



# PROVIDER EDUCATION



# Modelo de Cuidado Coordinado 2023

# Objetivos



# Modelo de Cuidado Coordinado

## 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.

- Inicial y 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).

# Trasfondo



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

# Trasfondo



## 4.5 estrellas

Celebramos que uno de nuestros contratos ha recibido calificaciones de 4.5 estrellas bajo el Programa de Calificaciones por Estrellas Medicare\* por **seis 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)



***Productos SNP***

***2023***



**caminamosjuntos**

# Modelo de Cuidado 2023

## C-SNP

MMM Supremo (HMO-SNP)

MMM Integral (HMO-SNP)

MMM Vibrante (HMO-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

\*Cubierta regional para afiliados de Aguadilla, Isabela, Quebradillas, Camuy, Hatillo, Arecibo, Aguada Rincón, Moca, Añasco, San Sebastián, Utuado.



# Modelo de Cuidado 2023

## D-SNP

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)

MMM Relax Platino (HMO-SNP)

MMM Dorado Platino (HMO-SNP)

MMM Valor Platino (HMO-SNP)

MMM Grande 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)

Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)

Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face en inglés)

Red de proveedores

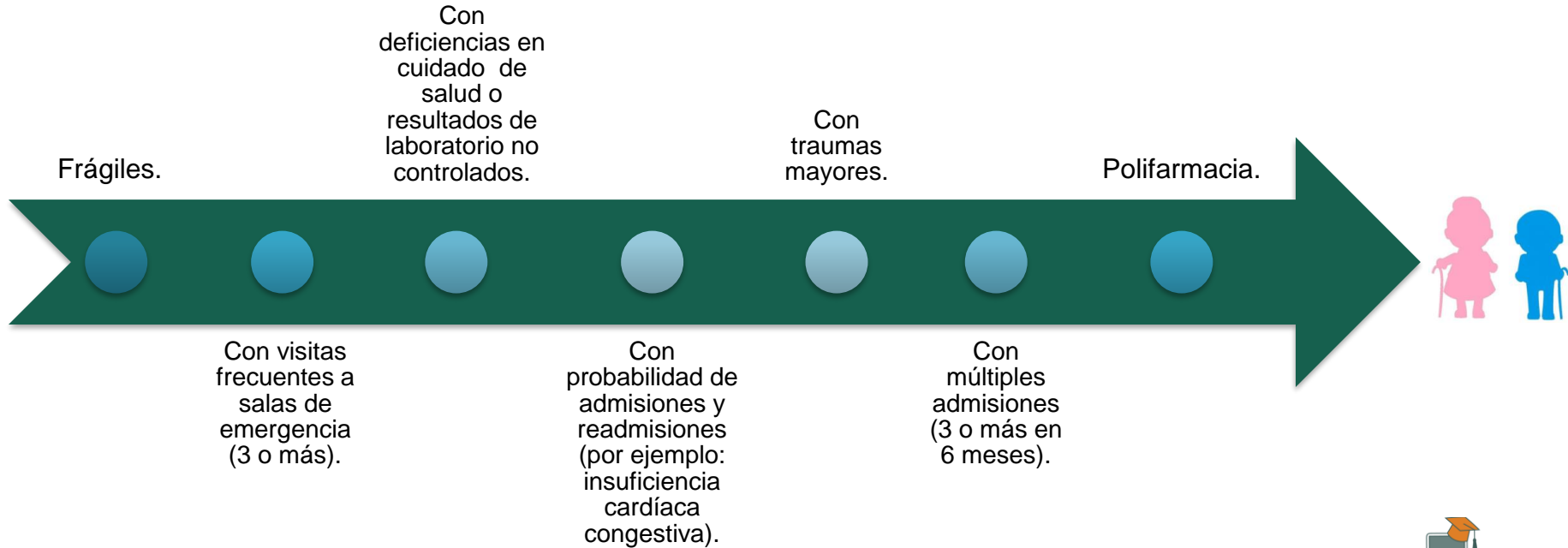
Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento

# MOC 1:

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

# Los más vulnerables

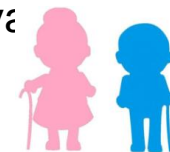
Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



# 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 annual - 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

# 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

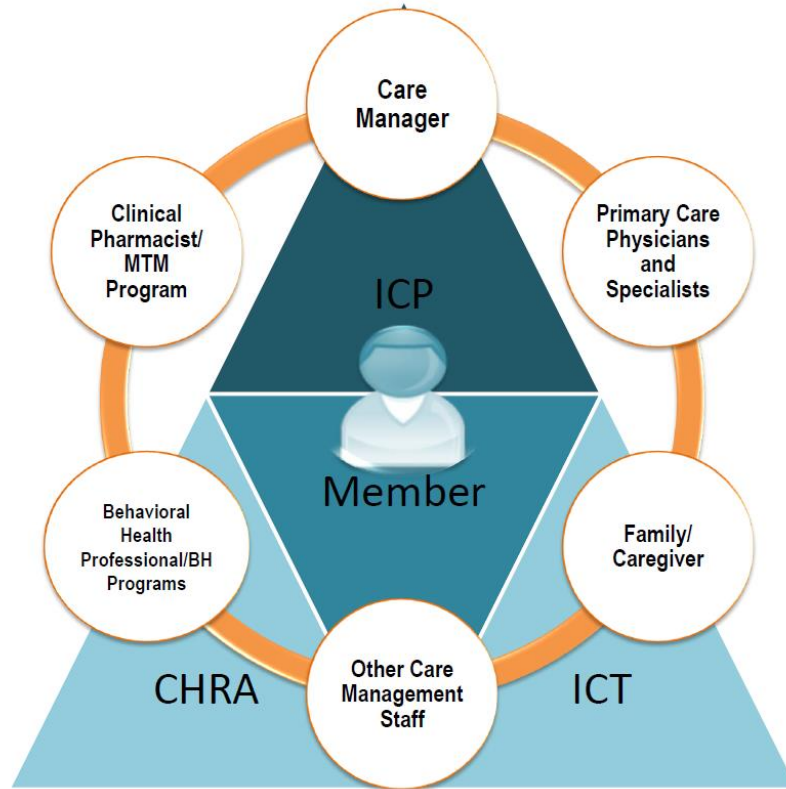
Se establecen procesos y protocolos de transición para mantener continuidad de cuidado.

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 periodo 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.



---

# **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**

# 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:

- 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 2023.*

Obtenido de:

[https://snpmoc.ncqa.org/static/media/MOCScrngGdlnsCY2023.78de7daf63a\\_baa3b9edd.pdf](https://snpmoc.ncqa.org/static/media/MOCScrngGdlnsCY2023.78de7daf63a_baa3b9edd.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>

# Nuestro compromiso con la calidad

Estamos orgullosos de ver que las cubiertas de necesidades especiales de MMM seguirán mejorando la calidad de vida de miles alrededor de la isla.



## Para más información:

787-993-2317 (Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

---

# ¿Preguntas?





