422.101(f)** de CMS requiere que toda organización *Medicare Advantage* (MA) implemente un Modelo de Cuidado para sus afiliados con necesidades especiales, que cuente con una red de proveedores apropiada y especialistas designados para satisfacer sus necesidades de salud y mejorar su calidad de vida.

2003

Bajo el *Medicare Modernization Act,* el Congreso de Estados Unidos estableció los Planes de Necesidades Especiales (SNP) como requisito para los planes *Medicare Advantage (MA).*

Los SNPs se clasificaron en tres (3) categorías:

1. Elegibilidad Dual (D-SNP)
2. Condiciones Crónicas (C-SNP)
3. Individuos Institucionalizados (I-SNP)

2012

El *Affordable Care Act* enmienda la sección 1859(f)(7) del *Social Security Act.*

Requiere que todos los planes MA que ofrezcan planes SNPs sometan a CMS un **Modelo de Cuidado (MOC)** para evaluación y aprobación del *National Committee for Quality Assurance* que asegure el cumplimiento con las guías establecidas por CMS(NCQA).

Confidential. Do not distribute.

Modelo de Cuidado (MOC)

CMS describe el Modelo de Cuidado como una herramienta vital de mejoramiento de calidad que integra componentes para asegurar que las necesidades únicas de cada afiliado se identifiquen y sean atendidas a través de las prácticas de manejo de cuidado del plan. El MOC provee la infraestructura necesaria para promover la calidad, el manejo de cuidado y los procesos de coordinación de cuidado para los afiliados SNPs.

MCS cuenta con **dos (2) modelos** de cuidado en planes de salud para personas elegibles. Estos son:

D-SNP

Elegibilidad Dual
(Platino)

Afiliados con **Medicare A+B** y **Medicaid**

C-SNP

Condiciones Crónicas
(No Platino)

Afiliados con **Medicare A+B** y **Condiciones Crónicas**

Confidential. Do not distribute.

Planes MCS Classicare SNP 2024

En el **2024**, MCS Classicare cuenta con seis planes Platino para la población D-SNP y un plan para la población con condiciones crónicas, C-SNP.

MCS Classicare		
Nombre del plan	**Número de contrato**	**Número de grupo**
Platino Ideal (HMO D-SNP)	H5577-002 (Renovación)	850614
Platino Progreso (HMO D-SNP)	H5577-017 (Renovación)	850717
Platino MásCa$h (HMO D-SNP)	H5577-029 (Renovación)	850723
Platino Total (HMO D-SNP)	H5577-046 (Renovación)	850749
Platino Máximo (HMO D-SNP)	H5577-054 (Nuevo)	850752
Platino Del Sur (HMO D-SNP)	H5577-055 (Nuevo)	850753
Primero (HMO C-SNP)	H5577-038 (Renovación)	850728

Población total de MCS Classicare al 1 de enero de 2024:
D-SNP **103,149** Afiliados | C-SNP **12,841** Afiliados.

Confidential. Do not distribute.

Modelo de Cuidado (MOC)

El Modelo de Cuidado (MOC) se compone de **cuatro (4) elementos**. Estos son:

MOC 1

Descripción de la población SNP

MOC 2

Coordinación de cuidado

MOC 3

Red de proveedores

MOC 4

Medidas de calidad y mejoramiento de desempeño

MOC I

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN SNP

MCS Classicare (HMO)

PRIMER Y ÚNICO 5 estrellas de 5 en Puerto Rico 2024

MOC 1: Descripción de la población SNP

Población más vulnerable D-SNP y C-SNP

La población **D-SNP** y **C-SNP** más vulnerable es parte de la población total **MCS Classicare** identificada con riesgos de salud complejos que requieren intervención de parte de un **manejador de cuidado** para asistirle en sus necesidades.

- Elegibilidad
- Factores sociales, cognitivos y ambientales
- Condiciones de vida
- Comorbilidades
- Condiciones de salud física y mental
- Características específicas identificadas en la población

Confidential. Do not distribute.

MOC 1: Descripción de la población SNP

Servicios especializados para la población D-SNP y C-SNP

- Servicios de transportación para citas médicas.
- Educación en salud para los afiliados con condiciones crónicas.
- Servicios especiales suplementarios:
  - Transportación a lugares no relacionados a la salud (dentro de la red)
  - Aportaciones para la compra de alimentos saludables, así como el pago de electricidad, agua, teléfono, internet, entre otros servicios.
  - Asistencia en el hogar:
    - ✓ Reparaciones y servicios simples: corte de grama simple, peluquería (lavado, corte y secado), plomería, reparaciones electricidad, servicio de cerrajería, limpieza/desinfección preventiva al hogar, control de plagas y asistencia tecnológica.

- Cero costo compartido de los servicios dentales cubiertos, reconociendo el vínculo entre la salud dental y el manejo de las condiciones crónicas.
- Algunas cubiertas incluyen el beneficio de cuidado de los pies en el hogar que incluye corte y limado de uñas, limpieza de pies, exfoliación de callos, entre otros servicios.
- Evaluación comprensiva de riesgo de salud, que incluye:
  - Evaluación de integridad de la piel
  - Evaluación de determinantes sociales de salud y la necesidad de servicios comunitarios o servicios no clínicos
  - Evaluación del conocimiento de sus condiciones de salud
  - Revisión de medicamentos

Confidential. Do not distribute.

MOC 2

COORDINACIÓN DE CUIDADO

MCS Classicare (HMO)

PRIMER Y ÚNICO 5 estrellas de 5 en Puerto Rico 2024

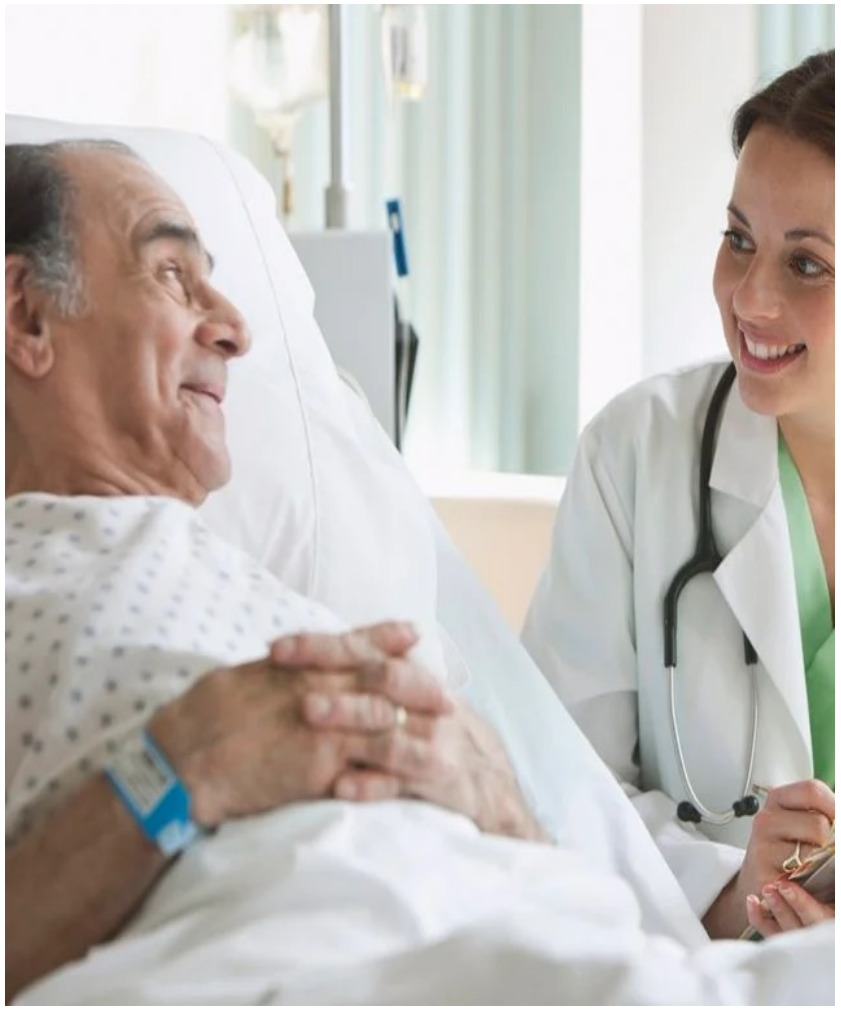
MOC 2: Coordinación de Cuidado

La coordinación de cuidado establece lo siguiente:

Coordinar y evaluar la efectividad de la prestación de los servicios contemplados en el MOC.

Asegurar que todas las necesidades de salud y preferencias en servicios de los afiliados SNPs sean cubiertas.

Asegurar que se comparta la información médica entre los profesionales de salud, maximizando la efectividad, la eficiencia, la alta calidad en los servicios y mejorando los resultados de salud de los afiliados.

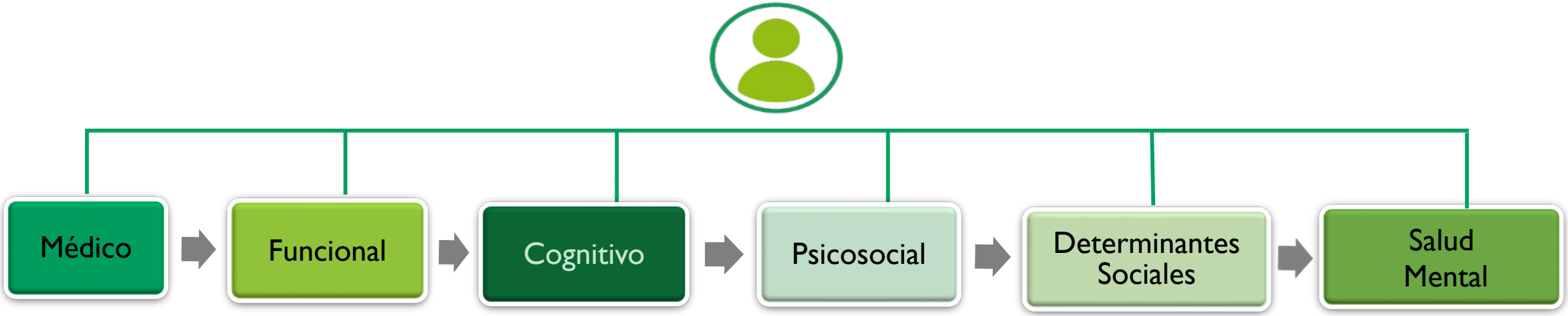


Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Evaluación de Riesgo de Salud identificados en el CHRAT

El ***Comprehensive Health Risk Assessment Tool*** (CHRAT, por sus siglas en inglés) es una herramienta diseñada para recopilar todos los elementos que ayuden a identificar las necesidades de nuestros afiliados. Estos son:



Las secciones del CHRAT son cuidadosamente seleccionadas por el Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés) para evaluar posibles riesgos y necesidades en el afiliado, tanto clínicas como no clínicas.

Las necesidades identificadas en el CHRAT determinan el nivel de riesgo de salud del afiliado SNP en una de las siguientes tres (3) categorías: **Leve, Moderado o Severo**. También se genera el plan de cuidado individualizado, y se comparte con el afiliado y su PCP.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Evaluación de Riesgo de Salud

El *Comprehensive Health Risk Assessment Tool* (CHRAT, por sus siglas en inglés) es administrado por el PCP y es inclusivo del ICT.

El proceso del CHRAT permite al PCP o al médico obtener un perfil de salud actualizado de sus pacientes y desarrollar el plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) junto con el afiliado al momento de la administración.

El CHRAT provee un perfil de salud completo y actualizado de cada afiliado de MCS (D-SNP & C-SNP y MA), identificando las necesidades especiales para el desarrollo del ICP, y proveer guías para el manejo del cuidado considerando los cambios en el estado de salud.

Un CHRAT inicial y anual se puede realizar cara a cara o a través de una cita médica de telesalud entre el PCP/médico y el afiliado y se documentan los resultados de la evaluación de salud incluyendo hallazgos clínicos y no clínicos.

El plan de cuidado se mantiene en el sistema accesible a los miembros del ICT y los planes de cuidado actualizados se envían a los afiliados.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Encuentros cara a cara (*face-to-face encounters*)

La regulación 42 CFR § 422.101(f)(1)(iv) de CMS requiere que toda la población SNP reciba un encuentro cara a cara para facilitar que el afiliado pueda participar de servicios como:

- Cuidado de salud, manejo de cuidado o coordinación de servicios de su salud.
- Estos encuentros deben ocurrir con el consentimiento del afiliado, al menos anualmente dentro de los primeros 12 meses de afiliación.
- Estos encuentros se pueden proveer al afiliado SNP mediante visitas a su médico primario (PCP), servicios de telemedicina (videoconferencia), entre otros.

El propósito del encuentro cara a cara es evaluar el estado de salud actual del afiliado, así como situaciones en su cuidado de salud, para fomentar la discusión de alternativas de tratamiento disponible, la disponibilidad de recursos de la comunidad y establecer las metas para el cuidado de salud del afiliado.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Equipos de Cuidado Interdisciplinario

El equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés) provee la estructura y los procesos necesarios para garantizar la coordinación de servicios de salud de nuestros afiliados del Plan de Necesidades Especiales, de acuerdo al estado de salud y necesidades identificadas.

El médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) y el afiliado o el representante del afiliado son el ICT. El ICT es responsable de desarrollar e implementar el Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) del afiliado.

ICT alternativo:

- El afiliado y el PCP son el ICT. Si por alguna razón el afiliado y el PCP no pueden reunirse para discutir el ICP, entonces un ICT alternativo se reunirá en nombre del PCP y del afiliado.
- El ICT alternativo está compuesto por un médico de MCS y un manejador de cuidado.
- El ICT alternativo puede discutir varios planes de cuidado de afiliados en una misma reunión.

ICT complejo:

- Responsable del desarrollo e implementación de los planes de cuidado individualizados para los afiliados que cumplen los criterios de nivel de estratificación de riesgo de salud severo según su CHRAT y que participan de algún Programa de Manejo Complejo.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Equipos de Cuidado Interdisciplinario

El afiliado o su representante, junto con su médico primario (PCP), constituyen el ICT.

Además del afiliado y su familia/cuidadores y el médico primario del afiliado, otros miembros del equipo pueden añadirse procedentes de las distintas disciplinas que prestan o coordinan servicios que abordan necesidades específicas del cuidado de condiciones crónicas.

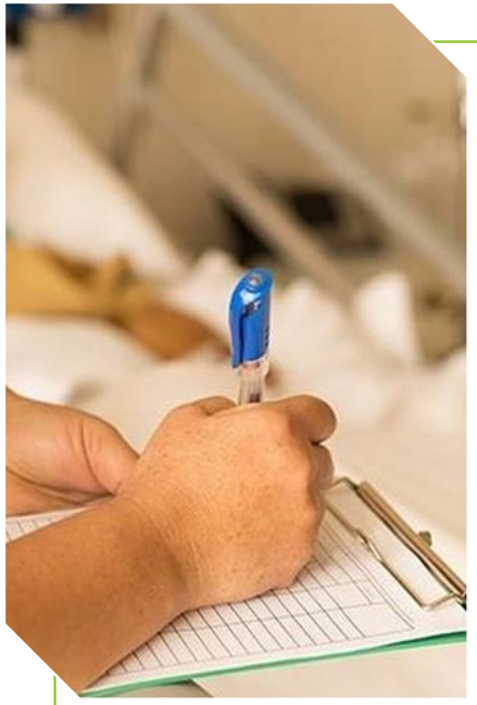
El ICT es responsable de desarrollar un ICP que incluya metas/objetivos medibles, resultados medibles, así como todos los servicios apropiados para el afiliado basados en evaluaciones, discusiones con el afiliado, recomendaciones de Manejo de Cuidado o cualquier insumo de los proveedores según corresponda.

Considerando las necesidades médicas, funcionales, cognitivas, psicosociales y de salud mental de los afiliados, MCS utiliza un enfoque integrado para coordinar el cuidado que pudiera incorporar los siguientes: el equipo de Manejo de Cuidado de MCS, varios componentes de la red del proveedor, así como programas y recursos disponibles en la comunidad.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Plan de Cuidado Individualizado



Todos los afiliados de MCS reciben un Plan de Cuidado Individualizado, al menos, una vez al año o si se producen cambios mayores en el estado de salud del afiliado.

- Las respuestas de la Herramienta de Evaluación de Riesgos para la Salud (HRAT, por sus siglas en inglés) se utilizan para desarrollar el Plan de Cuidado Individualizado inicial para cada afiliado. Una vez generado el Plan de Cuidado Individualizado inicial (que toma normalmente entre 60 y 90 días laborables después de completar la HRAT), se actualiza, como mínimo, anualmente mediante la HRAT o si el estado de salud del afiliado justifica una actualización del ICP.
- El ICP se distribuye tanto al afiliado, como al PCP por correo postal.
- Los planes de cuidado individualizados D-SNP y C-SNP incluyen intervenciones y metas para condiciones crónicas como: diabetes, fallo cardíaco crónico, desórdenes cardiovasculares, artritis, entre otras.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Plan de Cuidado Individualizado

Los ICPs proveen una estructura para organizar las metas de salud y documentar resultados. Incluyen, pero no se limitan a, los siguientes componentes esenciales:

- Las metas y objetivos de autocuidado del afiliado.
- Las preferencias personales del cuidado de salud del afiliado.
- Una descripción de los servicios específicamente enfocadas a las necesidades del afiliado.
- El rol del cuidador del afiliado, si aplica.
- Identificación de metas (alcanzada o no alcanzada).
    - Si las metas del afiliado no se alcanzan, el ICT reevaluará el ICP actual y determinará las acciones alternas adecuadas.

El Plan de Cuidado Individualizado es la herramienta utilizada para documentar las recomendaciones de salud basadas en los diagnósticos que han sido identificados en la evaluación del estado de salud por el afiliado y el PCP para fomentar el cumplimiento de las metas. Para los afiliados que se reunieron con el PCP para la HRAT, el ICP se desarrollará en la misma visita.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Transición de Cuidado

Se identifica como una transición/movimiento del afiliado de un escenario de cuidado de salud a otro, en el cual el afiliado recibe cuidado y servicios de salud debido al cambio en su estatus de salud. En cualquier escenario, un proveedor designado tiene responsabilidad continua sobre el cuidado médico del afiliado.

Transición de cuidado para bajar de nivel:

- Ejemplo: del hospital a una facilidad de rehabilitación, y luego al hogar del afiliado.

Transición de cuidado para subir de nivel:

- Ejemplo: del hogar del afiliado al hospital.

Confidential. Do not distribute.

MOC 2: Coordinación de Cuidado

Transición de Cuidado

MCS Classicare integra en el cuidado de salud al afiliado, al cuidador y al médico primario (o médico habitual) en el proceso de transición que ocurre antes, durante y después del cambio de un nivel de cuidado a otro, según cambia su estado de salud.

La coordinación de cuidado para las transiciones garantiza que todos los afiliados que experimentan una transición se conecten con el proveedor adecuado basado en las circunstancias únicas del afiliado.

Notificación al PCP:

- Una vez en conocimiento de la transición de un afiliado, MCS informa al PCP del afiliado sobre la transición.
- Para eventos de cuidado agudo, la notificación ocurre a través del Portal de Proveedores.
- Para eventos luego de un cuidado agudo, MCS notifica la determinación al proveedor que brindara el servicio, al médico primario del afiliado y al afiliado.

Al concluir la transición (i.e. no se espera que el afiliado tenga movimientos adicionales de un nivel de cuidado de salud a otro porque la salud del afiliado se ha estabilizado) el plan de cuidado se revisa y se actualiza, cuando sea indicado, basado en las necesidades en curso como resultado de la transición. Las actualizaciones del plan de cuidado se comparten con el afiliado y el PCP.

Confidential. Do not distribute.

MOC 3

RED DE PROVEEDORES

MCS Classicare (HMO)

PRIMER Y ÚNICO 5 estrellas de 5 en Puerto Rico 2024

MOC 3: Red de Proveedores

La Red de Proveedores contratados por MCS está compuesta por:

- **Médico primario (PCP)**
- **Médicos especialistas (medicina interna, cardiología, endocrinología, entre otros)**
- **Expertos en servicios de salud mental**
- **Otros profesionales**

La Red de Proveedores de MCS debe cumplir con los siguientes requisitos del MOC:

Utilizar guías clínicas y protocolos de transición de cuidado

- Ejemplo de guías clínicas:
  diabetes, asma, cáncer, entre otras

Participar de adiestramiento requerido del MOC

- Proveedores participantes
- Proveedores no participantes que ven afiliados de MCS rutinariamente
- Proveedores contratados por las entidades delegadas

Confidential. Do not distribute.

MOC 3: Red de Proveedores

Rol del médico primario y especialistas

Integrar al médico primario u otros proveedores en el manejo de cuidado del afiliado.

Utilizar las guías de práctica clínica adoptadas por MCS (disponibles en Provinet).

Revisar y actualizar el Plan de Cuidado Individualizado. Comunica, actualiza y responde a las preocupaciones o preferencias con el afiliado.

Proveer servicios a tiempo garantizando la calidad en la continuidad de cuidado, tratamiento y servicios al afiliado.

Notificar al plan médico cualquier barrera que afecte el acceso a los servicios o el proceso de transición de cuidado.

Participar en la planificación del cuidado del paciente y fomentar su participación en el proceso de cuidado.

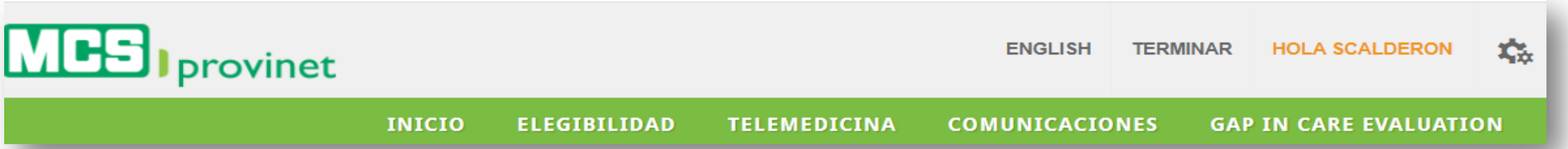
Participar en las reuniones del equipo de cuidado interdisciplinario (ICT) y mantener la comunicación con dicho equipo y el cuidador.

Dirigir al afiliado a un estilo de vida saludable, ofreciendo cuidado preventivo y educación acerca de su condición.

Confidential. Do not distribute.

MOC 3: Red de Proveedores

Provinet: Herramienta para proveedores



El proveedor tiene accesible a través de provinet:

- Asistencia al PCP para coordinar el cuidado del afiliado y evaluar el cumplimiento de su paciente en cuidados preventivos y medidas HEDIS.
- Guías Clínicas tales como: diabetes, asma, cáncer, entre otras.
- Adiestramiento del MOC
- Referido para los Programas de Manejo de Cuidado
  - Pueden ser enviados al fax: 787.620.1336

Confidential. Do not distribute.

MOC 4

MEDIDAS DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO DE DESEMPEÑO

MCS Classicare (HMO)

PRIMER Y ÚNICO 5 estrellas de 5 en Puerto Rico 2024

MOC 4: Medidas de Calidad y Mejoramiento de Desempeño

Los requisitos que se deben cumplir en las medidas de calidad y mejoramiento de desempeño para ambos modelos de cuidado son:

- El **MOC-Dual** actual de MCS Classicare se renueva cada tres (3) años.
- El **MOC-Crónico** actual de MCS Classicare se renueva anualmente.
- Requiere la presentación o aprobación anual de la Junta de Directores de MCS, Comité de Manejo de Utilización y Comité de Mejoramiento de Calidad.
- El equipo de trabajo del MOC "*Task Force*", compuesto por líderes de las áreas impactadas por el MOC, incluyendo las entidades delegadas, se reúne al menos seis (6) veces al año para discutir y monitorear el cumplimiento operacional con los requisitos del MOC e incluyen medidas alineadas a STARS, HEDIS, CAHPS, HOS y aquellas propias del departamento.

El departamento de Calidad de MCS es el responsable de **vigilar, monitorear y evaluar** las acciones pertinentes al Modelo de Cuidado.

Confidential. Do not distribute.

MOC 4: Medidas de Calidad y Mejoramiento de Desempeño

El reporte de medidas de calidad y mejoramiento de desempeño según requerido en el MOC debe contener los siguientes:

A. Plan para medidas de calidad y mejoramiento de desempeño

Fuentes de datos:

- ✓ Sistema electrónico de manejo de cuidado, base de datos de CHRAT y aplicaciones PMHS
- ✓ Participación de líderes de MCS en el proceso de calidad interna

B. Metas cuantificables y resultados de salud

Indicadores de medidas:

- ✓ STARS
- ✓ HEDIS
- ✓ Reportes regulatorios
- ✓ Reportes operacionales

C. Medición de la experiencia de cuidado del afiliado

Encuestas de satisfacción:

- ✓ CAHPS
- ✓ HOS
- ✓ Encuestas internas de satisfacción de afiliados:
  - Grupos focales

D. El MOC se presenta para evaluación del programa en el Comité de Calidad de MCS

Mejora continua del desempeño y evaluación del MOC:

- ✓ Supervisar y analizar los indicadores de calidad para identificar oportunidades de mejoramiento
- ✓ Efectúa reuniones de grupos de trabajo del MOC

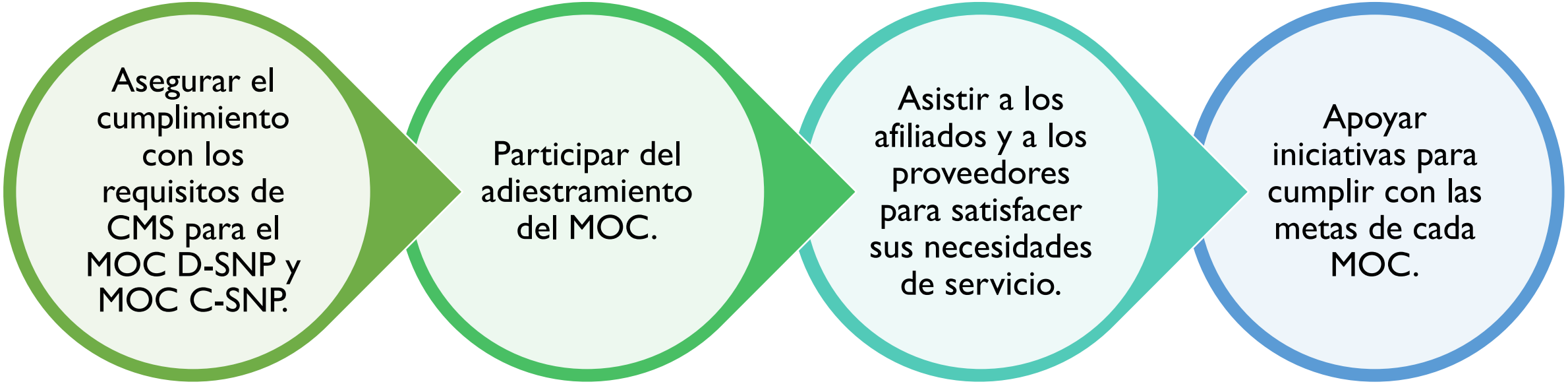
E. Comunicación del desempeño del MOC de los SNP

MCS comunica la información obtenida a:

- ✓ Junta de Directores
- ✓ Empleados
- ✓ Proveedores
- ✓ Otros

Confidential. Do not distribute.

Todos tenemos un rol integral muy importante y debemos:



Confidential. Do not distribute.

Referencias

- MCS 2024 C-SNP Model of Care Description
- MCS 2024-2026 D-SNP Model of Care Description
- Medicare Managed Care Manual, Chapter 16-B: *Special Needs Plans* (Rev.129, Issued: 08-11-23)
- Medicare Managed Care Manual, Chapter 5: *Quality Assessment* (Rev. 117, 08-08-14)
- MOC Scoring Guidelines CY 2025

Confidential. Do not distribute.

¡ESTAMOS PARA SERVIRLE!

Para cualquier información adicional comuníquese al:

- Favor incluir información de contacto de su compañía

Confidential. Do not distribute.

The Best Healthcare Plan in Puerto Rico

Salud Completa

MCS Classicare
(HMO)

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. Cada año, Medicare evalúa los planes basado en un sistema de calificación de 5 estrellas

CAN_0960124