

Adiestramiento a Proveedores Modelo de Cuidado para Planes de Necesidades Especiales (SNP-MOC)

2020



Objetivos

Al finalizar esta lección sobre la Introducción al Modelo de Cuidado, aprenderás a:



Objetivo 1

Describir los Planes de Necesidades Especiales (SNP) y la población que atiende el MOC (C-SNP) y (D-SNP)

Objetivo 2

Definir y reconocer los cuatro elementos del MOC

Objetivo 3

Reconocer componentes esenciales en la coordinación de cuidados del MOC

Requerimiento de CMS

- ✓ Según estipulado por la agencia reguladora CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), todos los empleados, proveedores y entidades delegadas tienen que ser adiestrados en los elementos del MOC al momento de ser contratados y luego anualmente.



Definiciones

- **CAHPS** (Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Salud): Encuesta que recopila, evalúa e informa sobre la experiencia (percepción) de los afiliados en relación con los servicios recibidos de la aseguradora y los proveedores.
- **CM** (Manejo de Cuidado): Programa de Manejo de Cuidado/Manejador de Cuidado
- **HEDIS**: Conjunto de Datos e Información de la Eficacia de la Atención Médica
- **HOS** (Encuesta de Resultados de Salud): Encuesta que recopila datos válidos y clínicamente significativos sobre el bienestar mental y físico de los afiliados.
- **HRA** (Evaluación de Riesgos para la Salud): Evaluación realizada por los médicos o Manejadores de Cuidado para identificar las necesidades y factores de riesgo de los afiliados.
- **ICP** (Plan de Cuidado Individualizado): Plan de Cuidado Individualizado creado para el afiliado.
- **ICT** (Equipo Interdisciplinario): Equipo de Atención Interdisciplinaria responsable del desarrollo del plan de cuidado, coordinación de la atención y ejecución del plan.
- **PCP** (Médico Primario): Médico que es principalmente responsable de la atención del afiliado bajo el Modelo de Cuidado.

Trasfondo

Los planes de necesidades especiales (SNP's) se crearon como parte de la Ley de Modernización de Medicare en 2003.

- En el 2010, el *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)* reforzó la importancia del Modelo de Cuidado (MOC) como un componente fundamental para los SNP's. El ACA requiere que el Comité Nacional para la Garantía de Calidad (NCQA) ejecute la revisión y aprobación del MOC basado en normas y criterios de puntuación establecidos por CMS.
- Los planes Medicare Advantage deben diseñar paquetes especiales de beneficios para los grupos con necesidades de atención médica distinta. Estos paquetes, a través de mejoras en la coordinación de servicios, proporcionan beneficios adicionales, mejoras en el cuidado y disminución en el costo de los servicios para los más vulnerables.

La Regulación 42 CFR 42.101(f) de CMS requiere que todas las organizaciones de MA deben implementar un Modelo de Cuidado para sus miembros con Necesidades Especiales para satisfacer sus necesidades de salud y mejorar su calidad de vida.



¿Qué se considera un individuo con necesidades especiales?

- Un individuo con necesidades especiales podría ser cualquiera de los siguientes:

Individuo con elegibilidad a Medicare y al Plan de Salud del Gobierno (Medicaid) D-SNP



Una persona con una condición crónica o incapacitante, según lo especifica CMS* C-SNP



TSS tiene un contrato con Medicare y ASES para ofrecer planes Platino a sus beneficiarios elegibles.

*Nota: CMS Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Población D-SNP

- La población elegible dual son afiliados con Medicare y Medicaid.



- ✓ Estas personas se afilian a nuestros productos Platino disponibles.
- ✓ Los afiliados más vulnerables, son aquellos con ESRD.

Producto	Plan Code	Membresía Enero 2020
Platino Plus	024	23,431
Platino Ultra	025	9,729
Platino Advace	026	1,091
Platino Blindao	028	10,580
Platino Enlace	032	228
		Total: 45,059



Población C-SNP

Confirmación de la Condición

Mediante certificación del médico antes de la afiliación

TRIPLE-S ADVANTAGE

PRE-CERTIFICATION OF CHRONIC DISEASES AND AUTHORIZATION TO CONTACT THE BENEFICIARY'S DOCTOR

This form will provide additional information to Triple-S Advantage regarding your request of enrollment to Triple-S MOC SNP. Triple-S MOC SNP is a health insurance available to enrollees with Medicare Part A and Part B who have been diagnosed with Diabetes Mellitus, Cardiovascular Conditions or Congestive Heart Failure.

INSTRUCTIONS: PLEASE SELECT THE CHRONIC CONDITION FOR WHICH YOU HAVE BEEN DIAGNOSED:

Diabetes Mellitus

Cardiovascular Conditions limited to:

Coronary Arteriosclerosis
 Angina pectoris or any irregular heartbeat
 Coronary Artery Disease
 History of heart attack, (infarction) you may have had
 Peripheral Vascular Disease
 Diseases of veins, arteries or vessels- legs
 Chronic Venous Thromboembolic Disorder
 Aortic Aneurysm

Congestive Heart Failure
(Please check, unless you would like to be "Not in the Market")

Producto C-SNP de Triple-S

Contigo Plus (022) membresía a Enero 2020 : 1,257 afiliados



Condiciones para ser elegibles a este producto y su población más vulnerable:

Diabetes (DM) Tipo 1 y Tipo 2

Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF)

Condiciones cardiovascular



Modelo de Cuidado (MOC)



Modelo de Cuidado (MOC)

Según lo dispuesto en la sección 1859 (f) (7) de la Ley de Seguridad Social, cada SNP debe tener un Modelo de Cuidado (MOC) aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA).

Proporciona la estructura básica bajo la cual el SNP debe satisfacer las necesidades de cada uno de sus afiliados a través de los procesos de coordinación de cuidados.

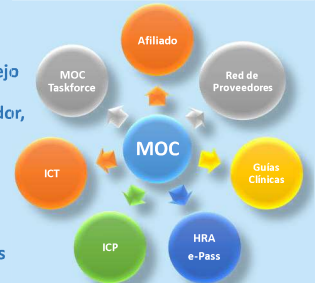
Es una herramienta vital de mejora de la calidad y un componente integral para garantizar que las necesidades únicas de cada afiliado sean identificadas por el SNP y se aborden a través de las prácticas de los programas de manejo de cuidado de cada plan.

<https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/SpecialNeedsPlans/SNP-MOC>



Objetivos del MOC

- Comunicar y satisfacer las necesidades de nuestros miembros de SNP.
- Evaluar regularmente la salud del afiliado y su manejo médico, cognitivo, mental, psicosocial y funcional y comunicar al afiliado, el médico primario y el cuidador, cuando sea necesario.
- Facilitar el proceso de preautorización, la transición de cuidado, el seguimiento de las condiciones crónicas y la comunicación entre los proveedores.
- Evaluar el rendimiento del MOC y sus componentes regularmente para garantizar el cumplimiento de las regulaciones de CMS.



Elementos del Modelo de Cuidado (MOC)

El Modelo de Cuidado consiste de cuatro elementos principales:



1
Descripción de la
Población SNP



2
Cuidado
Coordinado



3
Red de
Proveedores



4
Evaluación de
Desempeño
y Calidad

Elemento 1: Descripción de la Población SNP

La población de afiliados en SNP pasa por un proceso de afiliación donde se determina, verifica y rastrea la elegibilidad.

Afiliado o tutor legal

- Completa el formulario de afiliación
- Se envía el formulario al Departamento de Matrícula

Departamento de Matrícula

- Recibe y verifica el formulario
- Verifica y rastrea la elegibilidad
 - ✓ Se monitorea que el afiliado no haya estado fuera del área de servicio por más de 6 meses
- Envía a CMS dentro de 7 días
- Recibe respuesta de CMS
- Envía carta de bienvenida o carta de rechazo de CMS al afiliado



Elemento 1: Población Mas Vulnerable

- ♥ Las poblaciones de mayor riesgo o mas vulnerables se identifican con el fin de dirigir los recursos hacia los afiliados con mayor necesidad de servicios, como por ejemplo los servicios de manejo de cuidado.



Elemento 2: Cuidado Coordinado

- Los Reglamentos 42 CFR§422.101(f)(ii)-(v) y 42 CFR§422.152(g)(2)(vii)-(x) exigen que todos los SNP coordinen y evalúen la eficacia de los servicios prestados, según lo requiera el MOC.
- La coordinación de atención garantiza que todas las necesidades de salud y preferencias de servicio de los miembros de SNP estén cubiertas.
- También garantiza que la información médica entre los profesionales de la salud se comparta maximizando la eficiencia, la alta calidad de los servicios y mejorando los resultados de salud de los miembros.
- EL MOC también describe las funciones, responsabilidades y vigilancia del personal clínico y no clínico.
- EL MOC establece un plan de contingencia que garantiza la continuidad de las funciones críticas del funcionamiento de TSS durante una emergencia.
- También requiere que todo el personal debe ser capacitado por MOC en el momento de la contratación y anualmente.

Elemento 2: Programa de Manejo de Cuidado

- ⊕ Todos los individuos afiliados a una cubierta SNP son elegibles para el Programa de Manejo de Casos.
- ⊕ Se les notifica mediante carta o llamada telefónica y se les contacta vía telefónica para completar el HRA.
- ⊕ Los casos se clasifican de acuerdo a los resultados del HRA y la estratificación, según la data obtenida por reclamaciones.
- ⊕ Los afiliados son informados sobre su participación en el Programa de Manejo de Casos, en el cual colaboran con los miembros de un equipo interdisciplinario en la creación de un plan de cuidado y las metas a alcanzar.



TRIPLE-S

Elemento 2: Cuidado Coordinado

Evaluación de Riesgo de Salud (HRA)

Inicial – Se realiza dentro de los primeros 90 días de afiliación al plan.
Anual – Se realiza dentro de los 365 días desde el HRA inicial.



Plan de Cuidado (ICP)

Se realiza basado en las necesidades individuales de cada afiliado identificadas en el HRA y se actualiza cada vez que haya un cambio en el estado de salud del afiliado.



Equipo Interdisciplinario (ICT)

Proporciona la estructura y los procesos necesarios para ofrecer y coordinar los servicios para la atención de la salud de nuestros afiliados del Plan de Necesidades Especiales de acuerdo con el estado de salud y necesidades identificadas.



Cuidado de Transición (TOC)

Nos referimos a la transición entre un entorno de salud a otro que ocurre cuando un miembro sufre un cambio en su estado de salud. Esta transición se da en dos niveles:

1. Transición de cuidado a nivel inferior: Hospital al Hogar
2. Transición de cuidado a nivel superior: Hogar al Hospital



TRIPLE-S

Elemento 2: Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

- ♥ El HRA se lleva a cabo para identificar los riesgos de salud y las necesidades médicas, psicosociales, cognitivas, funcionales y mentales de cada afiliado.
- ♥ El HRA inicial se debe completar dentro de los 90 días de la afiliación. Luego se debe realizar una re-evaluación en o antes de 365 días.
- ♥ Los resultados del HRA son compartidos con el médico primario y se utilizan para desarrollar el plan de cuidado.
- ♥ Si ocurre un cambio de estado de salud, se realiza nuevamente una evaluación y se actualiza el plan de cuidado. Por ejemplo, luego de una hospitalización se debe reevaluar al afiliado para identificar nuevas necesidades.



TRIPLE-S

Elemento 2: Plan de Cuidado Individualizado (ICP)

- ✓ Los planes de cuidado individualizado son desarrollados por un equipo de cuidado interdisciplinario donde participan:



El ICP debe incluir:

- ✓ Objetivos basados en las necesidades identificadas y preferencias del afiliado.
- ✓ Intervenciones del equipo de cuidado interdisciplinario.
- ✓ Planes y metas de auto-cuidado adaptados a las necesidades del afiliado.
- ✓ Barreras y progreso hacia las metas.

- ✓ Los planes de cuidado individualizado son compartidos con el afiliado, su cuidador y su médico primario.

TRIPLE-S



Elemento 2: Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT)

El equipo de cuidado interdisciplinario provee la estructura y mejora los procesos para ofrecer y coordinar los servicios para el cuidado de la salud de los afiliados y ayuda a prevenir complicaciones en el estado de salud de nuestros afiliados.

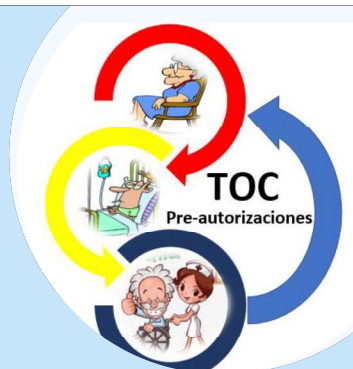
Elemento 2. Cuidado Coordinado

Responsabilidades del proveedor como miembro del ICT:

- Recomendar metas específicas e intervenciones que mejoren los resultados de salud del afiliado.
- Identificar y anticipar problemas de salud y los servicios necesarios para atenderlos.
- Educar y orientar a los afiliados sobre sus condiciones de salud para una buena toma de decisiones y el beneficio de ser parte del programa de cuidado de TSS.

Elemento 2: Protocolos de transición de cuidado (TOC)

- La transición de cuidado ocurre cuando un afiliado requiere ser transferido de un nivel de cuidado a otro nivel. El ejemplo más común es cuando un paciente es dado de alta del hospital a la casa.
- En el MOC, los afiliados SNP que experimentan una transición de cuidado se les realiza coordinación de servicios y pre-autorizaciones.
- Luego del alta, mediante llamada telefónica se orienta al afiliado o cuidador sobre el proceso de transición y se informa al médico primario.



Elemento 3: Red de Proveedores

Proveedores

- Médico Primario (PCP)
- Especialistas (Endocrinólogos, Cardiólogos, entre otros)
- Proveedores de Servicios de Salud Mental

Adiestramientos

- Se encarga de validar los credenciales y evaluar el cumplimiento con el adiestramiento de los proveedores con el MOC.
- Entidades Delegadas

Guías Clínicas

- Diabetes
- Asma/COPD
- Cáncer
- Alzheimer
- Enfermedades del Corazón
- Entre otras

Elemento 3: Red de Proveedores Rol del Médico Primario (PCP)



- ✓ Proporcionar la atención médica necesaria
- ✓ Fomentar la participación del paciente en su proceso de atención
- ✓ Proporcionar servicios a tiempo, de manera efectiva y garantizar la calidad
- ✓ Asegurarse de la continuidad de la atención o servicios, y proporcionar seguimiento al tratamiento
- ✓ Ofrecer atención preventiva y guiar a los afiliados para mantener un estilo de vida saludable y cumplir con las medidas de calidad (HEDIS)
- ✓ Realizar el HRA cumpliendo con el periodo establecido
- ✓ Proporcionar acceso e integrar a otros médicos o proveedores dentro de la gestión del cuidado al paciente, si es necesario



Elemento 3: Red de Proveedores Rol del Médico Primario (PCP) cont.



- ✓ Participar en reuniones del Equipo Interdisciplinario
- ✓ Mantener la comunicación con el Manejador de Cuidado, el Equipo Interdisciplinario (ICT) y/o el cuidador, y colaborar en el Plan de Cuidado Individualizado (ICP)
- ✓ Revisar y actualizar el Plan de Cuidado y abordar las preocupaciones y/o preferencias de los afiliados
- ✓ Usar las Guías Clínicas adoptadas por TSA
- ✓ Notificar al plan médico de cualquier barrera que afecte el acceso a los servicios o al proceso de Transición de Cuidado



Elemento 3: Red de Proveedores Rol del Médico Especialista



- ✓ Proporcionar servicios a tiempo, de manera efectiva y garantizar la calidad
- ✓ Asegurarse de la continuidad de la atención o servicios, y proporcionar seguimiento al tratamiento
- ✓ Proporcionar la atención médica necesaria y educar sobre la condición al afiliado o cuidador
- ✓ Incorporar al Médico Primario (PCP) a la atención del afiliado
- ✓ Fomentar la participación del paciente en su proceso de atención



Elemento 3: Red de Proveedores Rol del Médico Especialista cont.



- ✓ Participar en la planificación de la atención del paciente y ser parte del Equipo Interdisciplinario
- ✓ Ofrecer atención preventiva y guiar a los afiliados para mantener un estilo de vida saludable
- ✓ Usar las Guías Clínicas adoptadas por TSA
- ✓ Notificar al plan médico de cualquier barrera que afecte el acceso a los servicios o al proceso de Transición de Cuidado



Elemento 3: Red de Proveedores

Triple-S Advantage provee adiestramientos sobre el Modelo de Cuidado a sus proveedores y a sus Grupos Médicos, mediante:

- ✓ Presentaciones
- ✓ Folletos
- ✓ Revistas
- ✓ Mi Triple-S



TRIPLE-S

Elemento 4: Evaluación de Desempeño y Calidad

Plan de Evaluación del Mejoramiento de la Calidad

- Diseño de un plan organizacional para mejorar la habilidad de Triple-S Advantage para proveer servicios de alta calidad y mejores beneficios.

Metas Medibles y Resultados de Salud

- Se utilizan indicadores de medidas como HEDIS y CAHPS para establecer las metas.

Satisfacción del Afiliado

- Se realizan encuestas de satisfacción al afiliado (CAHPS y HOS)

Evaluación del Desempeño y Mejoramiento

- Monitoreo continuo y evaluación de los indicadores de calidad para identificar oportunidades de mejoramiento.

Comunicación de los resultados de la evaluación

- Los resultados se comunican a la Junta Directores, Gerencia, Proveedores y otros.

TRIPLE-S

Elemento 4: Medidas HEDIS

Medidas	
Diabetes Care: Eye Exam	Osteoporosis
Diabetes Care: Kidney Disease Monitoring	Plan of all Cause Readmission
Diabetes Care: Statins	COA: Medication Review
Breast Cancer Screening	COA: Functional
Colorectal Cancer Screening	COA: Pain screening
Medication Adherence: Oral Diabetes	Controlling Blood Pressure
Medication Adherence: Hypertension	Adult BMI
Medication Adherence: Cholesterol	Medication Review Post Discharge
Rheumatoid Arthritis - DMARD	

TRIPLE-S

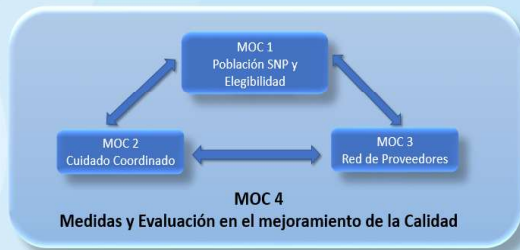
MOC 4. Plan de Evaluación para el Mejoramiento de la Calidad en TSA

Triple-S tiene un programa de Mejora de Condiciones Crónicas dirigido a prevenir que los afiliados con Enfermedad Renal Terminal (CKD) en etapa 4 progresen a la etapa 5.

- Identifica los afiliados con ESRD Fase IV
- La meta es prolongar el momento en que el afiliado progrese a fase V
- Realiza intervenciones de:
 - Estimado de necesidades del afiliado con ESRD IV
 - Educación para el manejo de comorbilidades tales como diabetes, hipertensión y enfermedades del corazón
 - Coordina cita y seguimiento con el nefrólogo
 - Coordina el plan de cuidado con el médico de cabecera

TRIPLE-S

¿Cómo los elementos del Modelo de Cuidado trabajan entre sí?



MOC 4. Comunicación de resultados sobre la evaluación de la calidad

- TSA discute el desempeño, retos, tendencias y patrones relacionados al Modelo de Cuidado a través del Comité de Calidad Clínica.
- Los resultados se comparten con la Junta de Directores, Equipo Gerencial, Empleados, Proveedores, entre otros.

¡Recuerde!

El Modelo de Cuidado permite:

- Fortalecer la colaboración entre proveedores de salud para el beneficio de cada uno de los afiliados.
- Mejorar la comunicación entre afiliados, cuidadores, proveedores y empleados de Triple-S Advantage.
- Tener un alcance interdisciplinario ante las necesidades especiales de nuestros afiliados.
- Proveer un cuidado comprensivo y apoyar las preferencias de los afiliados en su plan de cuidado.

Referencias

- Capítulo 5 del Medicare Managed Care Manual Title 42, Part 422, Subpart D, 422.152 Special Needs Plan. (2016). Recuperado de <https://www.cms.gov/Medicare/HealthPlans/SpecialNeedsPlans/index.html>
- Model of Care Scoring Guidelines CY 2020. (2019). Recuperado de https://snpmoc.ncqa.org/wp-content/uploads/MOC-Scoring-Guidelines_CY-2021-1.pdf
- Chapter 16B Special Needs Plans of the Medicare Managed Care Manual. (2016). Recuperado de <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c16b.pdf>
- Portal de Auto Servicios al Proveedor: <https://providers.sssadvantage.com/>