

# Programa de Ahorros Compartidos de Medicare y Proveedores Rurales

## Generalidades

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), una agencia dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), ha concluido los reglamentos bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio para permitir a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica coordinar mejor la atención para pacientes de Medicare a través de las Organizaciones Responsables del Cuidado de la Salud, también conocidas como Organizaciones Responsable de Atención Médica (ACO). La participación en una ACO genera incentivos para los proveedores de atención médica con el fin de que trabajen juntos para tratar a un paciente en particular en distintos centros de atención, que incluyen el consultorio médico, hospitales, y centros de cuidado a largo plazo. El Programa de Ahorros Compartidos de Medicare (Programa de Ahorros Compartidos) compensará económicamente a las ACO que reduzcan los incrementos en costos médicos y, a la vez, cumplan sus estándares de rendimiento sobre calidad de atención y dar prioridad a los pacientes. La participación de los proveedores en una ACO es meramente voluntaria.

Para elaborar las regulaciones del programa, CMS trabajó estrechamente con agencias de todo el Gobierno federal para garantizar un trabajo coordinado y alineado entre los departamentos y dentro de estos para facilitar la implementación del Programa de Ahorros Compartidos.

CMS invita a todos los proveedores interesados a revisar las regulaciones del programa y a considerar su participación en el Programa de Ahorros Compartidos.

En esta hoja de datos se brinda una descripción general de las ACO para proveedores rurales.

## Proveedores rurales y ACO

CMS reconoce las necesidades y los desafíos particulares de las comunidades rurales, así como también la importancia de los proveedores rurales para garantizar el acceso al cuidado de la salud. Los Hospitales de Acceso Crítico (CAH), los Centros de Salud Habilitados Federalmente (FQHC), y las Clínicas de Salud Rurales (RHC) tienen una función primordial en el sistema de prestación de servicios de salud de la Nación ya que funcionan como proveedores de atención primaria y brindan otros servicios de cuidado de la salud en áreas rurales y otras a las que no llegan todos los servicios y para beneficiarios de bajos ingresos. En noviembre de 2011, CMS presentó las regulaciones para permitir que médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica coordinaran mejor la atención para pacientes de Medicare a través de las ACO. Estas regulaciones incluyeron algunas disposiciones específicas diseñadas para aumentar la participación rural en el Programa de Ahorros Compartidos. Una normativa final emitida en Junio de 2015 incluyó modificaciones a las regulaciones del programa para facilitar la participación por parte de las ACO que incluyan a proveedores rurales.

## Disposiciones para permitir que FQHC y RHC participen

### Metas de Ahorros Compartidos

- **Mejor** cuidado para pacientes
- **Mejor** salud para nuestras comunidades
- **Menos** pagos por servicios de Medicare a través de mejoras para el sistema de cuidado médico.

## **enteramente en el Programa de Ahorros Compartidos**

Las regulaciones estipulan que las RHC y los FQHC participen en el Programa de Ahorros Compartidos conformando sus propias ACO, o uniéndose a una ACO como ACO participante junto con otras organizaciones. Se utilizarán datos de los FQHC y de las RHC para asignar beneficiarios a las ACO a los fines de medir la calidad y el rendimiento financiero estando en el programa. Para lograr esto, incluimos algunos códigos de centro de ingresos indicativos de servicios de atención primaria en la definición de servicios de atención primaria cuando los FHQC o las RHC los envían en reclamaciones.

No obstante, las ACO que estén formadas por FQHC o RHC, o los incluyan, deberán enviar una declaración especial en la que enumeren a los Identificadores Nacional de Proveedores (NPI) de los médicos que brindan servicios de atención primaria directamente a pacientes en los FQHC y las RHC. Esta declaración especial es necesaria para complementar sus datos de reclamaciones, porque los FQHC y las RHC no han enviado históricamente todos los datos necesarios para la asignación, según lo estipulado por la ley.

## **Reglas de asignación de beneficiario para FQHC y RHC**

Los beneficiarios serán elegibles para asignación a una ACO que incluya FQHC y RHC como participantes de una ACO si reciben al menos un servicio de atención primaria por parte de un médico que aparece en el listado enviado por la ACO o que facture a través de otra ACO participante. Los beneficiarios se asignan a una ACO si reciben múltiples servicios de atención primaria por parte de médicos y ciertos profesionales de la salud (enfermeros profesionales, especialistas en enfermería clínica, médicos asociados) dentro de la ACO. Esta metodología es útil para asignar beneficiarios a organizaciones en áreas rurales con pocos médicos.

## **Hospitales de Acceso Crítico y ACO**

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio especifica que ciertos grupos de proveedores de servicios, incluidos los médicos y hospitales, pueden formar su propia ACO siempre y cuando cumplan con los criterios especificados, incluida la asignación mínima de beneficiarios. La ley autoriza a la Secretaría a utilizar su criterio para permitir que otros proveedores de servicios de Medicare formen su propia ACO. En las regulaciones del programa, la Secretaría ha utilizado su criterio para incluir los CAH que elijan facturar por servicios ambulatorios bajo el método opcional (Método II) como entidades que son elegibles para formar una ACO, suponiendo que cumplen con todos los demás requerimientos de elegibilidad. Esto está ayudando a ampliar el acceso a ACO en áreas rurales.

Es posible que los CAH que facturen por servicios ambulatorios bajo el método estándar (Método I), parecido a los centros de cuidados agudos, no puedan formar independientemente su propia ACO, porque estos hospitales no envían reclamaciones por los servicios del médico, lo cual es información necesaria para asignar beneficiarios a la ACO. No obstante, un CAH que facture bajo el método estándar puede unirse a otras ACO participantes, sobre las que se basa la asignación para formar una ACO.

## Intervalo de Confianza para Establecer la Tasa de Ahorros Mínima para ACO más Pequeñas

Según las regulaciones, las ACO pueden participar en el modelo de ahorros compartidos unilateral del programa durante el primer período del acuerdo, y las ACO elegibles pueden continuar en este modelo por un segundo período de acuerdo. A modo alternativo, las ACO pueden solicitar participar en uno de los modelos bilaterales de pérdidas y ahorros compartidos del programa. En el modelo unilateral, CMS especifica una Tasa de Ahorros Mínimos (MSR) para dar cuenta de la variación normal en gastos, según la cantidad de beneficiarios de Medicare con Tarifa por Servicio asignados a la ACO. La MSR le permite garantizar que los ahorros sean un resultado del rendimiento de la ACO, en lugar de una variación normal en los gastos de Medicare.

Si bien se reconoce el elevado grado de incertidumbre con respecto a los gastos para las ACO más pequeñas, las regulaciones del programa mejoran la capacidad de estas organizaciones para lograr ahorros compartidos en el modelo unilateral gracias a que para determinar la MSR utilizan un intervalo de confianza más bajo que el que debe cumplirse para compartir ahorros relacionados con las ACO más grandes. Para el modelo unilateral, CMS implementó un intervalo de confianza con escala móvil basado en la cantidad de beneficiarios asignados, lo cual da un intervalo de MSR entre el 2 y el 3.9 por ciento. Las organizaciones con la cantidad mínima de 5,000 beneficiarios asignados tienen una MSR basada en un intervalo de confianza del 90 por ciento, mientras que las ACO con 50,000 beneficiarios asignados tienen una MSR del 2.2 por ciento basado en un intervalo de confianza del 99 por ciento.

En los modelos bilaterales, las regulaciones del programa exigen a cada ACO que seleccione una MSR y una Tasa de Pérdida Mínima (MLR) simétrica que funcionarán como umbral que se debe cumplir o superar antes de que la ACO sea elegible para beneficiarse de los ahorros o para asumir responsabilidad en pérdidas compartidas. Las ACO deben elegir una de las siguientes opciones para la proporción MSR/MLR:

- MSR/MLR del 0.0 por ciento;
- MSR/MLR simétrica en un incremento del 0.5 por ciento entre 0.5 y 2.0 por ciento; o
- MSR/MLR simétrica que varía según la cantidad de beneficiarios asignados a la ACO (se aplica la misma metodología utilizada para determinar la MSR en el modelo unilateral).

Esta selección de proporción MSR/MLR, que se elabora en el momento en que la ACO hace la solicitud para ingresar al programa, se aplicará durante lo que dure el período de acuerdo de la ACO. Estas opciones de MSR/MLR ofrecen a las ACO flexibilidad para establecer el umbral que deben alcanzar o superar para ser elegibles para beneficiarse de los ahorros o para asumir responsabilidad en las pérdidas. Mediante la selección de una opción de MSR/MLR basada en el tamaño de población de la ACO, una ACO más pequeña tendrá que alcanzar un umbral relativamente mayor antes de poder asumir responsabilidades por las pérdidas y, en consecuencia, tendrá mucha más protección contra riesgos basados en el rendimiento; pero a la vez el umbral que tendrá que alcanzar antes de poder beneficiarse de los ahorros será igualmente mayor.

## Recursos

Las últimas reglas del Programa de Ahorros Compartidos pueden descargarse de <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27461.pdf> (Regla final de noviembre de 2011) y <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2015-06-09/pdf/2015-14005.pdf> (Regla final junio de 2015) en el sitio web de la Oficina Editorial del Gobierno de los EE. UU. (GPO). El Programa de Ahorros Compartidos se estableció el 1.º de enero de 2012.

Para obtener información acerca de cómo participar en el Programa de Ahorros Compartidos, visite <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram> en el sitio web de CMS.

Las renuncias de responsabilidad de Medicare Learning Network® se encuentran disponibles en <http://go.cms.gov/Disclaimer-MLN-Product> en el sitio web de CMS.

The Medicare Learning Network®, MLN Connects®, y MLN Matters® son marcas registradas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS).

ICN 907408

Marzo 2016.