



Modelo de Cuidado Coordinado 2024

Objetivos



Modelo de Cuidado: Adiestramiento

Desarrollado para cumplir con las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*

Toda aseguradora Medicare Advantage debe brindar y documentar un adiestramiento sobre el Modelo de Cuidado Coordinado** a todos sus empleados, personal contratado y proveedores.

- Es un requisito anual
- Metodología o tipos de intervención:
 - ❑ Presencial
 - ❑ Interactivo (Internet, audio/vídeo)
 - ❑ Auto-estudio (material impreso o medios electrónicos)

* CMS, por sus siglas en inglés. **Model of Care en inglés (MOC)

Transfondo

Incorporado en el año 2000.

Año 2001: aprobado por CMS para comenzar a brindar servicios como el Primer Plan Medicare Advantage en Puerto Rico.

Enfoque:

- Cuidado coordinado eficiente
- Prevención
- Calidad de vida

Transfondo

4.5 Estrellas

Celebramos que uno de nuestros contratos ha recibido calificación de 4.5 estrellas bajo el programa de calificaciones por Estrellas Medicare* **por siete años consecutivos.**

Contrato H4004.
Cada año Medicare evalúa los planes a base de un sistema de calificación de 5 estrellas.

¿Qué es el Modelo de Cuidado Coordinado?

- Estructura para llevar a cabo cuidado coordinado de manera eficiente
- Enfoque en beneficiarios con necesidades especiales
- Herramienta vital
- Mejorar la calidad
- Garantizar que se atiendan las necesidades bajo SNP*

*SNP – Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plan)



Planes de necesidades Especiales

C-SNP (Chronic Condition Special Needs Plan)

MMM Supremo (HMO-C SNP)

Afiliados con condiciones crónicas o discapacitantes:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Trastorno tromboembolia venosa crónica

Planes de necesidades Especiales

D-SNP

(Dual Eligible Special Needs Plan)

**MMM Diamante Platino
(HMO-SNP)**

**MMM Relax Platino
(HMO-SNP)**

**MMM Valor Platino
(HMO-SNP)**

**MMM Dorado Platino
(HMO-SNP)**

**MMM Plus Platino
(HMO-SNP)**

**PMC Premier Platino
(HMO-SNP)**

Afiliados elegibles a Medicare y Medicaid.

Elementos del MOC

Descripción de la población de necesidades especiales (SNP)

Cuidado coordinado

- Evaluación obligatoria de riesgos de salud y reevaluación (HRA, por sus siglas en inglés)
- Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face en inglés)
- Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)
- Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

Red de proveedores

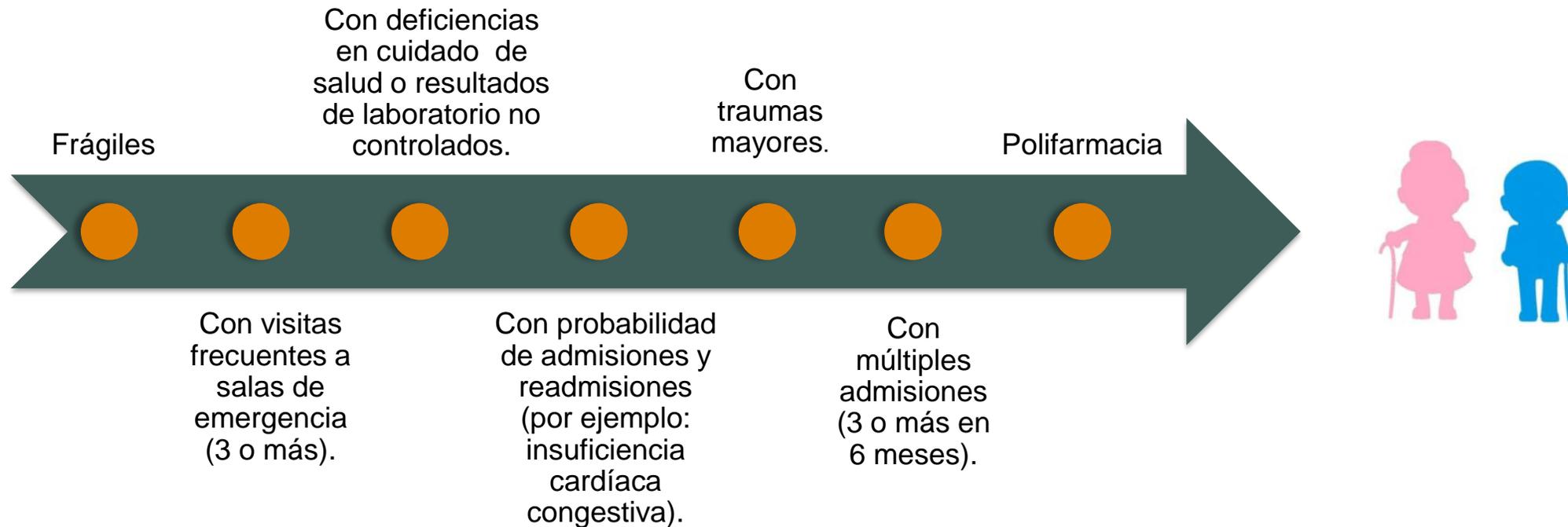
Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento

MOC I:

**Descripción de la población con
necesidades especiales (SNP)**

Los más vulnerables

Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



Los más vulnerables

Afiliados con condiciones crónicas descontroladas:

- COPD (Chronic obstructive pulmonary disease/ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Asma
- CHF (congestive heart failure/insuficiencia cardíaca congestiva)
- Enfermedad cardiovascular / Arteriosclerosis
- HTN (Hypertension/Hipertensión)
- Diabetes



Afiliados con discapacidad

Afiliados que requieren procedimientos complejos y/o transición de cuidado:

- Trasplante de órganos
- Cirugía bariátrica



MOC 2: Coordinación de servicios

Cuidado Coordinado

Asegura la atención de las necesidades de salud de beneficiarios de un SNP. La información se comparte entre el personal interdisciplinario.

Coordina entrega de servicios y prestaciones especializadas que satisfacen necesidades de la población más vulnerable.

Realiza evaluaciones de riesgos de salud, Plan de Cuidado Individualizado y cuenta con un equipo interdisciplinario establecido.



Enfoque del programa



Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza para identificar necesidades médicas, mentales, psicosociales, cognitivas y funcionales, de personas con necesidades especiales.

HRA inicial - 90 días desde la afiliación para completarlo. HRA anual a partir de 365 días luego del inicial o de su último HRA.

Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza por teléfono o en papel.

Resultados → Plan de Cuidado Individualizado:

* Problemas, metas e intervenciones con equipo interdisciplinario.

HRA refiere a → Programas de Manejo de Cuidado

* Manejo de casos, entre otros.

Plan de cuidado compartido con:

Afiliado + PCP y Equipo interdisciplinario

Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face)

Elementos esenciales:

- Gestión eficaz del cuidado preventivo
- Establece planes de tratamiento para controlar las enfermedades crónicas y mejorar la salud general.
- Apoya a los afiliados en la participación activa de su cuidado médico.
- Identifica afiliados que puedan cualificar y beneficiarse de programas de manejo de casos establecidos por el plan médico.
- Promueve un cuidado coordinado efectivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- El equipo interdisciplinario desarrolla un ICP para cada afiliado de cubierta SNP, identificando las necesidades del afiliado a partir del resultado obtenido en el HRA.
- El ICP garantiza que las necesidades sean cubiertas, el curso de evaluación y coordinación de servicios, y los beneficios del afiliado.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- ICP se le comunica al afiliado o cuidador, y se comparte con el proveedor a través de nuestro portal InnovaMD.
- Revisar anualmente o cuando cambia el estado de salud.

Equipo Interdisciplinario (ICT)



Grupo enfocado en el afiliado, discute sobre el estado de salud e intervenciones para el paciente

Responsabilidades de los proveedores en el ICT:

1. Participar en discusión de ICP.
2. Colaborar en establecimiento de metas.
3. Involucrar a los afiliados en la gestión de automanejo y dar seguimiento.
4. Integrar a otros médicos y proveedores.
5. Participar en reuniones de los ICT.
6. Comunicar cambios a los componentes de los ICT a través de reuniones o llamadas telefónicas.
7. Referir a los programas de manejo disponibles a través de la aseguradora.

Transición de cuidado

- Se establecen procesos y protocolos de transición para mantener continuidad de cuidado.
- Las diferentes unidades trabajan en colaboración con los médicos primarios y proveedores para garantizar y apoyar el cuidado coordinado que el afiliado merece.
- Personal disponible en la Unidad de Planificación de Alta, facilita la comunicación entre centros asistenciales, el médico primario y el afiliado o su cuidador.
- El ICP del afiliado se comparte con el afiliado y su médico primario, cuando se produzca una transición de cuidado.

Protocolos para la transición de cuidado



Rol del Proveedor en el Modelo de Cuidado

- Asegura el acceso continuo a servicios, y verifica qué necesidades e información se comparten entre el personal.
- Promueve la visita post-alta en un período dentro de siete días luego de una hospitalización.
- Coordina servicios especializados a la población más vulnerable.
- Promueve evaluación de riesgos de salud para el Plan de Cuidado Individualizado.
- Participa activamente como parte del equipo interdisciplinario.
- Realiza una evaluación anual de salud.

MOC 3:

**Red de proveedores especializados
en el plan de cuidado**

Enfoque

Mantener una red de proveedores especializados para atender las necesidades de nuestros afiliados, siendo el enlace primario en su cuidado.

La red de proveedores monitorea:

- ✓ Uso de guías de práctica clínica y protocolos.
- ✓ Que se asegure la colaboración y comunicación activa con administradores de ICT y de casos.
- ✓ Asistencia en la elaboración y actualización de los planes de cuidado.
- ✓ Que se garantice que todos los proveedores de la red son evaluados y cualificados a través de un proceso de credencialización.



MOC 4:
**Medición de calidad y mejoramiento
del desempeño**

MOC 4: Medición de calidad y mejoramiento del desempeño

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Recolección de datos y seguimiento de medidas del Programa Cinco Estrellas SNP específico (HEDIS, Healthcare Effectiveness Data and Information Set).
- Realización de Proyecto de Mejoramiento de la Calidad anual, el cual se centra en mejorar el aspecto clínico o servicio relevante para la población SNP.
- Medición de satisfacción del afiliado SNP.

Evaluación y mejoramiento de calidad

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Programa de Mejoramiento de Atención Crónica (CCIP, por sus siglas en inglés) para enfermedad crónica, que identifica afiliados elegibles, e intervención para mejorar manejo de la enfermedad y evaluar la efectividad del programa.
- La recopilación de datos para evaluar si se cumplen los objetivos del programa SNP.
- Compartir anualmente los resultados del rendimiento con afiliados, empleados, proveedores y público en general.

Referencias

1. *Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year 2024*. Obtenido de: <https://snpmoc.ncqa.org/static/media/MOCScrngGdlnsCY2024.98e746cc5222b535a5f4.pdf>
2. *Medicare Managed Care Manual*. Chapter 5 - Quality Assessment, section 20.2 Additional Quality Improvement Program Requirements for Special Needs Plans (SNPs). Obtenido de: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326>

MSO | **HOLDINGS**