

# La formación de *Accountable Care Organizations* y su efecto en el mejoramiento en la calidad y la reducción en los costos de salud

Dalila Allende Rosa, Directora  
Cumplimiento y Ética Corporativa  
19 de agosto de 2011

# ¿Qué son las ACOs?

- Red de médicos y hospitales que comparten la responsabilidad de proveer cuidado al paciente. El ACO maneja al menos 5,000 beneficiarios *Medicare FFS* y firma contrato por 3 años.
  - Entidad legal
  - Autorizada por el estado
  - Tiene su propio *TIN*
  - Compuesta por proveedores elegibles
  - Posee mecanismos de gobernanza que proveen control proporcional a todos los proveedores en la toma de decisiones
    - Proveedores participantes del ACO (75%)
    - Beneficiarios Medicare FFS que no tengan conflictos de interés con el ACO
  - Un proveedor al que se le asignen pacientes *Medicare FFS* sólo puede pertenecer a 1 ACO.

# Issues legales

- Leyes antimonopolio – el Departamento de Justicia federal implantará un proceso expedito para revisar las sociedades entre médicos y hospitales.
- Las agencias federales *CMS* y *OIG* de *HHS* han publicado avisos para proponer *waivers* en cuanto al *Physician Self Referral Law*, *the Antikickback Statute* y la *Civil Monetary Penalty Law* como parte de la implantación del *Shared Savings Program*.

# Requisito contractual

ACO PSA Share	Review Process
<b>≤ 30 percent (with a rural exception)</b>	<i>Safety Zone</i> -- No antitrust review necessary by the Antitrust Agencies
<b>&gt;30 percent and ≤50 percent</b>	<p><i>Expedited review, compliance with list of conduct restrictions, or proceed without antitrust assurances –</i></p> <p>ACOs may:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Request an expedited review by the Antitrust Agencies and submit letter from the reviewing Antitrust Agency confirming that it has no present intent to challenge or recommend challenging the ACO,</li> <li>2. Begin to operate and abide by a list of conduct restrictions, reducing significantly the likelihood of an antitrust investigation, or</li> <li>3. Begin to operate and remain subject to antitrust investigation if it presents competitive concerns.</li> </ol>
<b>&gt;50 percent</b>	<i>Required expedited review</i> -- ACO must seek review by the Antitrust Agencies to assess likelihood of procompetitive and anticompetitive effects. ACO eligibility to participate in Shared Savings Program is contingent on the ACO's submission of a letter from the reviewing Antitrust Agency confirming that it has no present intent to challenge or recommend challenging the proposed ACO.

# Requisito contractual

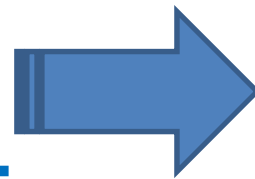
## – Estructura gerencial:

- Ejecutivo cuya designación y remoción esté bajo el control de la junta de gobierno;
- *Senior level medical director who is physically present on a regular basis*
- Persona contacto con CMS
- Oficial de Cumplimiento, que no sea el asesor legal.
- Comité de garantía de calidad clínica
- Políticas y procedimientos para expulsar miembros del ACO
- *Information technology infrastructure (use of EHR)*
  - *50% de los médicos primarios tienen que ser meaningful users usando certified HER technology.*

# Objetivos

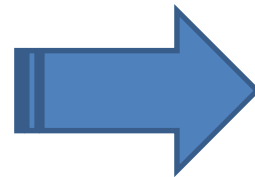
## Incentivos:

el programa ofrece la tremenda oportunidad de alinear un sistema de pagos que fomenta la responsabilidad.



### Ahorro de dinero – evita pruebas y procedimientos duplicados

- 25% withholding to ensure repayment
- no recobro de costos
- pérdida de contrato



### Objetivos de calidad

- encuestas a beneficiarios
- coordinación del cuidado
- Patient safety y preventive care
- Identificación de individuos de alto riesgo y programas dirigidos para atender sus necesidades físicas y sicosociales.

3 part aim:  
1) better care for individuals;  
2) better health for populations;  
3) lower growth in expenditures

*One sided model:* Comparte los ahorros logrados con Medicare FFS pero no las pérdidas incurridas.

*Two sided model:* ACO que comparte con Medicare FFS los ahorros y las pérdidas



Track 1



Track 2

**Table 8: Shared Savings Program Overview**

<b>Design Element</b>	<b>One-Sided Model (performance years 1 &amp; 2)</b>	<b>Two-Sided Model</b>
<b>Maximum Sharing Rate</b>	52.5 percent	65 percent
<b>Quality Scoring</b>	Sharing rate up to 50 percent based on quality performance.	Sharing rate up to 60 percent based on quality performance
<b>FQHC/RHC Participation Incentives</b>	Up to 2.5 percentage points	Up to 5 percentage points
<b>Minimum Savings Rate</b>	Varies by population	Flat 2 percent regardless of size.
<b>Minimum Loss Rate</b>	None	Flat 2 percent regardless of size
<b>Maximum Sharing Cap</b>	Payment capped at 7.5 percent of ACO's benchmark	Payments capped at 10 percent of ACO's benchmark
<b>Shared Savings</b>	Savings shared once MSR is exceeded; unless exempted, share in savings net of a 2 percent threshold; up to 52.5 percent of net savings up to cap.	Savings shared once MSR is exceeded; up to 65 percent of gross savings up to cap.
<b>Shared Losses</b>	None	First dollar shared losses once the minimum loss rate is exceeded. Cap on the amount of losses to be shared phased in over three years starting at 5 percent in year 1; 7.5 percent in year 2; and 10 percent in year 3. Losses in excess of the annual cap would not be shared. Actual amount of shared losses would be based on final sharing rate that reflects ACO quality performance and any additional incentives for including FQHCs and/or RHCs using the following methodology (1 minus final sharing rate).

# Oportunidades de mejora identificadas

- Revisar la exigencia de juntas de gobierno separadas en la eventualidad de *joint ventures*.
- Aumentar el *maximum sharing rate* de 65% a 80%.
- Expandir el concepto al sector privado. Dar preferencia a los ACOs que tienen contratos con aseguradores privados que tienen integrados mecanismos de *financial accountability* e incentivos en sus programas de calidad como se hace en el *Pioneer ACO Model*.
- Eliminar los límites del ACO para acceder *PHI* de CMS.
  - Proveer información histórica que incluya Parte A, Parte B y Parte D, no sólo la del año en curso.
  - Mejorar la estructura de los datos para proveer información sobre el cuidado recibido, monitorear los indicadores de calidad y los *benchmarks*.

# Oportunidades de mejora identificadas

- Eliminar el requisito de *opt-out* del asegurado y mantener la consistencia de *HIPAA* en el uso de *PHI* para pagos, tratamientos y operaciones de cuidado de salud.
- Explorar la ampliación de especialistas que brindan servicios primarios – inicialmente se puede descansar sólo en medicina interna, medicina general, medicina de familia y medicina geriátrica. Sin embargo, otras especialidades como cardiología deben ser consideradas en el futuro.
- Limitar la cantidad de medidas de calidad.
- Incluir más medidas de patient safety en todos los niveles de cuidado.

# Oportunidades de mejora identificadas

- Ponderación de las medidas – las medidas de *outcome* deben tener un peso mayor que las métricas de estructura o procesos.
- Reducir la retención del 25% del *ACOs'earned performance payment*, pues puede ocasionar problemas de flujo de efectivo.

# Otros requisitos contractuales

- Cada subcontrato del ACO tiene que cumplir con las especificaciones del contrato del ACO con CMS.
- Certificar la precisión, veracidad y completeness de toda información sometida a CMS.
  - Firmada por CEO o CFO de la ACO
- Establecer sociedad con miembros de la comunidad para alcanzar los 3 objetivos.
- Sus materiales de mercadeo deben ser aprobados por CMS antes de su uso.
- Período de retención: 10 años contados desde lo más tarde entre: la última auditoría o fecha de terminación del acuerdo.

# Algunas causas para terminación de contrato

- Práctica de evitar a pacientes de alto riesgo
- Incumplimiento con:
  - estándares de calidad
  - Avisos de cambios significativos en la administración de la ACO
  - Subsanación de deficiencias luego de someter CAP
  - Aviso a los beneficiarios sobre los proveedores del ACO y el compartir de información
  - Tener materiales de mercadeo aprobados por CMS
  - Leyes *antikickback*, antifraude y antimonopolio
- Falta de informes precisos, veraces/no se someten/corrigen los informes a tiempo
- El ACO debe avisar a CMS y a los proveedores su intención de terminar el contrato con 60 días de anticipación. También debe avisar a los beneficiarios oportunamente.

# Informes públicos y transparencia

- Los ACOs deben informar públicamente en un formato aprobado por CMS:
  - Nombre y localización
  - Medios de contacto
  - Información organizacional
    - Proveedores y suplidores participantes
    - Identificación de los participantes en joint ventures del ACO y hospitales
    - Identificación de los miembros que componen la junta
    - Comités asociados
    - Puntuaciones de calidad
    - Ahorros y pérdidas compartidas
      - Proporción usada para programas de calidad

# Reforma de Salud Federal: Revisiones externas e información sobre valor del plan médico en la W-2

# Revisión externa

- Bajo ACA todo plan de salud debe tener un sistema de apelaciones interno y un proceso externo de revisión ante una entidad independiente para resolver reclamaciones pre y post servicios.
- Las revisiones externas sólo aplican en casos en que se aplica juicio medico o rescisión de cubierta.
- Los planes de salud autoasegurados tienen 2 alternativas para el proceso de revisión externa:
  - Contratar 3 IROs o
  - Seguir el proceso administrado por el Depto. de Salud federal

# Revisión externa

- Antes del 1/enero/2012, el administrador del plan autoasegurado tiene que avisar al *DHHS* cómo administrará su sistema de revisión externa.
  - Escribirá a [externalappeals@cms.hhs.gov](mailto:externalappeals@cms.hhs.gov)
  - El administrador del plan:
    - Debe informar la opción seleccionada a su administrador de reclamaciones y en el SPD a los participantes y beneficiarios del plan

# Derecho del participante del plan

- A partir del 1 de enero de 2012, bajo el sistema de apelaciones internas, el participante o beneficiario tiene derecho a solicitar el código y significado del diagnóstico y del procedimiento médico que es objeto de la apelación.
  - Reclamaciones pre y post servicio. Abarca las preautorizaciones y los reembolsos.
  - El participante y beneficiario del plan deben estar pendientes para que esta información se incluya en los recibos, los referidos a estudios y en las recetas.

# Información en formularios W-2

- §9002 – *inclusion of cost of employer sponsored health coverage on W-2*
  - A partir del año contributivo 2011 los patronos tienen que incluir información en la W-2
  - Sólo para propósitos ilustrativos
  - En PR, el formulario es administrado por el Departamento de Hacienda
- IRS 2010-69: el requisito es opcional en la W-2 de 2011, pero será mandatoria en el año contributivo 2012.
- ¿Qué patronos tienen que cumplir? Todos, públicos y privados.
- ¿Cuáles están exentos?
  - Patronos que entregan menos de 250 W-2 en el año previo,
  - planes para personal en servicio militar y sus familiares,
  - planes multipatronales
  - Estos patronos tienen que estar pendientes porque la Regla puede cambiar.

# Información en formulario W-2

- ¿Cómo se calcula el costo de la cubierta?
  - Mediante la prima. En los autoasegurados, se usará el cálculo de la prima para *COBRA*.
  - Debe haber consistencia en el reporting.
- ¿Qué planes no deben ser incluidos en el informe de la W-2?
  - *Long term care coverage*
  - *Nonintegrated dental or vision care*
  - Seguros de accidentes o incapacidad
  - Programas de compensación a empleados
  - Seguros de gastos médicos por accidentes de auto

# Información en formulario W-2

22222		Void <input type="checkbox"/>	a Employee's social security number		For Official Use Only ▶ OMB No. 1545-0008	
b Employer identification number (EIN)			1 Wages, tips, other compensation		2 Federal income tax withheld	
c Employer's name, address, and ZIP code			3 Social security wages		4 Social security tax withheld	
			5 Medicare wages and tips		6 Medicare tax withheld	
			7 Social security tips		8 Allocated tips	
d Control number			9		10 Dependent care benefits	
e Employee's first name and initial		Last name	Suff.	11 Nonqualified plans		12a See instructions for box 12
f Employee's address and ZIP code			13 Statutory employee <input type="checkbox"/> Retirement plan <input type="checkbox"/> Third-party sick pay <input type="checkbox"/>		12b	
			14 Other		12c	
					12d	
15 State	Employer's state ID number	16 State wages, tips, etc.	17 State income tax	18 Local wages, tips, etc.	19 Local income tax	20 Locality name

Form **W-2** Wage and Tax Statement

2011

Department of the Treasury—Internal Revenue Service  
For Privacy Act and Paperwork Reduction  
Act Notice, see back of Copy D.

Copy A For Social Security Administration — Send this entire page with  
Form W-3 to the Social Security Administration: photocopies are **not** acceptable.

# Recomendación de servicios preventivos para mujeres, entran en vigor en agosto 2012\*

<b>Preventive Service</b>	<b>Current ACA Requirement</b>	<b>IOM Recommends adding:</b>
Diabetes screening	All adults with sustained high blood pressure	Pregnant women for gestational diabetes
Cervical cancer screening	Pap smears for sexually active women	Co-testing with Human papillomavirus (HPV) DNA testing for women >29
Counseling on sexually transmitted infections (STIs)	Adult women at increased risk of STIs	All sexually active women regardless of STI risk
HIV	Annual screening for women at increased risk of HIV	Annual screening and counseling for all sexually active women
Breastfeeding	Interventions to promote and support breastfeeding	Comprehensive lactation support and counseling by a trained provider and costs of renting equipment
Wellness preventive care	One visit annually under Medicare	One visit annually for all adult women
Family violence	None	Screening/counseling for interpersonal/domestic violence
Contraception	None	Full range of FDA-approved contraceptive methods as prescribed, sterilization procedures, and patient education and counseling

\* Aplica a planes de salud non Grandfathered del mercado grupal e individual.

# Recomendaciones de servicios preventivos, entran en vigor en agosto 2012

- Los patronos religiosos están exentos de cubrir los contraceptivos. Deben presentar solicitud para ello. Criterios:
  - El propósito de la organización es inculcar valores religiosos
  - Emplea personas que comparten los valores religiosos de la organización
  - La organización sirve principalmente a personas que comparten sus valores
  - La organización es sin fines de lucro.