

# ACC Fase III: Conceptos propuestos

Sesión Pública

21 de agosto de 2023

Presentadores:

Colorado Health Institute

Colorado Department of Health Care Policy & Financing



# ¡Bienvenido!

- *La interpretación en español comenzará en breve, gracias por su paciencia.*
- *Esta reunión se está grabando y será publicada públicamente. Por favor, no comparta información de salud privada, información de identificación personal u otra información que no le gustaría compartir públicamente.*
- Por favor, mantenga su sonido silenciado, a menos que esté hablando.
- Las diapositivas y una grabación de la presentación estarán disponibles en el sitio de web del departamento.
- **Miembros de Health First Colorado:** compartiremos un enlace en el chat para recibir una compensación por su tiempo hoy.

# La agenda de hoy

12:00 - 12:10pm

Trasfondo

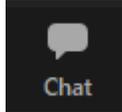
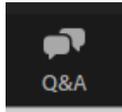
12:10 - 1:00pm

Propuestas de la fase III

1:00 - 1:30pm

Discusión

# ¿Tiene preguntas o comentarios?

-  Usar el chat para comentarios.
-  Usar la función de preguntas y respuestas para preguntas.
- Por favor mentenga las preguntas verbales hasta la parte de discusión de nuestra reunión de hoy.
  - Utilice la función de levantar la mano para indicar una pregunta.

# Trasfondo

# Accountable Care Collaborative (ACC)

- Brinda servicios de atención médica rentables y de calidad a los miembros de Medicaid de Colorado para mejorar la salud de los habitantes de Colorado.
- Coordina los servicios regionales de atención de la salud física y del comportamiento para garantizar el acceso de los miembros a la atención adecuada.

# Regiones de entidades responsables

## Accountable Care Collaborative



- Region 1 - Rocky Mountain Health Plans
- Rocky Mountain Health Prime
- Region 2 - Northeast Health Partners
- Region 3 - Colorado Access
- Region 4 - Health Colorado, Inc.
- Region 5 - Colorado Access  
Denver Health Medicaid Choice (DHMC)
- Region 6 - Colorado Community Health Alliance
- Region 7 - Colorado Community Health Alliance

# Papel de la RAE:

- Construir una red de proveedores de atención
  - Contrato con proveedores médicos de atención primaria (PCMP)
  - Contratar proveedores de salud conductual y administrar el beneficio de salud conductual capitado
- Proporcionar coordinación de atención, programas de atención y gestión de casos.
  - Algunos RAE lo hacen ellos mismos, mientras que otros lo subcontratan.
- Ayudar con la transformación de la práctica (por ejemplo, apoyar a las oficinas de PCMP en la integración de servicios de salud conductual en sus clínicas)
- Responder a las necesidades de la comunidad local para apoyar mejor a los miembros de Medicaid

# Evolución de Medicaid ACC en CO

1995

2011

2018

## Colaboración en atención médica asequible Fase I

- Administrado por RCCO
- Gestionado por FFS para la salud física
- Atención Médica Domiciliaria
- Ahorro de costes
- Iterativo

## Servicios comunitarios de salud mental

- Administrado por BHOs
- Servicios gestionados de salud mental y SUD
- Ahorro de costes

## Colaboración en atención médica asequible Fase II

- Administrado por RAE
- Administración conjunta de salud física y mental
- Centrarse en los costes y los resultados
- PMPM físico, capitación BH

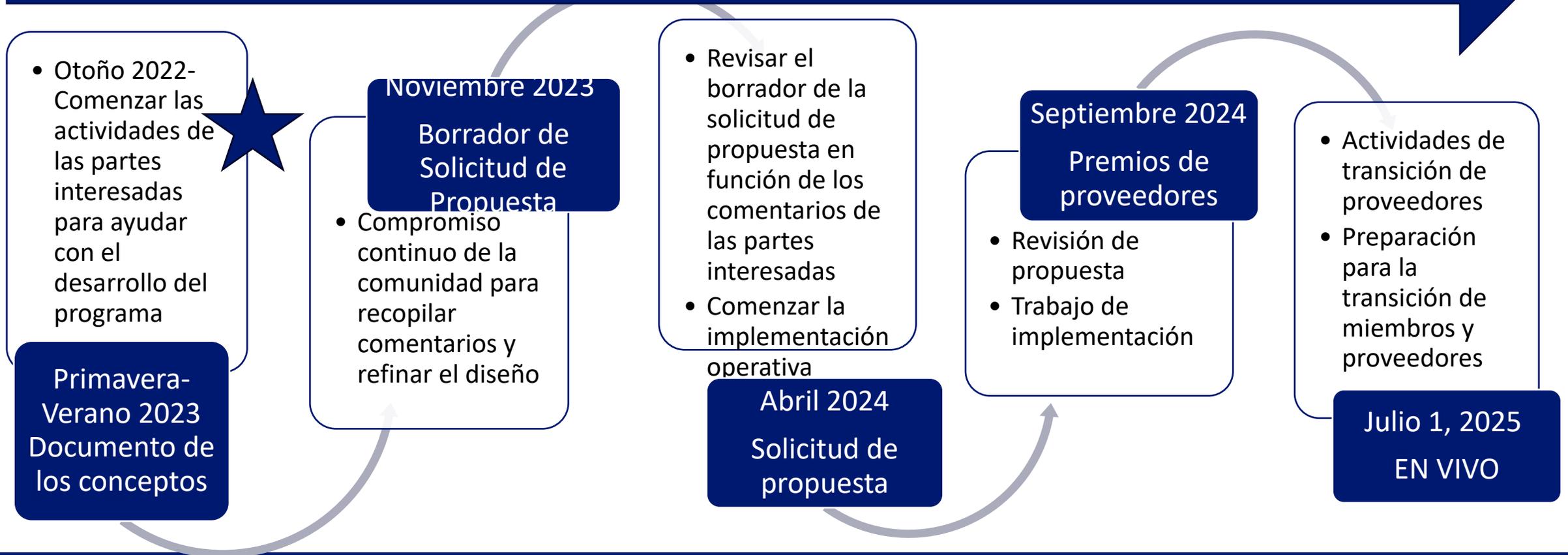
2025  
Fase  
III

# Metas

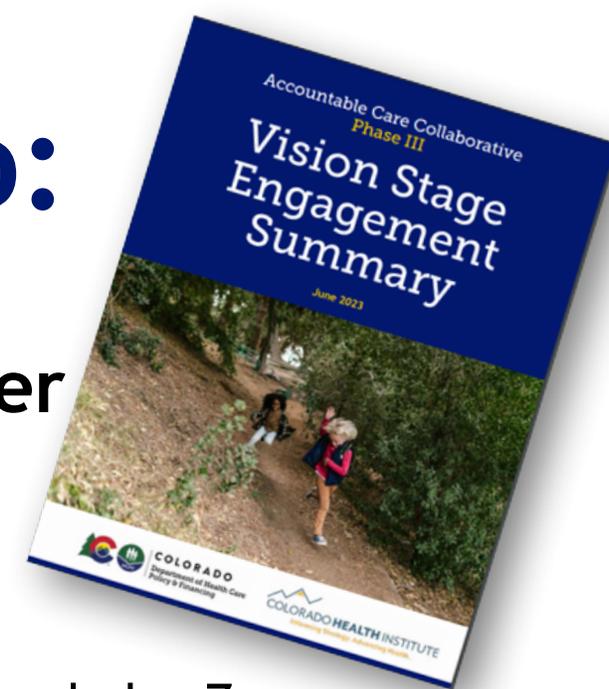
1. Mejorar la calidad de la atención para los miembros.
2. Cerrar las disparidades en salud y promover la equidad en salud.
3. Mejorar el acceso a la atención.
4. Mejorar la experiencia de servicio para miembros y proveedores.
5. Administrar los costos para proteger la cobertura y los beneficios de los miembros, y los reembolsos de los proveedores.

# Cronología

## Actividades en curso de las partes interesadas



# Lo que hemos escuchado:



## Lo que está funcionando bien:

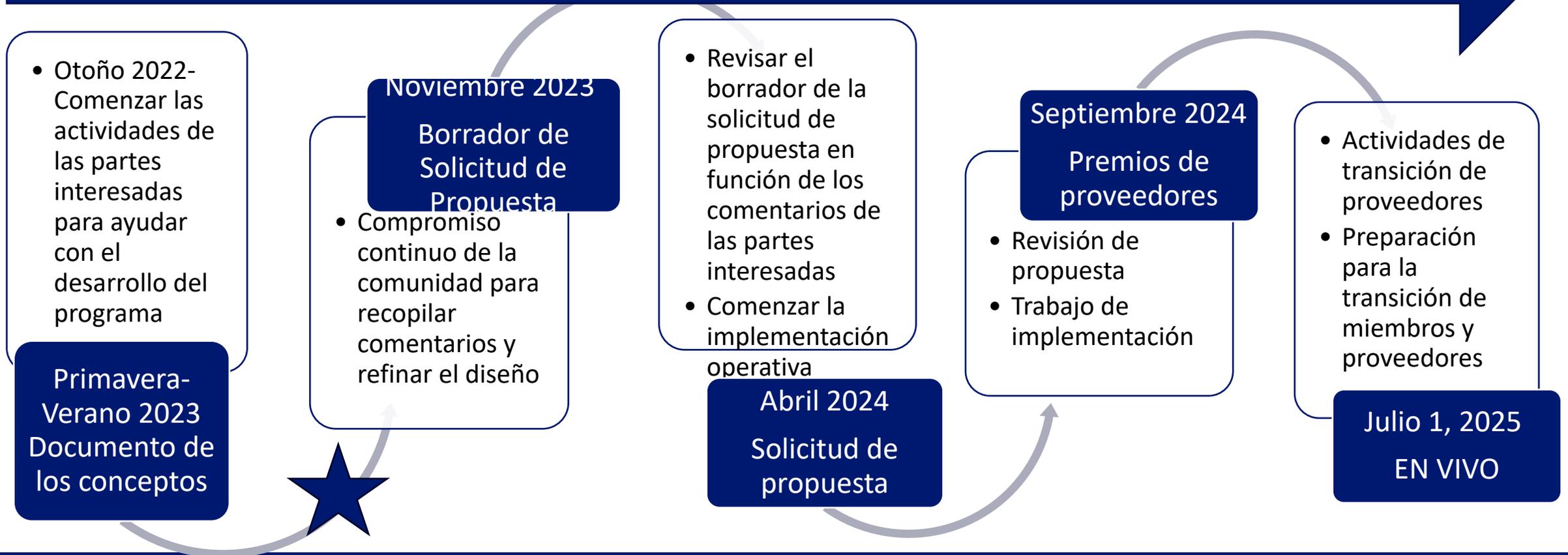
- La mayoría de los miembros están obteniendo el cuidado que necesitan.
- Los proveedores que participan con los RAEs aprecian los recursos y el apoyo.
- El modelo regional reconoce que las diferentes partes de Colorado tienen necesidades diferentes.
- Coordinación de cuidados para que ellos quienes están participando activamente.
- Consejos de participación de miembros existentes.

## Lo que necesita ser mejorado:

- Proceso y barreras administrativas.
- Inconsistencia a lo largo de las 7 regiones.
- Alineación con otras entidades en medio de los cambios a nivel estatal.
- Capacidad y acceso de cuidados.
  - Servicios para niños y jóvenes.

# Cronología

## Actividades en curso de las partes interesadas



# Propuestas de la fase III

# Metas

1. Mejorar la calidad de la atención para los miembros.
2. Cerrar las disparidades en salud y promover la equidad en salud.
3. Mejorar el acceso a la atención.
4. Mejorar la experiencia de servicio para miembros y proveedores.
5. Administrar los costos para proteger la cobertura y los beneficios de los miembros, y los reembolsos de los proveedores.

# 1. Mejorar la calidad de la atención para los miembros

## ¿Cómo luce esto en la fase III?

- Alineación de objetivos estratégicos.
- Estandarizar las medidas de los pagos de incentivos.
- Estandarizar los beneficios de los niños.
- Coordinación de cuidados intensivos para niños y jóvenes.
- Transformación de la salud del comportamiento.

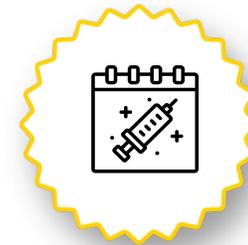
# Implementar los objetivos estratégicos de ACC de la fase III



Mejorar el seguimiento y participación en el tratamiento de la salud mental y el desorden del uso de sustancias por un 20%



Llegar al promedio nacional en evaluaciones preventivas



Cerrar las disparidades raciales/étnicas en las inmunizaciones infantiles y visitas para el bienestar del niño por un 30%



Reducir las brechas en disparidades raciales/étnicas en la maternidad entre las poblaciones con el rendimiento más alto hasta el más bajo para personas que se pueden embarazar por un 50%



Mejorar el cuidado para personas con diabetes e hipertensión por un 50%



Meta fiscal en desarrollo

# Estandarizar las medidas de los pagos de incentivos

- Medidas fundamentales del CMS.
- Se alinean con:
  - La implementación de la propuesta de ley 22-1325 de la división de seguros, modelos de pagos alternos para cuidados primarios.
  - Haciendo el modelo para cuidados primarios del Centro para la innovación de Medicare y Medicaid.

# Estandarizar los beneficios de los niños para garantizar el acceso a los servicios necesarios a lo largo de la continuación de cuidados

Entrada a cuidados	Determinar puntos de acceso para diferentes niveles [ej., PHQ-9 en PCP; CANS con IA hasta CW]			
Nivel de cuidado	1	2	3	4
Categoría de servicio	Bajo	Medio	Alto	Paciente interno
Servicios disponibles	Los servicios dirigidos para cada acuidad/complejidad estará por determinarse por medio de la conexión con usted			
Nivel de coordinación de cuidados	La coordinación de cuidados en niveles asociados con las prácticas para diferentes niveles basados en la evidencia			

# Implementar programas para niños con las acuidades más altas e involucramiento de múltiples agencias.

- Involucramiento de alta fidelidad.
- Establecer un nuevo modelo de coordinación de cuidados intensivos.

# Implementar los trabajos de transformación de la salud del comportamiento

- Expandir la red de proveedores y fortalecer la continuación de servicios en crisis.
- Explorar las innovaciones en los sistemas actuales de financiación tales como, los pagos prospectivos y los pagos directos.
- Llenar las brechas en la continuación de cuidados.
- Alinearse con BHA.
- Reducir las cargas administrativas.

# Explorar el desarrollo de un beneficio de cuidado integrado distinto

- Aplicado a cuidados integrados, en ambos entornos de salud física o salud del comportamiento.
- Alinear y avanzar varios trabajos alrededor del cuidado integrado:
  - SIM
  - Beneficios de seis visitas.
  - Piloto de subvenciones.

# 2. Cerrar las disparidades en salud y promover la equidad en salud

## ¿Cómo luce esto en la fase III?

- Implementar los planes regionales existentes de equidad en la salud.
- Utilizar medidas enfocadas en la equidad.
- Explorar la expansión de servicios de viviendas con apoyo permanente.
- Requisitos de equidad para los RAEs.
- Explorar el proveer asistencia en relación a alimentos y servicios de preliberación para individuos encarcelados.
- Tomar ventaja de las herramientas de intercambio de la información de salud social.

# Desarrollar requisitos para los RAEs para abordar la equidad en la salud dentro de sus regiones.

- Implementar un plan regional de equidad en la salud.
- Crear una posición para un personal clave de equidad.
- Completar los entrenamientos sobre la equidad en la salud.
- Crear un grupo de trabajo para la equidad.

# Explorar oportunidades para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros

- Apoyar la conexión a asistencias relacionadas con los alimentos.
  - Apoyar el enrolamiento de miembros en SNAP y WIC.
  - Explorar otras oportunidades (ej., Comidas personalizadas médicamente).
- Explorar nuevas oportunidades federales (CMS):
  - Expandir los servicios permanentes de apoyo para viviendas.
  - Expandir la cobertura continua para niños y adultos elegibles.
  - Servicios de preliberación para individuos encarcelados.
- Tomar ventaja de las herramientas de intercambio de la información de salud social.

# 3. Mejorar el acceso a la atención.

## ¿Cómo luce esto en la fase III?

- Clarificar los roles y responsabilidades en la coordinación de cuidados.
- Crear un modelo de niveles para la coordinación de cuidados.
- Fortalecer los requisitos para que los RAEs colabore con las organizaciones basadas en la comunidad (CBOs por sus siglas en inglés).
- Explorar innovaciones para los sistemas de financiación actuales de la salud del comportamiento para llenar las brechas en el cuidado (Transformación de la salud del comportamiento).

# Crear un modelo de coordinación de cuidados de tres niveles, alineado con el BHA, para mejorar la calidad, consistencia y cuantificabilidad de las intervenciones

Nivel	Población seleccionada	Coordinador de cuidado	Actividades
Nivel 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones incontrolables</li> <li>• Múltiples diagnósticos</li> <li>• Involucramiento de múltiples sistemas</li> <li>• Difícil de ubicar</li> <li>• PDN</li> <li>• COUP</li> </ul>	Coordinador de cuidados clínicos Tal vez en casa Clínicos del HCPF para poblaciones específicas (ej., transplantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de cuidados</li> <li>• Evaluaciones específicas basadas en el tipo/necesidad de la población</li> <li>• Coordinación mensual con el equipo de miembros/tratamiento</li> <li>• Monitoreo y seguimiento a largo plazo</li> </ul>
Nivel 2	Administración de condiciones (enfermedades del corazón, diabetes, depresión/ansiedad, asma/COPD, maternidad)	Coordinador de cuidados clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan/evaluaciones de cuidados por verse (posiblemente sólo obtenerlos de sus proveedores)</li> <li>• Coordinación trimestral con miembro/equipo de tratamiento</li> <li>• Monitoreo a largo plazo y seguimiento</li> </ul>
Nivel 1	Todos	No es clínico, no hay una proporción de personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación breve de necesidades (encuesta de necesidades de salud)</li> <li>• Apoyo para el acceso de servicios y beneficios</li> <li>• Determinación de la necesidad de un nivel más alto de coordinación de cuidados</li> <li>• Monitoreo breve y seguimiento</li> </ul>

# Incrementar el acceso equitativo a la coordinación de cuidados

- Requiere que los RAEs desarrollen una red de organizaciones basadas en la comunidad para alcanzar a los miembros que nosotros frecuentemente no podemos conectarnos por teléfono o por correo postal.

# 4. Mejorar la experiencia de servicio para miembros y proveedores.

# ¿Cómo luce esto en la fase III?

- Mejorar el proceso de asignación de miembros para incrementar la precisión y puntualidad.
- Incrementar la visibilidad de y planificar el rol de los RAE.
- Reducir las cargas administrativas en los proveedores por medio de los trabajos de transformación de BH.
- Reducir el número total de regiones.

# Mejorar el proceso de asignación de miembros para incrementar la precisión y puntualidad

- Los miembros sin una relación existente con el PCMP asignados solamente a un RAE basados en su dirección.
- Los RAEs apoyan a los miembros en el establecimiento de cuidados con el PCMP o con la participación en los servicios preventivos.
- Expandir los tipos de proveedores que sirven como PCMPs (tales como, los proveedores comprensivos de redes de protección).

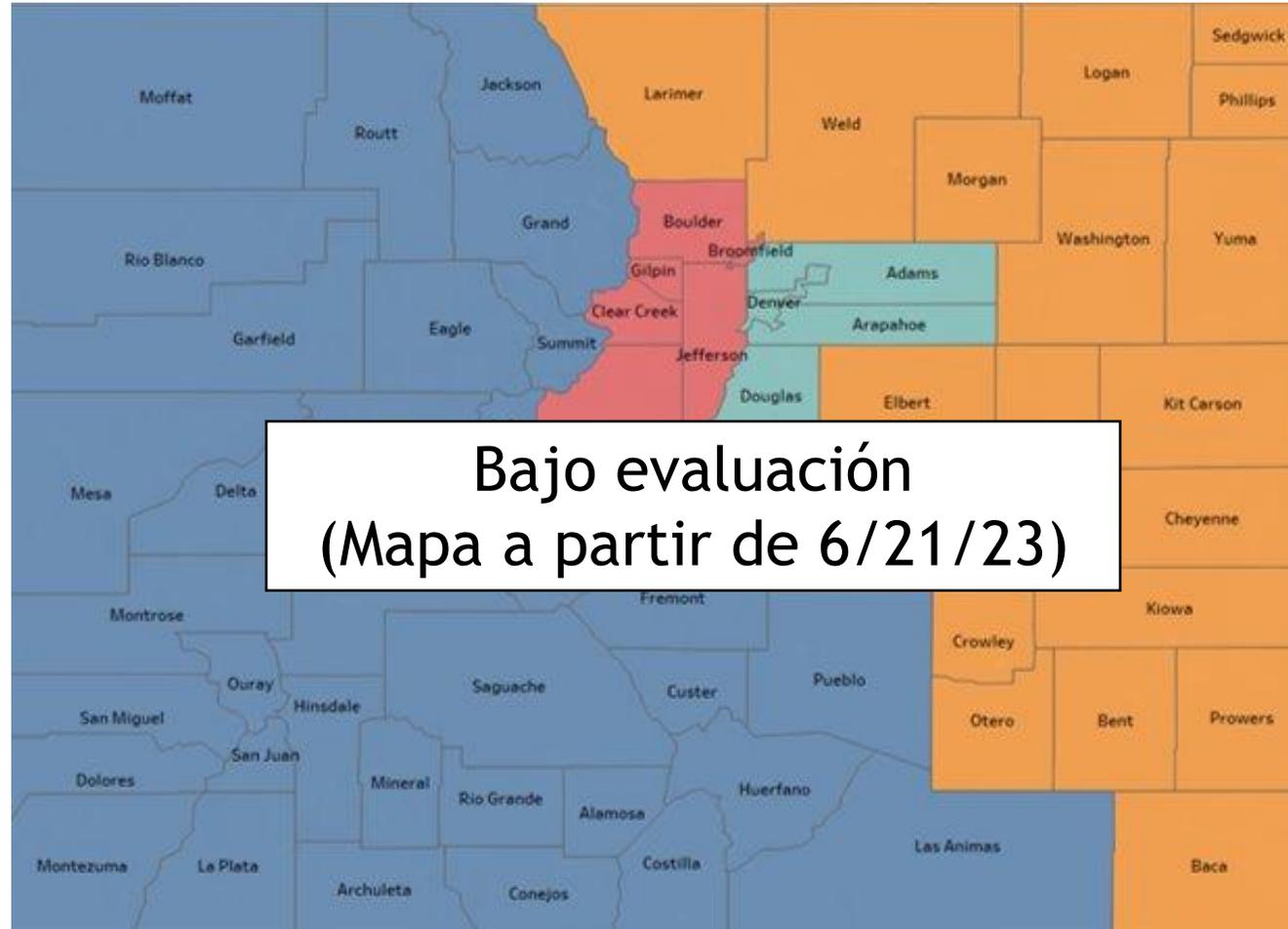
# Incrementar la visibilidad de y clarificar los roles de los RAE y HCPF hacia los miembros

- Incrementar la educación y conciencia de los miembros en referencia a los RAEs.
- Requerirle a todos los RAEs que establezcan y que se reúnan regularmente con los consejos de asesoría para la participación de miembros para construir una confianza continua y participación.
- Crear una experiencia fluida para los miembros por medio de promover el centro de llamadas para los miembros del HCPF como un punto primario de contacto.

# Reducir las cargas administrativas en los proveedores por medio de los trabajos para la transformación de la salud del comportamiento

- Centralizar la acreditación de proveedores.
- Explorar los pagos dirigidos.
- Estandarizar la utilización de la gerencia.
- Provisiones universales de contratación.

# Reducir el número total de regiones de RAEs



- Región 1 (325,000)
- Región 2 (255,000)
- Región 3 (450,000)
- Región 4 (700,000)

# 5. Administrar los costos para proteger la cobertura y los beneficios de los miembros, y los reembolsos de los proveedores

## ¿Cómo luce esto en la fase III?

- Mejorar la administración de asignaciones de pagos para la salud del comportamiento.
- Mejorar el alineamiento entre el ACC y los modelos de pagos alternos.
- Implementar nuevos modelos de pagos alternos.

# Mejorar la alineación entre los modelos de Colaboración de Cuidado Responsable (ACC) y Pago Alternativo (APM)

- Pagos
  - Pagos de incentivos del ACC
  - Pagos administrativos del ACC a proveedores de atención médica primaria
  - Capitación de la salud conductual
  - Ahorros compartidos
- Apoyo a la práctica
- Intercambio de datos

# Explorar la alineación del ACC con los nuevos programas de APM

## APM 2

- Los proveedores reciben el 100% de las tarifas de Medicare por los servicios bajo el APM2 y son elegibles para recibir ahorros compartidos por el mejoramiento de la administración de cuidados crónicos.
- El subgrupo de FQHC que permite más flexibilidad para la participación.

## PACK

- Abordar las necesidades específicas de los proveedores de cuidados primarios pediátricos.
- Incentivar el cuidado de calidad específico a la población pediátrica.

## Pagos agregados de maternidad

- Proveedores elegibles para recibir los pagos de incentivos dependiendo del costo de cada episodio.
- Les permite a los proveedores el tener opciones acerca de la entrega de cuidados e inversiones relacionadas al mejoramiento de la calidad y resultados de la equidad en la salud.

## Salud del comportamiento APMs

- Diseñado en colaboración con BHA.
- Modelos de pago prospectivos basados en el costo para los proveedores de red de protección.
- Pago mejorado para proveedores esenciales de red de protección.

## Herramienta de prescripciones APM

- Incentivar el uso del módulo de Consulta de beneficios en tiempo real (RTBI por sus siglas en inglés) para promover el cumplimiento de los beneficios farmacéuticos de Medicaid y la eficacia del costo en el uso de la farmacia.



# Discusión



# Próximos pasos



# Proporcionar retroalimentación adicional:

- Pronto se publicará el documento conceptual completo
- [Encuesta en línea](#) - las respuestas se harán públicas (sin nombres)
- El formulario de comentarios permanecerá abierto

# Próximas reuniones públicas

- Proveedores de atención médica primaria: 8/31 - 8 to 9:30am
- Defensores: 9/6 from 12 to 1:30 p.m.
- Proveedores de salud mental : 9/14 from 5 to 6:30 pm
- Todos los médicos : 9/26 from 8 to 9:30 a.m.

# ¡Gracias!

**Suman Mathur, CHI**  
**MathurS@coloradohealthinstitute.org**