

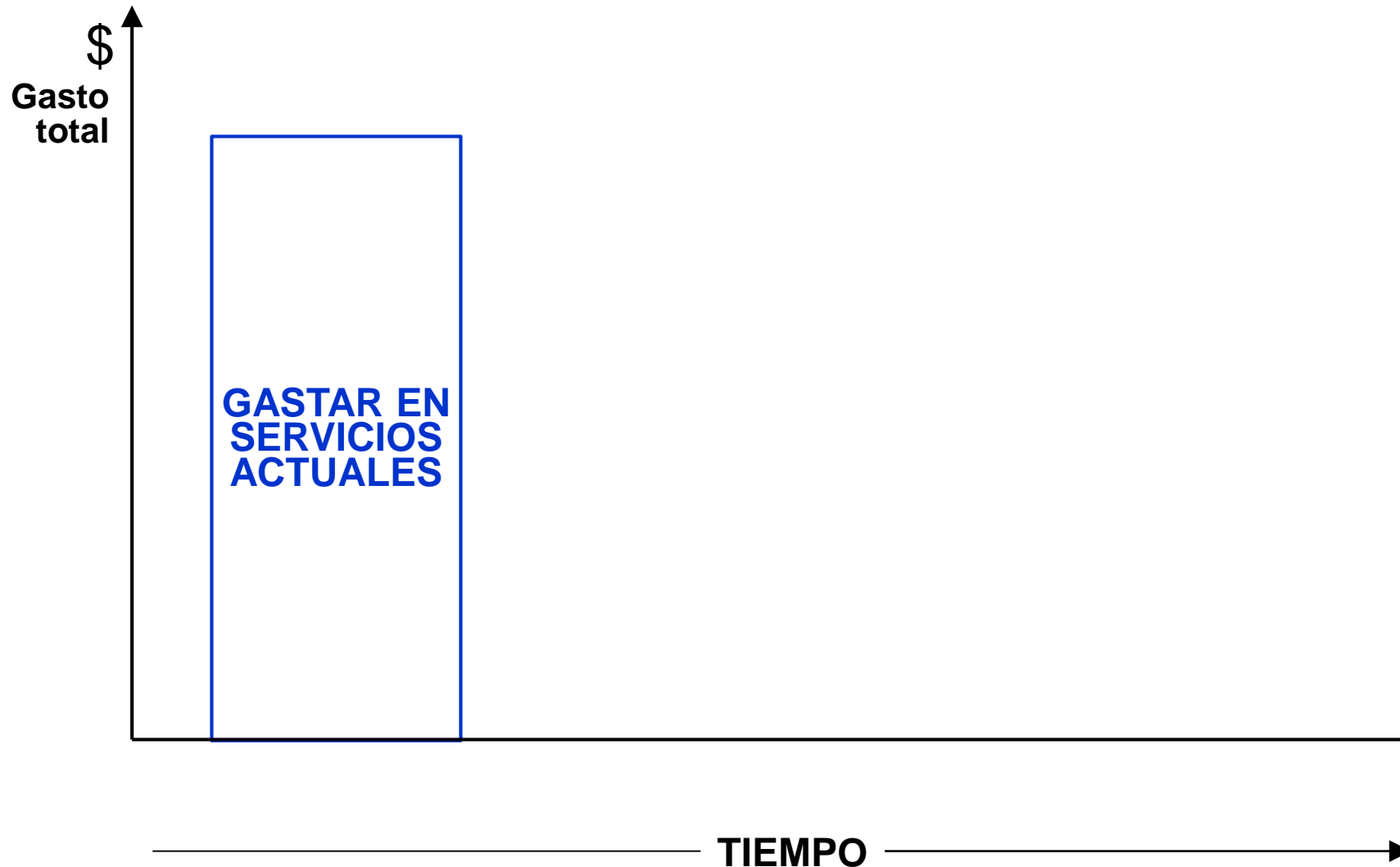


MEJORES FORMAS DE ENTREGAR Y PAGAR POR LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

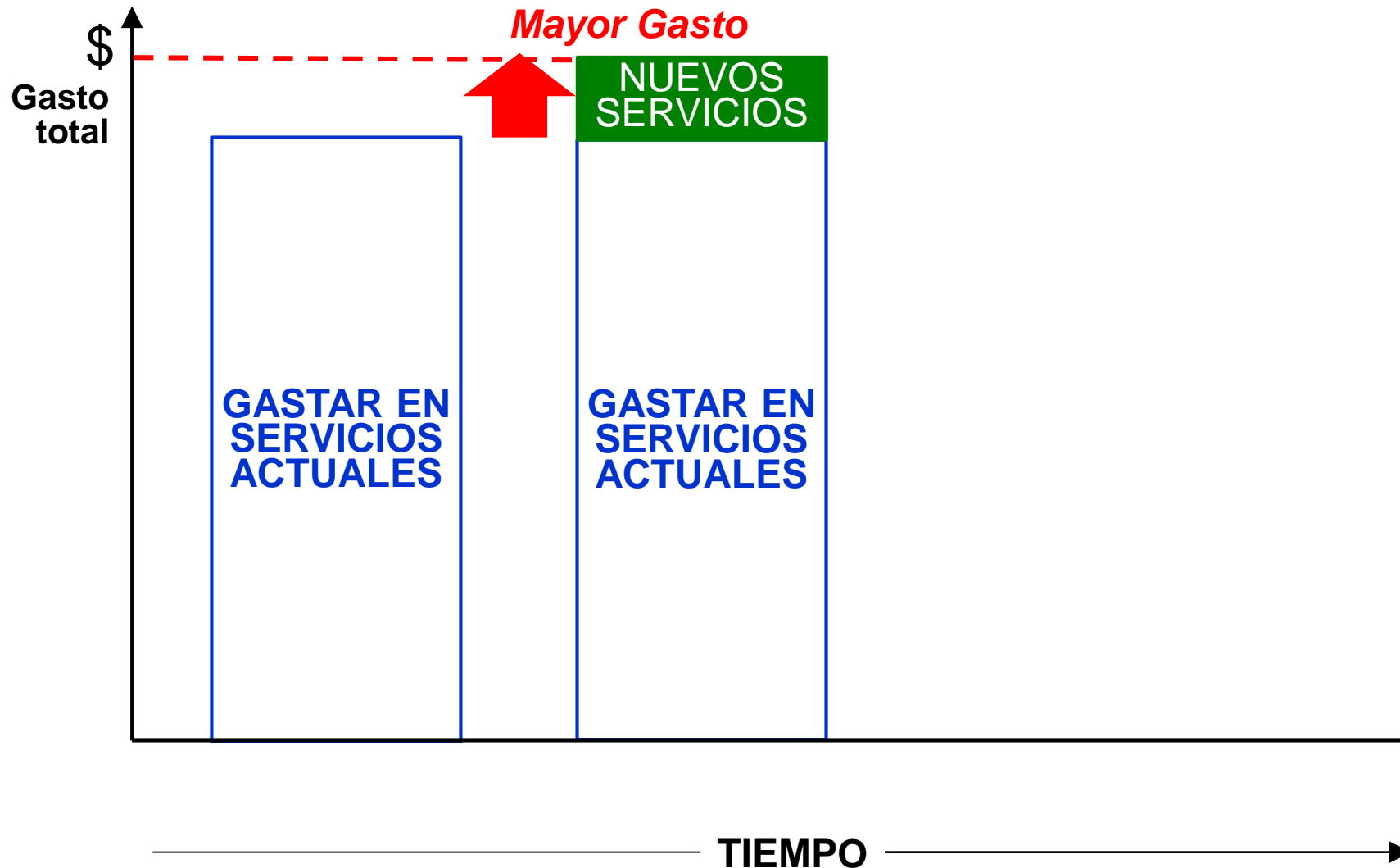
Harold D. Miller
Presidente y CEO
Centro Para La
Calidad De La Atención Médica
y La Reforma de Pagos

www.CHQPR.org

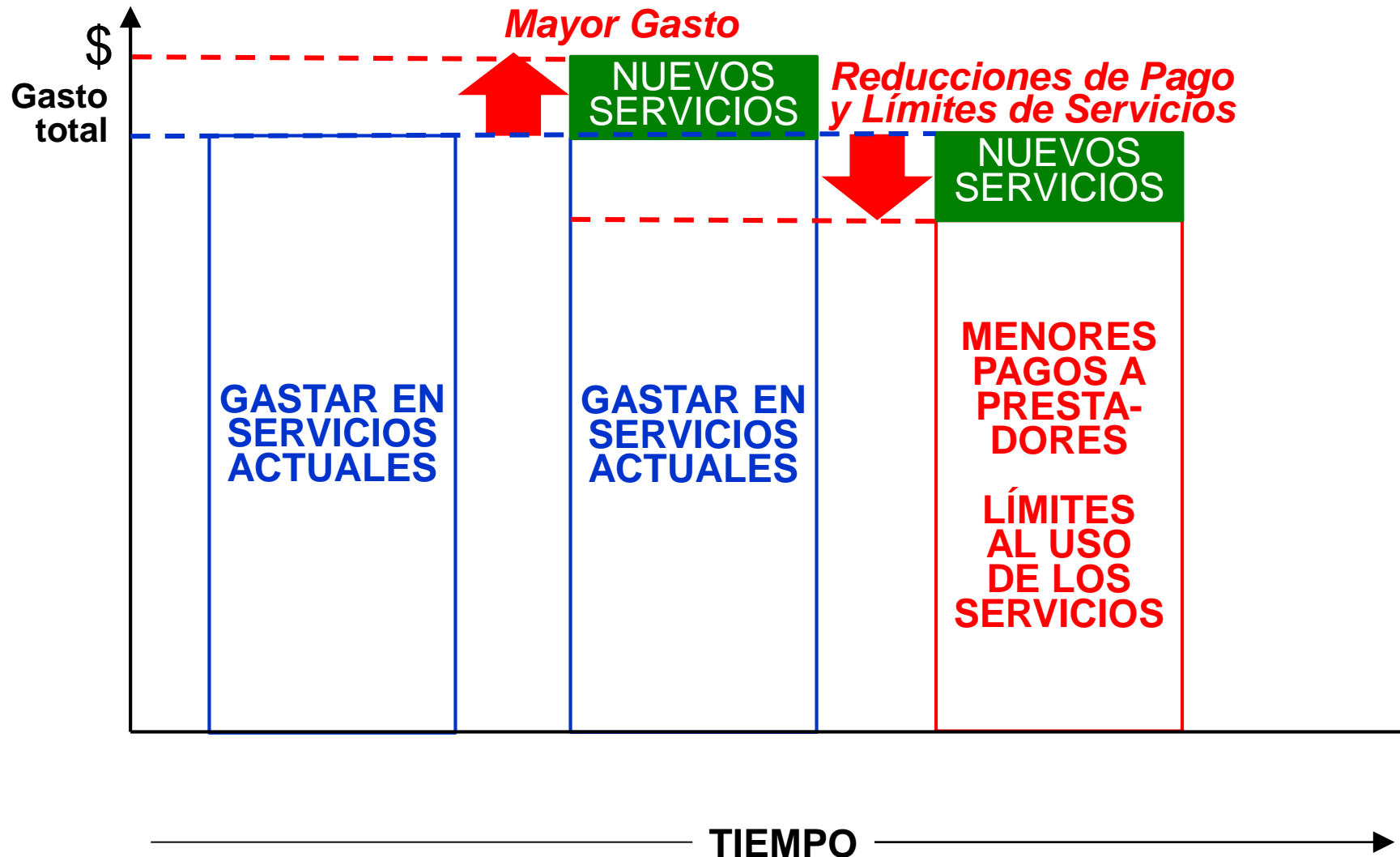
¿Se puede mejorar el acceso a la atención sin aumentar el gasto?



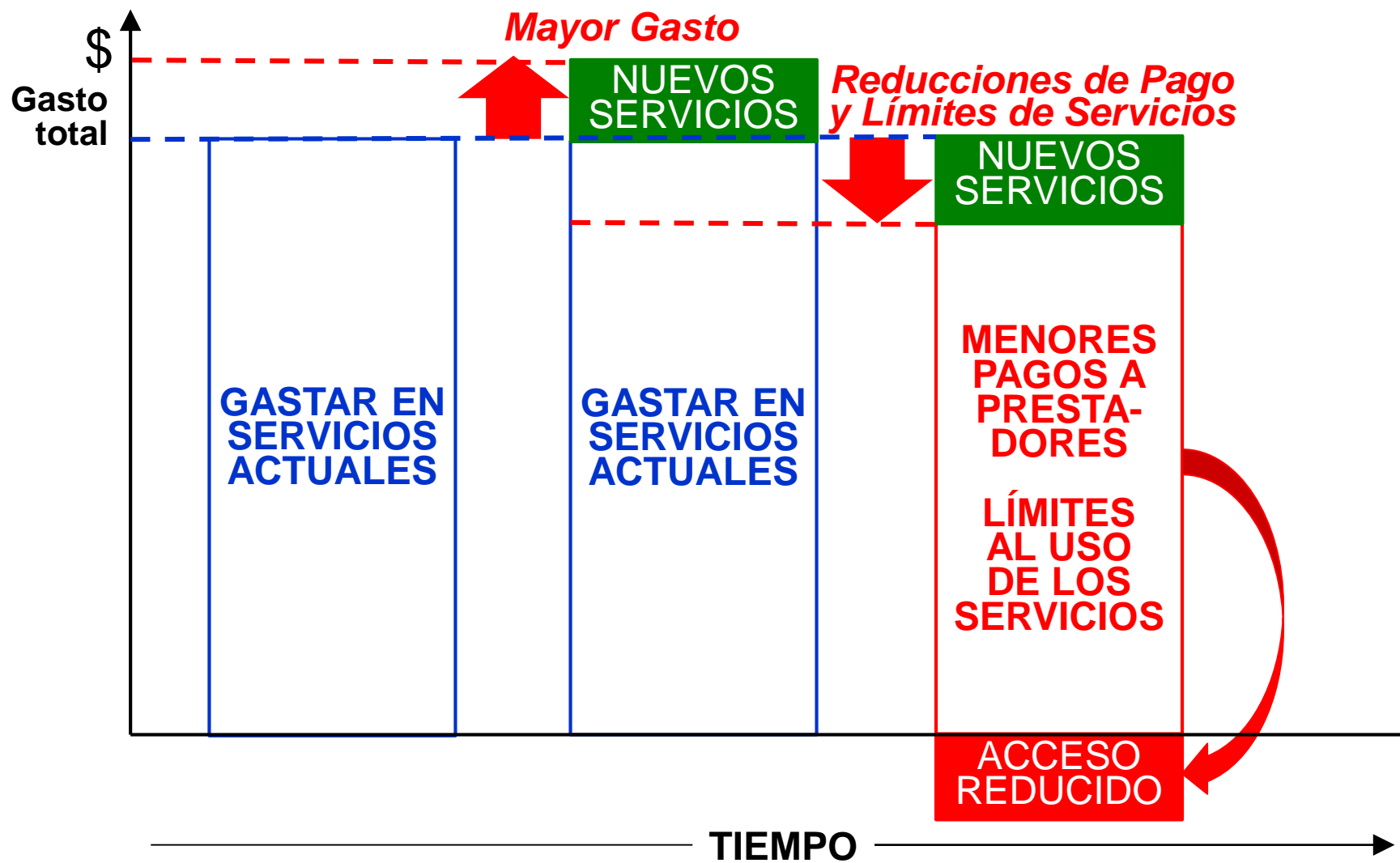
Cobertura y servicios expandidos = mayor gasto total



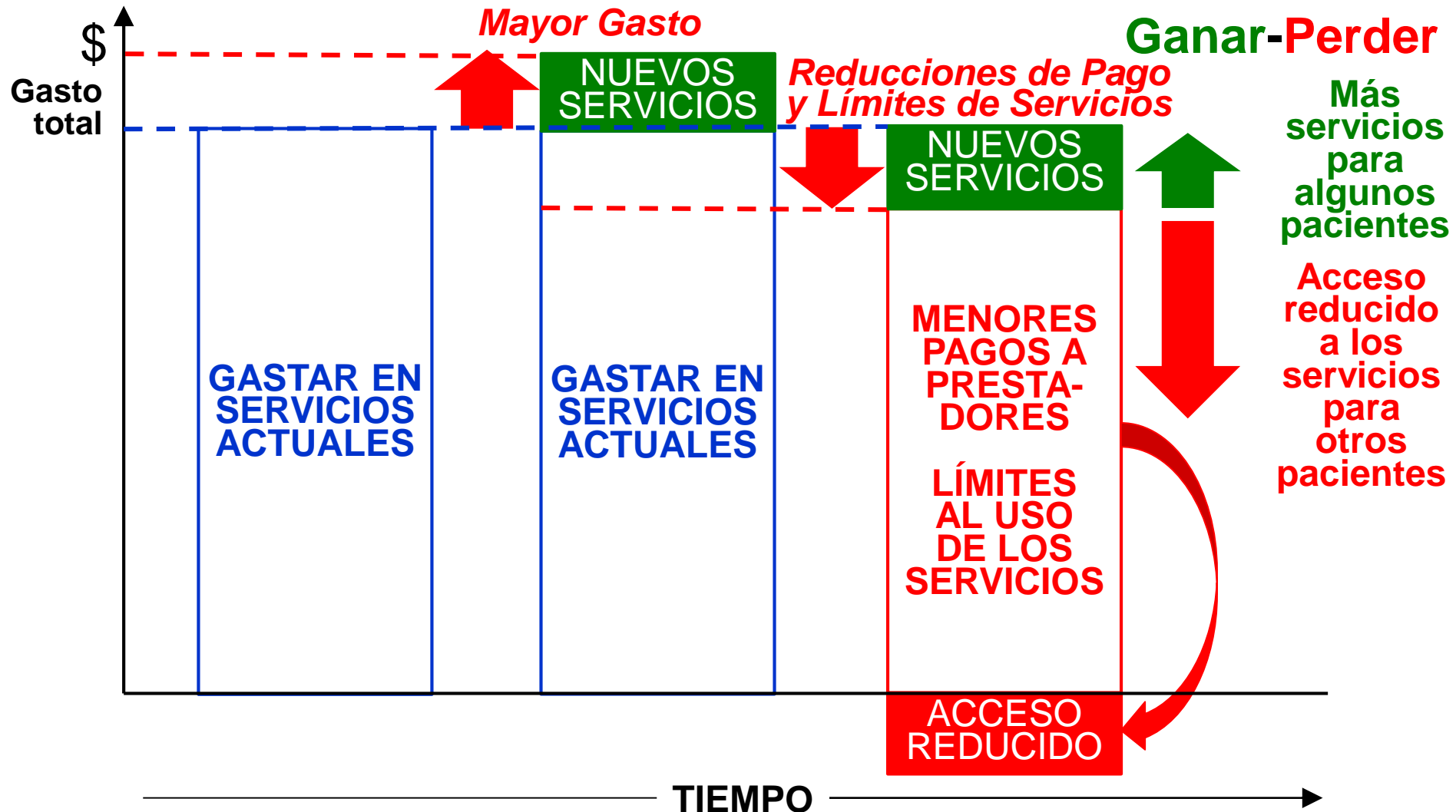
Por lo general, el gasto se controla recortando los pagos a los prestadores y limitando los servicios ...



...resultan en acceso reducido para muchos otros pacientes



'Ganar-Perder': Algunos pacientes se benefician, otros se perjudican



¿Hay alguna manera mejor?



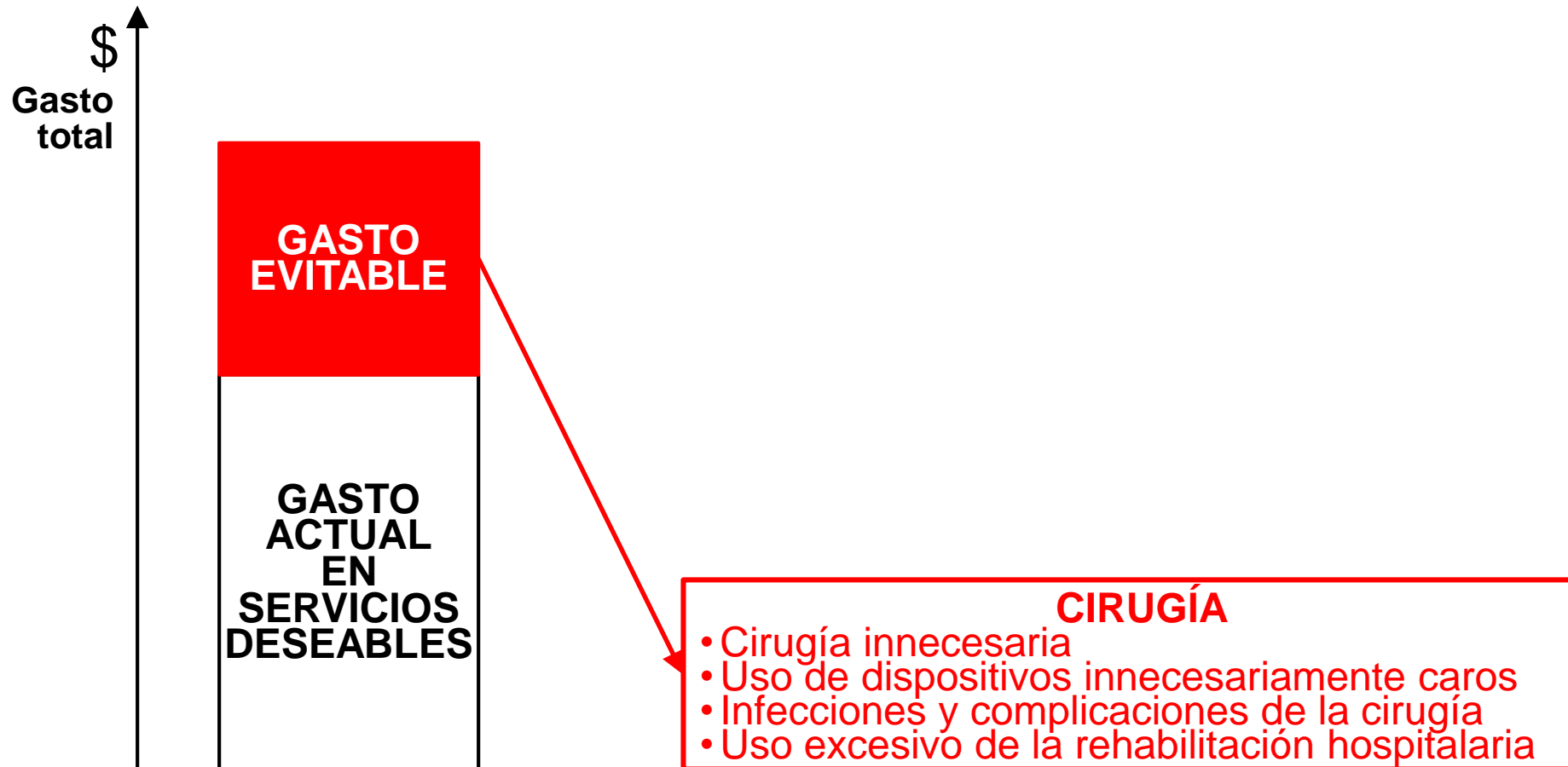
Identificar aspectos del gasto actual que son *evitables*



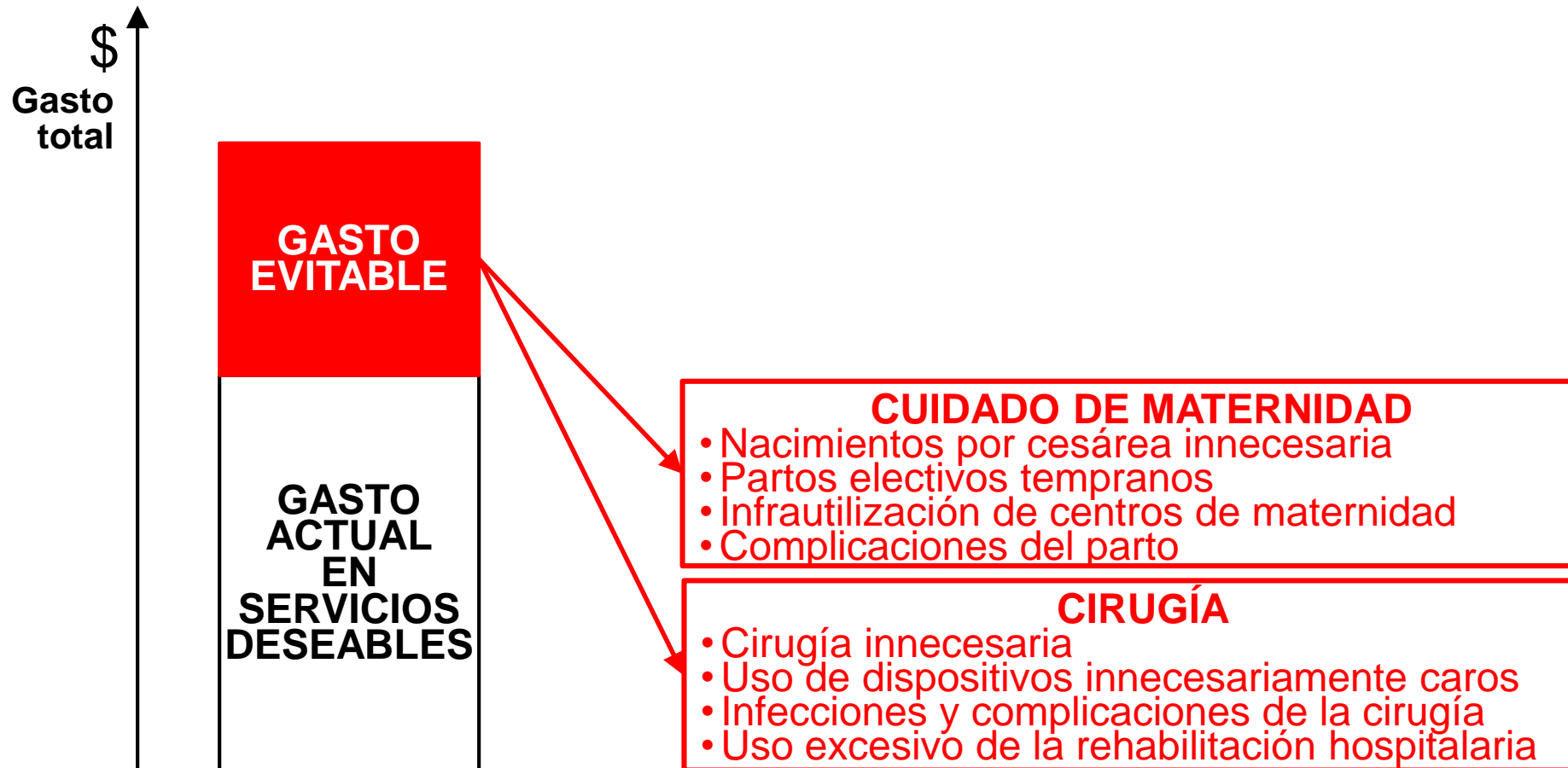
Identificar aspectos del gasto actual que son *evitables*



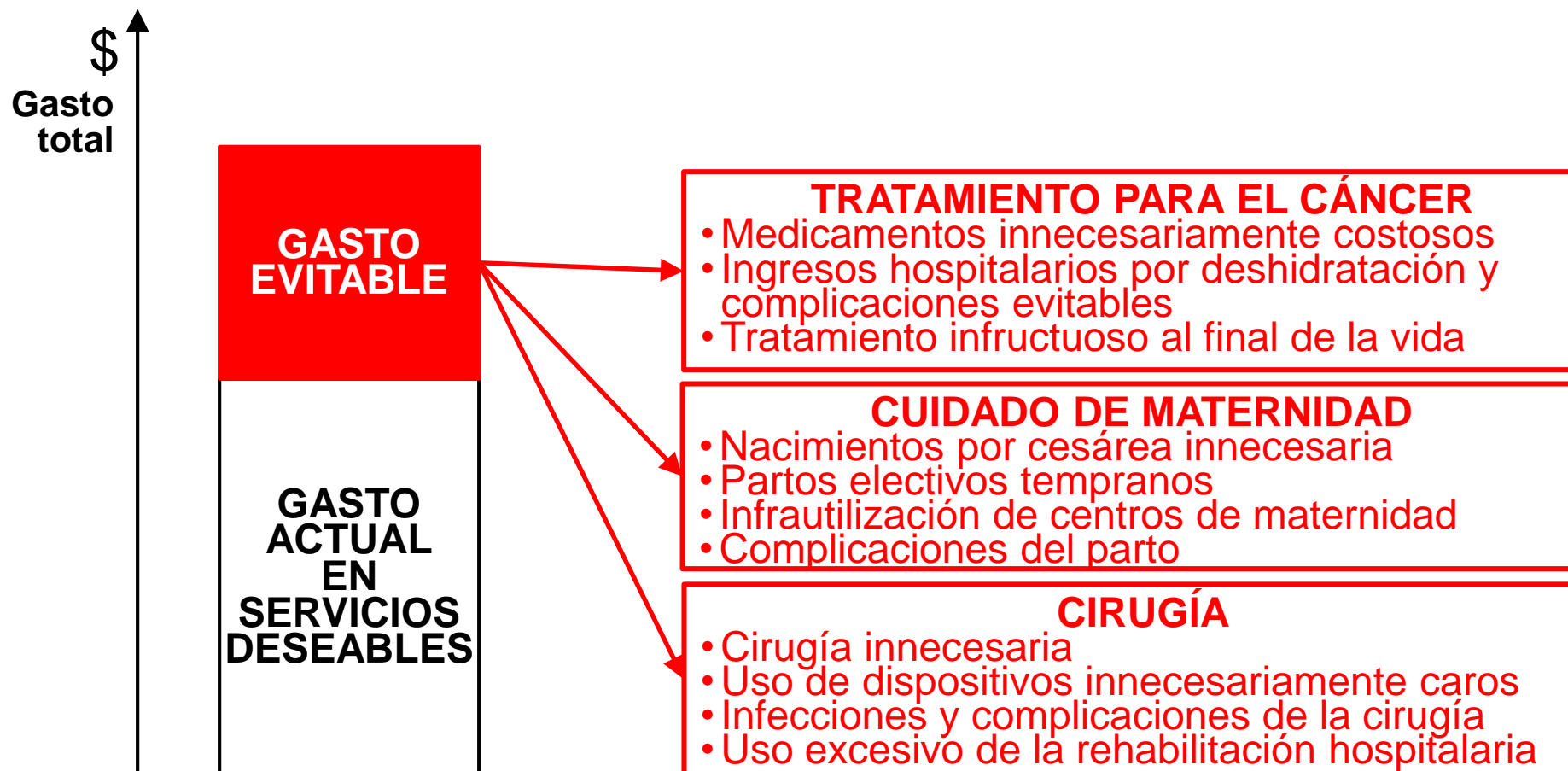
Identificar aspectos del gasto actual que son *evitables*



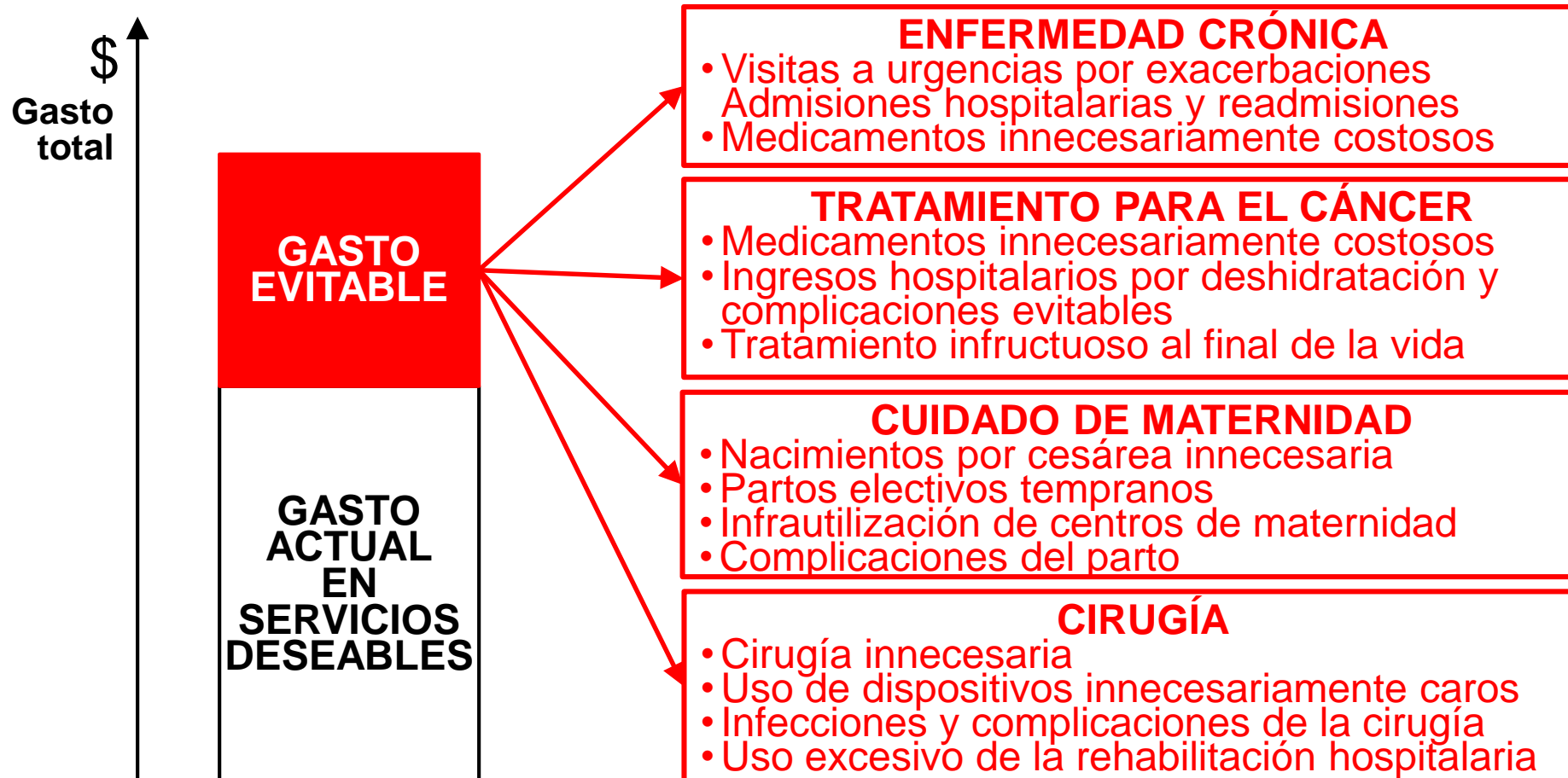
Identificar aspectos del gasto actual que son *evitables*



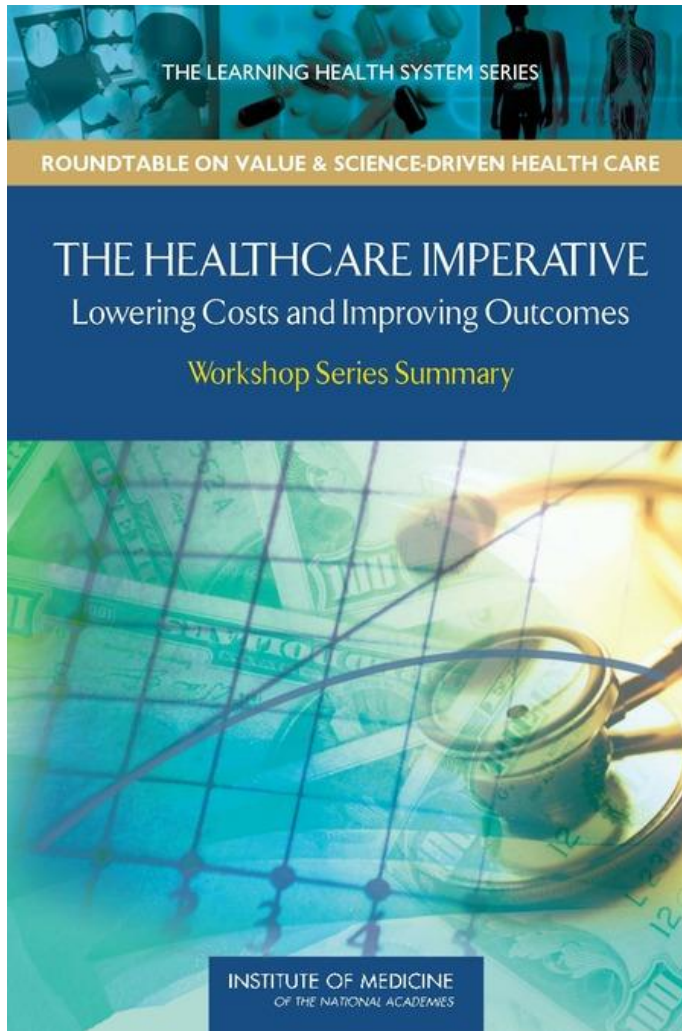
Identificar aspectos del gasto actual que son *evitables*



Identificar aspectos del gasto actual que son *evitables*



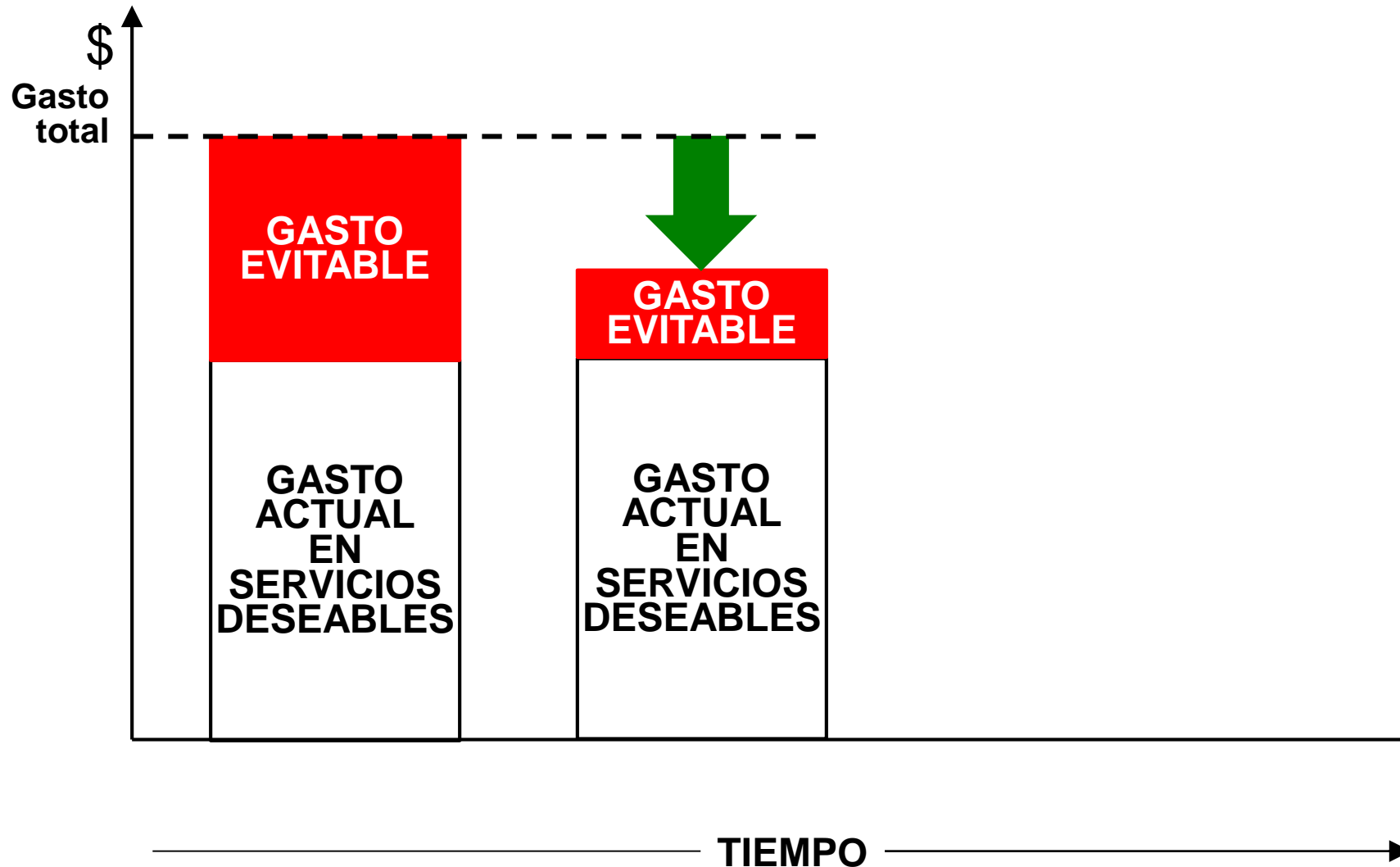
Estimación del Instituto de Medicina (IOM): 30% del gasto en los EEUU es evitable



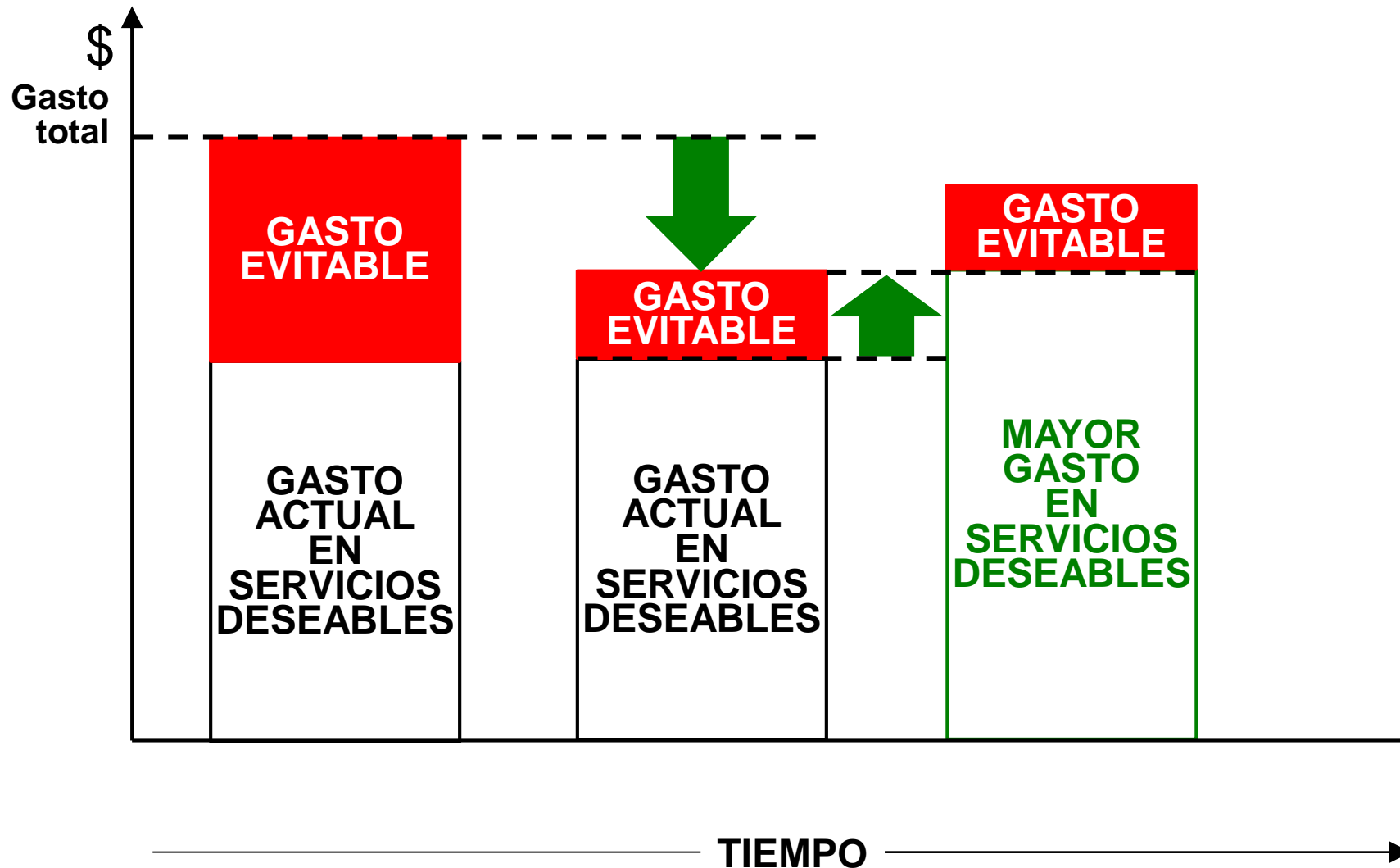
Excess Cost Domain Estimates: <i>Lower bound totals from workshop discussions*</i>	
UNNECESSARY SERVICES	Total excess = \$210 B*
<ul style="list-style-type: none"> • Overuse: services beyond evidence-established levels • Discretionary use beyond benchmarks <ul style="list-style-type: none"> – Defensive medicine • Unnecessary choice of higher cost services 	
INEFFICIENTLY DELIVERED SERVICES	Total excess = \$130 B*
<ul style="list-style-type: none"> • Mistakes—medical errors, preventable complications • Care fragmentation • Unnecessary use of higher cost providers • Operational inefficiencies at care delivery sites <ul style="list-style-type: none"> – Physician offices – Hospitals 	
EXCESS ADMINISTRATIVE COSTS	Total excess = \$190 B*
<ul style="list-style-type: none"> • Insurance-related administrative costs beyond benchmarks <ul style="list-style-type: none"> – Insurers – Physician offices – Hospitals – Other providers • Insurer administrative inefficiencies • Care documentation requirement inefficiencies 	
PRICES THAT ARE TOO HIGH	Total excess = \$105 B*
<ul style="list-style-type: none"> • Service prices beyond competitive benchmarks <ul style="list-style-type: none"> – Physician services <ul style="list-style-type: none"> i. Specialists ii. Generalists – Hospital services • Product prices beyond competitive benchmarks <ul style="list-style-type: none"> – Pharmaceuticals – Medical devices – Durable medical equipment 	
MISSED PREVENTION OPPORTUNITIES	Total excess = \$55 B*
<ul style="list-style-type: none"> • Primary prevention • Secondary prevention • Tertiary prevention 	
FRAUD	Total excess = \$75 B*
<ul style="list-style-type: none"> • All sources—payer, clinician, patient 	

*Lower bound totals of various estimates, adjusted to 2009 total expenditure level.

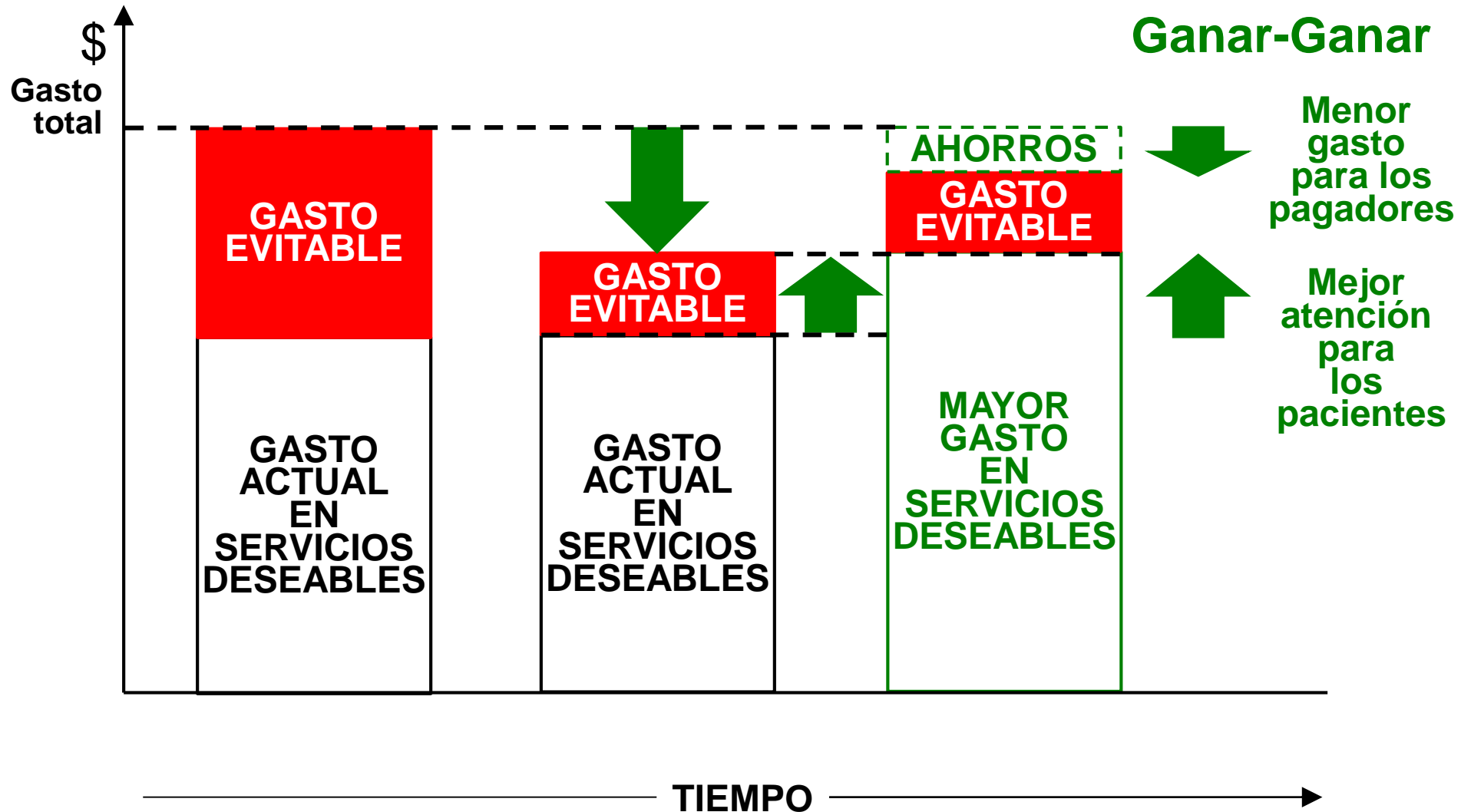
Si podemos reducir el gasto evitable....



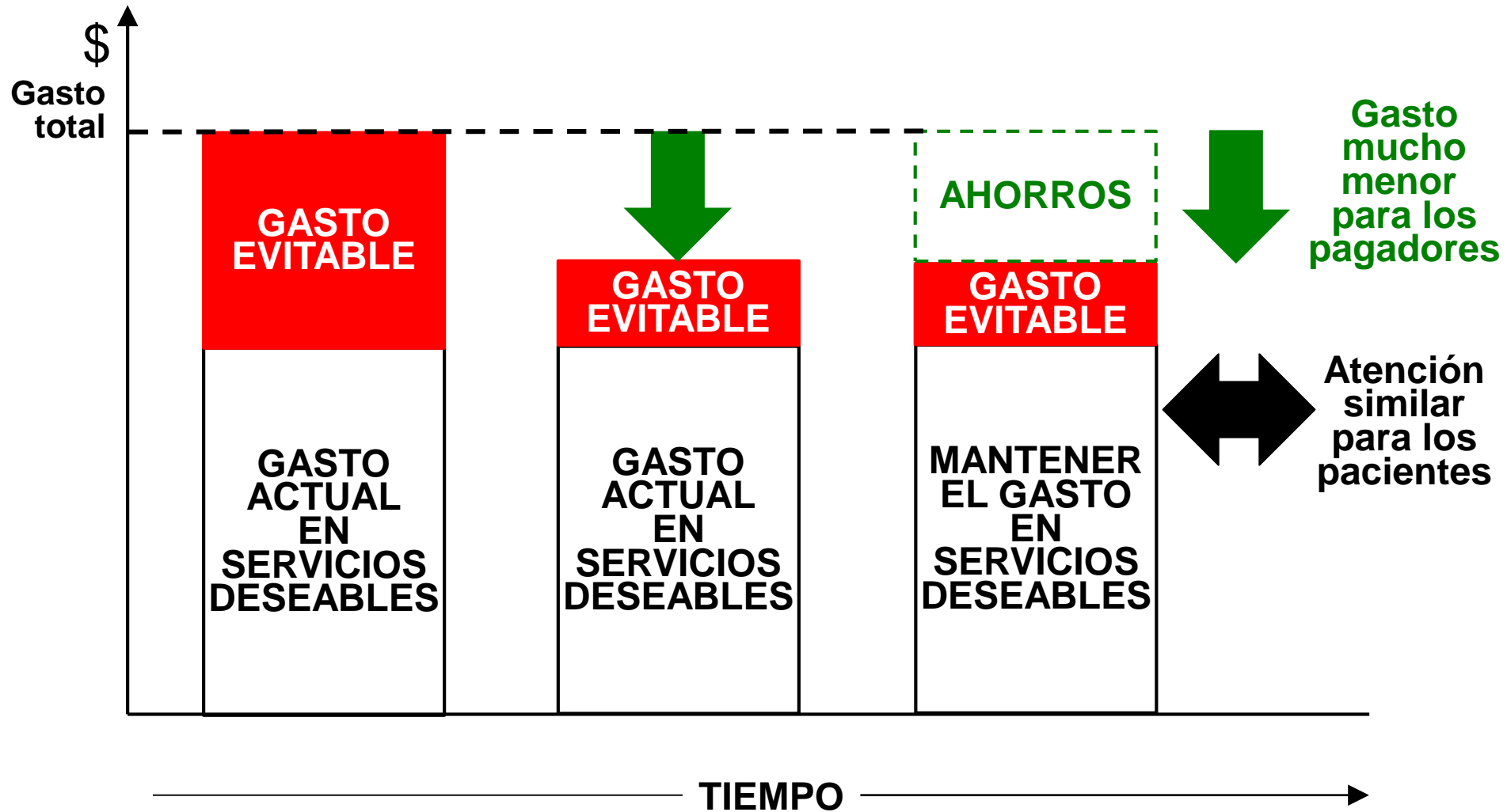
..podemos usar una porción de los ahorros para mejorar los servicios



'Ganar-Ganar': Mejor atención con un menor gasto



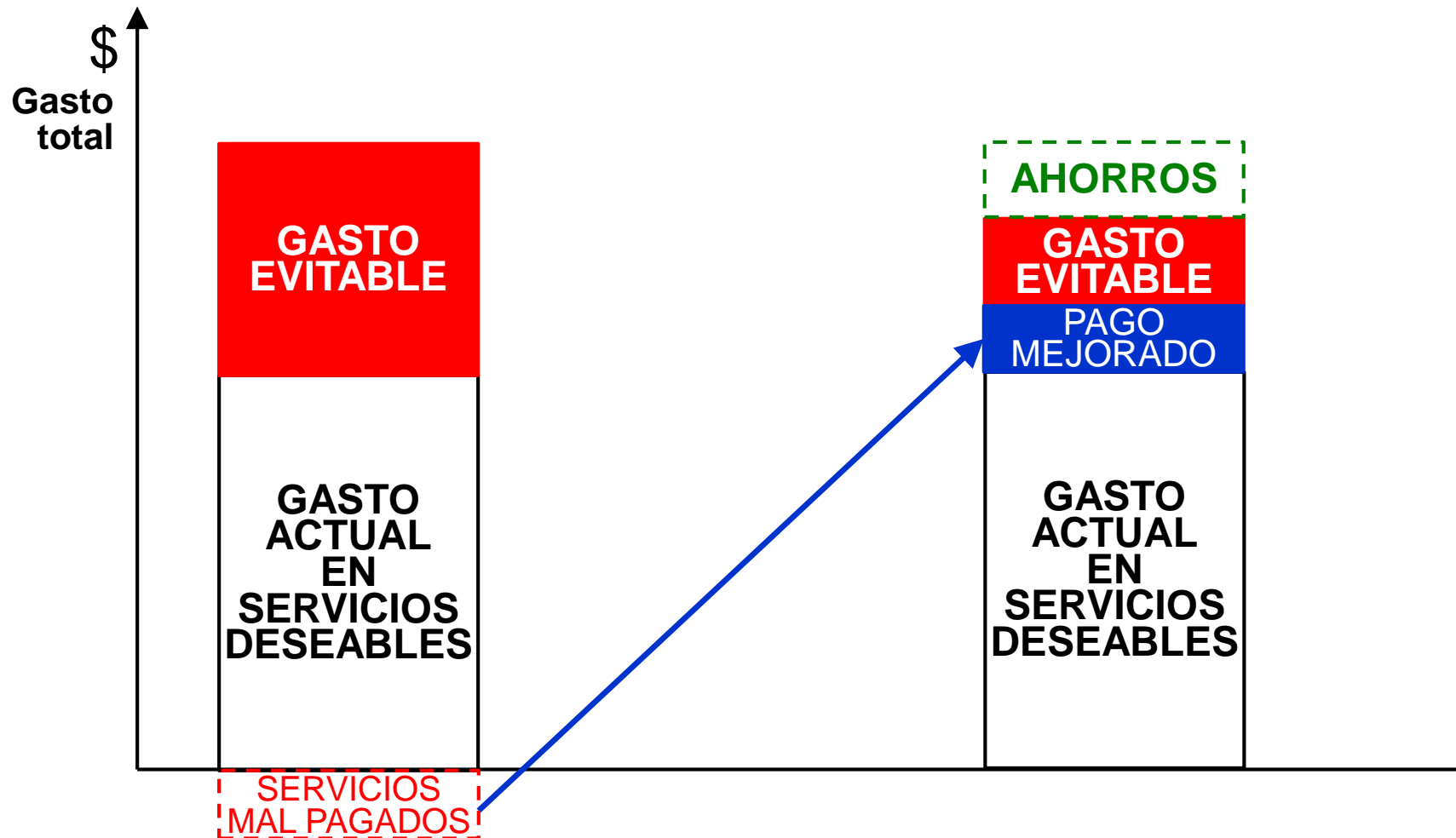
¿Por qué no mantener TODOS los ahorros, sin nuevos servicios?



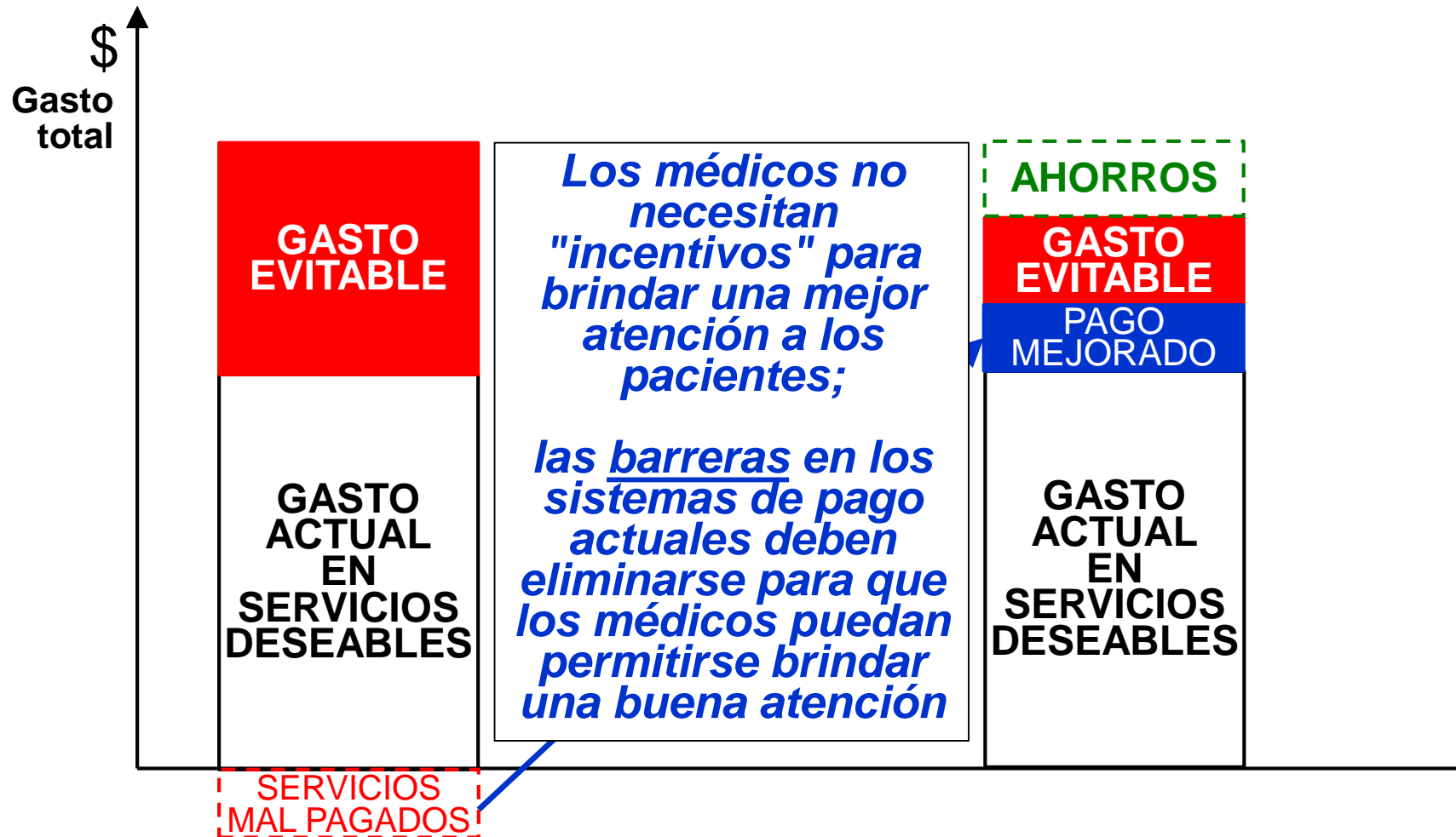
Razón # 1: Los pagos actuales pueden ser demasiado bajos



Los pagos deben ser adecuados para reducir el gasto evitable



Los pagos deben ser adecuados para reducir el gasto evitable



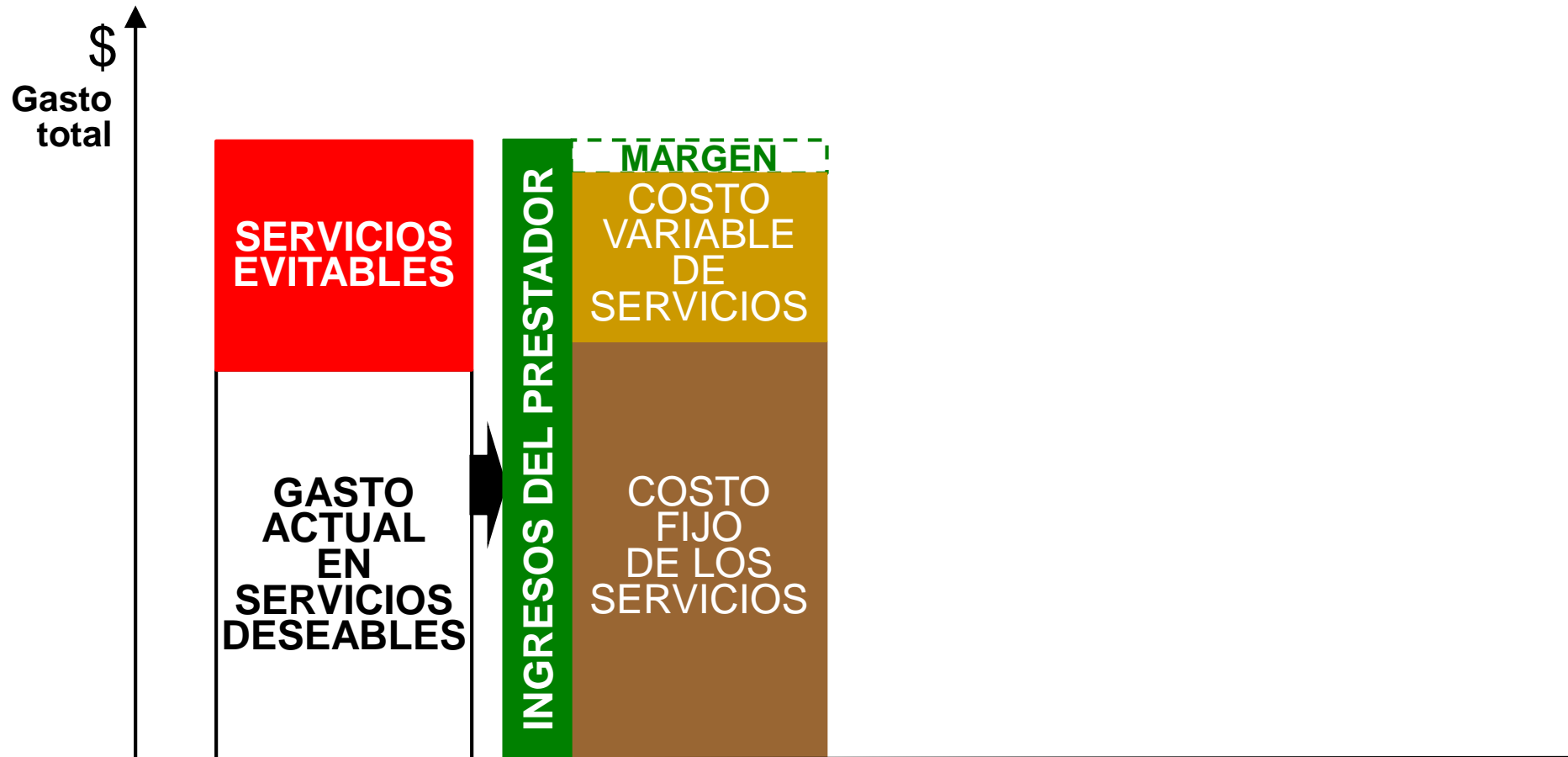
Razón # 2: "Gasto evitable" es una gran parte de los ingresos del prestador



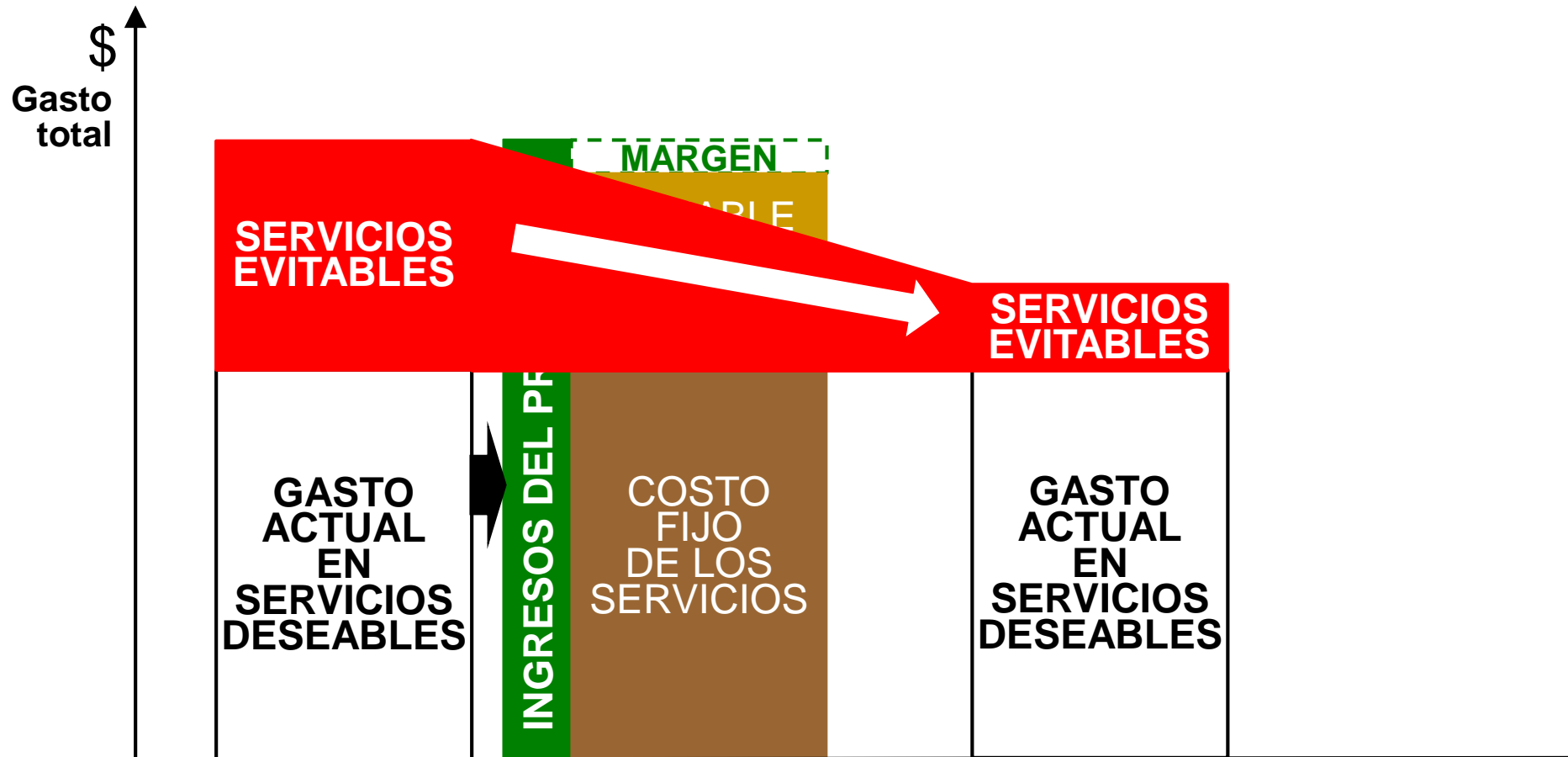
Los prestadores utilizan los ingresos para pagar los costos de la atención



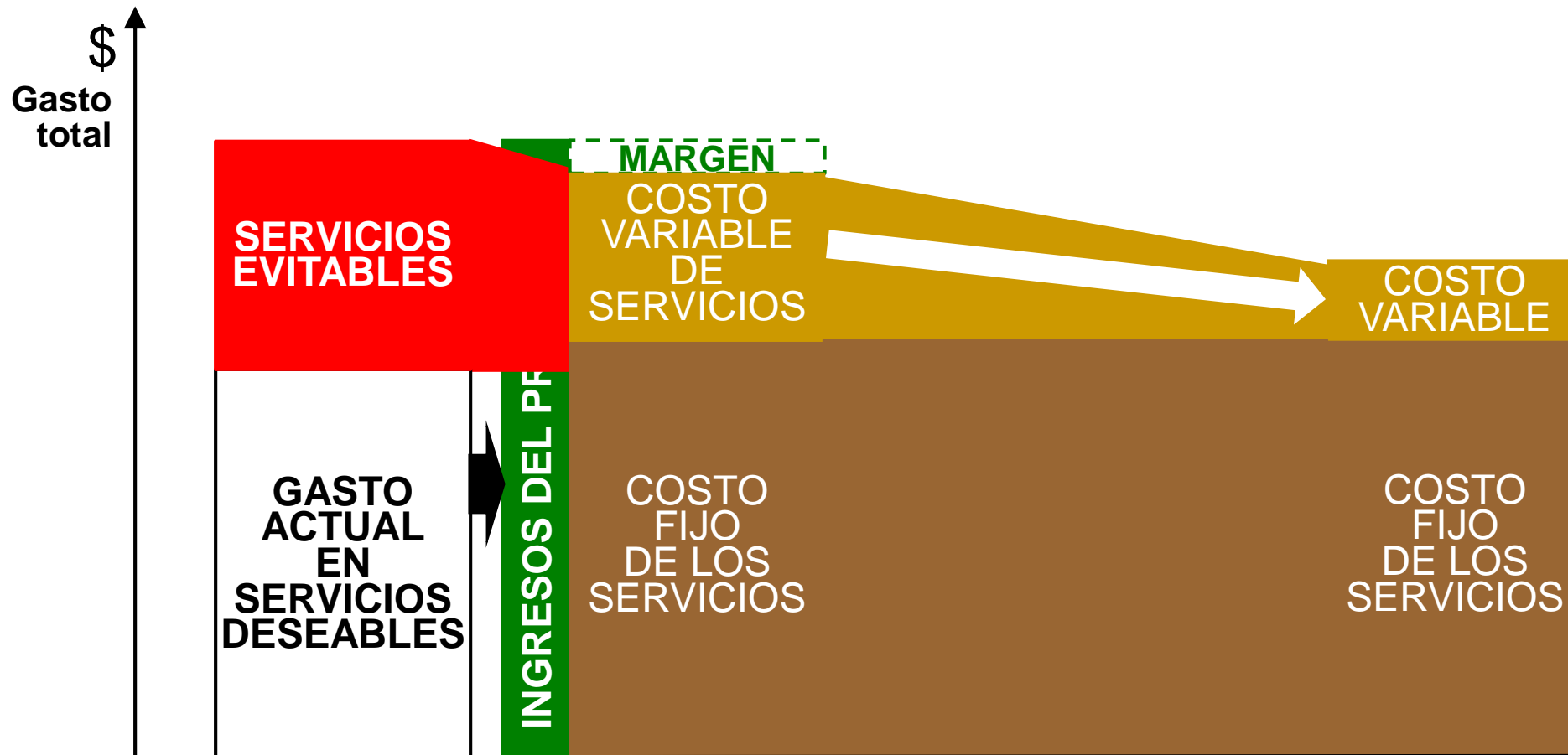
Para muchos prestadores, la mayoría de los costos son fijos (a corto plazo)



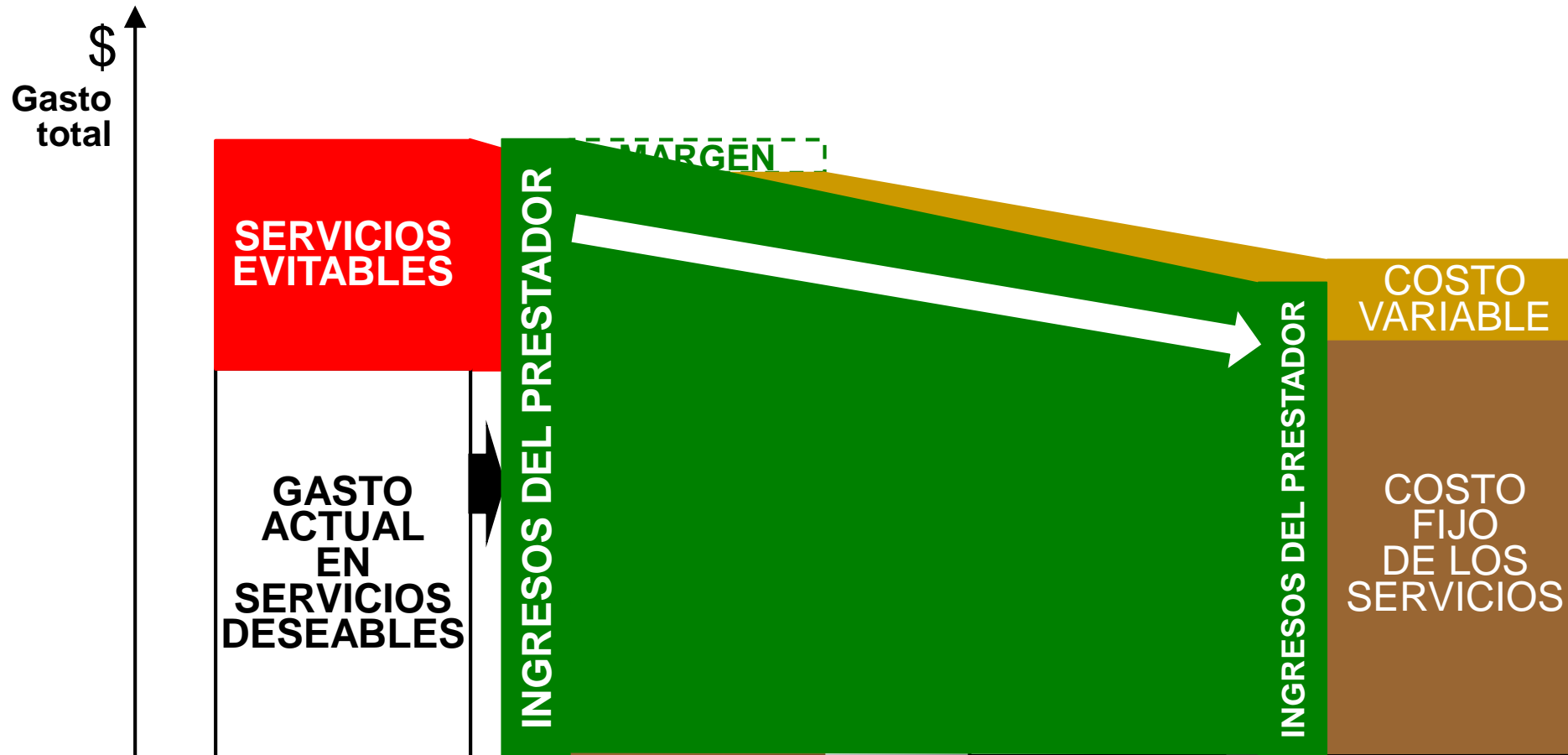
Cuando los prestadores reducen los servicios evitables ...



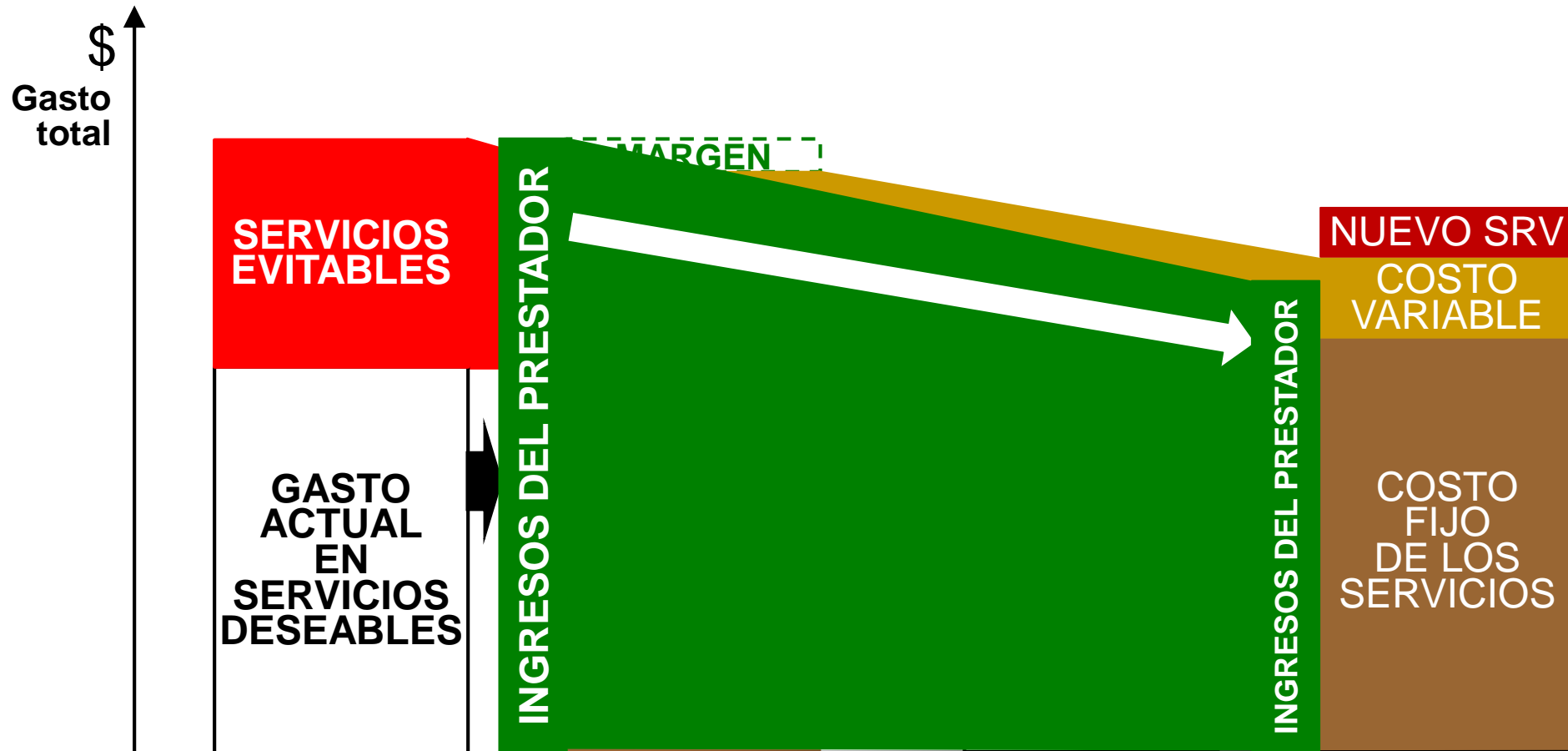
... Los costos variables disminuyen, pero los costos fijos no lo hacen



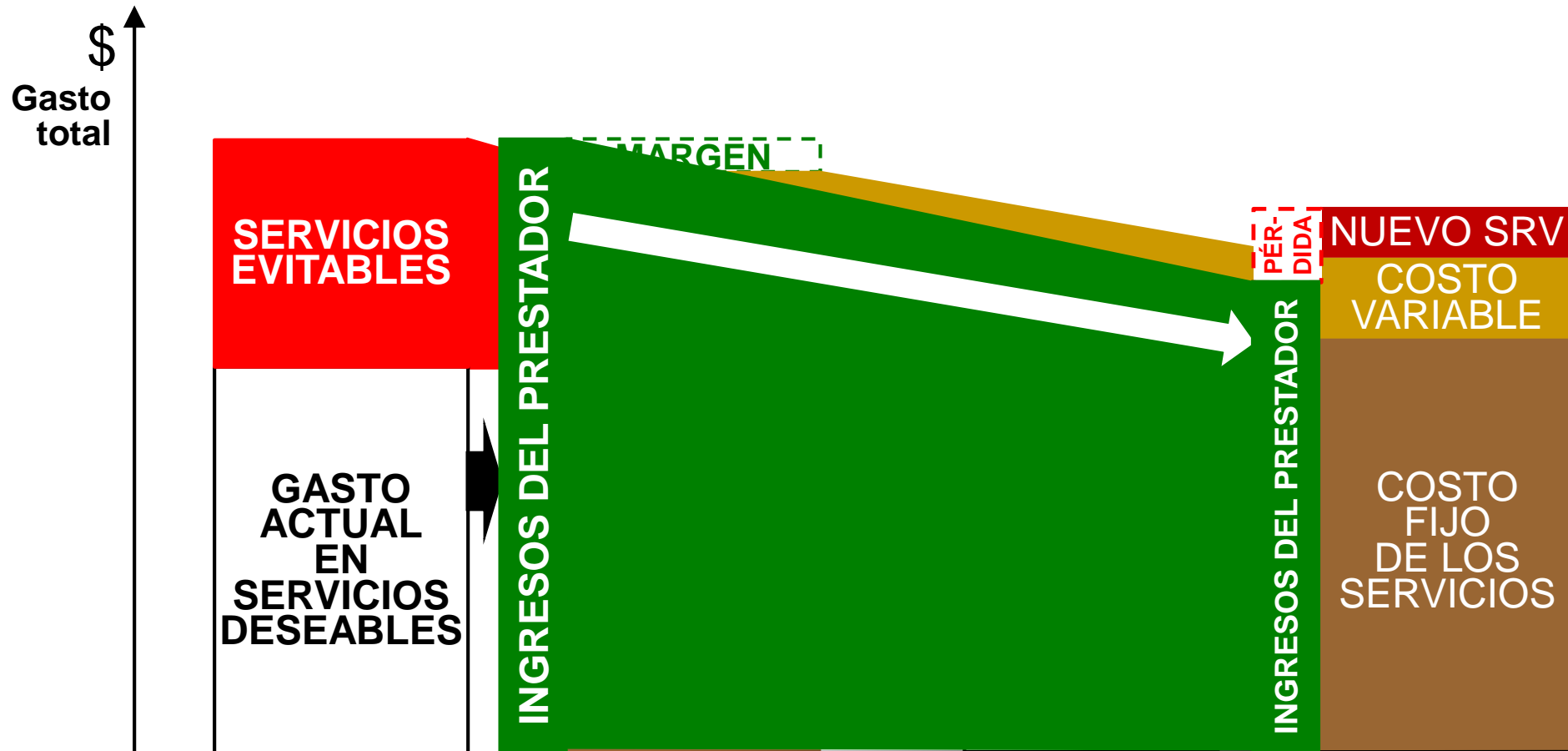
Los ingresos disminuyen *más* que los costos ...



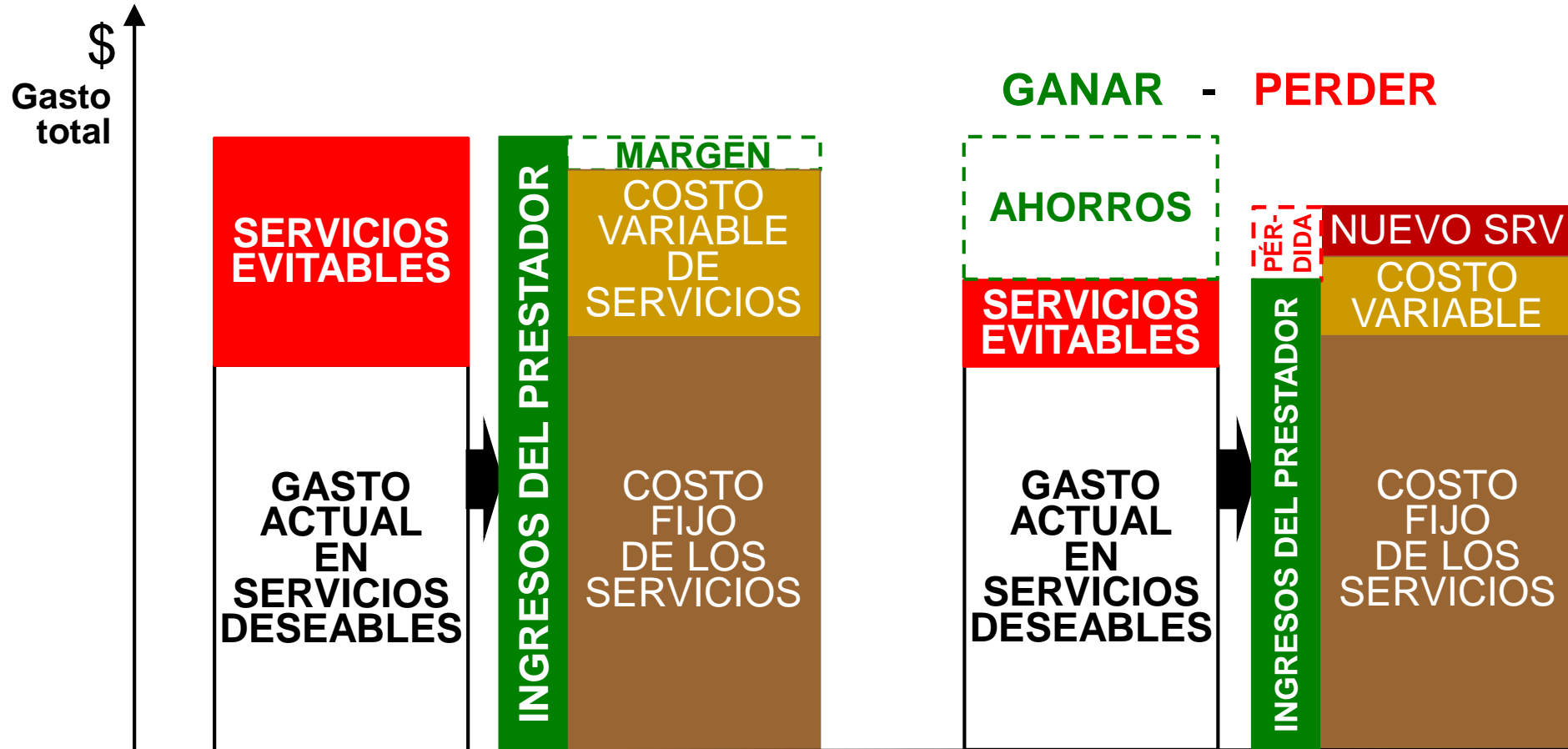
... Sin más compensación por nuevos servicios de alto valor...



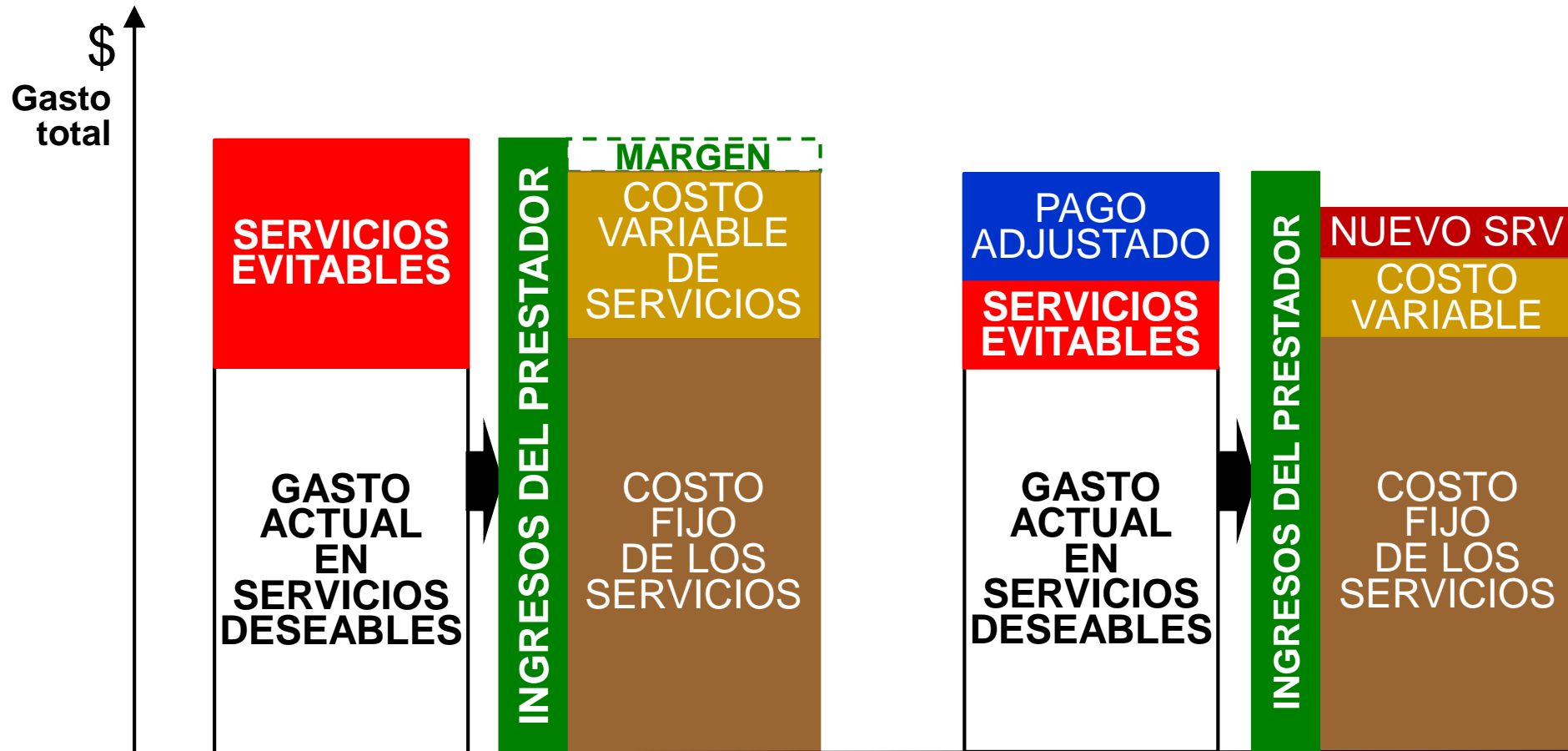
El resultado: pérdida financiera para prestadores (particularmente hospitales)



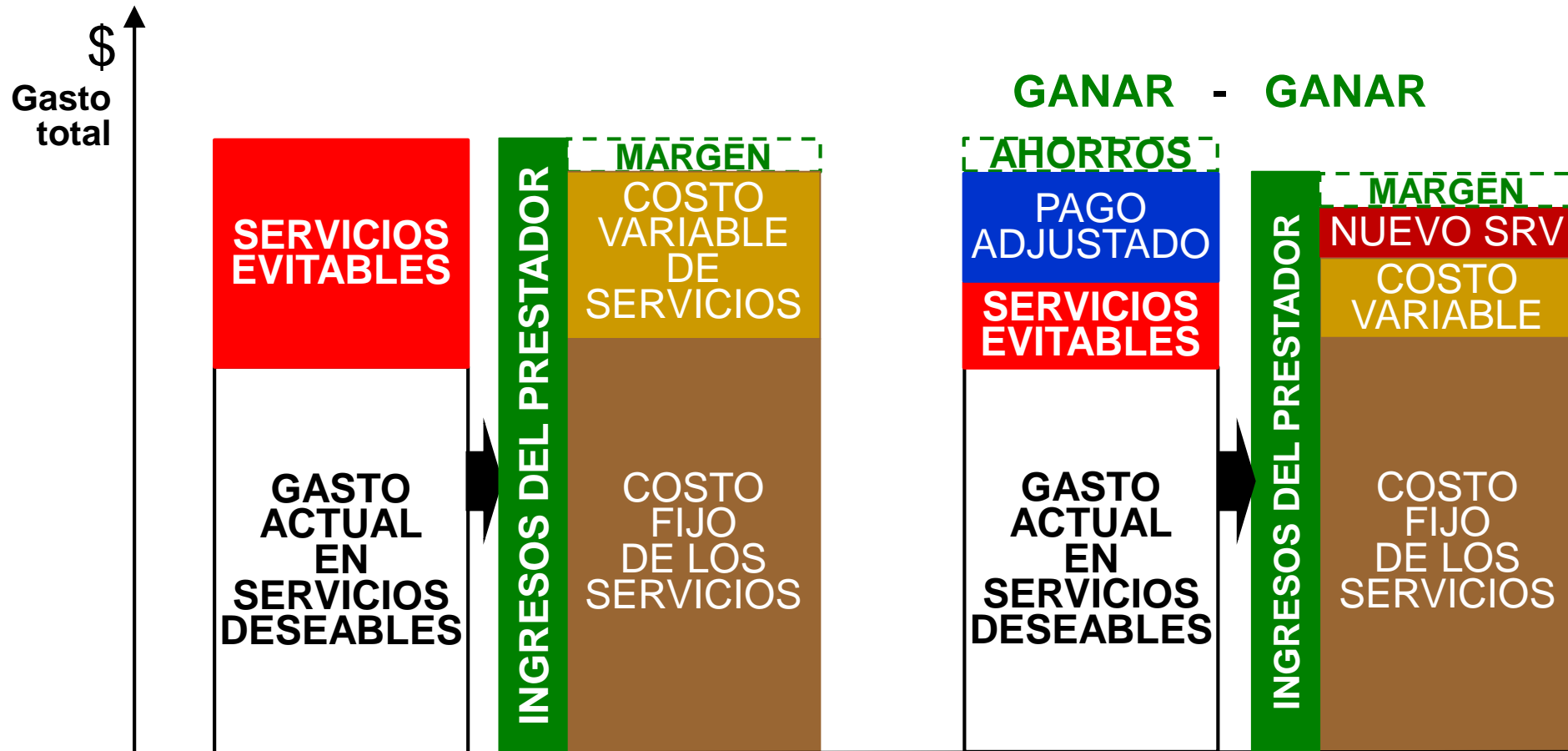
Ganar-Perder: Ahorros para pagadores, pérdidas para prestadores



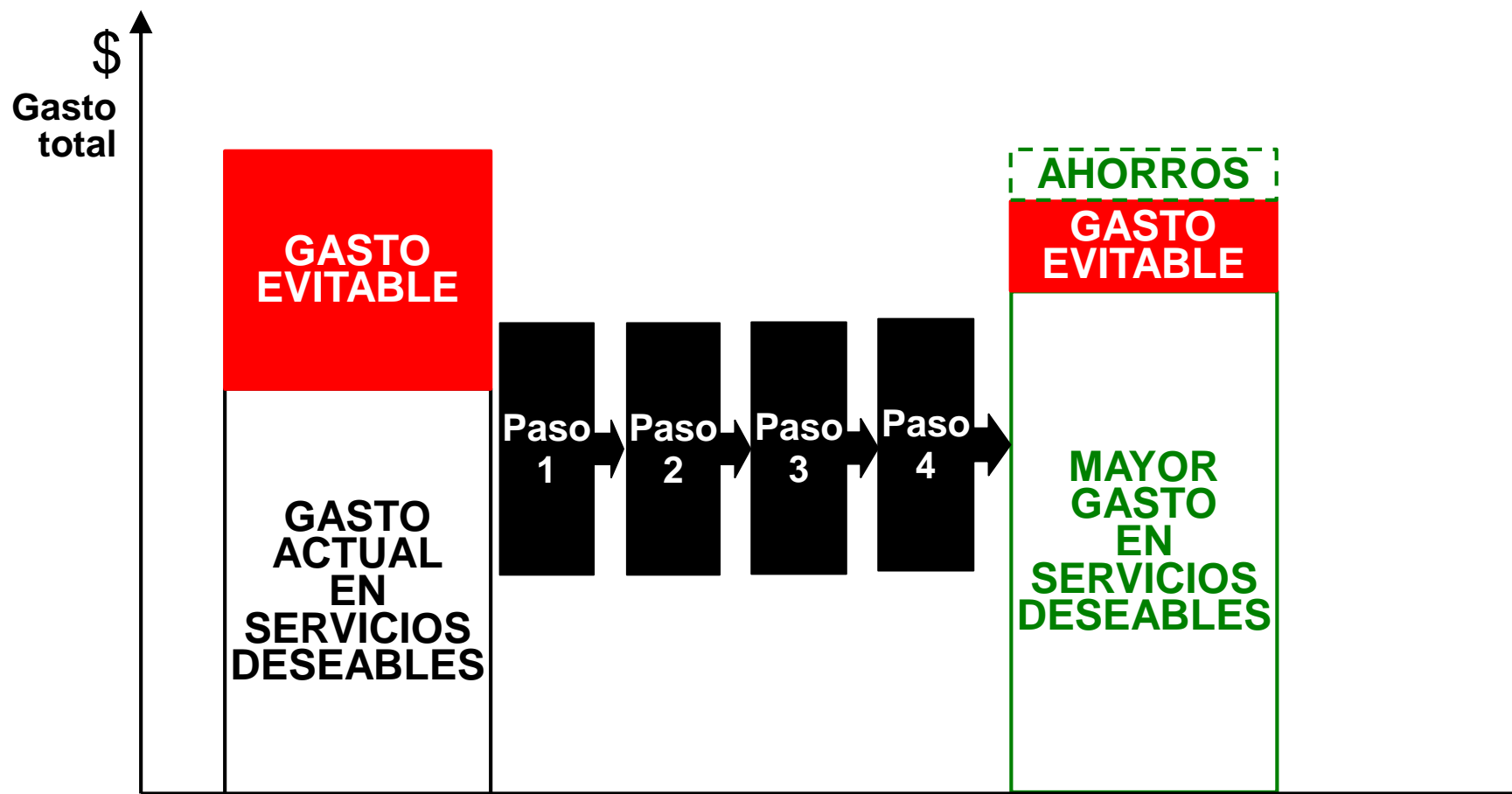
Los pagos deben ajustarse en función de los costos reales a menor volumen



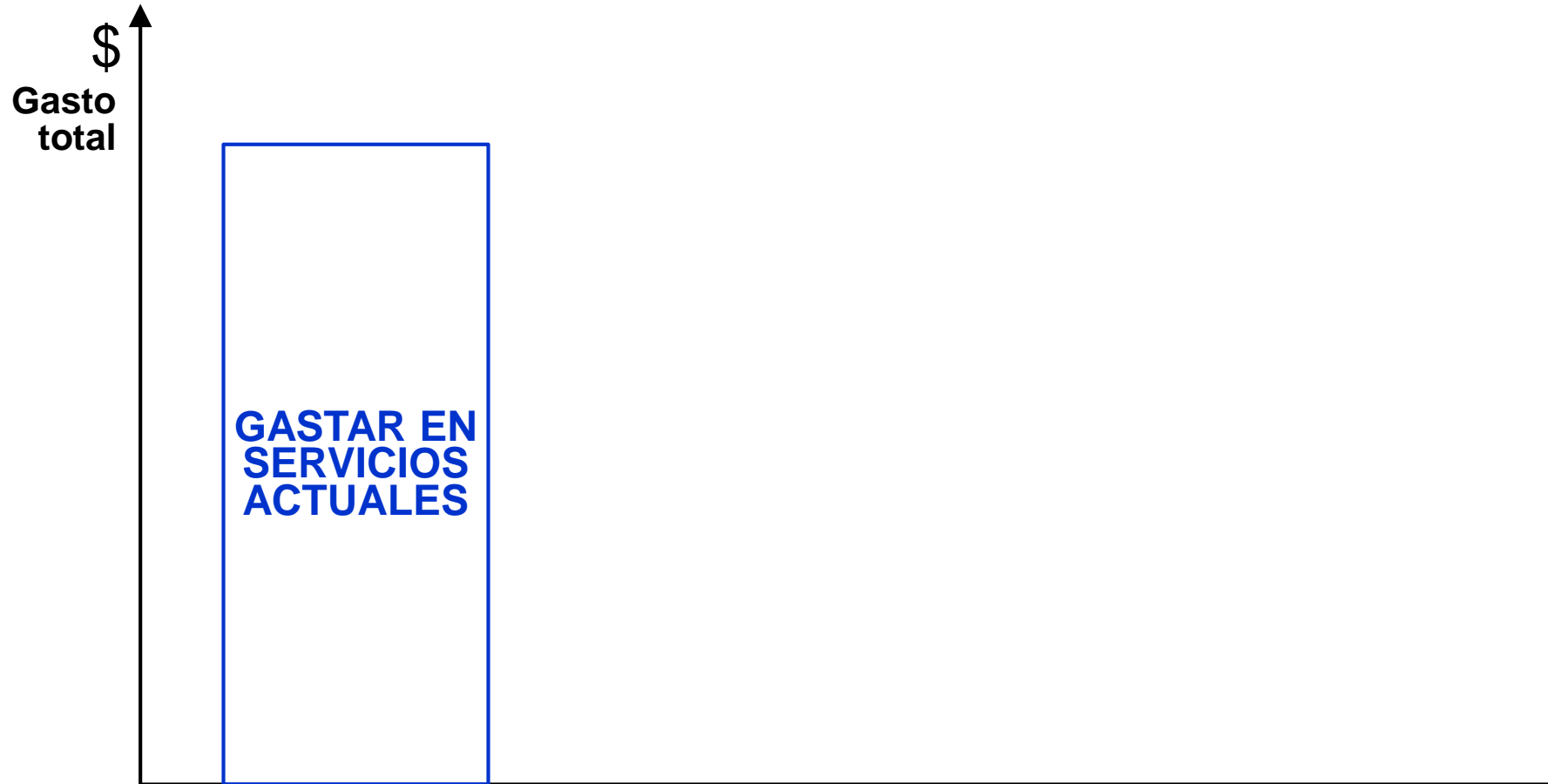
Ganar-Ganar: Ahorros para pagadores, pago sostenible para prestadores



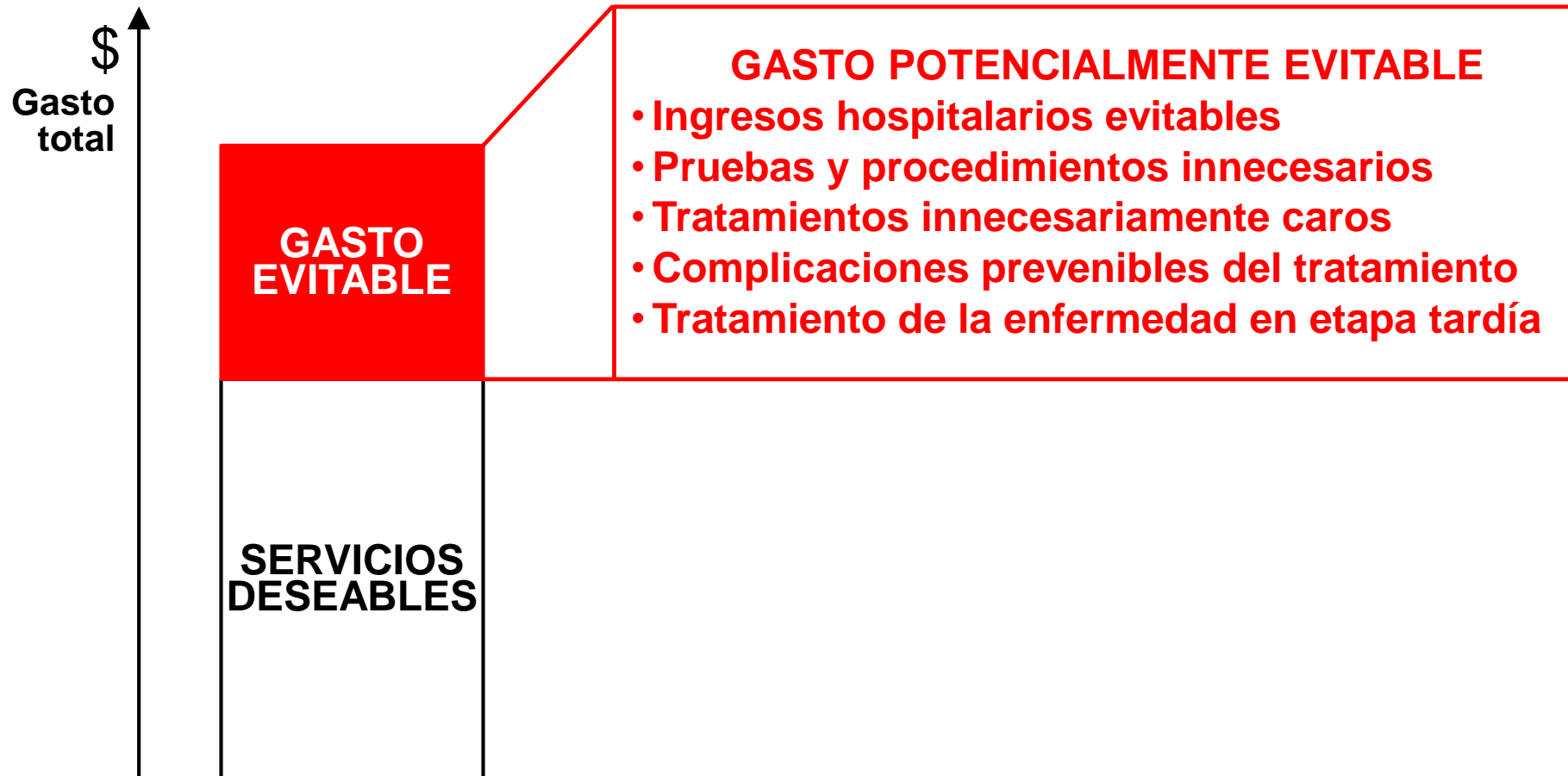
4 pasos para reducir el gasto evitable



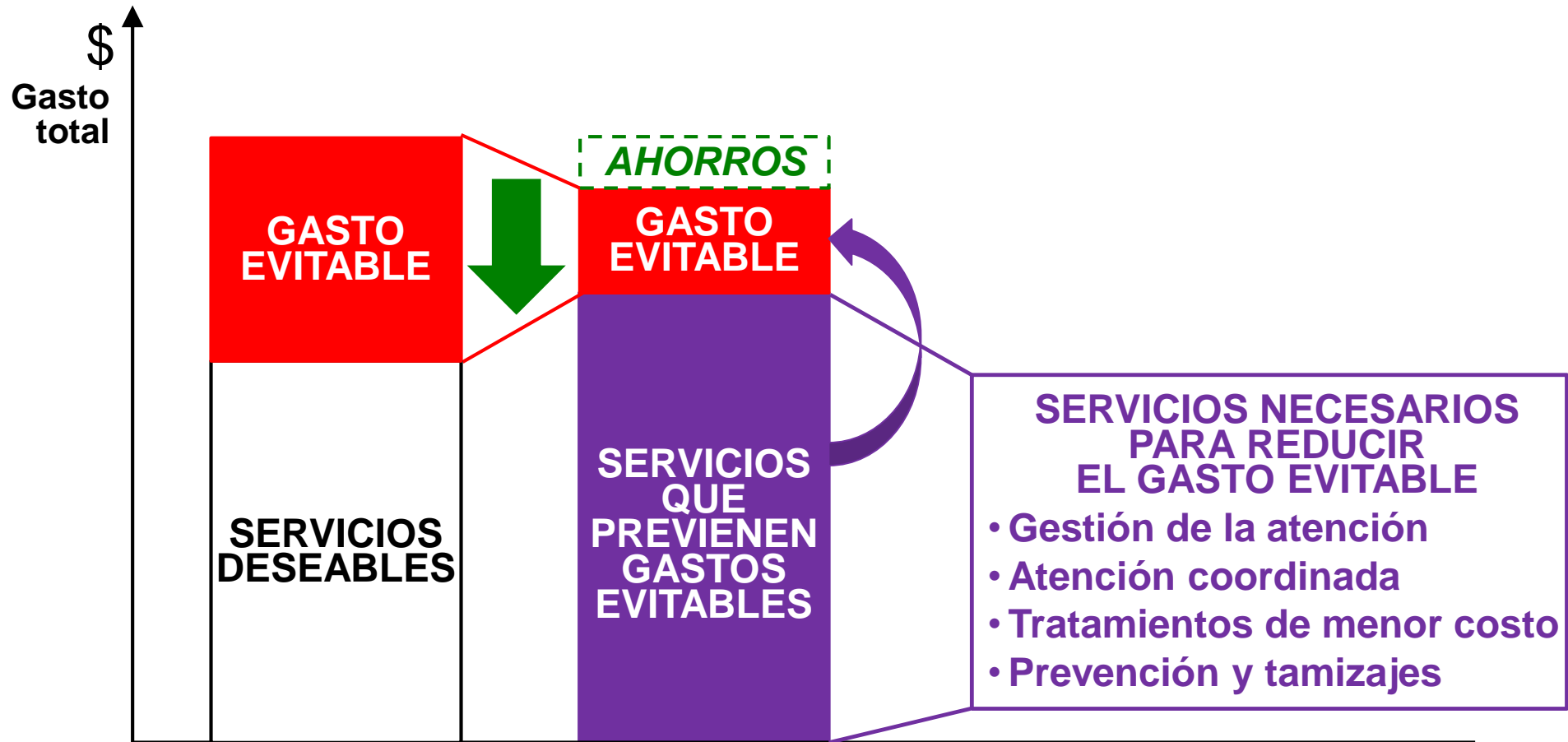
Comenzando con el gasto actual:



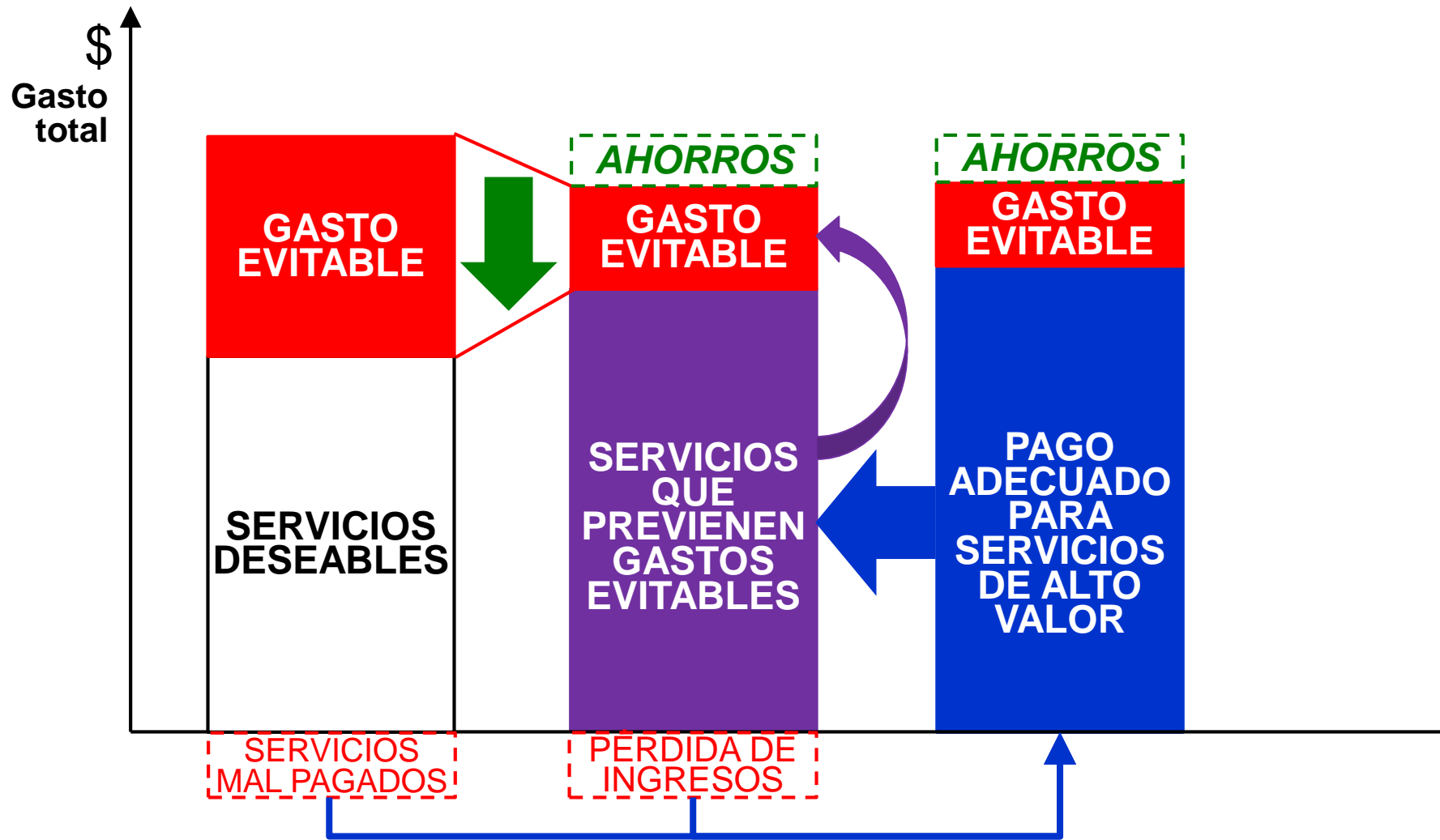
1: Identificar áreas específicas de gasto *potencialmente evitables*



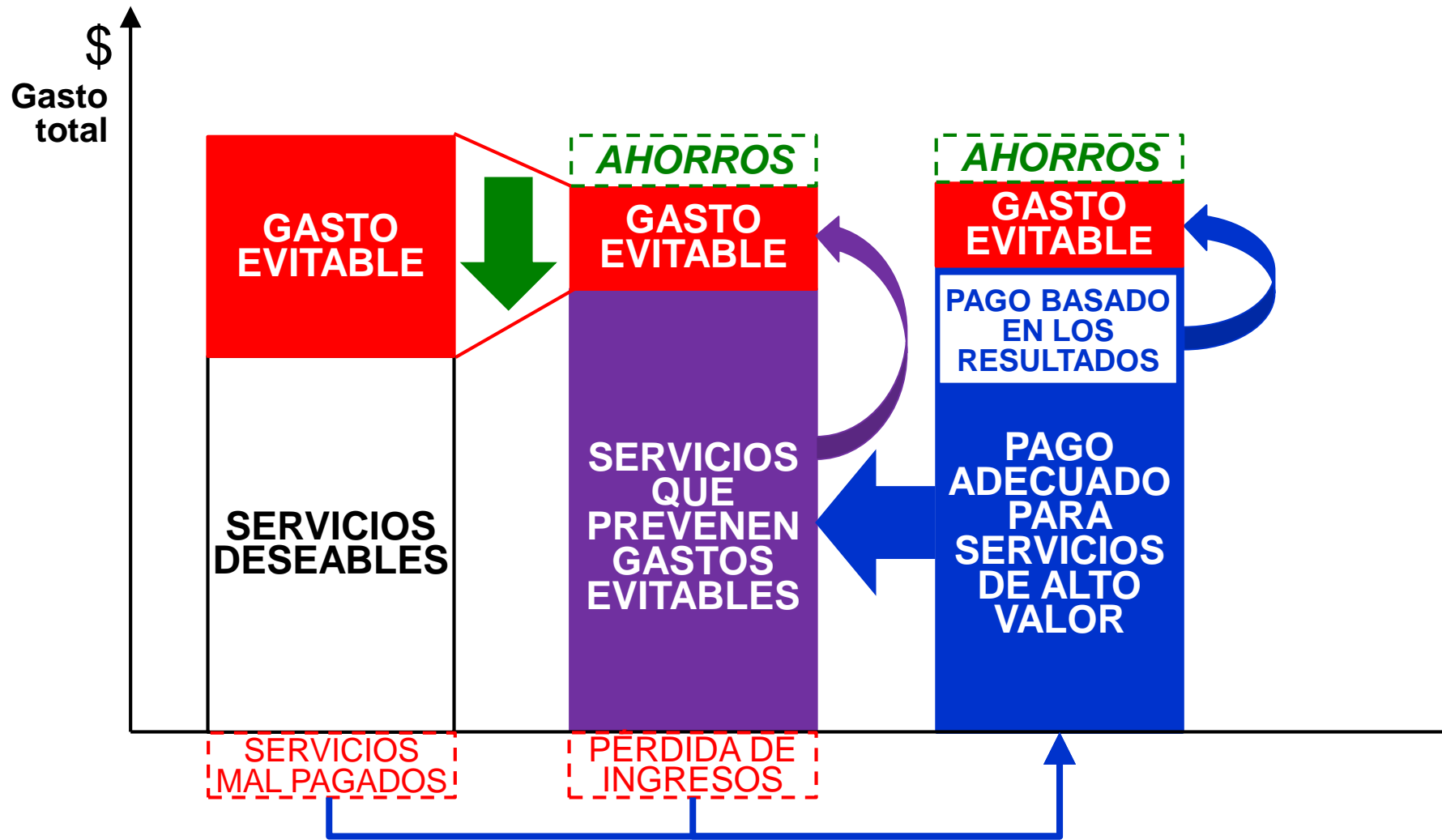
2: Diseñar servicios que reduzcan el gasto evitable



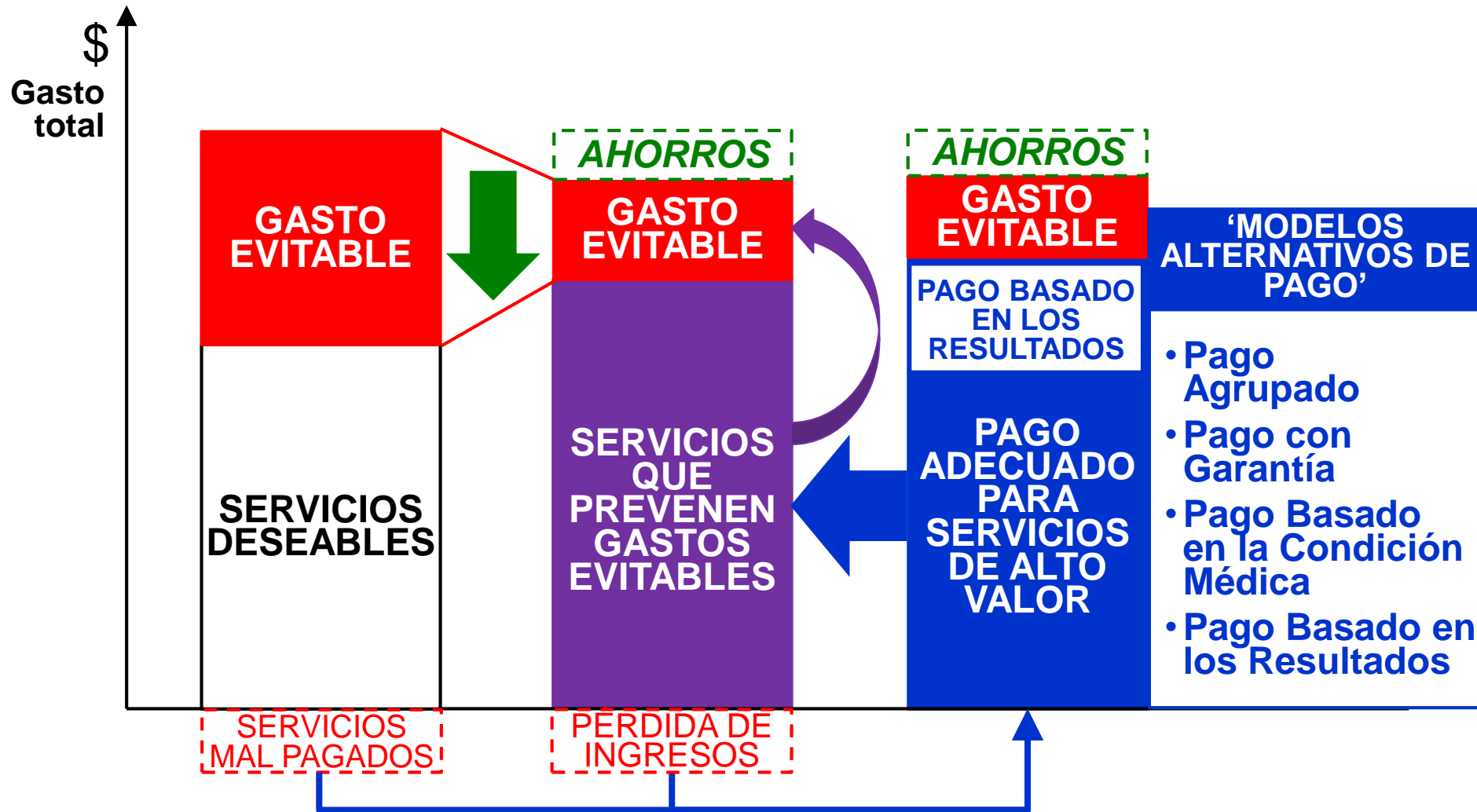
3: Pagar adecuadamente para apoyar servicios de mayor valor



4: Mantener a los proveedores responsables de los resultados

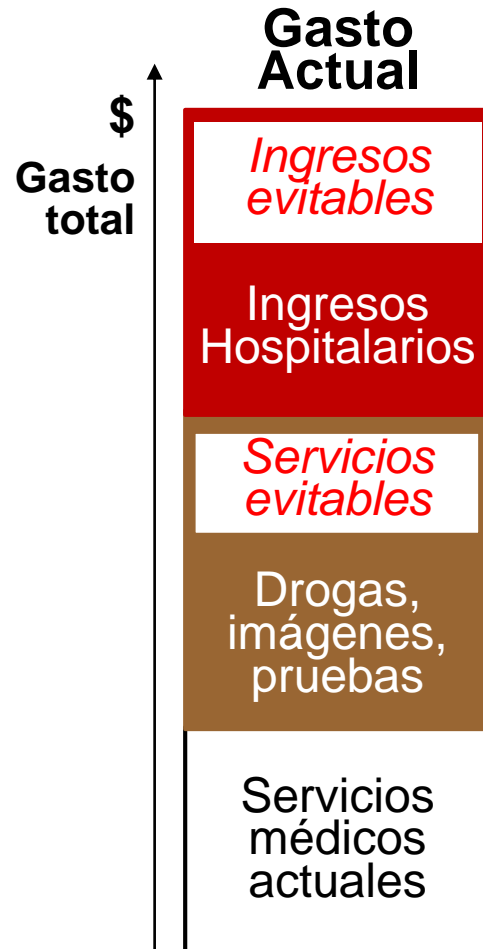


No hay una única forma 'correcta' de estructurar el pago

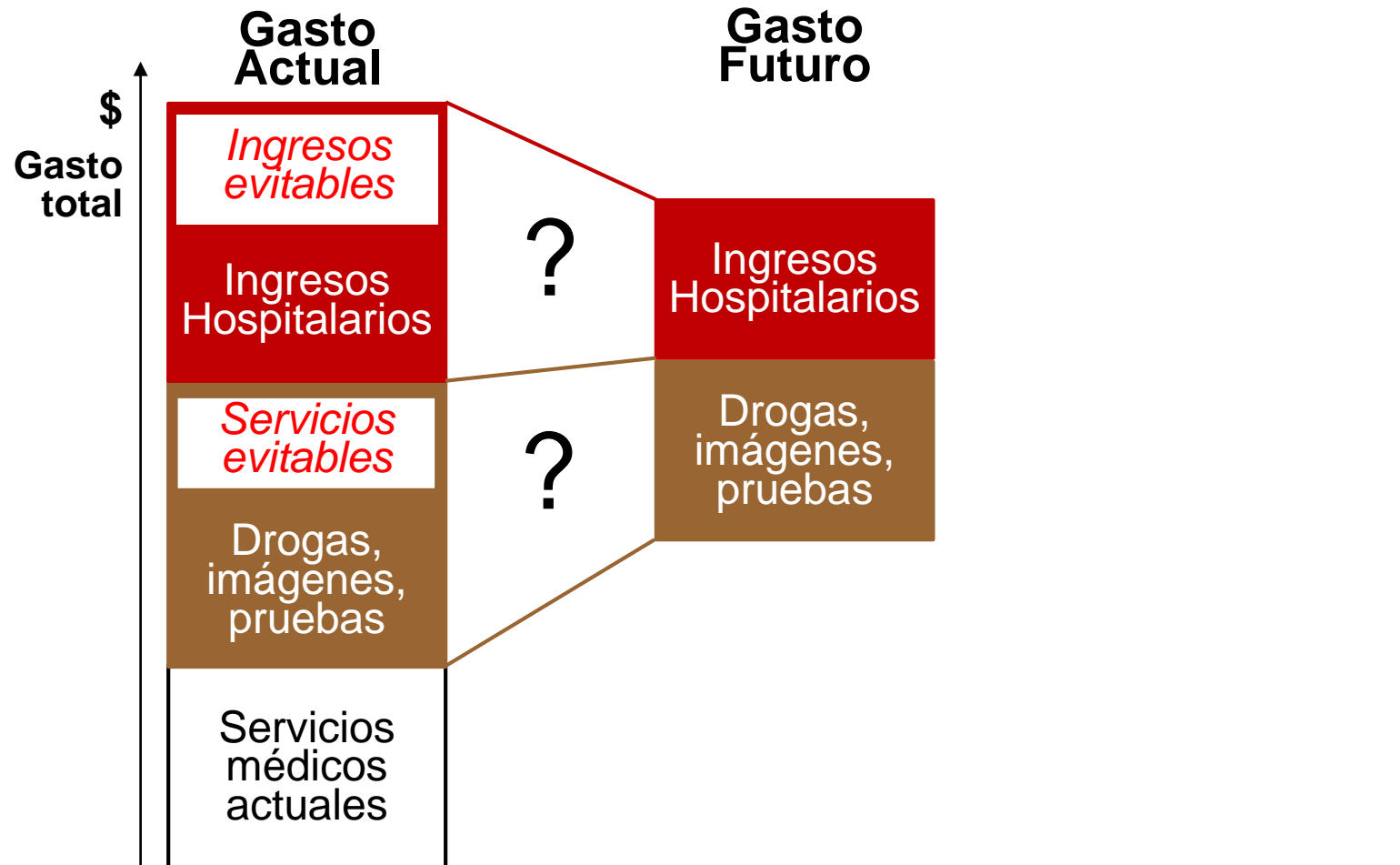


Reducción del gasto evitable
para pacientes con
enfermedades crónicas

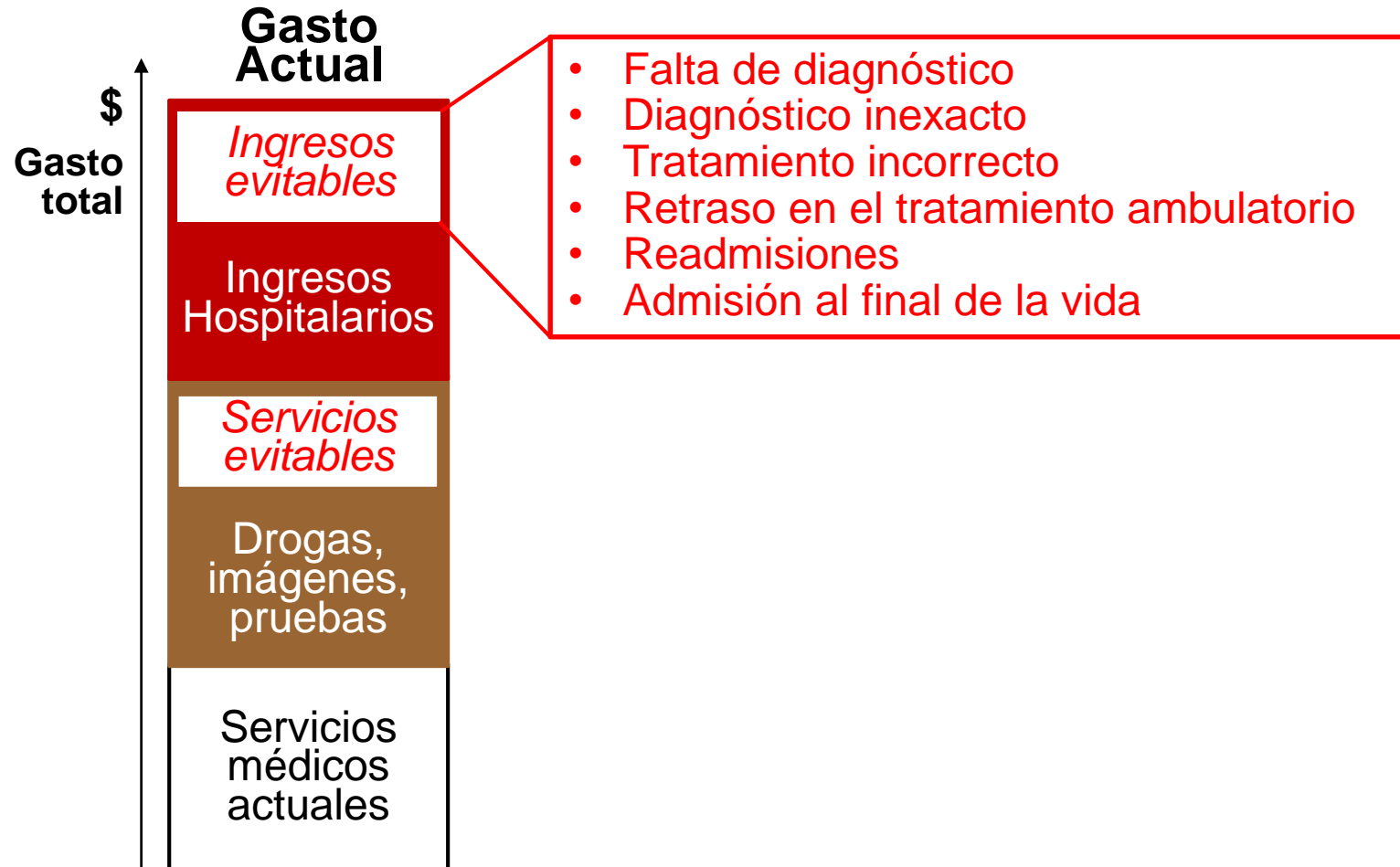
Dos tipos de gastos evitables en enfermedades crónicas



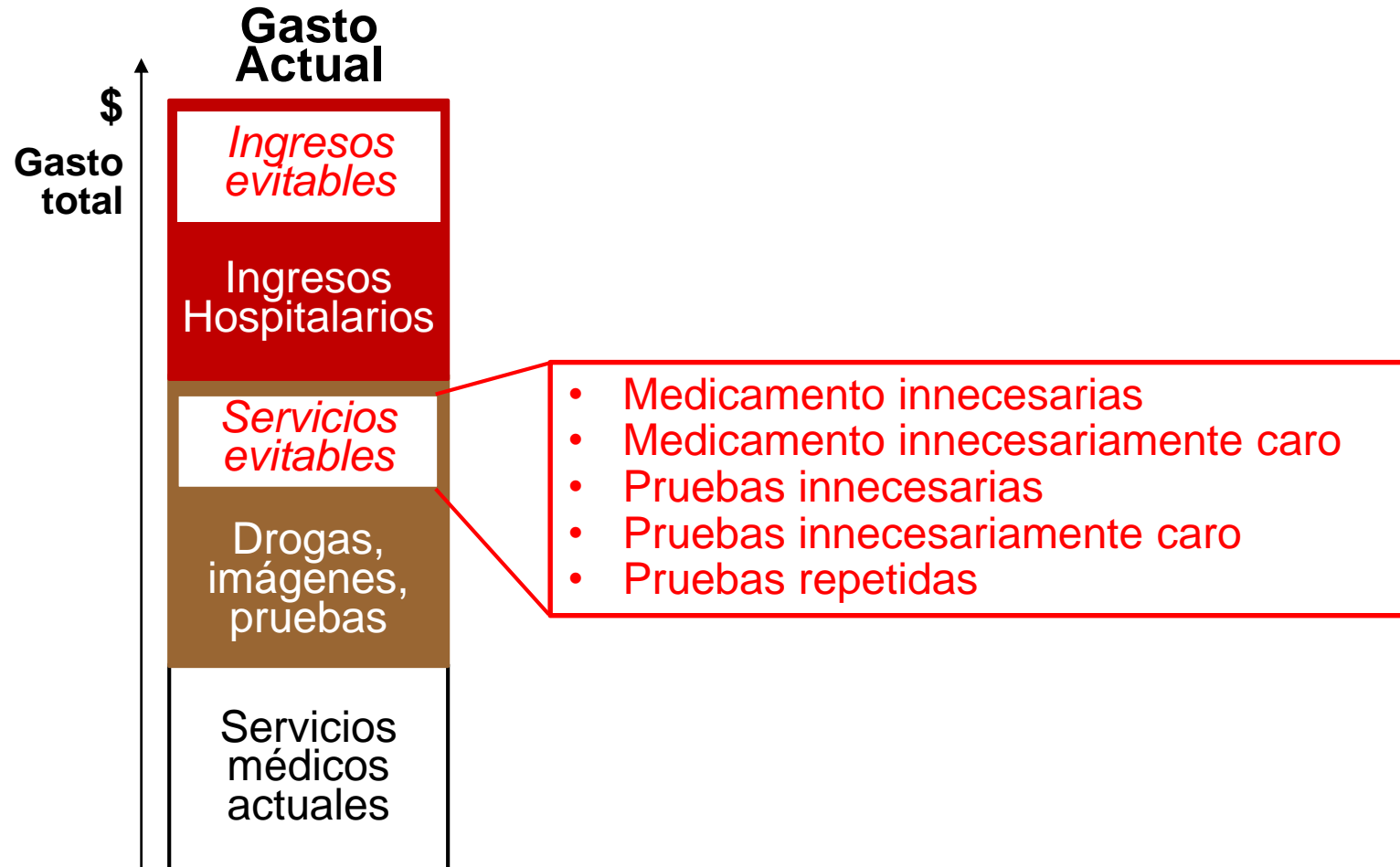
¿Qué se debe hacer para reducir el gasto evitable?



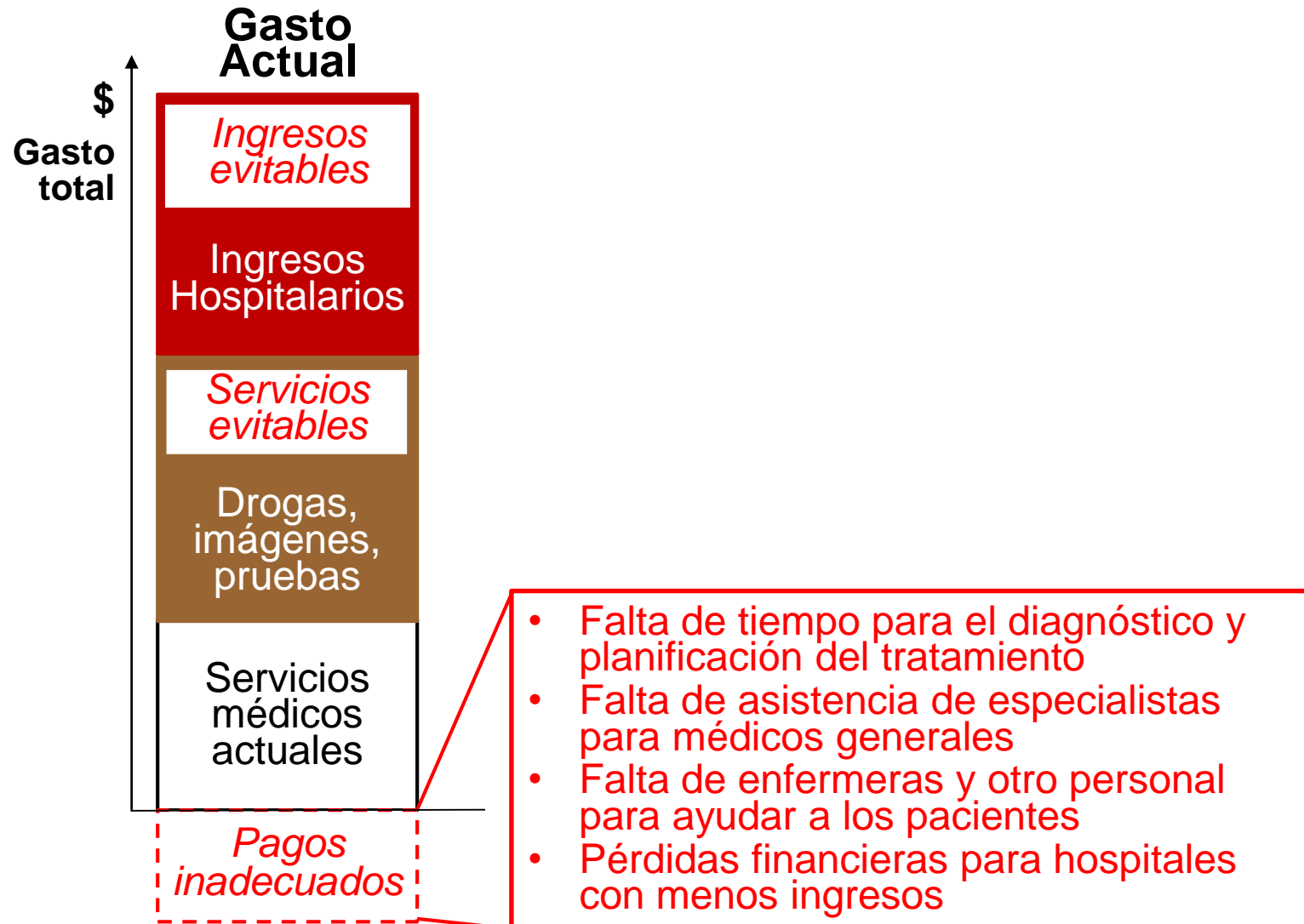
Causas de las admisiones hospitalarias evitables



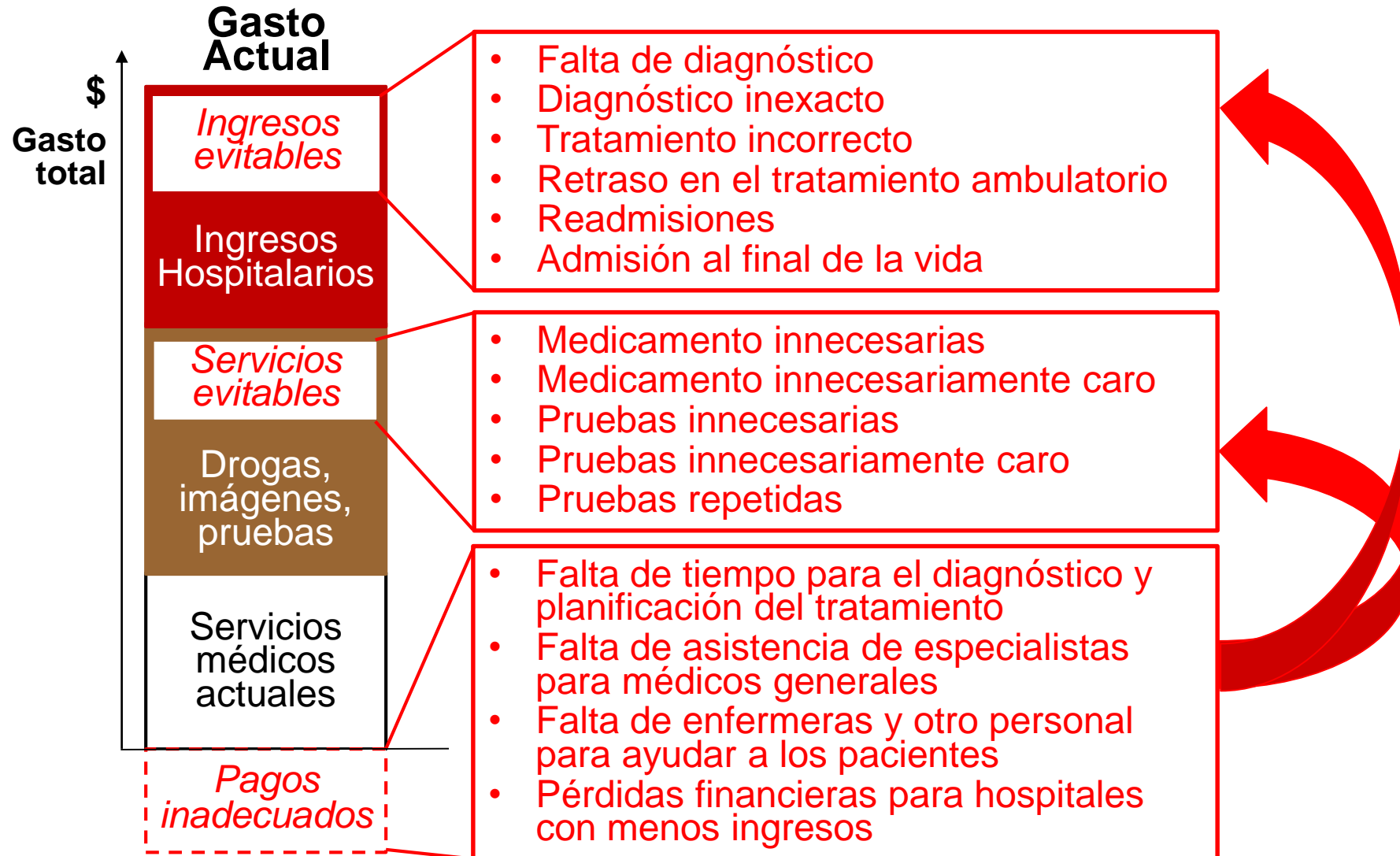
Causas del gasto evitable en medicamentos y pruebas



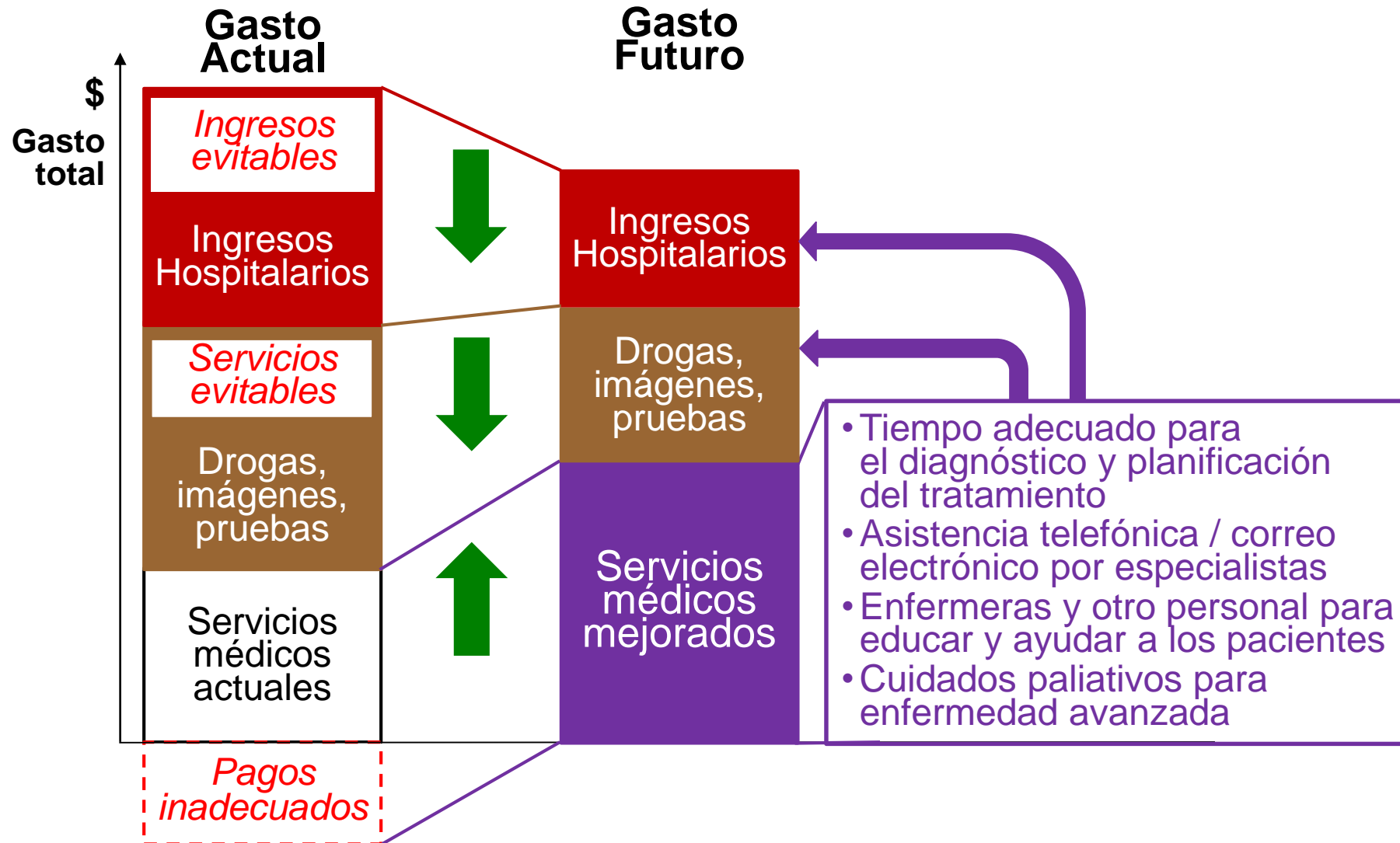
Obstáculos para brindar atención de alta calidad



El no pagar por una buena atención = más gasto evitable

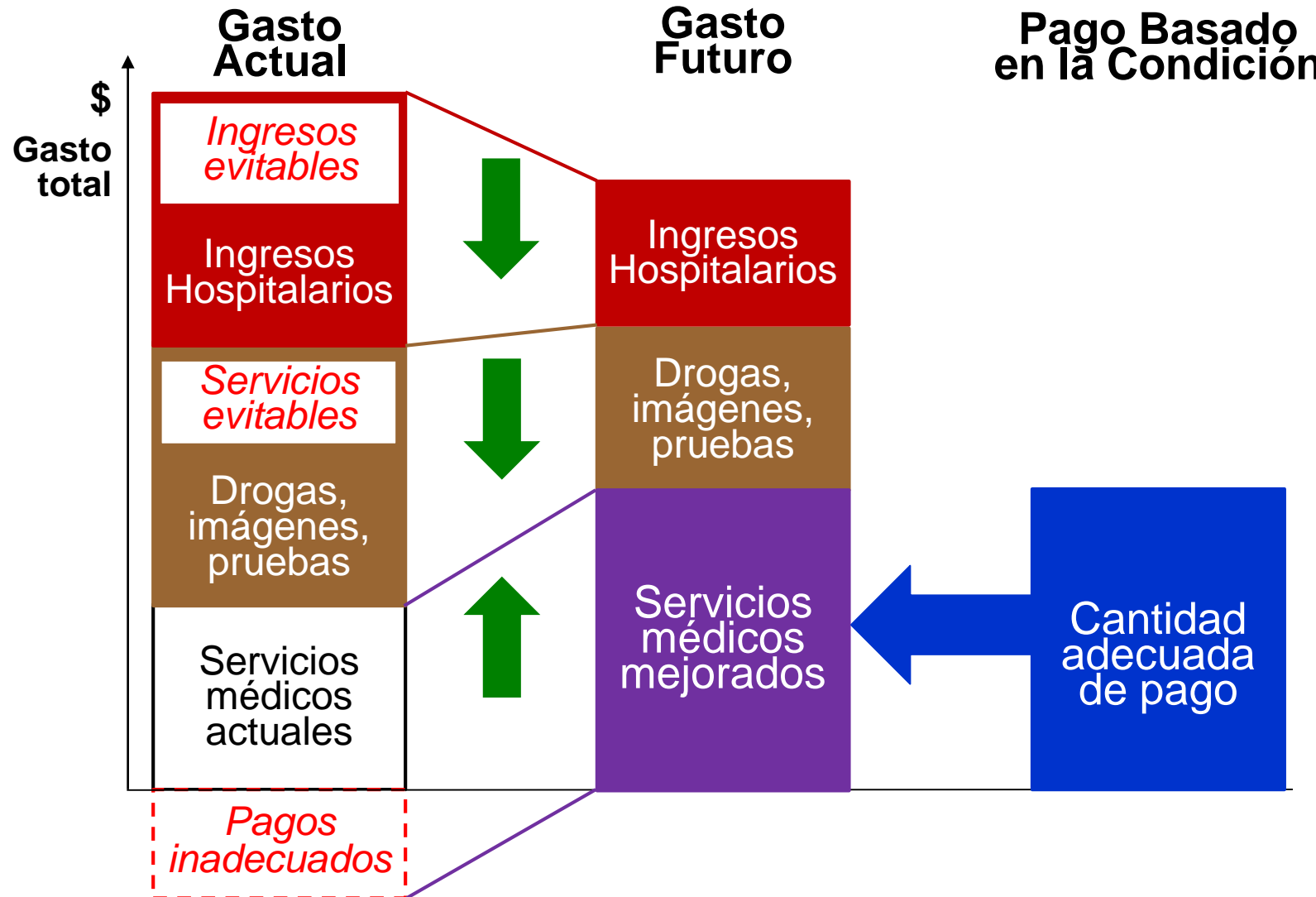


Diseñar servicios de mayor valor para atención de enfermedades crónicas



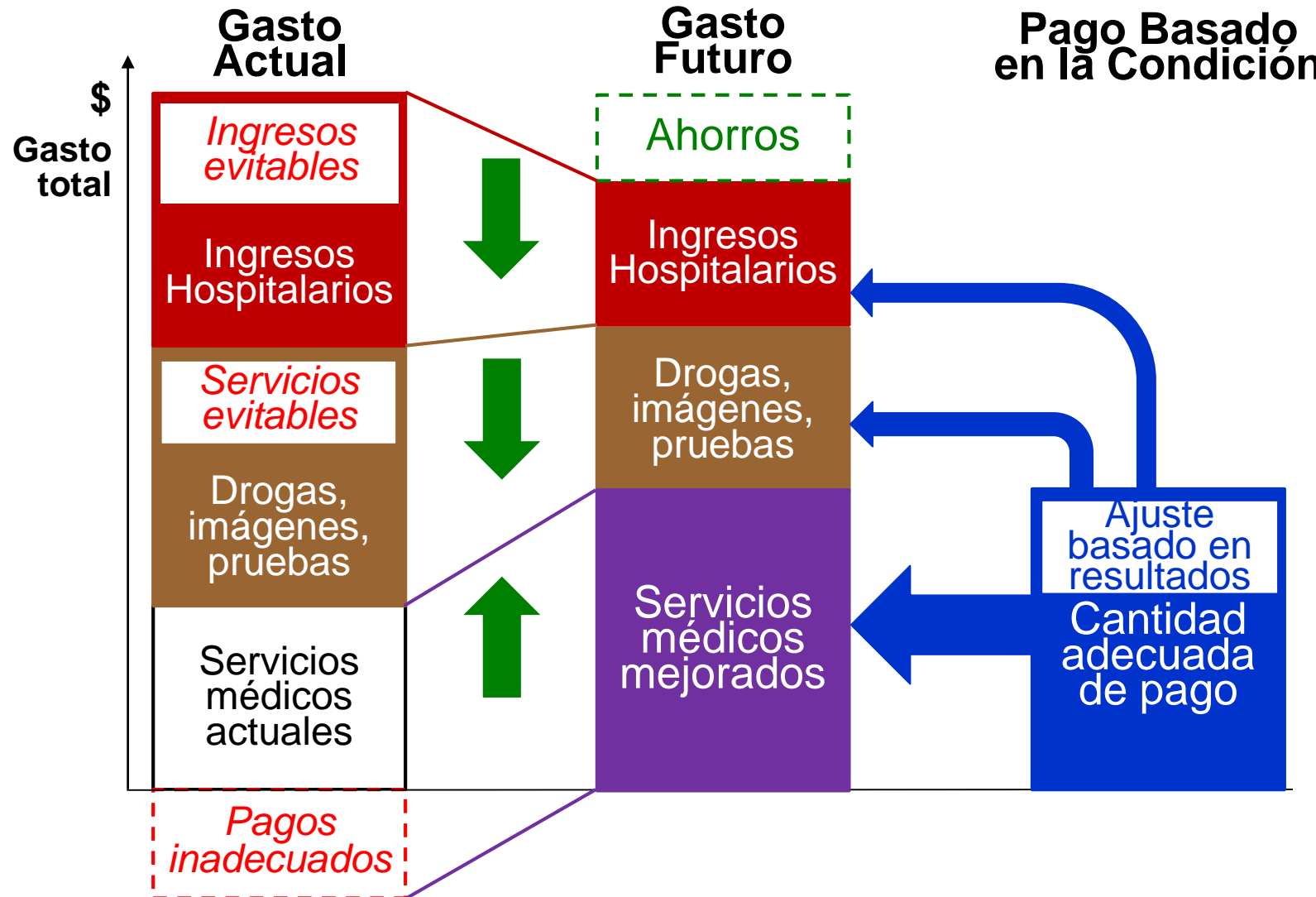
Pago Basado 'en la Condición'

Parte 1: Pago adecuado para servicios



Pago Basado 'en la Condición'

Parte 2: Responsabilidad por los resultados



Ejemplo: Mejor atención a menor costo



Lawrence Kosinski, MD
Gastroenterólogo
Chicago, USA

'Proyecto Sonar'
www.SonarMD.com

Ejemplo: Mejor atención a menor costo



Lawrence Kosinski, MD
Gastroenterólogo
Chicago, USA

'Proyecto Sonar'
www.SonarMD.com

OPORTUNIDAD DE GASTO EVITABLE:

- > 50% del gasto de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal correspondieron a pagos por ingresos hospitalarios para exacerbaciones de su enfermedad
- <33% de los pacientes hospitalizados consultaron a su médico en los 30 días anteriores al ingreso hospitalario

Ejemplo: Mejor atención a menor costo



Lawrence Kosinski, MD
Gastroenterólogo
Chicago, USA

'Proyecto Sonar'
www.SonarMD.com

OPORTUNIDAD DE GASTO EVITABLE:

- > 50% del gasto de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal correspondieron a pagos por ingresos hospitalarios para exacerbaciones de su enfermedad
- <33% de los pacientes hospitalizados consultaron a su médico en los 30 días anteriores al ingreso hospitalario

REDISEÑO DE LA ATENCIÓN:

- Contacto proactivo con pacientes y control de sus síntomas a través de una aplicación de teléfono inteligente ('Sonar')
- Intervención temprana por parte de la enfermera y el médico cuando se identifican síntomas problemáticos

Ejemplo: Mejor atención a menor costo



Lawrence Kosinski, MD
Gastroenterólogo
Chicago, USA

'Proyecto Sonar'
www.SonarMD.com

OPORTUNIDAD DE GASTO EVITABLE:

- > 50% del gasto de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal correspondieron a pagos por ingresos hospitalarios para exacerbaciones de su enfermedad
- <33% de los pacientes hospitalizados consultaron a su médico en los 30 días anteriores al ingreso hospitalario

REDISEÑO DE LA ATENCIÓN:

- Contacto proactivo con pacientes y control de sus síntomas a través de una aplicación de teléfono inteligente ('Sonar')
- Intervención temprana por parte de la enfermera y el médico cuando se identifican síntomas problemáticos

CAMBIO DE PAGO:

- Pago adicional a la IPS para contratar a una enfermera y usar tecnología de monitoreo de síntomas

Ejemplo: Mejor atención a menor costo



Lawrence Kosinski, MD
Gastroenterólogo
Chicago, USA

'Proyecto Sonar'
www.SonarMD.com

OPORTUNIDAD DE GASTO EVITABLE:

- > 50% del gasto de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal correspondieron a pagos por ingresos hospitalarios para exacerbaciones de su enfermedad
- <33% de los pacientes hospitalizados consultaron a su médico en los 30 días anteriores al ingreso hospitalario

REDISEÑO DE LA ATENCIÓN:

- Contacto proactivo con pacientes y control de sus síntomas a través de una aplicación de teléfono inteligente ('Sonar')
- Intervención temprana por parte de la enfermera y el médico cuando se identifican síntomas problemáticos

CAMBIO DE PAGO:

- Pago adicional a la IPS para contratar a una enfermera y usar tecnología de monitoreo de síntomas

RESULTADOS:

- Reducción del 50% en los ingresos hospitalarios
- Reducción del 10% en el gasto total, incluso con pagos más altos al centro médico para enfermeras

El éxito requiere un caso de negocios para pagador y prestador

El éxito requiere un caso de negocios para pagador y prestador

- Un buen caso de negocio para *prestadores* requiere:
 - Los pagos son adecuados para cubrir los costos adicionales de la prestación de servicios nuevos o diferentes
 - Los pagos compensan cualquier pérdida financiera por prestar menos servicios pagados por fee-for-service
 - Los pagos deben cubrir los costos administrativos adicionales involucrados

El éxito requiere un caso de negocios para pagador y prestador

- Un buen caso de negocio para *prestadores* requiere:
 - Los pagos son adecuados para cubrir los costos adicionales de la prestación de servicios nuevos o diferentes
 - Los pagos compensan cualquier pérdida financiera por prestar menos servicios pagados por fee-for-service
 - Los pagos deben cubrir los costos administrativos adicionales involucrados
- Un buen caso de negocio para *pagadores* requiere :
 - Las reducciones en el gasto evitable son suficientes para compensar cualquier aumento en los pagos requeridos por servicios
 - Los ahorros netos también deben compensar los costos administrativos involucrados en la implementación de nuevos pagos

El éxito requiere un caso de negocios para pagador y prestador

- Un buen caso de negocio para *prestadores* requiere:
 - Los pagos son adecuados para cubrir los costos adicionales de la prestación de servicios nuevos o diferentes
 - Los pagos compensan cualquier pérdida financiera por prestar menos servicios pagados por fee-for-service
 - Los pagos deben cubrir los costos administrativos adicionales involucrados
- Un buen caso de negocio para *pagadores* requiere :
 - Las reducciones en el gasto evitable son suficientes para compensar cualquier aumento en los pagos requeridos por servicios
 - Los ahorros netos también deben compensar los costos administrativos involucrados en la implementación de nuevos pagos
- Analizar el caso de negocio requiere *datos*
 - Datos de los reclamos para determinar el gasto corriente
 - Datos clínicos sobre causas de servicios evitables
 - Estimaciones del costo de los nuevos servicios

Ejemplo hipotético de gasto para pacientes con asma

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma

Enfocar a pacientes con síntomas severos y persistentes

Pts
300

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes

Fuentes de gasto: médicos generalistas

	CURRENT (\$COP)		
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total
Médicos			
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes
- Los médicos generales reciben \$188.000/año/paciente (\$COP)

Fuentes de gasto: médicos especialistas

		CURRENT (\$COP)		
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total
Médicos				
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000
	Total			\$76.500.000

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes
- Los médicos generales reciben \$188.000/año/paciente (\$COP)
- 150 (50%) visitan a un especialista @\$134.000/ año

Fuentes de gasto: medicamentos

		CURRENT (\$COP)		
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total
Médicos				
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000
	Total			\$76.500.000
	Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes
- Los médicos generales reciben \$188.000/año/paciente (\$COP)
- 150 (50%) visitan a un especialista @\$134.000/ año
- El gasto promedio en medicamentos para el asma es de \$640.000

Fuentes de gasto: hospitalizaciones

		CURRENT (\$COP)		
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total
Médicos				
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000
	Total			\$76.500.000
Medicamentos		\$640.000	300	\$192.000.000
Hospitalización		\$2.500.000	100	\$250.000.000

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes
- Los médicos generales reciben \$188.000/año/paciente (\$COP)
- 150 (50%) visitan a un especialista @\$134.000/ año
- El gasto promedio en medicamentos para el asma es de \$640.000
- 100 (33%) pacientes ingresados en el hospital durante el año
- El costo promedio de una admisión es de \$2.500.000

Gasto total es significativo

		CURRENT (\$COP)		
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total
Médicos				
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000
	Total			\$76.500.000
Medicamentos		\$640.000	300	\$192.000.000
Hospitalización		\$2.500.000	100	\$250.000.000
Gasto Total			300	\$518.500.000

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes
- Los médicos generales reciben \$188.000/año/paciente (\$COP)
- 150 (50%) visitan a un especialista @\$134.000/ año
- El gasto promedio en medicamentos para el asma es de \$640.000
- 100 (33%) pacientes ingresados en el hospital durante el año
- El costo promedio de una admisión es de \$2.500.000
- El gasto total para 300 pacientes es de \$518.500.000 (\$144.000 pmpm)

~50% = ingresos hospitalarios, muchos de los cuales son evitables

		CURRENT (\$COP)		
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total
Médicos				
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000
	Total			\$76.500.000
Medicamentos		\$640.000	300	\$192.000.000
Hospitalización		\$2.500.000	100	\$250.000.000
Gasto Total			300	\$518.500.000

SUPOSICIONES:

- 46.000 pacientes que están recibiendo atención primaria
- 5.500 (12%) tienen asma
- 300 (5,5%) tienen síntomas severos y persistentes
- Los médicos generales reciben \$188.000/año/paciente (\$COP)
- 150 (50%) visitan a un especialista @\$134.000/ año
- El gasto promedio en medicamentos para el asma es de \$640.000
- 100 (33%) pacientes ingresados en el hospital durante el año
- El costo promedio de una admisión es de \$2.500.000
- El gasto total para 300 pacientes es de \$518.500.000 (\$144.000 pmpm)
- ~ 50% del gasto es atención hospitalaria, buena parte evitable

Estos supuestos se basan en un análisis de un plan de salud colombiano

Florez-Tanus et al. *World Allergy Organization Journal* (2018) 11:26
<https://doi.org/10.1186/s40413-018-0205-4>

World Allergy Organization Journal

ORIGINAL RESEARCH Open Access

Health care costs and resource utilization for different asthma severity stages in Colombia: a claims data analysis

Alvaro Flórez-Tanus^{1,2}, Devian Parra^{1,6}, Josefina Zakzuk^{1,3,4,6*}, Luis Caraballo^{3,4} and Nelson Alvis-Guzmán^{1,5,6}

Abstract

Background: Asthma is one of the most common chronic respiratory conditions worldwide. Asthma-related economic burden has been reported in Latin America, but knowledge about its economic impact to the Colombian health care system and the influence of disease severity is lacking. This study estimated direct medical costs and health care resource utilization (HCRLU) in patients with asthma according to severity in Colombia.

Methods: This study identified all-age patients who had at least one medical event linked to an asthma diagnosis (ICD-10: J45-J46) between 2004 and 2014. Patients were selected if they had a continuous enrollment and uninterrupted insurance coverage between January 1–2015 and December 31–2015 and were categorized into 4 different severity levels using a modified algorithm based on Leiky criteria. Healthcare utilization and costs were estimated in a 1-year period after the identification period. A Generalized Linear Model (GLM) with gamma distribution and log link was used to analyze costs adjusting for patient demographics.

Results: A total of 20,410 patients were included: 69.5% had mild intermittent, 18.0% mild persistent, 6.9% moderate persistent and 5.5% severe persistent asthma, with mean costs (SD) of \$67 (134), \$452 (1506), \$1061 (1983), \$2235 (3426) respectively ($p < 0.001$). The mean total direct cost was estimated at \$331 (1278) per patient. Medication and hospitalization had the higher proportion in total costs (46% and 31% respectively). General physician visits was the most used service (57.2%) and short-acting β -2 agonists the most used medication (24%).

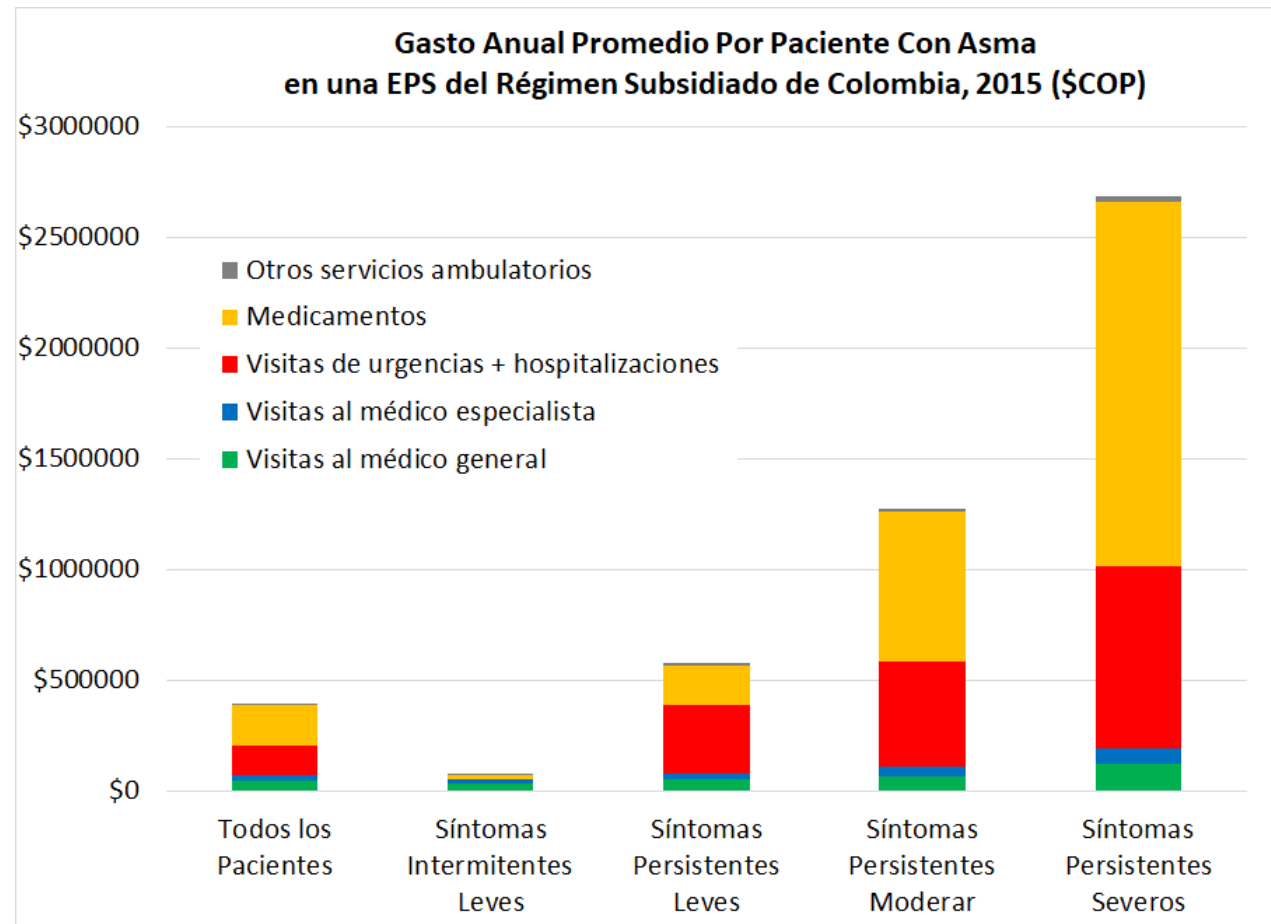
Conclusions: Health services utilization and direct costs of asthma were highly related to disease severity. Nationwide health policies aimed at the effective control of asthma are necessary and would play an important role in reducing the associated economic impact.

Keywords: Cost of illness, Health care costs, Asthma, Health care utilization

Background

As the most prevalent chronic respiratory disease worldwide, asthma contributes enormously to the total economic burden of non-communicable diseases [1–3]. This chronic and difficult-to-treat condition demands high expenditures in medical care services and impairs quality of life and productivity of patients [4, 5]. Recent estimations indicated that asthma caused 1.1% of global disability-adjusted life years (DALYs). From 1990 to 2015, its global prevalence increased by 12.6%, affecting 358.2 million all-age individuals worldwide [6–8]. Annual asthma-related direct costs are highly variable among countries. Estimations have been reported from less than US\$150 per person-year in Abu Dhabi, United Arab Emirates to more than US\$3000 per person-year in the United States (US) [9]. Disease severity is considered a major factor influencing health care resource utilization (HCRLU) and related costs. Even though severe asthma is not common, its contribution to total costs is high [10–13].

* Correspondence: jazakzuk@unicartagena.edu.co
 Health Economics Research Group, University of Cartagena, Campus Piedra de Bolívar, Cartagena, Colombia
³Instituto for Immunological Research, University of Cartagena, Campus de Zaragocilla, Edificio Biblioteca Primer piso, Cartagena, Colombia
 Full list of author information is available at the end of the article



¿Podría mejorar la calidad sin aumentar el gasto?

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	?	?	?	?
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	?	?	?	?
Total			\$76.500.000	?	?	?	?
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	?	?	?	?
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	?	?	?	?
Gasto Total		300	\$518.500.000	?	?	?	?

Aumentar el pago al médico generalista

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000				
Total			\$76.500.000				
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000				
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Fomentar más visitas o consultas via e-mail con especialistas

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Total			\$76.500.000				
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000				
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Contratar a una enfermera para educar y ayudar a los pacientes

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000				
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000				
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

¡Esto es solo un *ejemplo*, no una propuesta para lo que debe hacerse!

		ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos								
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
	Enfermera						\$32.000.000	
	Total			\$76.500.000				
Medicamentos		\$640.000	300	\$192.000.000				
Hospitalización		\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total			300	\$518.500.000				

NOTA IMPORTANTE:

Esto NO pretende ser una propuesta sobre cómo se DEBE pagar a los médicos.

Es simplemente una ilustración de los tipos de impactos que pueden resultar de pagar más y de manera diferente por los servicios de atención ambulatoria.

¿Podríamos permitirnos un aumento del 50% en el gasto en atención ambulatoria?

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000				
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Mejor atención puede reducir las hospitalizaciones en un 50% o más

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000				

El resultado neto es un menor gasto total

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$433.240.000	-16%

Ganar-Ganar-Ganar para pacientes,

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$433.240.000	-16%

Mejor atención y resultados para los pacientes

Ganar-Ganar-Ganar para pacientes, prestadores,

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$433.240.000	-16%

Mejor atención y resultados para los pacientes

Mayor pago para los médicos

Ganar-Ganar-Ganar para pacientes, prestadores, y aseguradores

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$433.240.000	-16%

Mejor atención y resultados para los pacientes

Mayor pago para los médicos

Menor gasto para los aseguradores

¿Los hospitales tienen que perder para que otros ganen?

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$433.240.000	-16%

Grandes pérdidas para el hospital

Necesitamos entender la estructura de costos del hospital

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$2.500.000	50	\$125.000.000	-50%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$433.240.000	-16%

- ¿Qué parte de los costos del hospital son fijos?
- ¿Cuánto disminuirán los costos del hospital con menos ingresos?

Supongamos que el 50% de los costos de los hospitales son fijos

		ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
		\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos								
	Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
	Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
	Enfermera						\$32.000.000	
	Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos		\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización			100					
	Fijo (50%)			\$125.000.000				
	CostoVariable	\$1.175.000	100	\$117.500.000				
	Margen (3%)			\$7.500.000				
	Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total			300	\$518.500.000				

¿Qué sucede si los ingresos hospitalarios disminuyen en un 50%?

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		-50%
Costo Fijo			\$125.000.000				
Costo Variable	\$1.175.000	100	\$117.500.000				
Margen			\$7.500.000				
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Los costos fijos no cambian (son fijos)

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		
Costo Fijo			\$125.000.000			\$125.000.000	0%
CostoVariable	\$1.175.000	100	\$117.500.000				
Margen			\$7.500.000				
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Reducción de los costos variables en un 50%

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		
Costo Fijo			\$125.000.000			\$125.000.000	0%
Costo Variable	\$1.175.000	100	\$117.500.000	\$587.500	50	\$58.750.000	-50%
Margen			\$7.500.000				
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Mantener el nivel actual de margen de beneficio para el hospital

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		
Costo Fijo			\$125.000.000			\$125.000.000	0%
Costo Variable	\$1.175.000	100	\$117.500.000	\$1.175.000	50	\$58.750.000	-50%
Margen			\$7.500.000			\$7.500.000	0%
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000				
Gasto Total		300	\$518.500.000				

Los pagos hospitalarios disminuyen un 24% sin efecto negativo

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		
Costo Fijo			\$125.000.000			\$125.000.000	0%
Costo Variable	\$1.175.000	100	\$117.500.000	\$1.175.000	50	\$58.750.000	-50%
Margen			\$7.500.000			\$7.500.000	0%
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$1.025.000	50	\$191.250.000	-24%
Gasto Total		300	\$518.500.000				

El gasto total es menor

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		
Costo Fijo			\$125.000.000			\$125.000.000	0%
Costo Variable	\$1.175.000	100	\$117.500.000	\$1.175.000	50	\$58.750.000	-50%
Margen			\$7.500.000			\$7.500.000	0%
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$3.825.000	50	\$191.250.000	-24%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	\$499.490.000	-4%

Ganar-Ganar-Ganar-Ganar para pacientes, médicos, hospitales, y pagadores

	ACTUAL (\$COP)			ATENCIÓN DE MAYOR VALOR			Δ
	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	\$/Paciente	# Pts	\$ Total	
Médicos							
Generalista	\$188.000	300	\$56.400.000	\$206.800	300	\$62.040.000	+10%
Especialista	\$134.000	150	\$20.100.000	\$74.000	300	\$22.200.000	+10%
Enfermera						\$32.000.000	
Total			\$76.500.000			\$116.240.000	+52%
Medicamentos	\$640.000	300	\$192.000.000	\$640.000	300	\$192.000.000	0%
Hospitalización		100			50		-50%
Fixed			\$125.000.000			\$125.000.000	0%
CostoVariable	\$1.175.000	100	\$117.500.000	\$1.175.000	50	\$58.750.000	-50%
Margen			\$7.500.000			\$7.500.000	0%
Total	\$2.500.000	100	\$250.000.000	\$3.825.000	50	\$191.250.000	-24%
Gasto Total		300	\$518.500.000		300	499.490.000	-4%

No se puede lograr el éxito si se paga a los prestadores en silos

Médicos							
Generalista	←	Capitación a Médicos Generalistas					
Especialista	←	Honorarios o Capitación a Médicos Especialistas					
Medicamentos							
Hospitales	←	Pago Por Día o Pago Global al Hospital					

Generalistas, especialistas, y hospitales necesitan trabajar en equipos

EQUIPO DE ATENCION AL PACIENTE Médicos Generalista Especialista Enfermera	PAGO BASADO EN LA CONDICIÓN MÉDICA POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE						
Medicamentos							
Hospitales	PAGO BASADO EN LA CONDICIÓN MÉDICA POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE						

Deje que el equipo decida cómo dividir el pago basado en la condición

EQUIPO DE ATENCION AL PACIENTE		PAGO BASADO EN LA CONDICIÓN MÉDICA POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE		ATENCIÓN DE MAYOR VALOR	
Médicos					
	Generalista			\$62.040.000	
	Especialista			\$22.200.000	
	Enfermera			\$32.000.000	
Medicamentos				\$192.000.000	
Hospitales				\$191.250.000	
Gasto Total		\$1.665.000	300	499.490.000	-4%

Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*

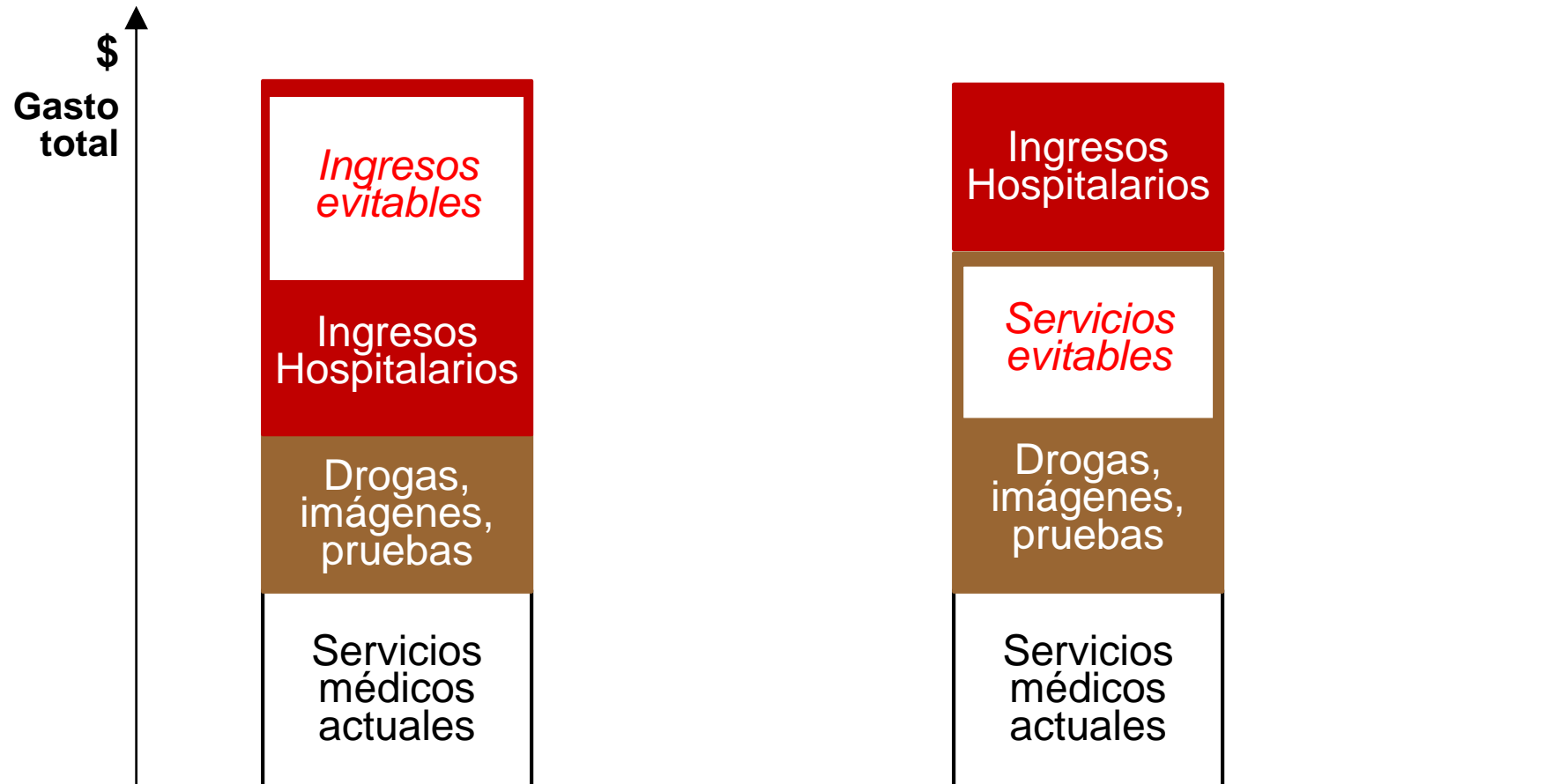
Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**

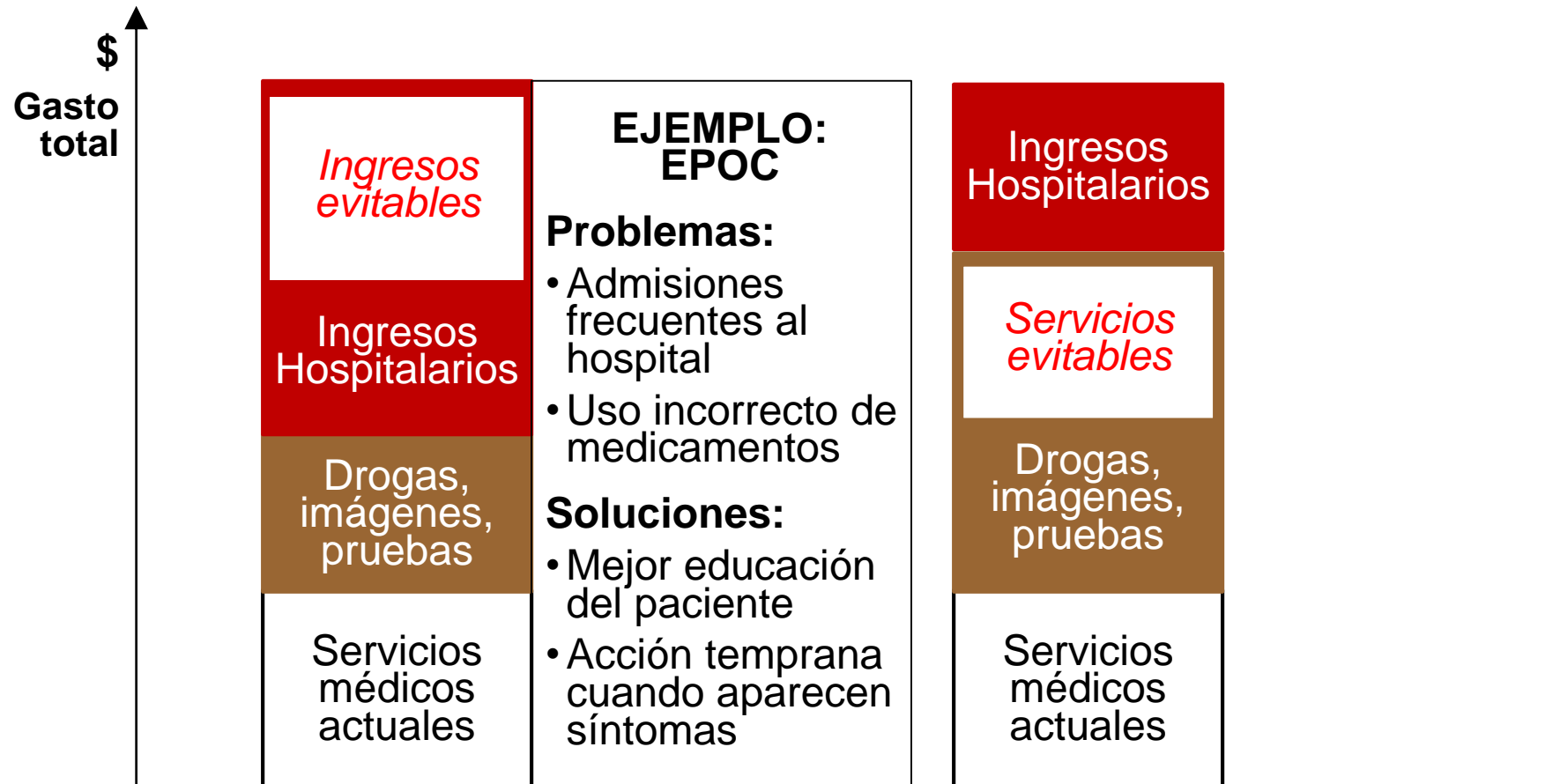
Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades

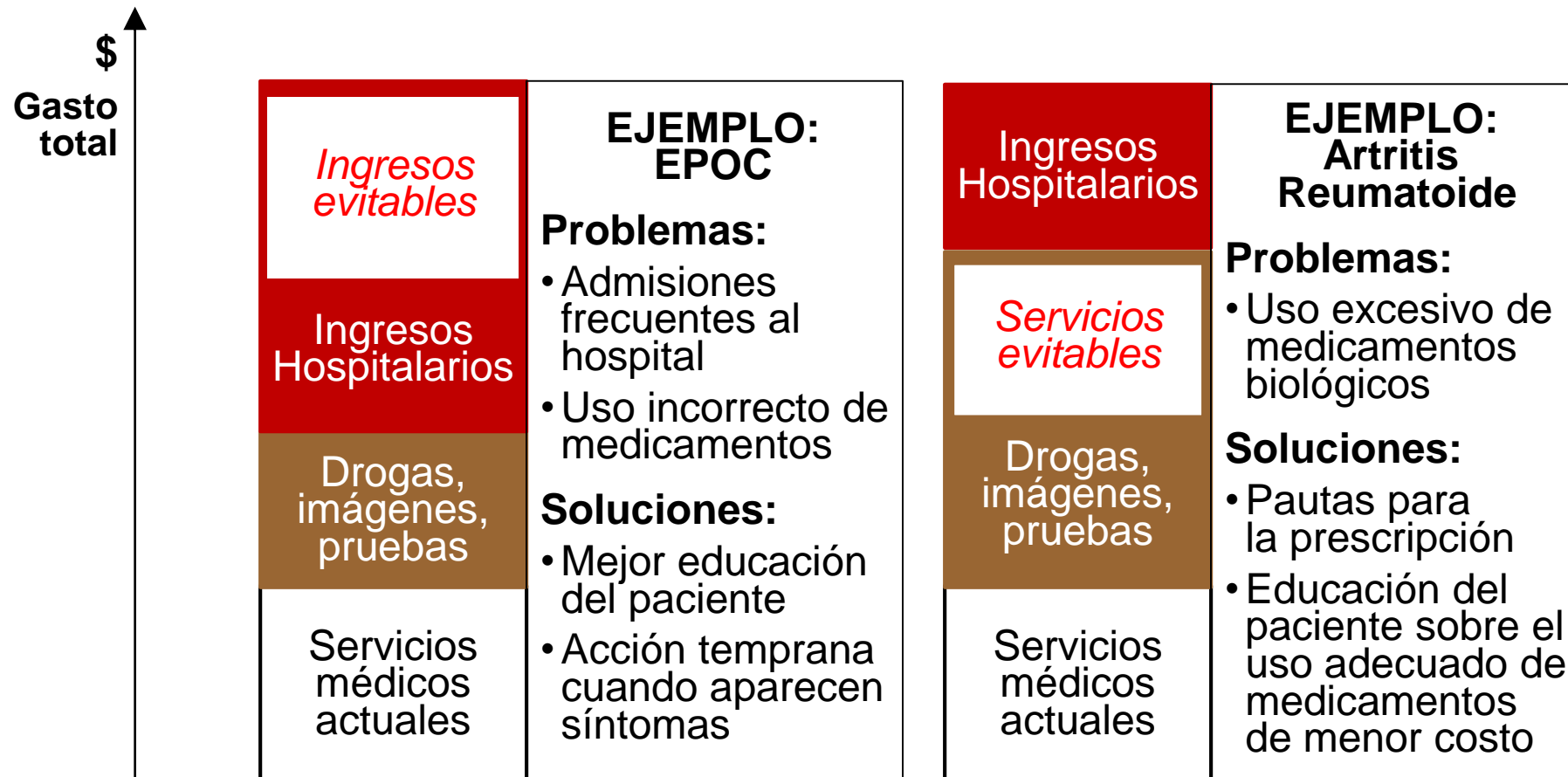
Diferentes oportunidades y servicios para diferentes condiciones



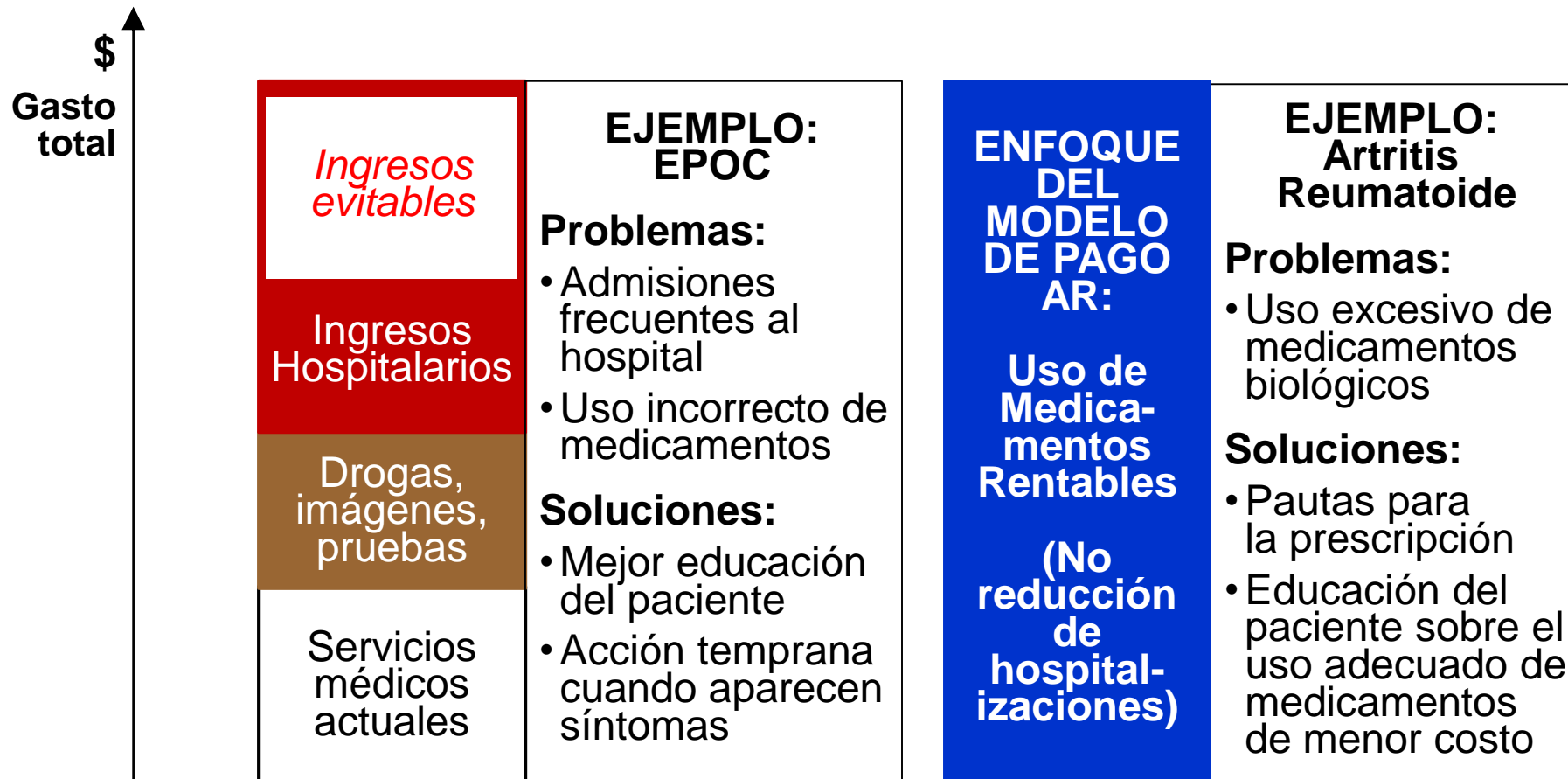
Diferentes oportunidades y servicios para diferentes condiciones



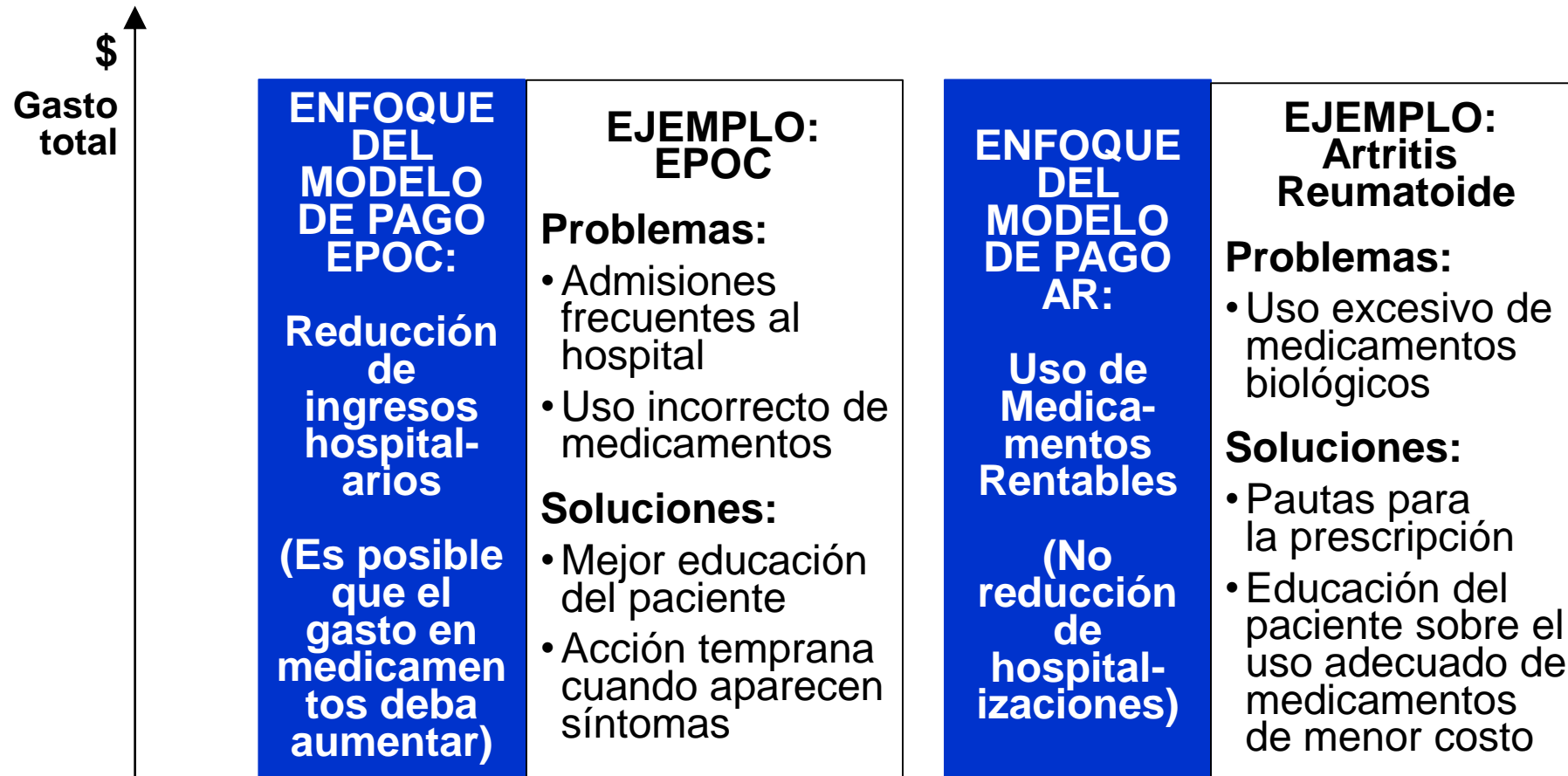
Diferentes oportunidades y servicios para diferentes condiciones



Las metas del modelos de pago deben ser diferentes



Las metas del modelos de pago deben ser diferentes



Diferentes oportunidades y servicios para diferentes condiciones

ENFERMEDAD CRÓNICA	OPORTUNIDADES PARA MEJORAR	SE NECESITAN CAMBIOS DE ATENCIÓN
EPOC	Reducción de las hospitalizaciones evitables	Educación del paciente; acción temprana sobre las exacerbaciones
Artritis Reumatoide	Uso innecesario de medicamentos de alto costo	Asistencia con la adherencia a la medicación; acción temprana sobre las exacerbaciones
Osteoartritis	Uso excesivo de la cirugía para rodilla, cadera y espalda	Uso más efectivo de la fisioterapia
Enfermedad Coronaria	Uso excesivo de cateterismo cardíaco y stents	Terapia de medicación óptima, dieta, ejercicio
Asma	Reducción de las hospitalizaciones evitables; Uso innecesario de medicamentos de alto costo	Diagnóstico correcto; educación del paciente ; acción temprana sobre las exacerbaciones

¿Cómo identificar oportunidades?

Analizar datos y preguntar a los médicos

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	

¿Cómo identificar oportunidades?

Analizar datos y preguntar a los médicos

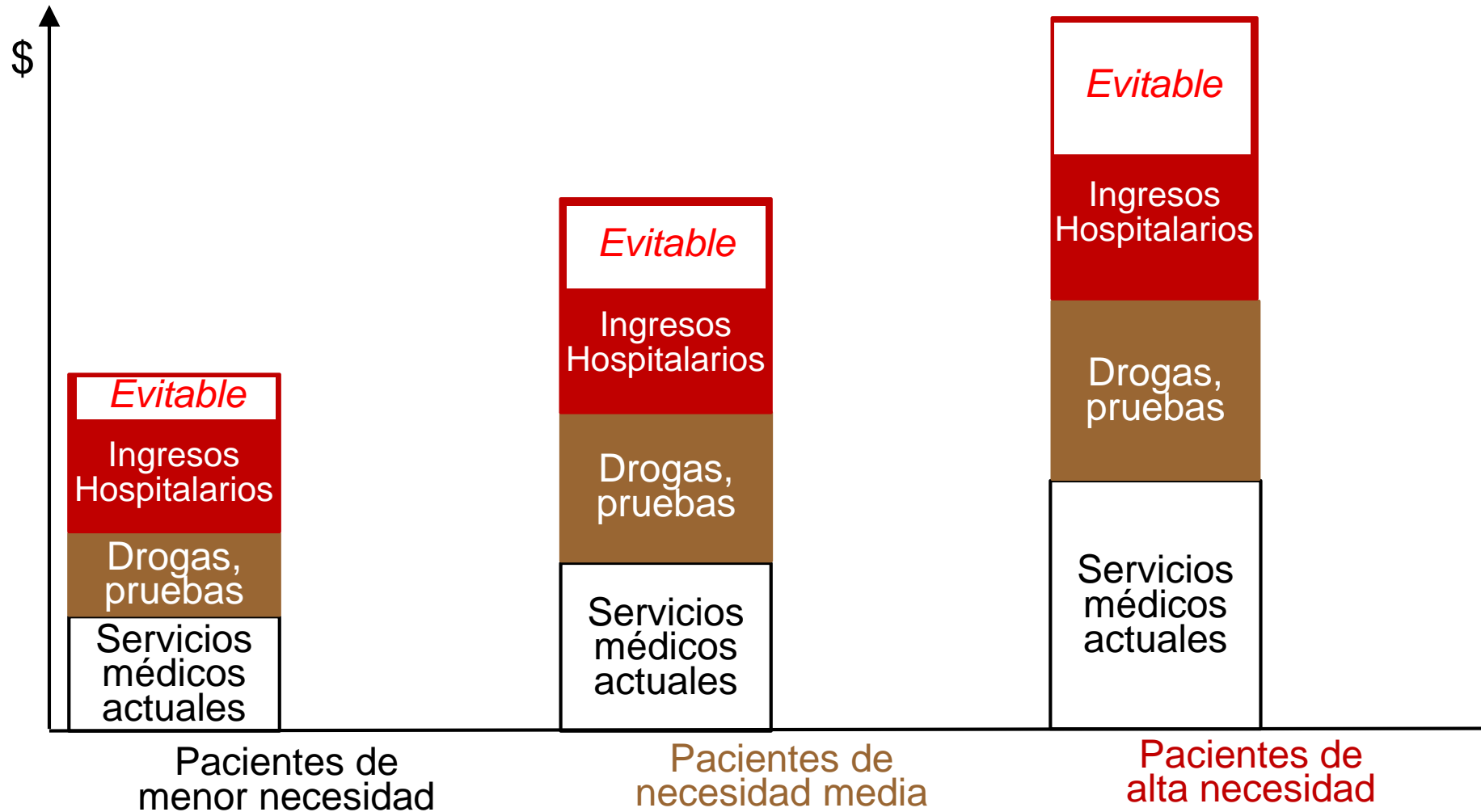
ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable

¿Cómo identificar oportunidades?

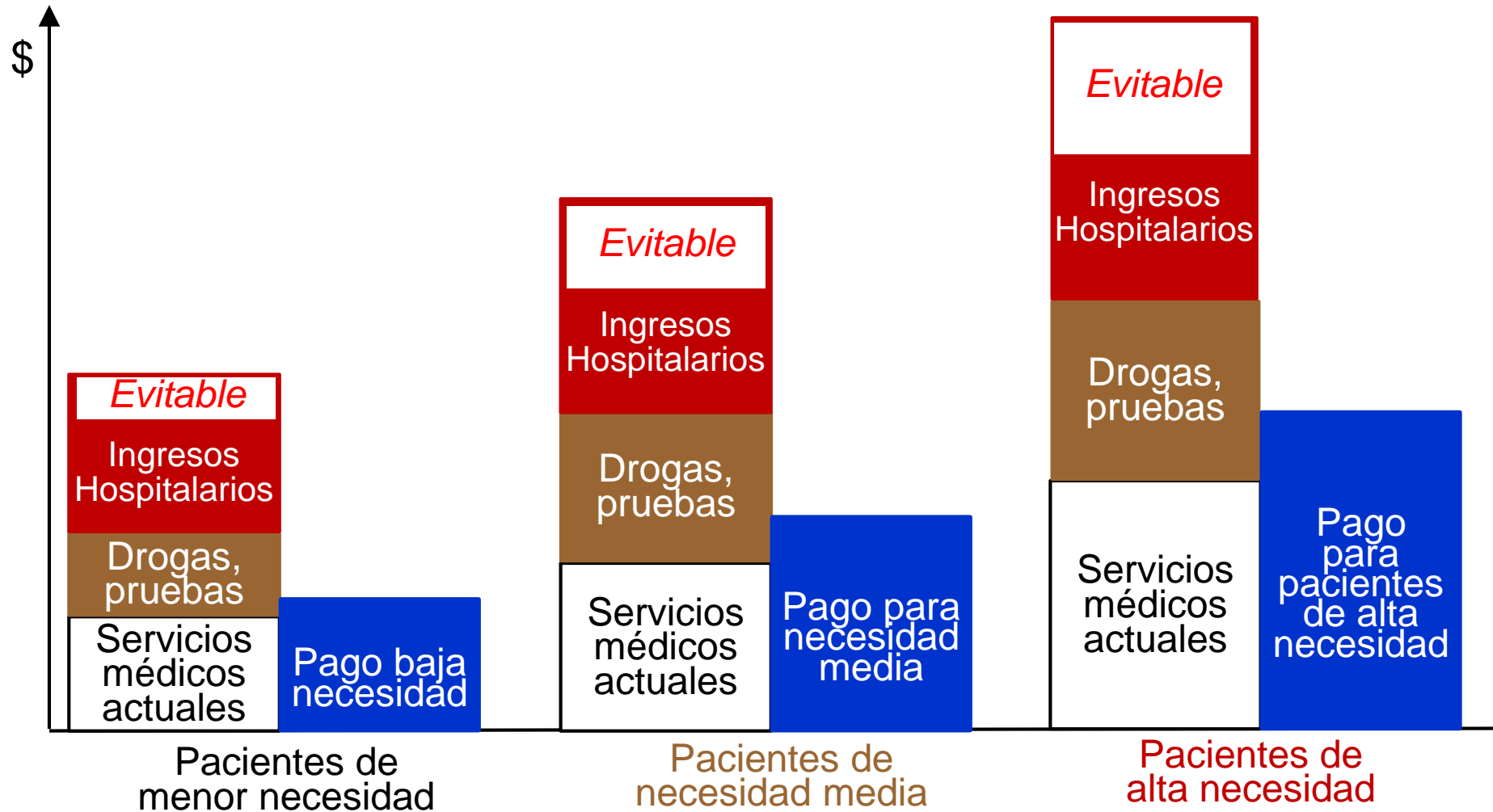
Analizar datos y preguntar a los médicos

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable
	3. Diseñar los servicios que reduzcan el gasto evitable

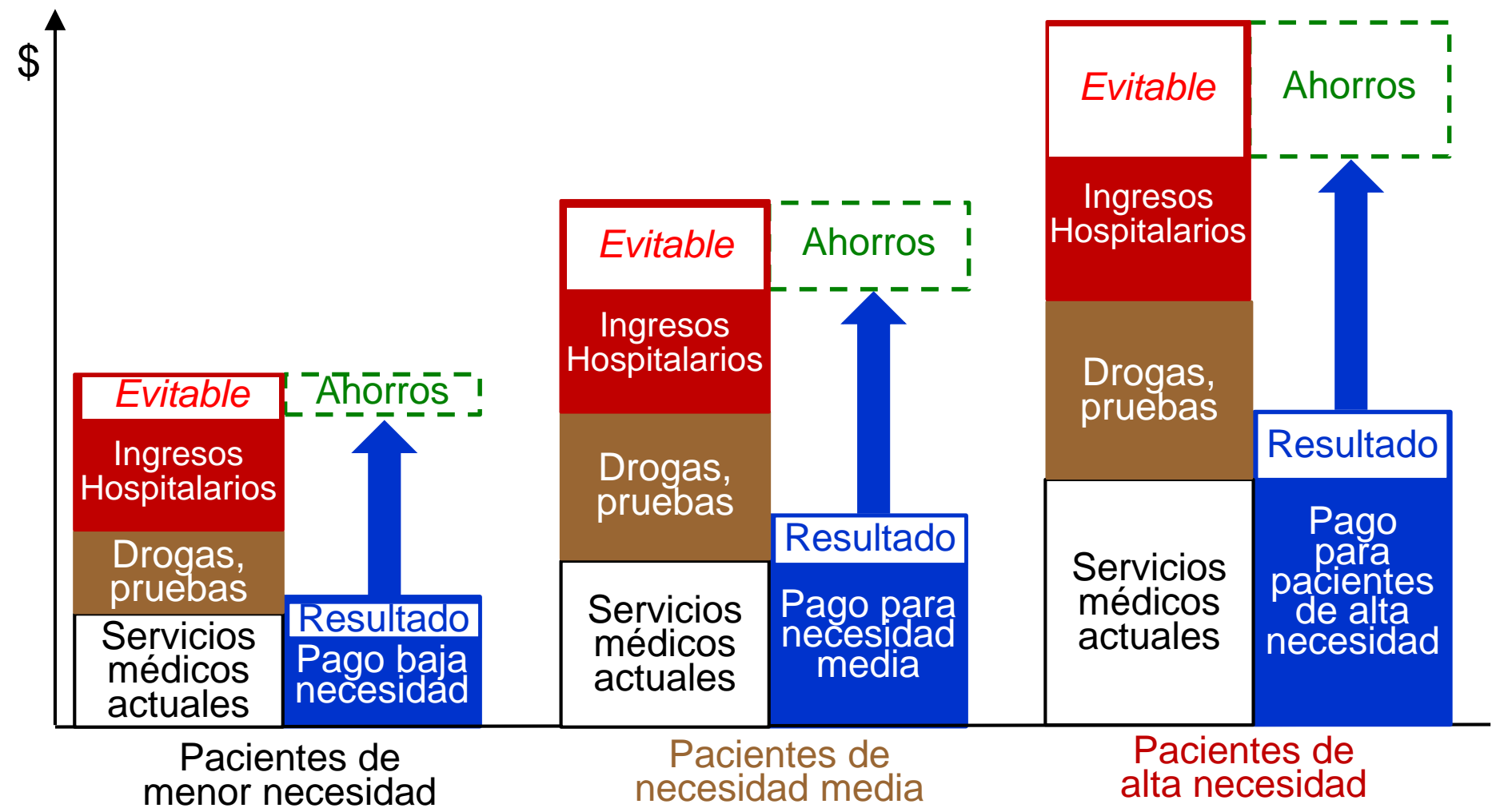
Pacientes con mayores necesidades tendrán más gastos evitables ...



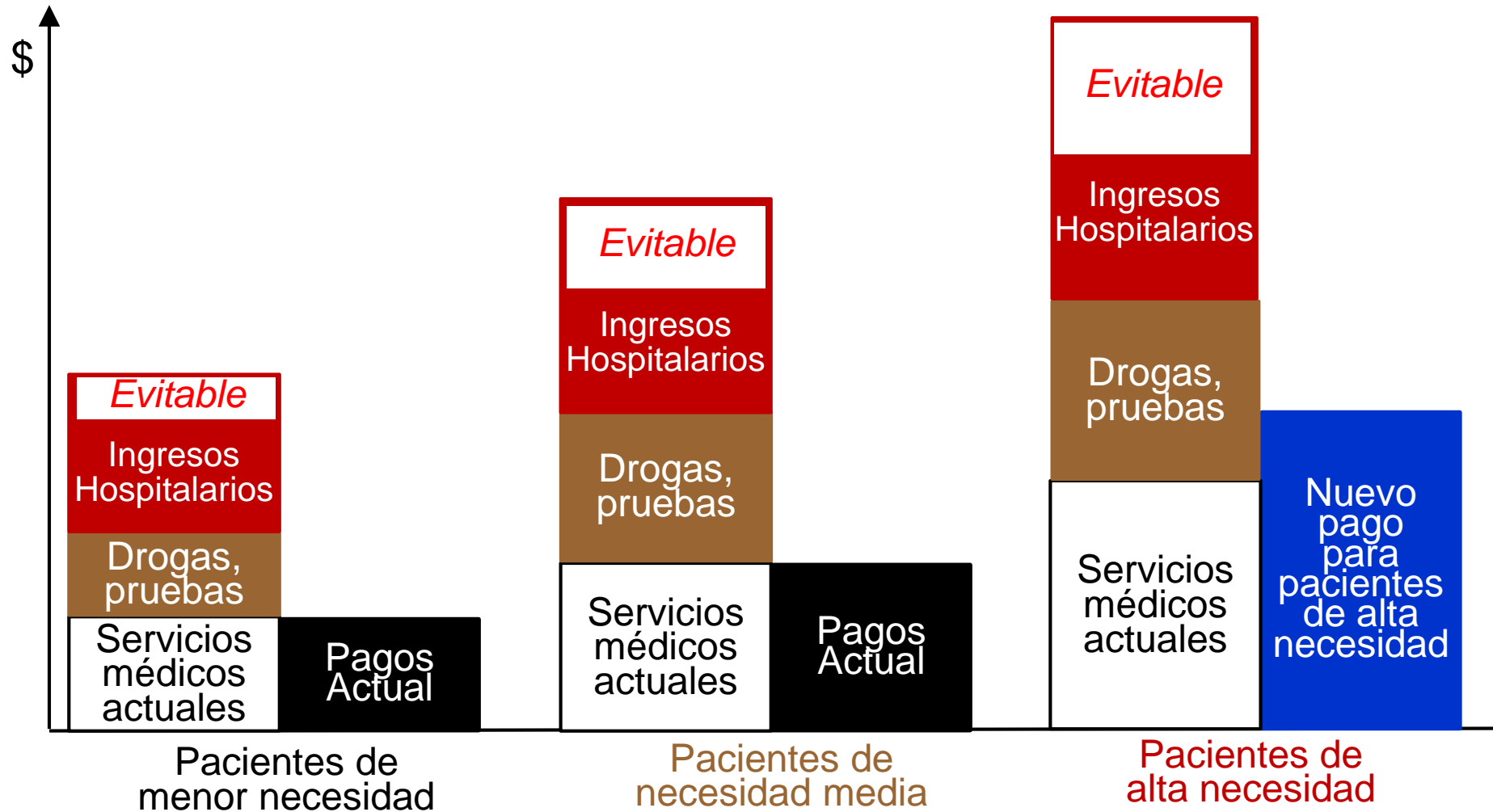
... Pagos deberán ser mayores para mayores necesidades



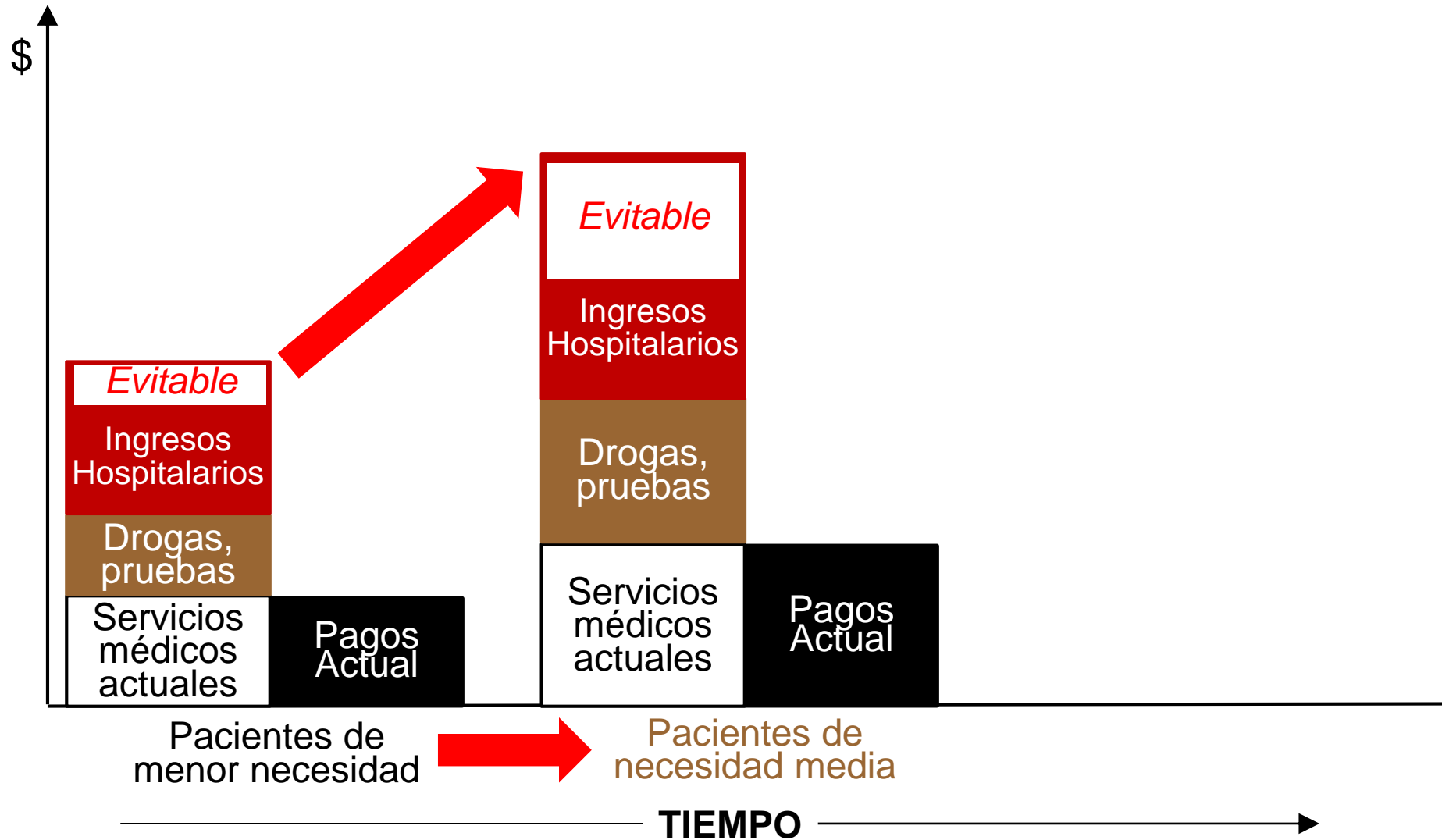
La *responsabilidad* también debe ajustarse a las diferencias



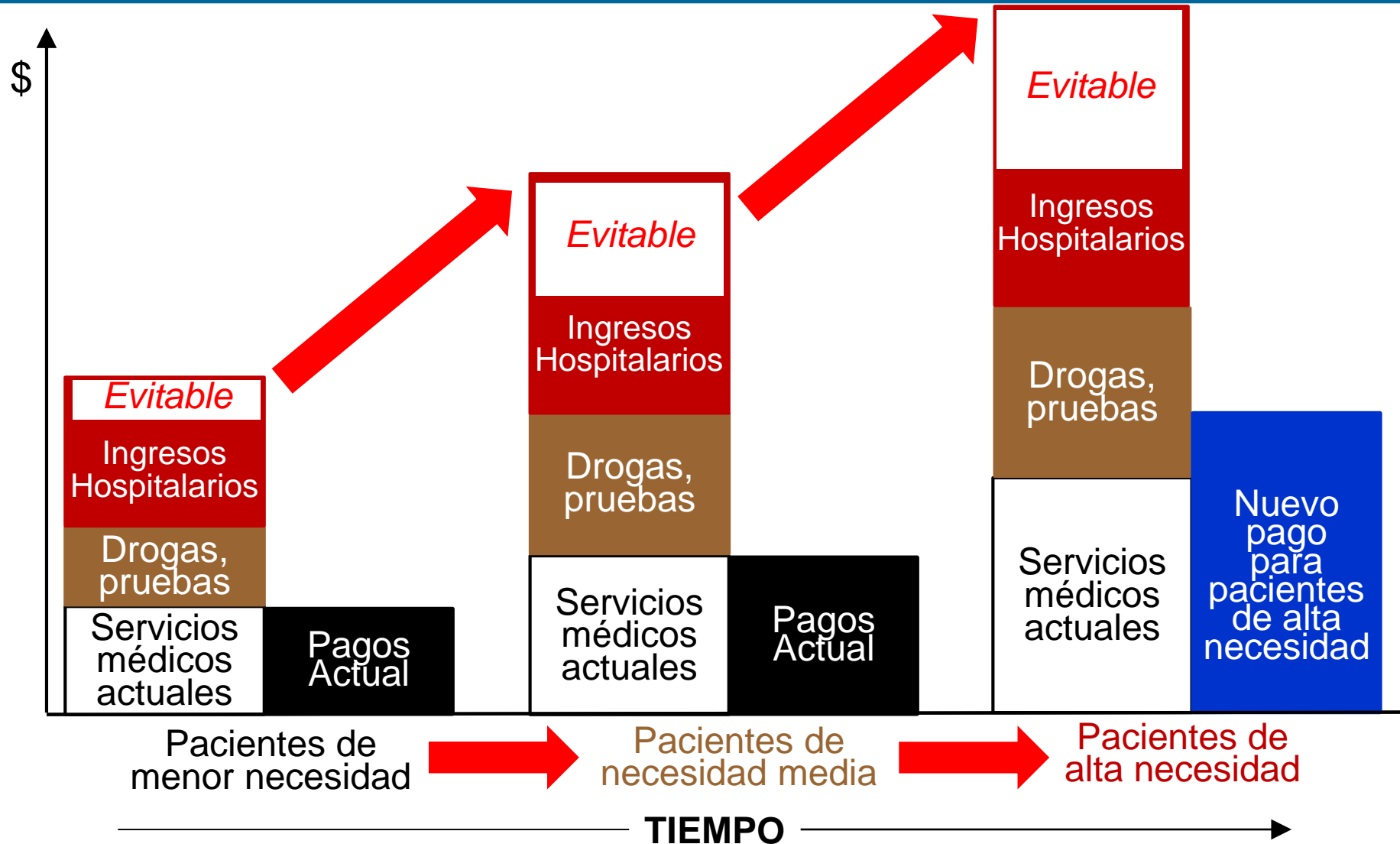
Cambio de pago NO debe limitarse a pacientes de alta necesidad



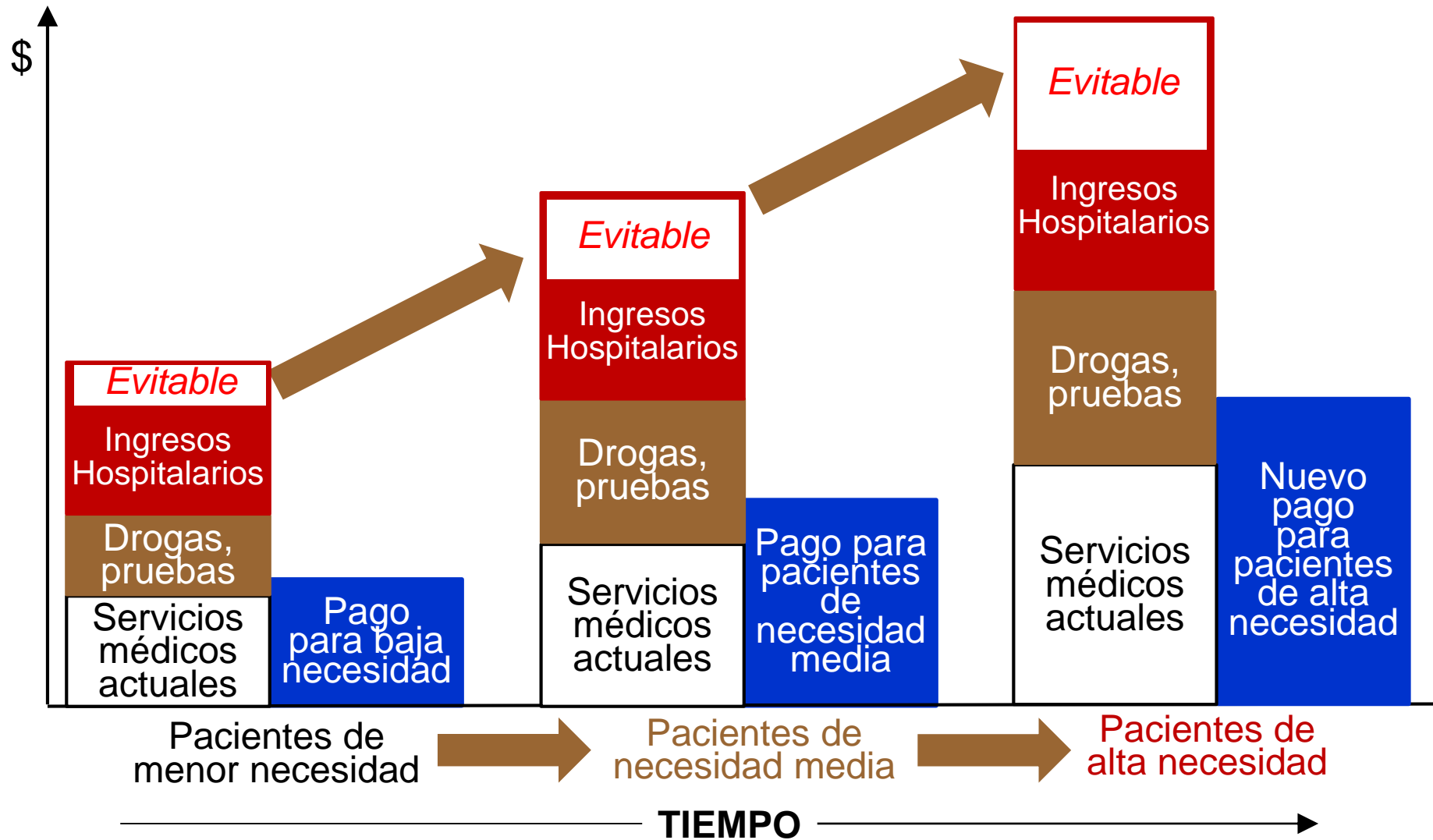
¿Por qué? Los problemas aumentan sin una buena atención



¿Por qué? Los problemas aumentan sin una buena atención



Mejorar los pagos para todos los pacientes



Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo

Un ejemplo de un
pago basado en la
condición diseñado
para respaldar la
atención de alto
valor para
pacientes con una
enfermedad crónica



An Alternative Payment Model for CHRONIC CONDITIONS

Every chronic disease is different. Different treatments are needed for different diseases, the cost and effectiveness of treatments varies across different diseases, there are more alternative treatments for some diseases than others, and the severity of complications from over-treatment and undertreatment vary. There are additional differences and complexities when patients have additional health problems or face barriers in accessing healthcare services.

However, despite these differences, there are also many similarities in the opportunities for improvement, in the barriers that current payment systems create to improving care delivery, and in the ways in which payments could be changed to support higher-quality, more affordable care across a wide range of chronic diseases and combinations of diseases. This section will focus on some of the opportunities, barriers, and payment changes that are common to a number of different chronic diseases and combinations of diseases and how an Alternative Payment Model might address them. For simplicity, the term "chronic condition" will be used here to describe either a single chronic disease or a combination of two or more chronic diseases that need to be managed in close coordination.

OVERVIEW OF THE APM

Under this APM, an individual who has the symptoms of a serious chronic disease or who has been diagnosed with the disease would choose one or more teams of providers that are participating in the APM to diagnose, treat, and manage the individual's condition. Seven types of payments would be available under the APM in order to match the different kinds of services that the patient would need and the different outcomes that can be achieved during five different phases of care:

- 1. Diagnosis and Initial Treatment.** A Diagnosis Team would receive a one-time bundled **Diagnosis and Initial Treatment Payment** to cover most of the services needed to determine if the patient has the chronic disease, and if so, to treat the disease for an initial period of time. The payment would be higher for those patients who are diagnosed with the disease and initiate treatment.
- 2. Continued Treatment for Patients with Well-Controlled Conditions.** A Treatment Team would receive a quarterly bundled **Treatment and Care Management Payment** to provide appropriate services for patients whose condition can be well-controlled with standard medications or other treatments. In some cases, the Treatment Team would be the same as the Diagnosis Team and in other cases it might be a different group of providers.
- 3. Continued Treatment for Patients With Difficult-to-Control Conditions.** If the patient's condition proved

difficult to control during the initial treatment period or if it could only be controlled using special medications or treatments that require careful monitoring, a Treatment Team would receive a quarterly bundled **Treatment and Care Management Payment** to provide appropriate services. The payment amounts would be higher than for patients with well-controlled conditions, reflecting the greater risk of complications and higher level of services needed.

- 4. Hospitalization for an Exacerbation of the Condition.** Hospitals would receive three separate types of payments to cover the costs of their services to patients who need to be hospitalized for exacerbations of their condition:
 - a. A Standby Capacity Payment** for each patient who has the chronic condition, regardless of whether they needed to be hospitalized.
 - b. A Bundled/Warranted Payment** if the patient requires a visit to the Emergency Department or an inpatient admission for symptoms related to their chronic condition. This would cover all of the costs of the ED visit or hospital admission and any post-acute care services needed for 30 days following discharge that were not provided by the patient's Treatment Team.
 - c. An Outlier Payment** if a patient required an unusually large number of services.
- 5. Palliative Care for an Advanced Condition.** For patients whose condition has reached an advanced stage, a Palliative Care Team could receive a monthly **Palliative Care Payment** to provide palliative care services to the patient in addition to any treatment or care management services the patient was receiving from a Treatment Team.

The payments in each phase would be stratified into several need/risk-based categories so that higher payments are made for patients who have characteristics that typically require additional or more expensive services. The patient's need/risk classification could change at any time, and subsequent payments would reflect the new need/risk category.

Diagnosis Teams, Treatment Teams, hospitals, and Palliative Care Teams would receive no payment for a patient if the Team failed to meet evidence-based care standards in providing services to that patient. Payments to a Team or hospital would be reduced if desirable outcomes were not achieved. Treatment Teams would receive no payment for low- and moderate-risk patients if the patient visited the ED or was hospitalized.

The APM would reduce spending and improve outcomes by reducing the rate of avoidable emergency department visits and hospital admissions and by reducing the utilization of unnecessary medications, tests, and other services.

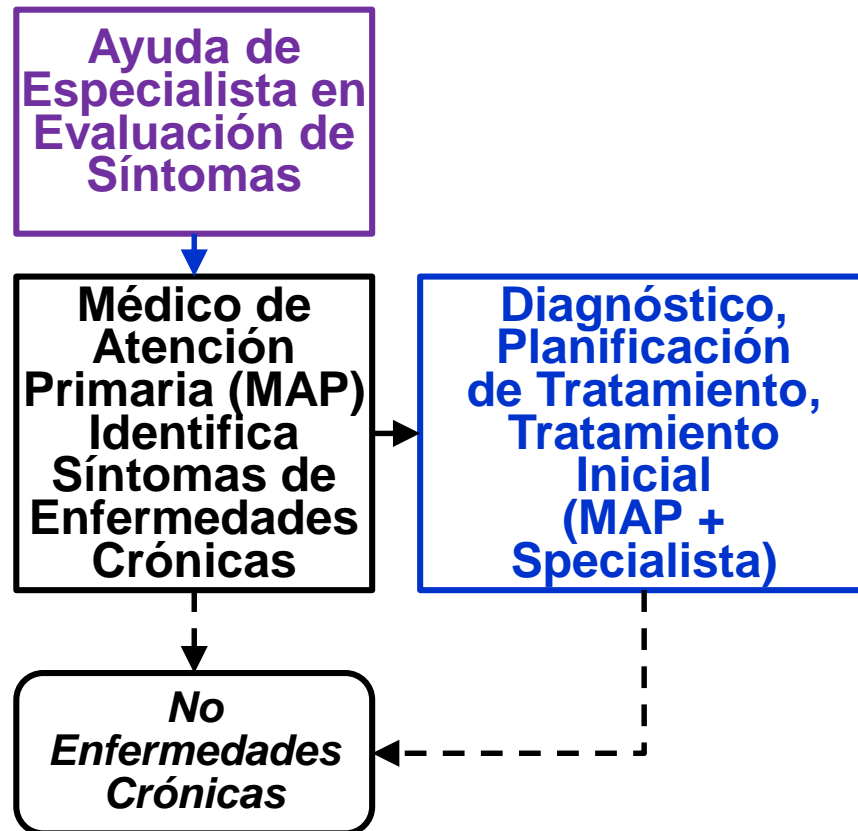
Pagos diseñados para soportar 4 fases de la atención

1. Identificación de Síntomas
2. Diagnóstico preciso y tratamiento inicial
3. Manejo continuo de pacientes con síntomas bien controlados
4. Manejo intensivo de pacientes con condiciones difíciles de controlar

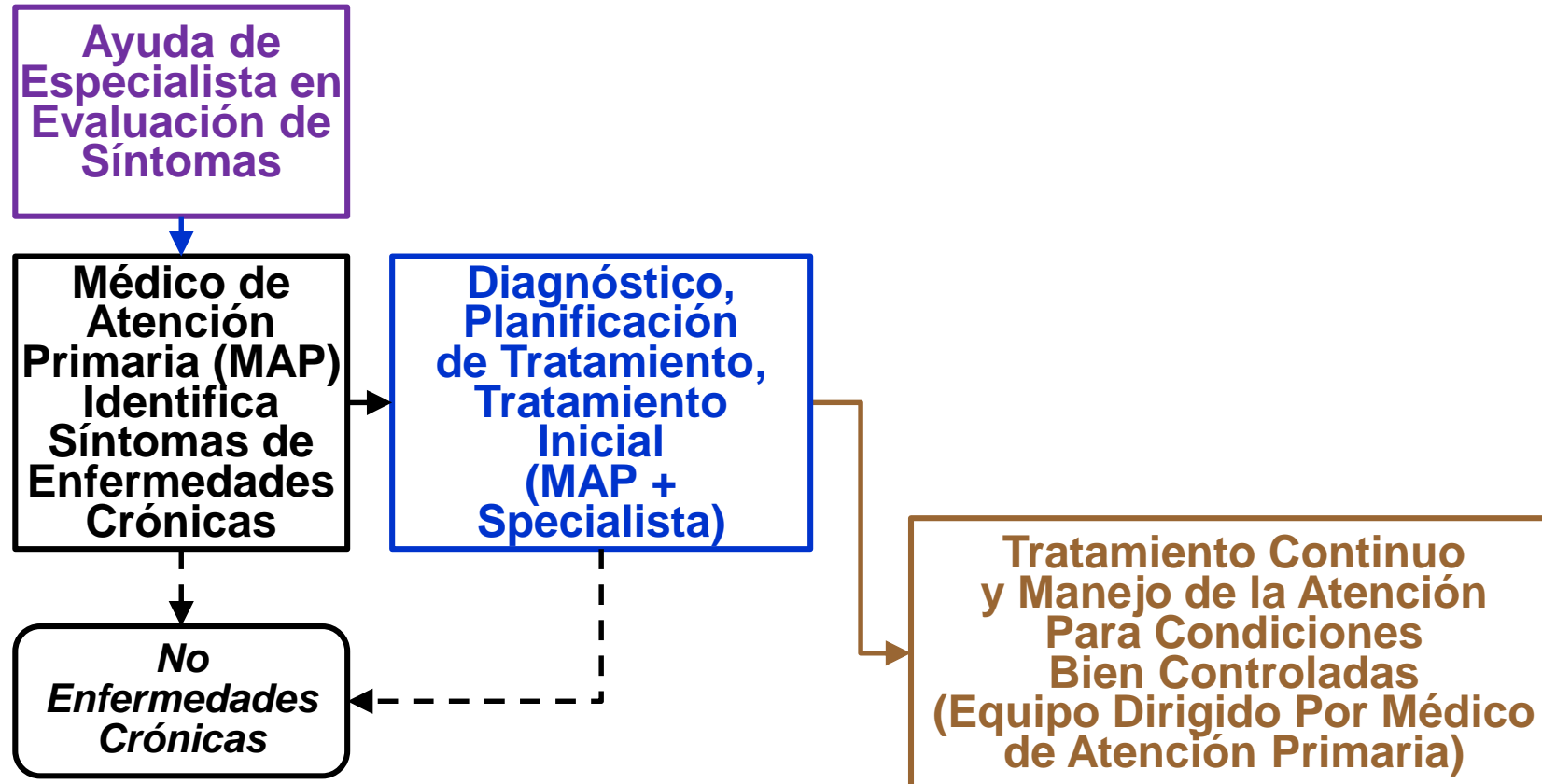
Fase 1: Identificación temprana de síntomas



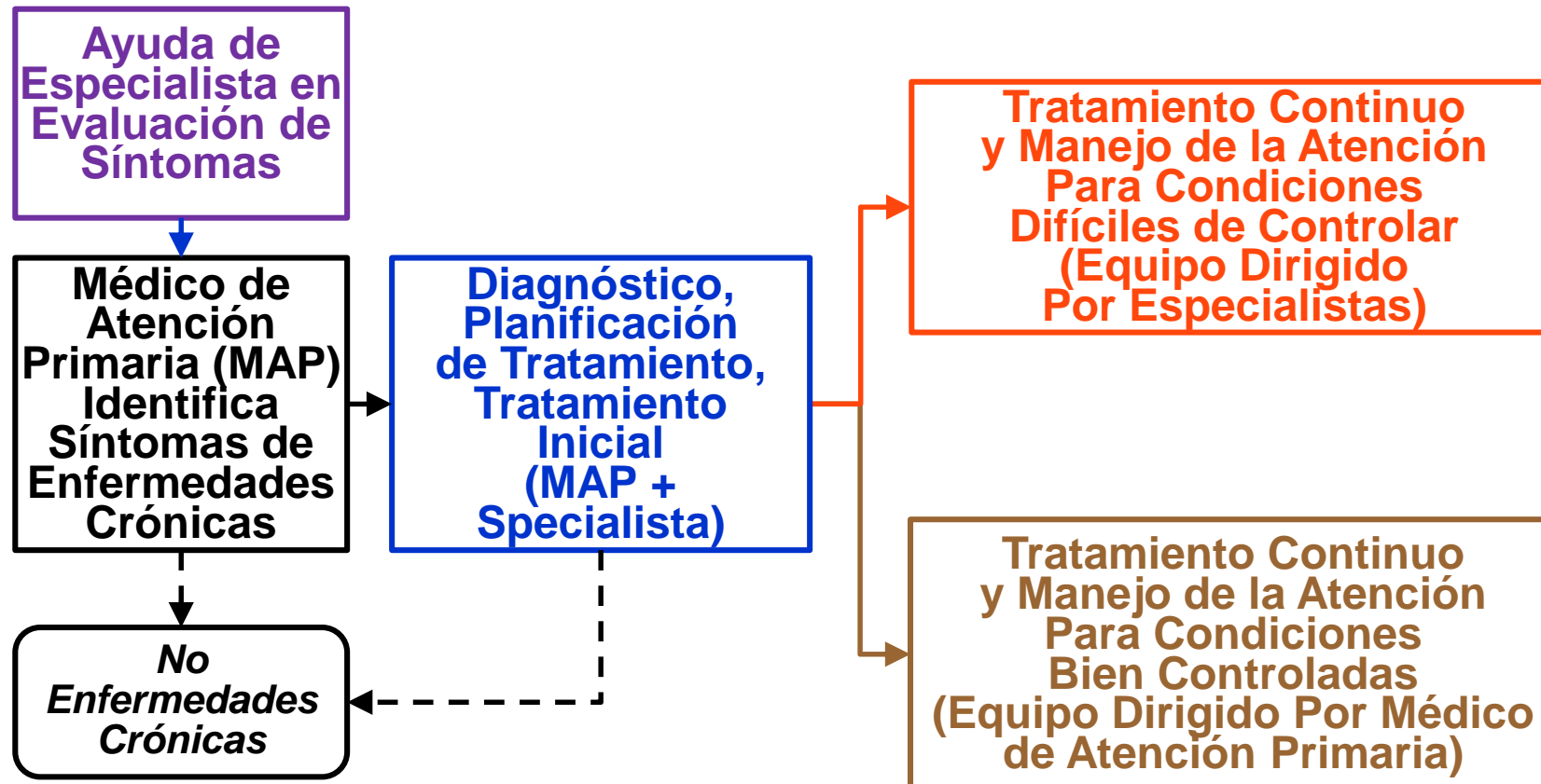
Fase 2: Diagnóstico preciso y tratamiento inicial



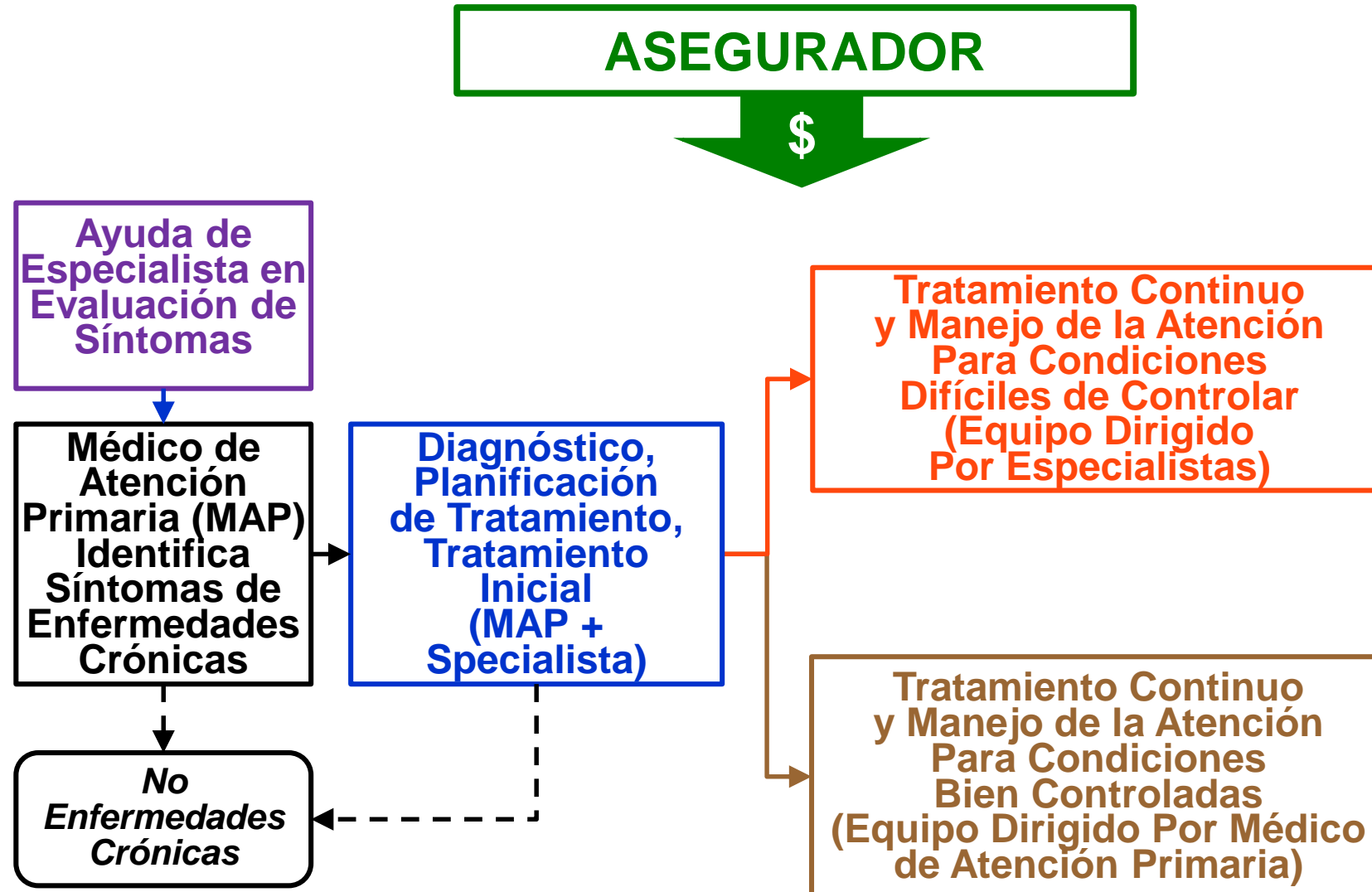
Fase 3: Manejo continuo de condiciones bien controladas



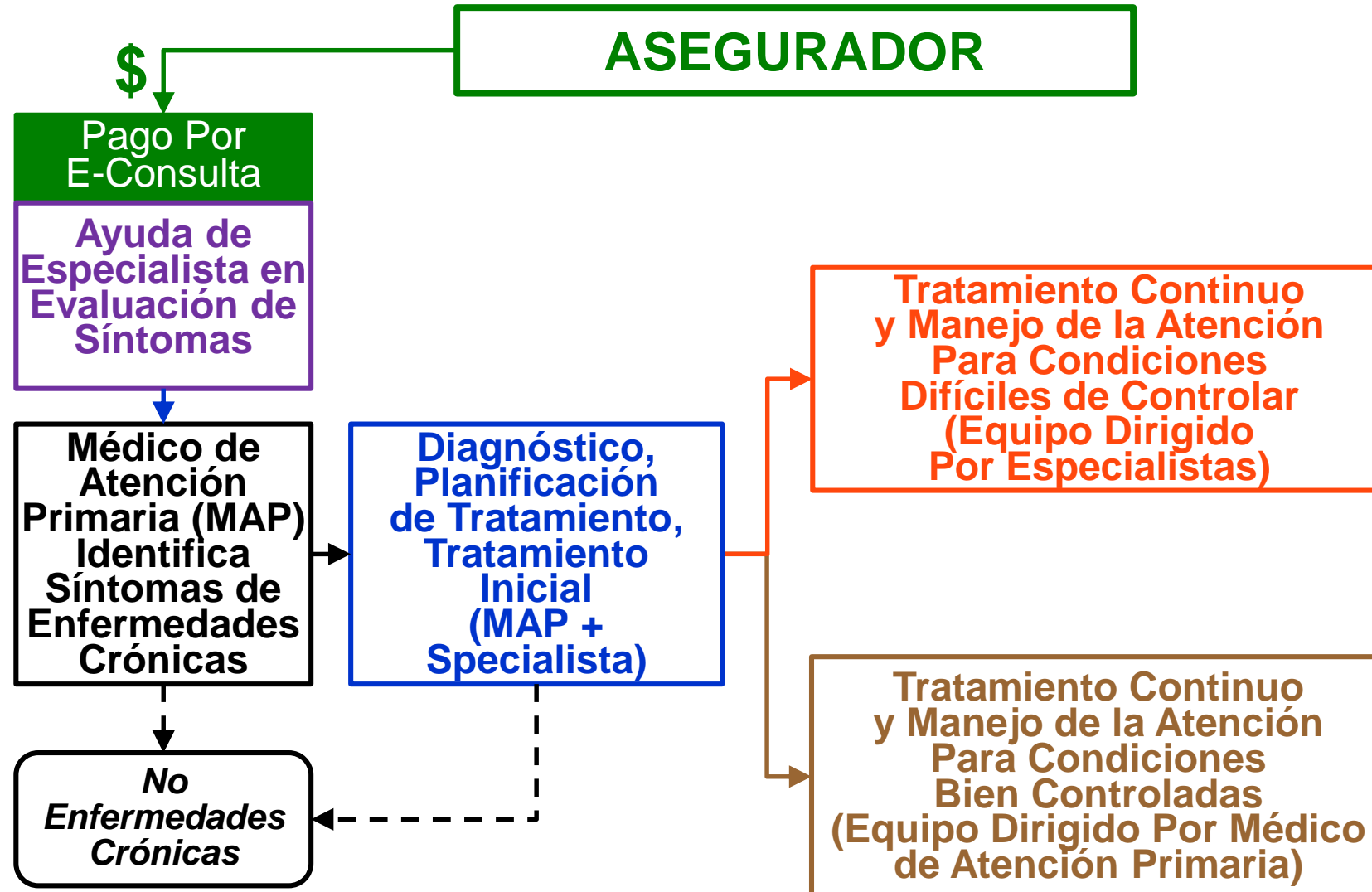
Fase 4: Manejo intensivo de los condiciones difíciles de controlar



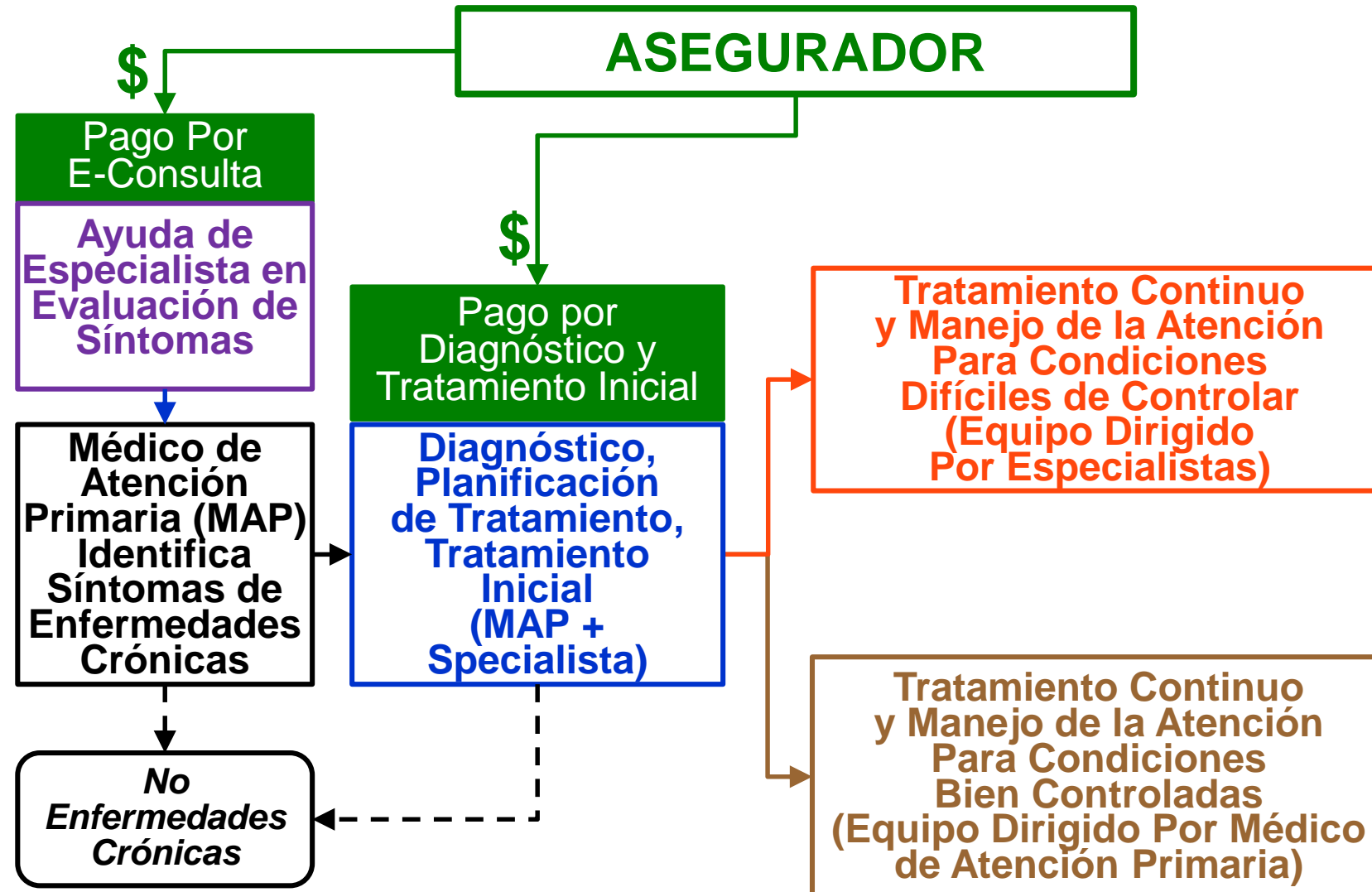
Cuatro componentes de un pago basado en la condición médica



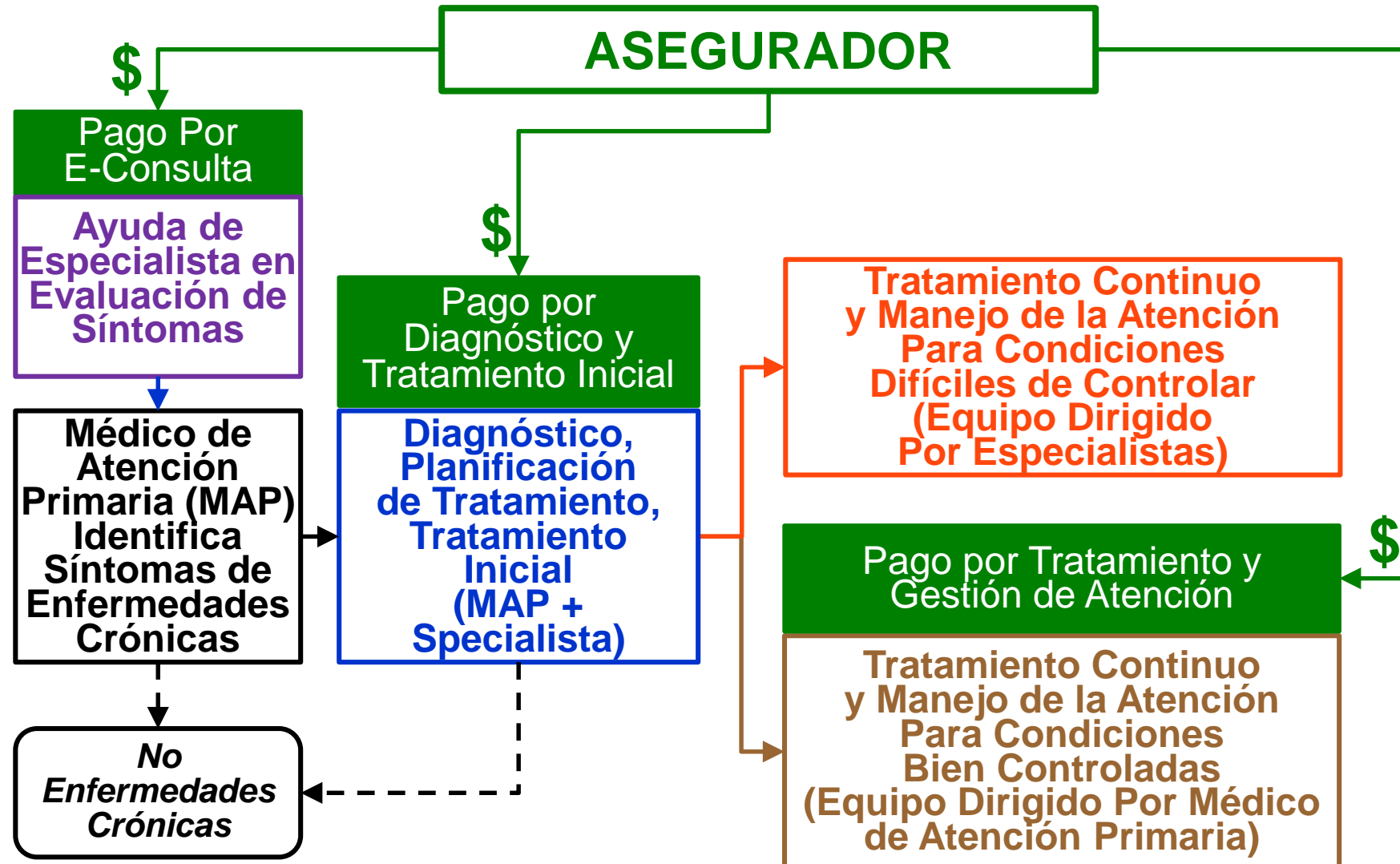
1: Pago por e-consulta a médicos especializados



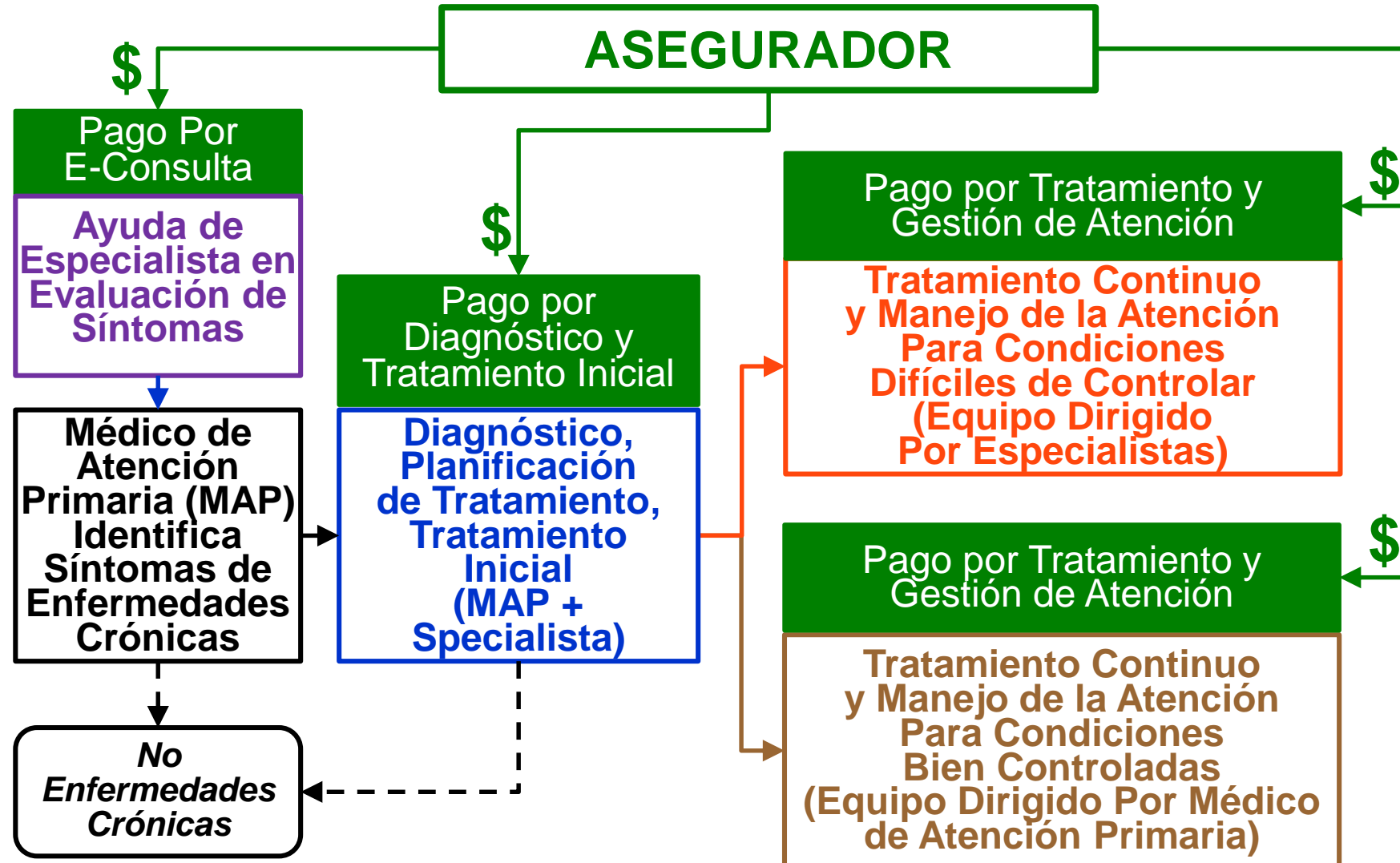
2: Pago a equipos por diagnóstico y tratamiento inicial



3: Pago por manejo de atención primaria de pacientes



4. Pago más alto para de pacientes con alta necesidad



Ejemplo de cómo diseñar componentes de rendición de cuentas

Componente de Pago		
Diagnóstico y Tratamiento Inicial		
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Bien Controladas		
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Difíciles de Controlar		

Ejemplo de cómo diseñar componentes de rendición de cuentas

Componente de Pago	Requisitos Mínimos Para Recibir el Pago	
Diagnóstico y Tratamiento Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque basado en la evidencia para ordenar pruebas • Enfoque basado en la evidencia para prescribir el tratamiento 	
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Bien Controladas	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de atención basada en la evidencia 	
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Difíciles de Controlar	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de atención basada en la evidencia 	

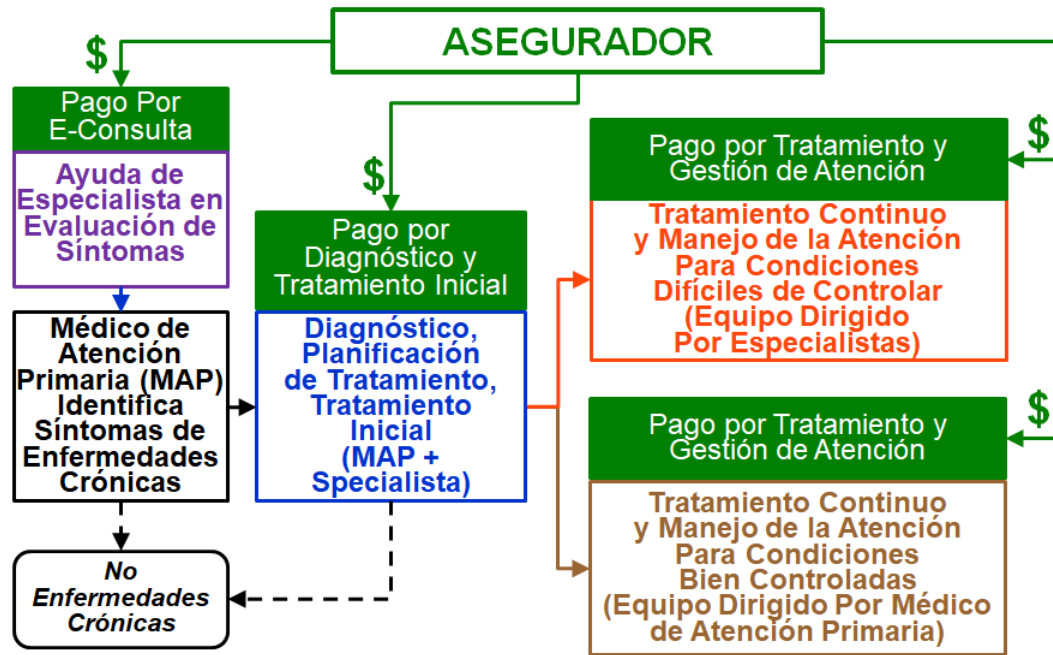
Ejemplo de cómo diseñar componentes de rendición de cuentas

Componente de Pago	Requisitos Mínimos Para Recibir el Pago	Bonificaciones y Sanciones Basadas en el Desempeño
Diagnóstico y Tratamiento Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque basado en la evidencia para ordenar pruebas • Enfoque basado en la evidencia para prescribir el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de éxito en el control de los síntomas al final del período de tratamiento inicial
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Bien Controladas	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de atención basada en la evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin pago si el paciente es admitido en el hospital (u otro evento que se considere evitable)
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Difíciles de Controlar	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de atención basada en la evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja tasa de hospitalizaciones (u otros eventos evitables) en relación con los niveles de referencia

Claves para el éxito

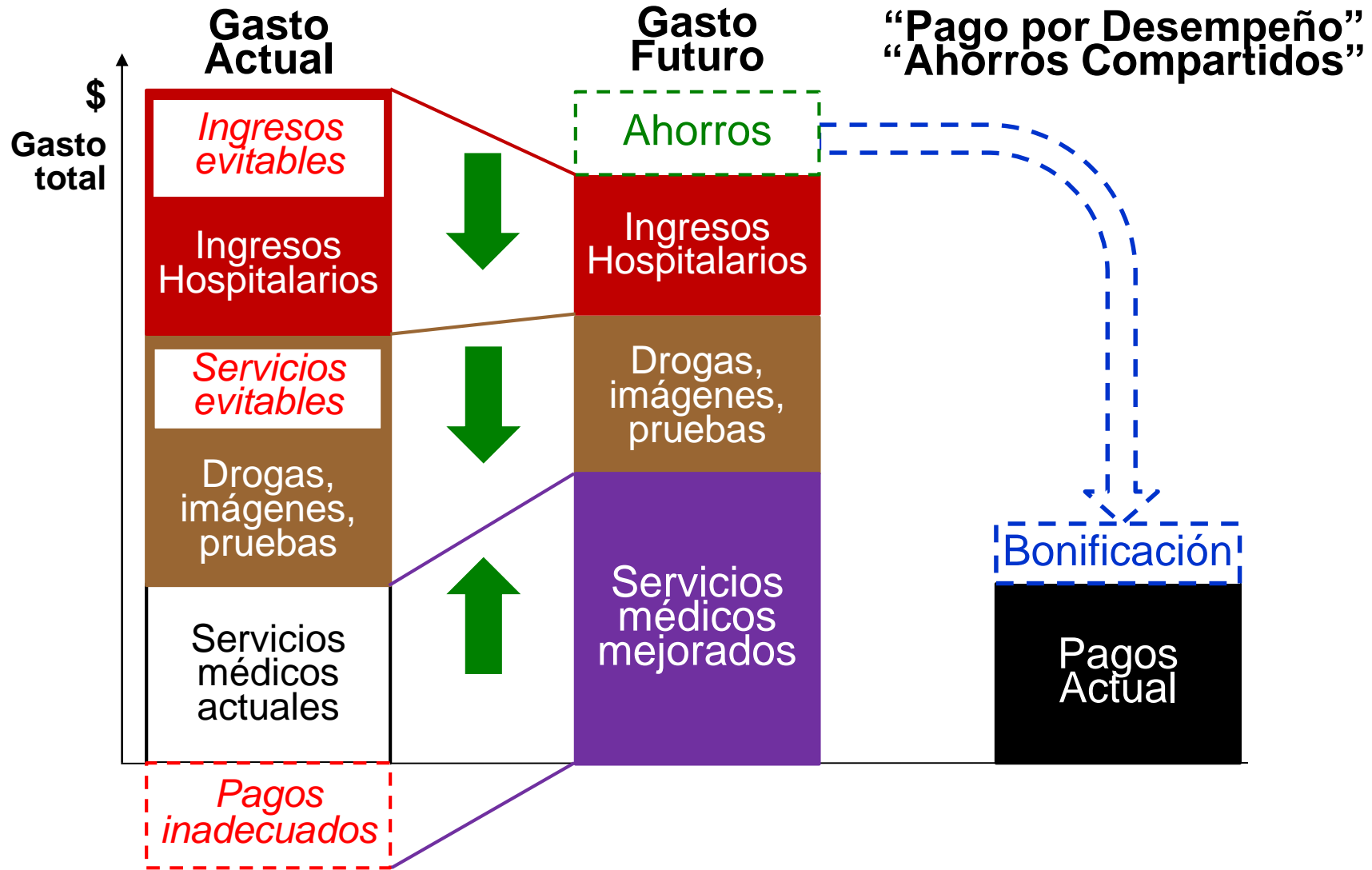
- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo
 - Los prestadores solo deben ser responsabilizados por lo que pueden controlar
 - Una mejor atención puede reducir, pero probablemente no eliminar las exacerbaciones
 - Los médicos no pueden impedir las admisiones en el hospital debido a accidentes
 - Los médicos solo pueden usar medicamentos de menor costo si *existentes* medicamentos de menor costo
 - Los médicos no pueden controlar los precios de los medicamentos

¡Es cierto que esto es complejo!

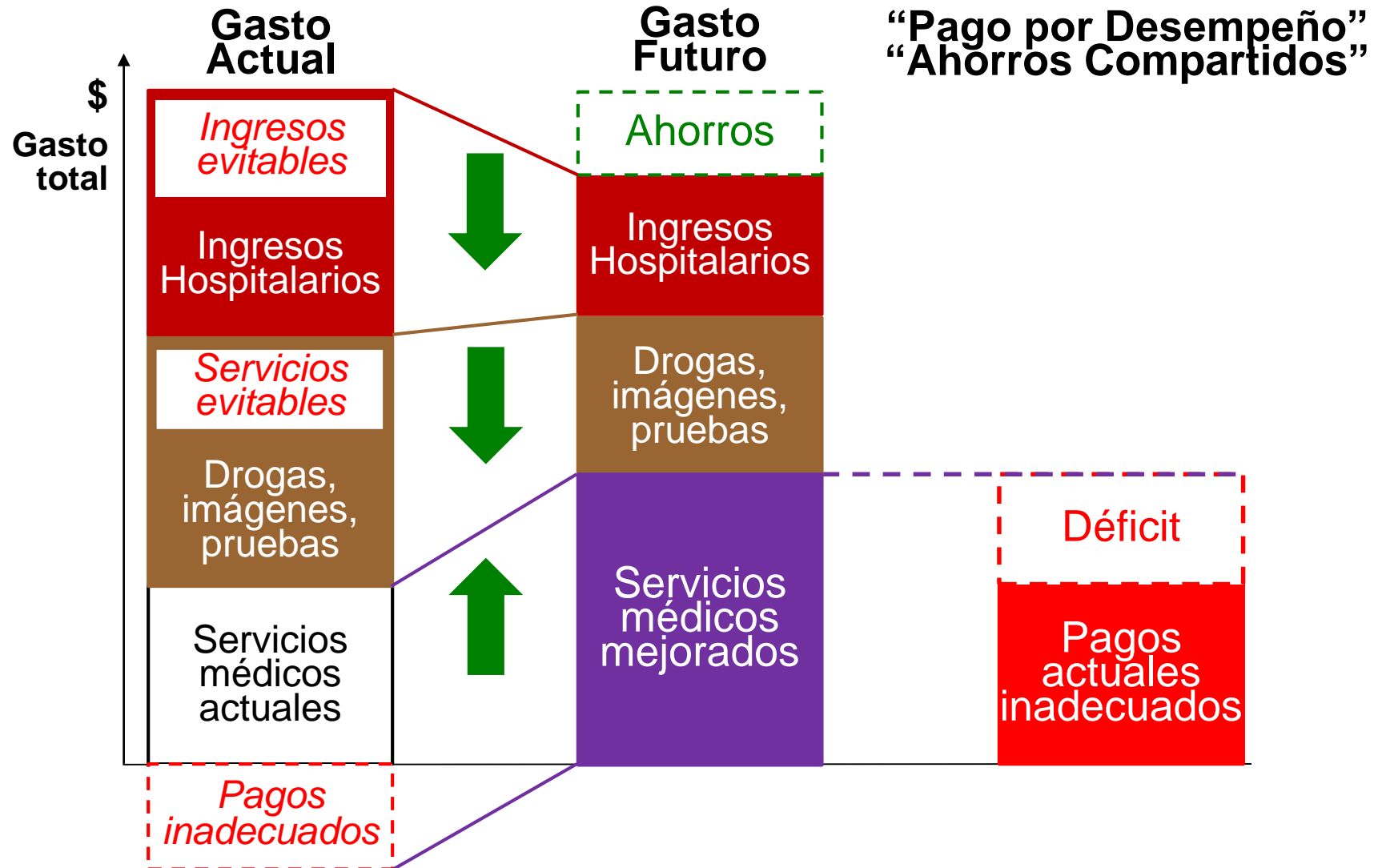


Componente de Pago	Requisitos Mínimos Para Recibir el Pago	Bonificaciones y Sanciones Basadas en el Rendimiento
Diagnóstico y Tratamiento Inicial	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque basado en la evidencia para ordenar pruebas Enfoque basado en la evidencia para prescribir el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de éxito en el control de los síntomas al final del período de tratamiento inicial
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Bien Controladas	<ul style="list-style-type: none"> Prestación de atención basada en la evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> Sin pago si el paciente es admitido en el hospital (u otro evento que se considere evitable)
Tratamiento Continuo y Manejo de la Atención Para Condiciones Difíciles de Controlar	<ul style="list-style-type: none"> Prestación de atención basada en la evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> Baja tasa de hospitalizaciones (u otros eventos evitables) en relación con los niveles de referencia

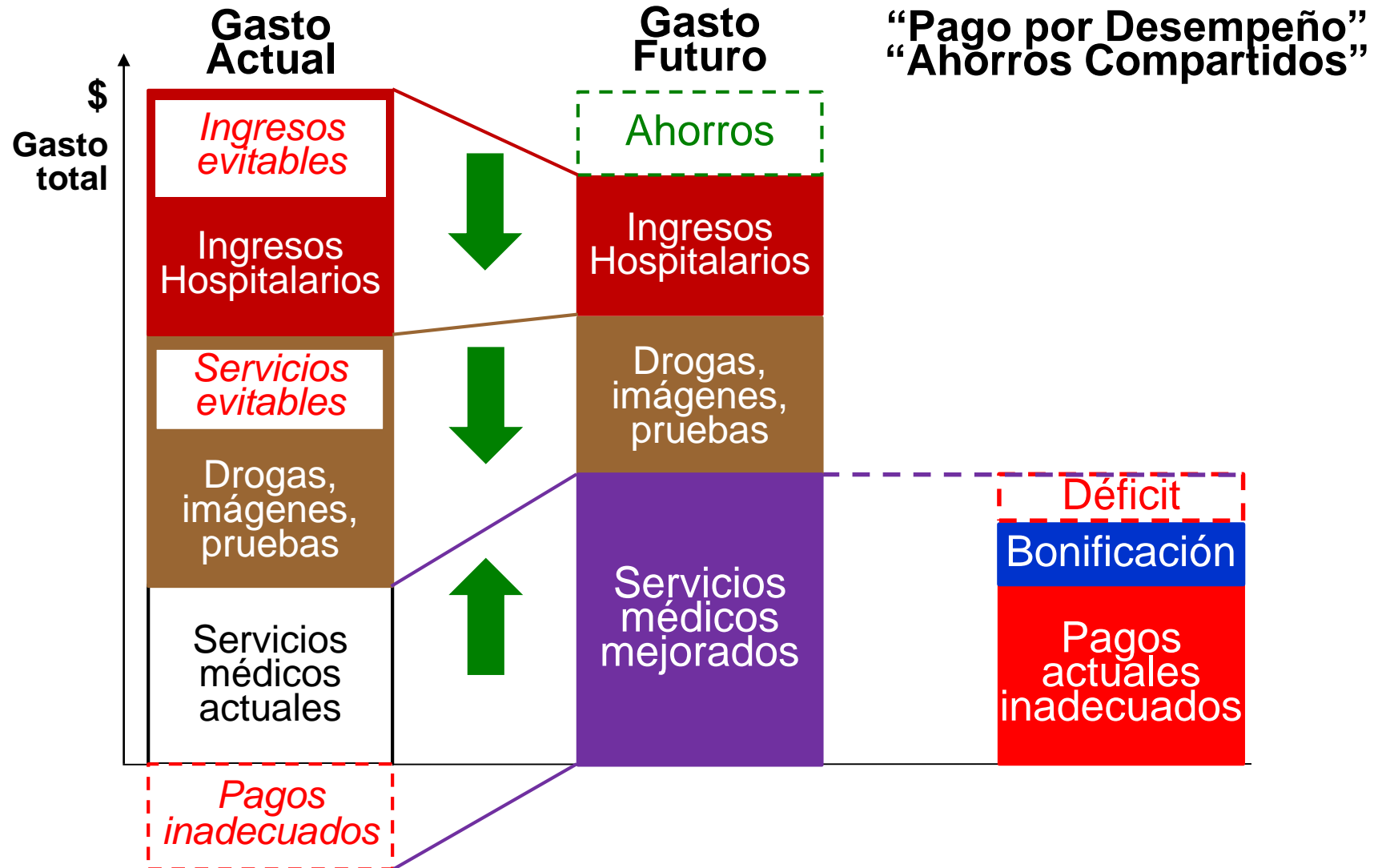
¿No sería más fácil ‘P4P’ o ‘Ahorro Compartido’?



Prestadores no pueden cambiar servicios si los pagos no cambian



Incluso con un bonificación, los pagos pueden no cubrir los costos



Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo
 - Los prestadores solo deben ser responsabilizados por lo que pueden controlar
 - ‘Pagar por el desempeño’ parece más fácil pero no funciona

Después de identificar las oportunidades ...

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable
	3. Diseñar los servicios que reduzcan el gasto evitable

Lograr ahorros requiere: Cambio de atención + Cambio de pago

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO + HOSPITAL
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable
	3. Diseñar los servicios que reduzcan el gasto evitable
	4. Estimar los costos de cambio de servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios nuevos / mejorados entregados por médicos • Atención hospitalaria con menos ingresos de pacientes

Lograr ahorros requiere: Cambio de atención + Cambio de pago

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO + HOSPITAL
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable
	3. Diseñar los servicios que reduzcan el gasto evitable
	4. Estimar los costos de cambio de servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios nuevos / mejorados entregados por médicos • Atención hospitalaria con menos ingresos de pacientes
5. Pagar por cambios en los servicios	

Lograr ahorros requiere: Cambio de atención + Cambio de pago

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO + HOSPITAL
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable
	3. Diseñar los servicios que reduzcan el gasto evitable
	4. Estimar los costos de cambio de servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios nuevos / mejorados entregados por médicos • Atención hospitalaria con menos ingresos de pacientes
5. Pagar por cambios en los servicios	
	6. Ofrezca servicios mejorados y asuma la responsabilidad de reducir el gasto evitable

No espere grandes ahorros de inmediato

No espere grandes ahorros de inmediato

- **Los médicos necesitan tiempo para cambiar**
 - Tiempo para contratar y capacitar a nuevos empleados (por ejemplo, gestores de atención)
 - Tiempo para rediseñar los procedimientos operativos
 - por ejemplo, brindar atención proactiva en lugar de atención reactiva
 - por ejemplo, identificando y enfocando en pacientes de alta necesidad
 - por ejemplo, ofrecer más atención en el hogar

No espere grandes ahorros de inmediato

- **Los médicos necesitan tiempo para cambiar**
 - Tiempo para contratar y capacitar a nuevos empleados (por ejemplo, gestores de atención)
 - Tiempo para rediseñar los procedimientos operativos
 - por ejemplo, brindar atención proactiva en lugar de atención reactiva
 - por ejemplo, identificando y enfocando en pacientes de alta necesidad
 - por ejemplo, ofrecer más atención en el hogar
- **Los hospitales necesitan tiempo para cambiar**
 - La mayoría de los costos son fijos en el corto plazo (a largo plazo, todos los costos son variables)
 - Los hospitales fueron diseñados para grandes volúmenes de pacientes, y costará dinero rediseñarlos para volúmenes más bajos y pacientes de mayor necesidad
 - El personal del hospital necesitará tiempo y capacitación para comenzar a trabajar en atención ambulatoria

No espere grandes ahorros de inmediato

- **Los médicos necesitan tiempo para cambiar**
 - Tiempo para contratar y capacitar a nuevos empleados (por ejemplo, gestores de atención)
 - Tiempo para rediseñar los procedimientos operativos
 - por ejemplo, brindar atención proactiva en lugar de atención reactiva
 - por ejemplo, identificando y enfocando en pacientes de alta necesidad
 - por ejemplo, ofrecer más atención en el hogar
- **Los hospitales necesitan tiempo para cambiar**
 - La mayoría de los costos son fijos en el corto plazo (a largo plazo, todos los costos son variables)
 - Los hospitales fueron diseñados para grandes volúmenes de pacientes, y costará dinero rediseñarlos para volúmenes más bajos y pacientes de mayor necesidad
 - El personal del hospital necesitará tiempo y capacitación para comenzar a trabajar en atención ambulatoria
- **Los pacientes necesitan tiempo para cambiar**
 - Los pacientes están acostumbrados a buscar atención en los servicios de urgencias
 - Los pacientes creen que recibir más servicios significa una mejor atención

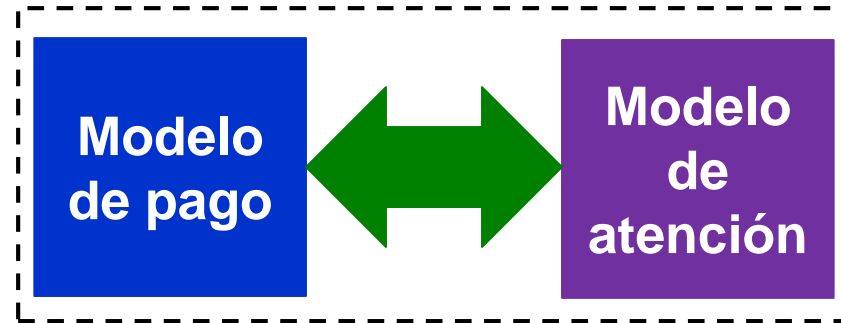
Lograr ahorros requiere: Tiempo adecuado pero acción rápida

ROL DEL ASEGURADOR	ROL DEL MÉDICO + HOSPITAL
1. Analice los datos de los reclamos (RIPS) para mostrar qué servicios están utilizando los pacientes, dónde existe la variación, etc.	
	2. Identificar áreas de gasto evitable
	3. Diseñar los servicios que reduzcan el gasto evitable
	4. Estimar los costos de cambio de servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios nuevos / mejorados entregados por médicos • Atención hospitalaria con menos ingresos de pacientes
5. Pagar por cambios en los servicios	
	6. Ofrezca servicios mejorados y asuma la responsabilidad de reducir el gasto evitable
7. Permita un tiempo adecuado para que los prestadores implementen servicios de alto valor y elimine costos innecesarios	7. Implementar servicios de alto valor y eliminar costos innecesarios lo más rápido posible

Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo
 - Los prestadores solo deben ser responsabilizados por lo que pueden controlar
 - ‘Pagar por el desempeño’ parece más fácil pero no funciona
 - Tiempo necesario para crear nuevos servicios y eliminar los servicios evitables
- **Se Necesita Colaboración Entre Prestadores y Aseguradores**

El pago y la prestación de la atención se deben diseñar *juntos*



Los pagadores y prestadores tienen metas en conflicto

Los pagadores diseñarán las cosas para asegurar que ganen

PREFERENCIA DEL PAGADOR:

- Reducción máxima en el gasto total
- Cambio mínimo en los sistemas de pago y gastos administrativos
- Trasladar riesgo financiero del pagador a los prestadores

EPS

EPS

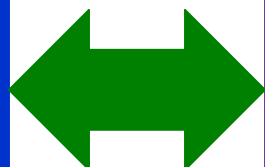
EPS

EPS

EPS

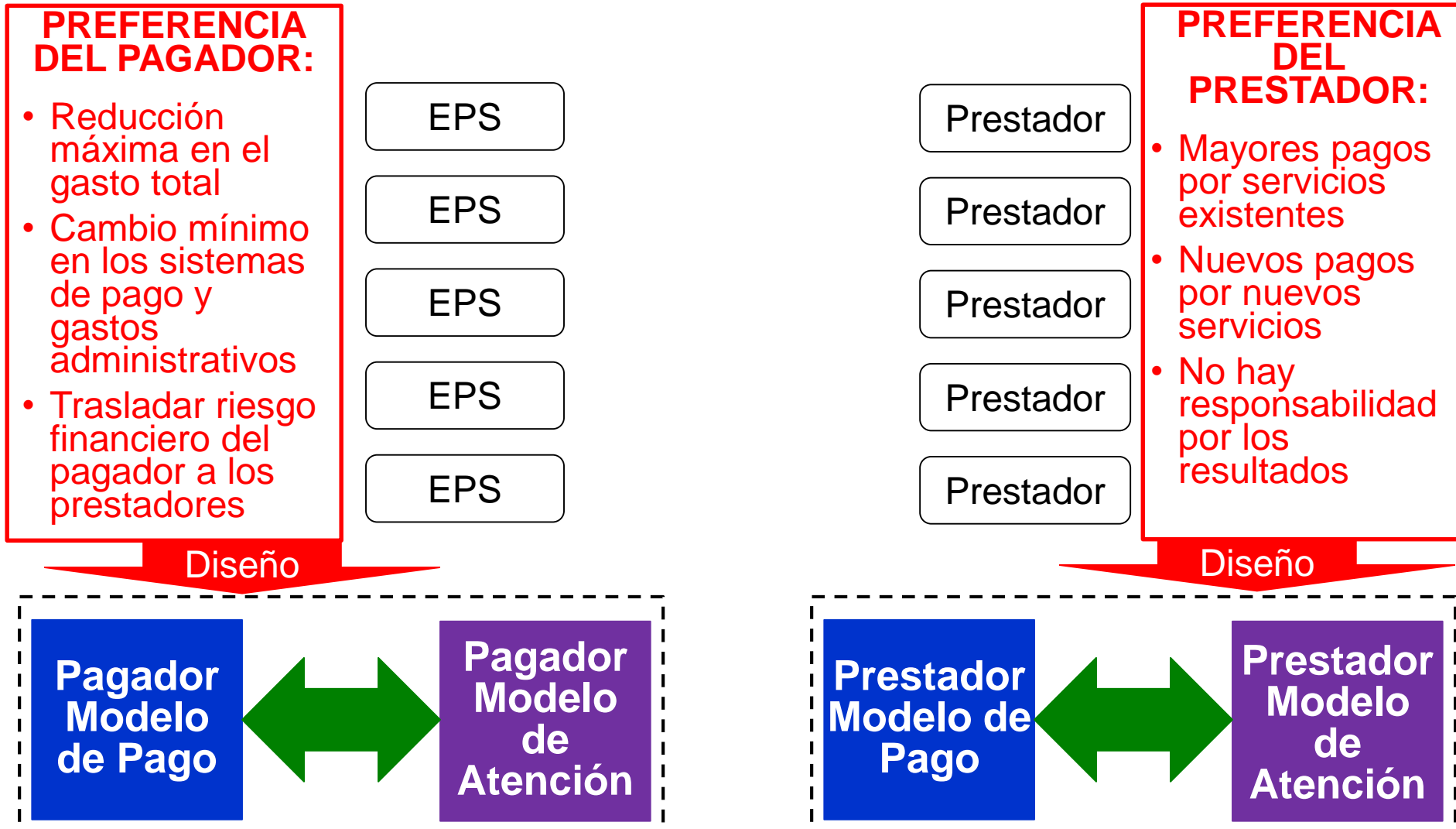
Diseño

Pagador
Modelo
de Pago

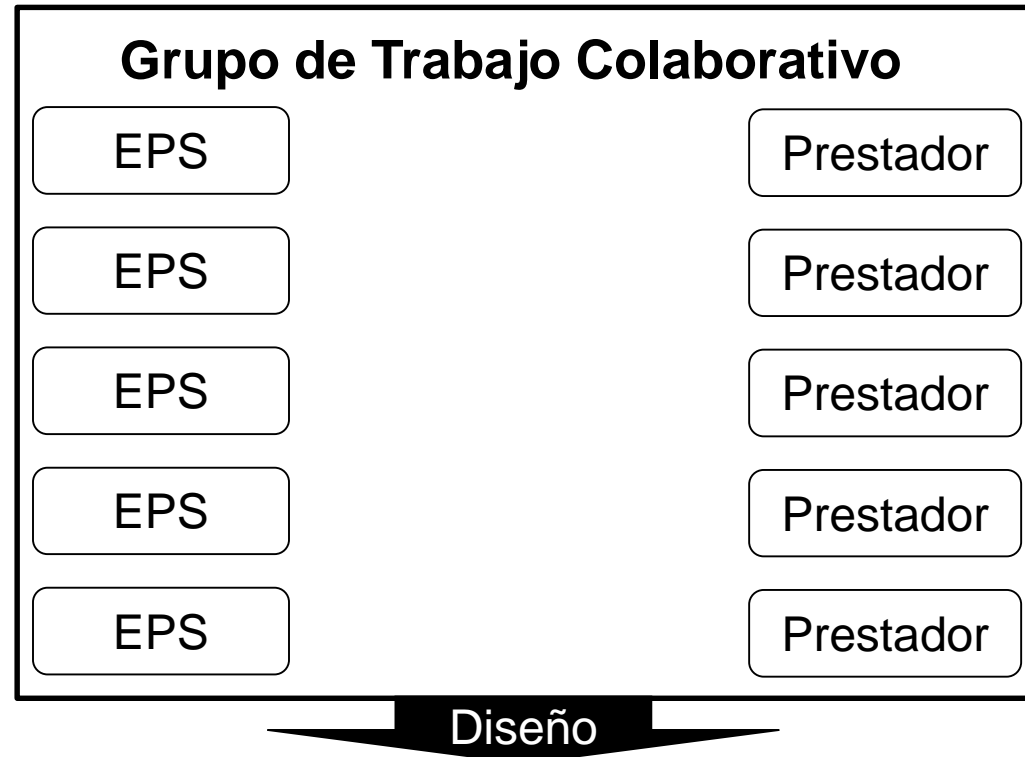


Pagador
Modelo
de
Atención

Los prestadores diseñarán las cosas para asegurar *que ganen*

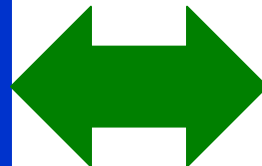


Prestadores y pagadores deben *colaborar* en el diseño



- Ahorros basados en gasto evitable
- Pago adecuado por servicios prestados
- Riesgo por número y tipo de enfermedades del paciente

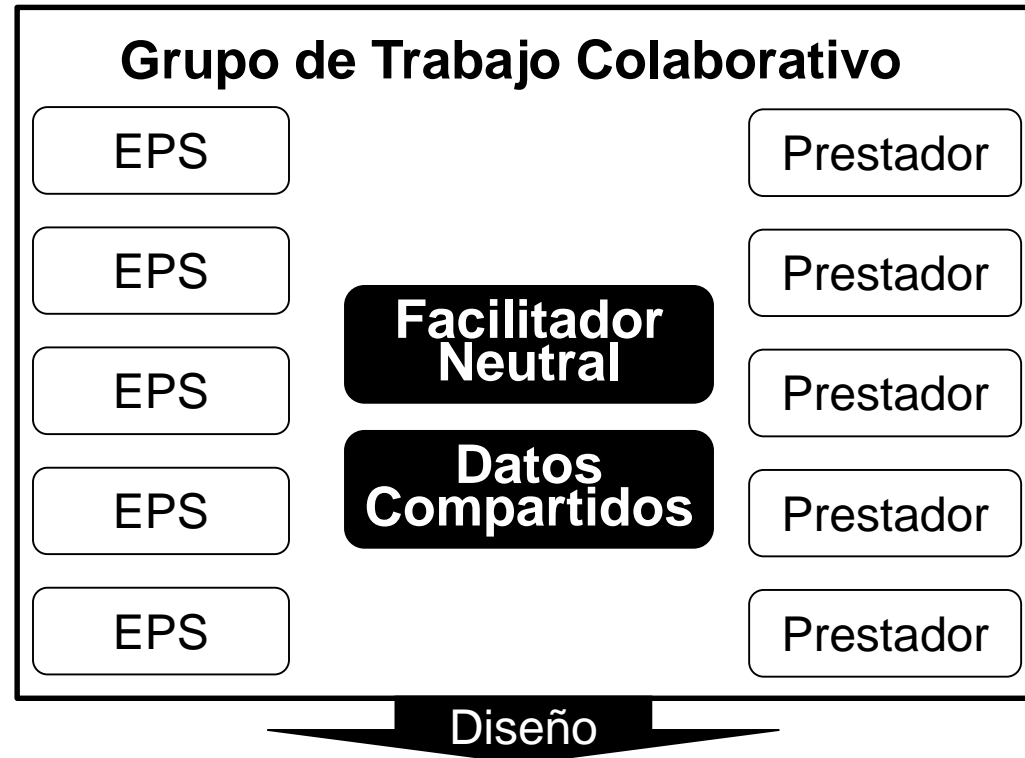
Modelo de pago



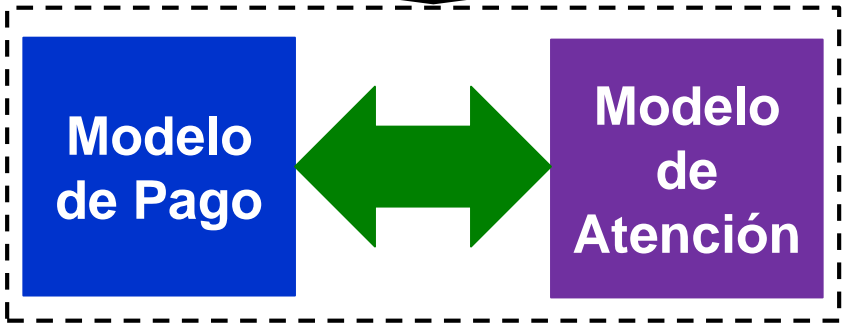
Modelo de atención

- Reducción del gasto evitable
- Responsabilidad por el costo controlable y los resultados

Un facilitador neutral y datos compartidos ayudarán a crear confianza



- Ahorros basados en gasto evitable
- Pago adecuado por servicios prestados
- Riesgo por número y tipo de enfermedades del paciente



- Reducción del gasto evitable
- Responsabilidad por el costo controlable y los resultados

‘Colaboraciones Regionales para la Mejora de la Salud’ en los EEUU

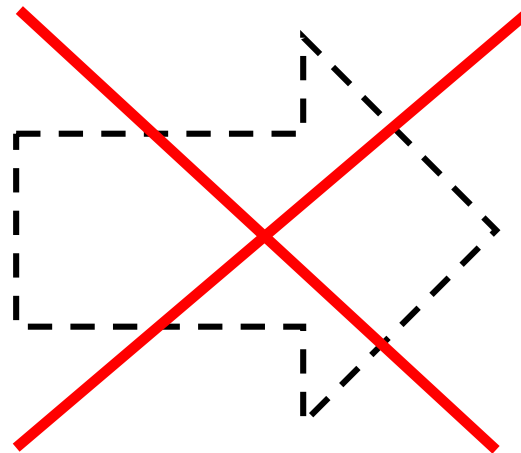


Network for Regional Healthcare Improvement (NRHI)

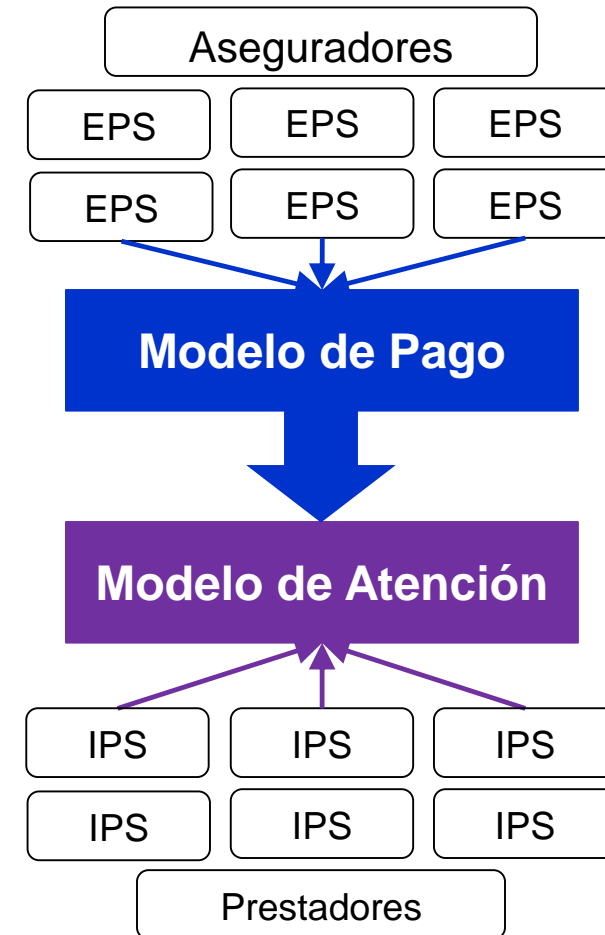


No es realista esperar una implementación inmediata

DISEÑO



IMPLEMENTACIÓN



Una vez que se desarrolla un diseño inicial (imperfecto) ...

DISEÑO

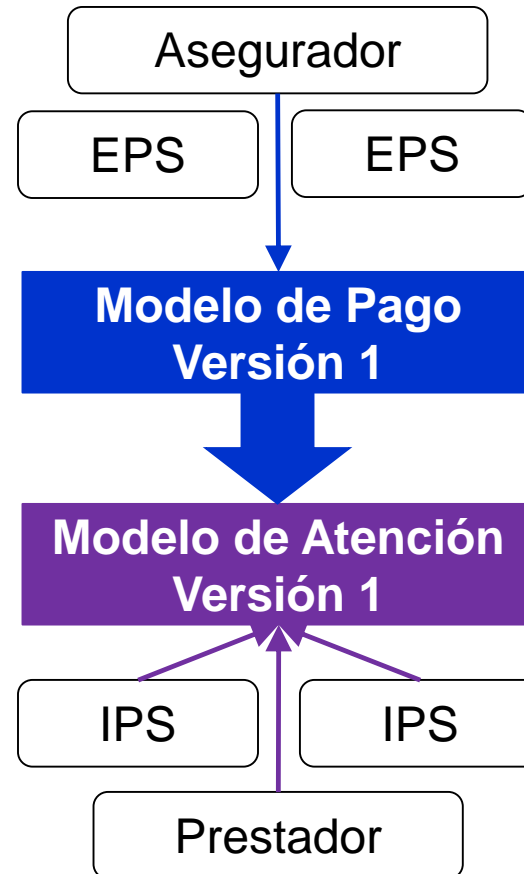


... Pruébalo a pequeña escala con plans y proveedores dispuestos ...

DISEÑO



INICIALES

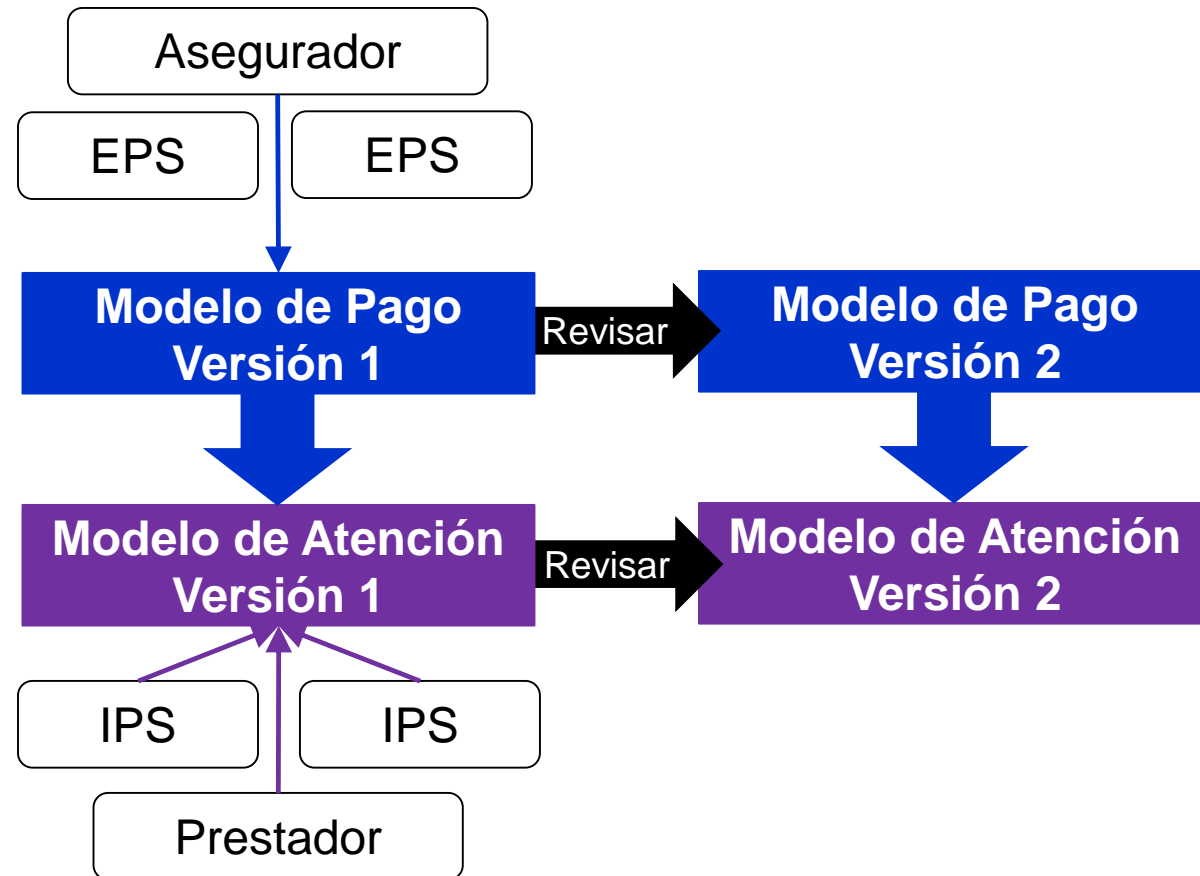


Hacer revisiones para corregir problemas identificados en la prueba

DISEÑO



INICIALES

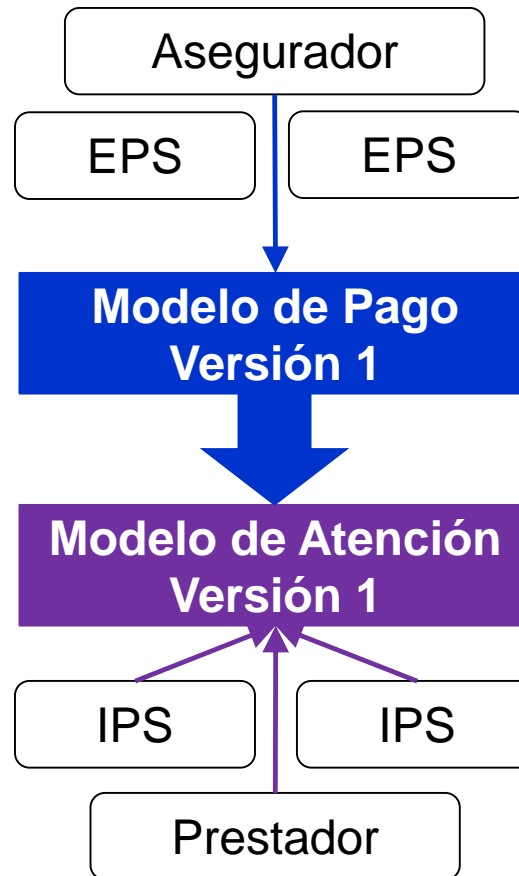


...Luego implementar los modelos revisados en una escala más amplia

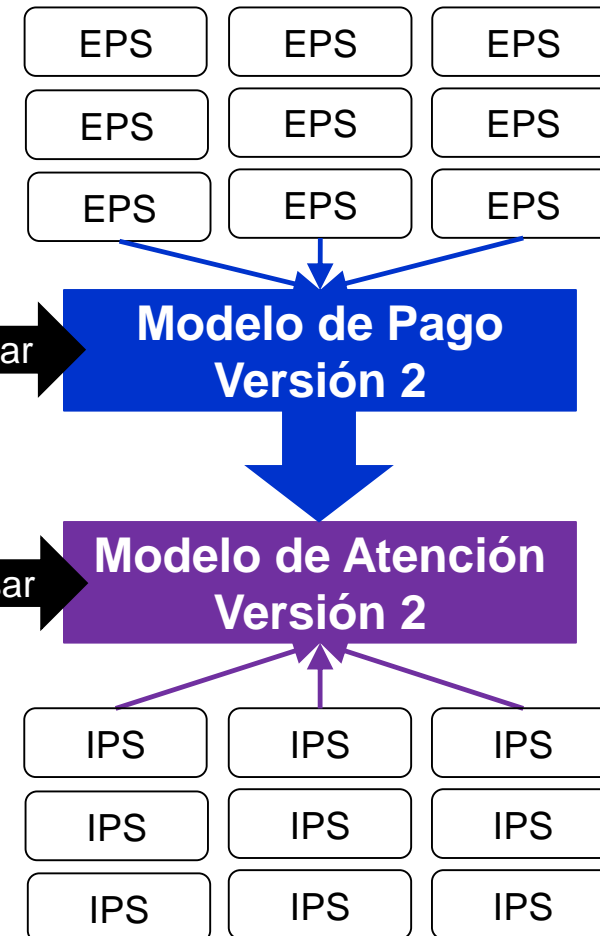
DISEÑO



INICIALES



EXPANSIÓN



Revisar

Revisar

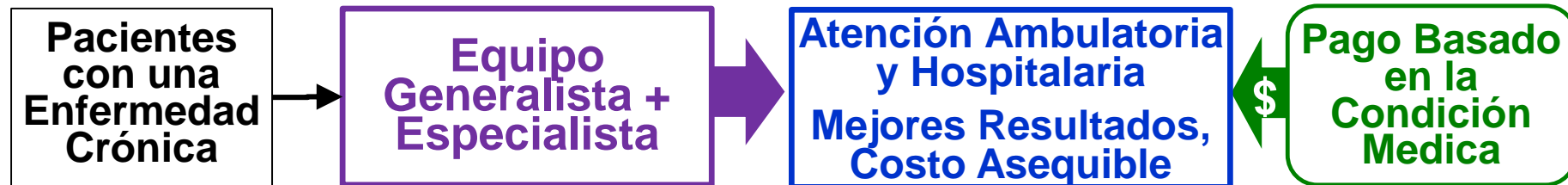
Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo
 - Los prestadores solo deben ser responsabilizados por lo que pueden controlar
 - ‘Pagar por el desempeño’ parece más fácil pero no funciona
 - Tiempo necesario para crear nuevos servicios y eliminar los servicios evitables
- **Se Necesita Colaboración Entre Proveedores y Planes de Salud**
 - Diseñar los servicios y los pagos de forma complementaria
 - Utilice facilitadores neutrales y datos para lograr un acuerdo
 - Comience en pequeña escala primero para identificar y resolver problemas
 - Expandirse con el compromiso de garantizar que los resultados sean ‘ganar-ganar-ganar’

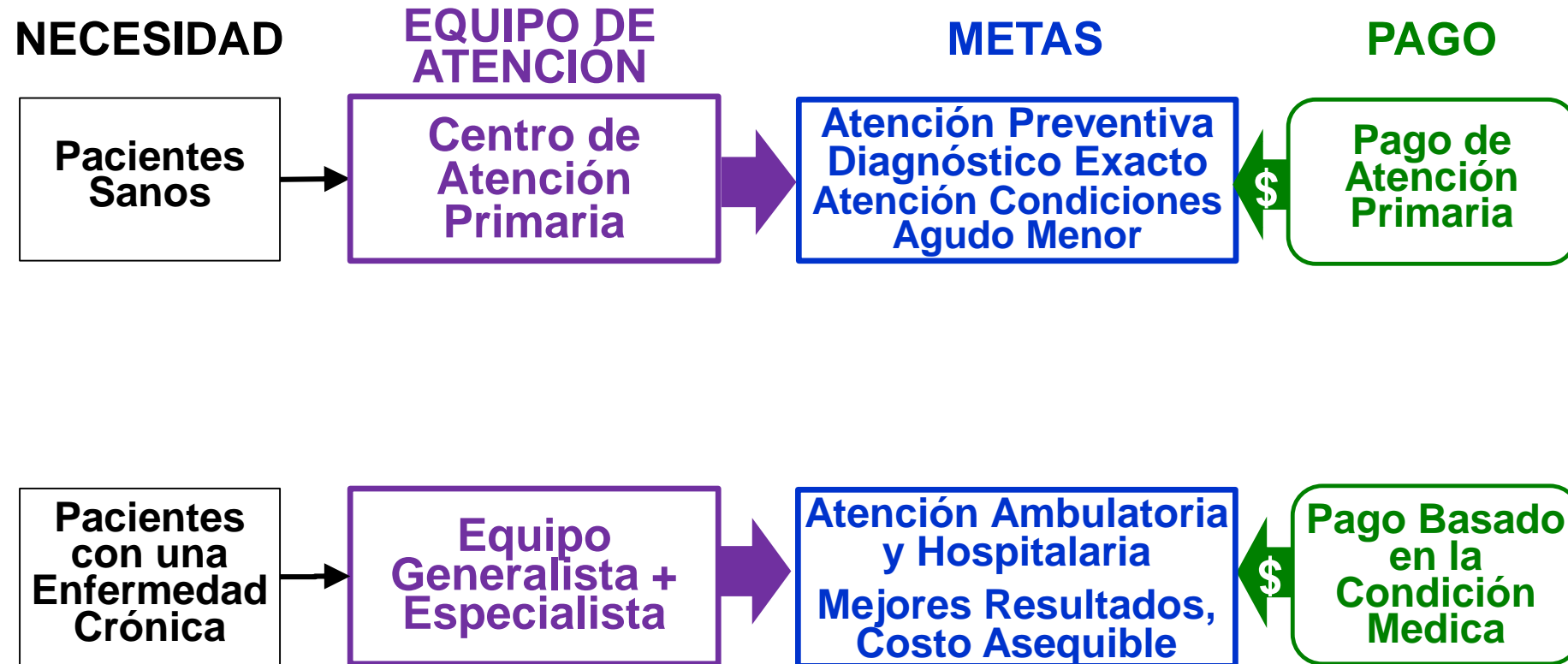
Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de proveedores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo
 - Los prestadores solo deben ser responsabilizados por lo que pueden controlar
 - ‘Pagar por el rendimiento’ parece más fácil pero no funciona
 - Tiempo necesario para crear nuevos servicios y eliminar los servicios evitables
- **Se Necesita Colaboración Entre Prestadores y Aseguradores**
 - Diseñar los servicios y los pagos de forma complementaria
 - Utilice facilitadores neutrales y datos para lograr un acuerdo
 - Comience en pequeña escala primero para identificar y resolver problemas
 - Expandirse con el compromiso de garantizar que los resultados sean ‘ganar-ganar-ganar’
 - **Cree una visión compartida del futuro y trabaje para lograrlo**

La buena atención de las enfermedades crónicas es solo una parte de un buen sistema



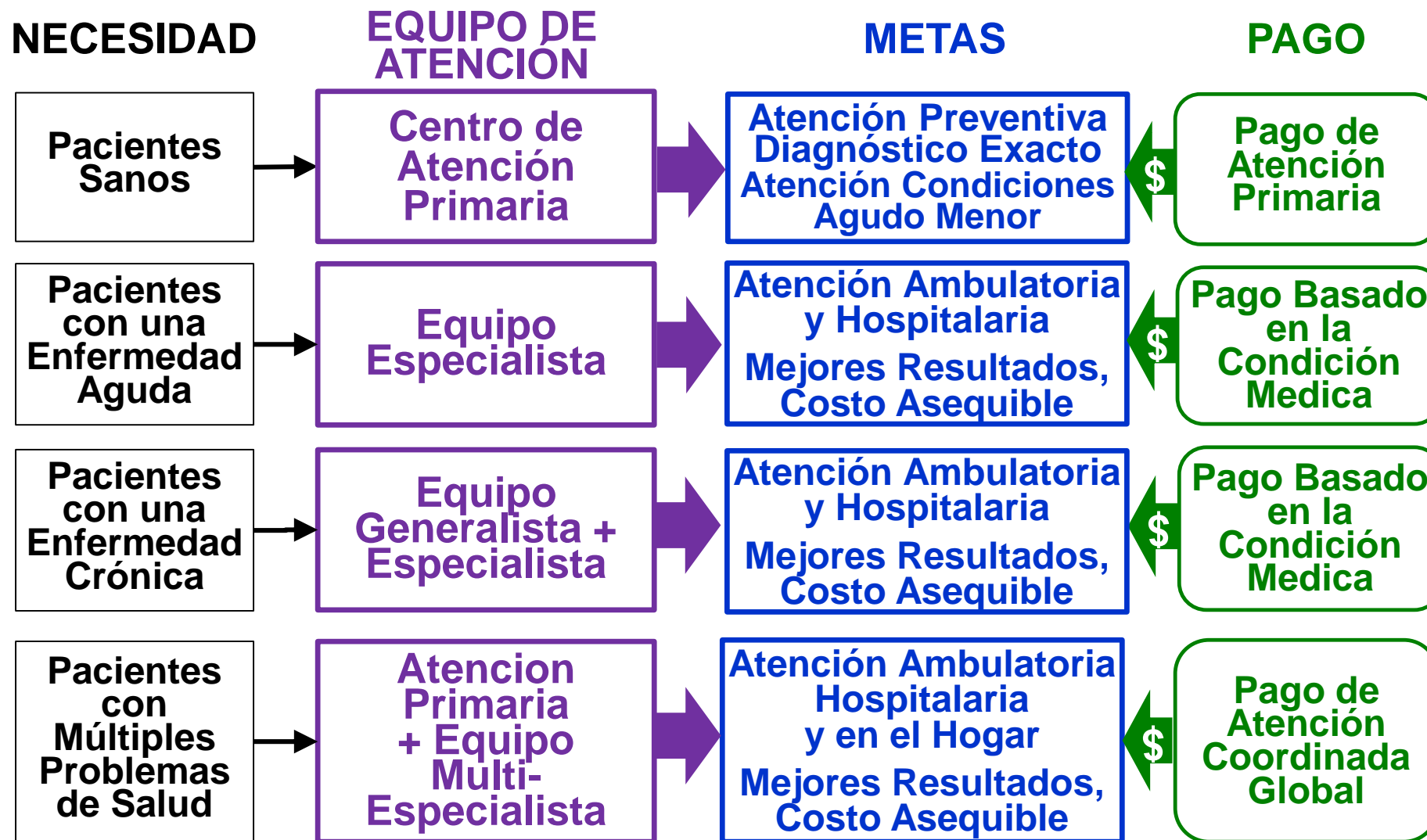
Pacientes sanos necesitan una buena atención para mantenerse saludables



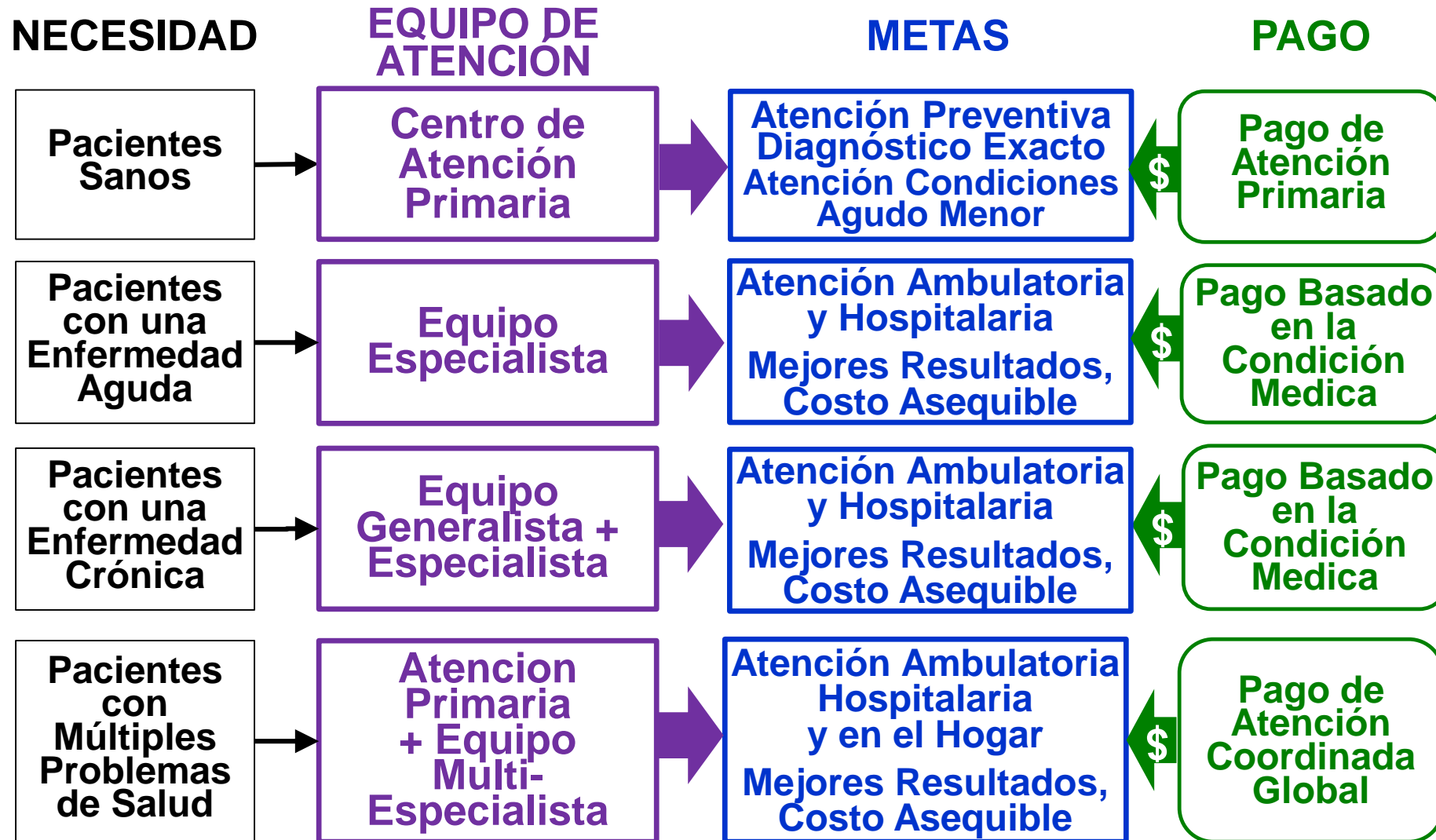
Las enfermedades agudas necesitan buena atención aguda



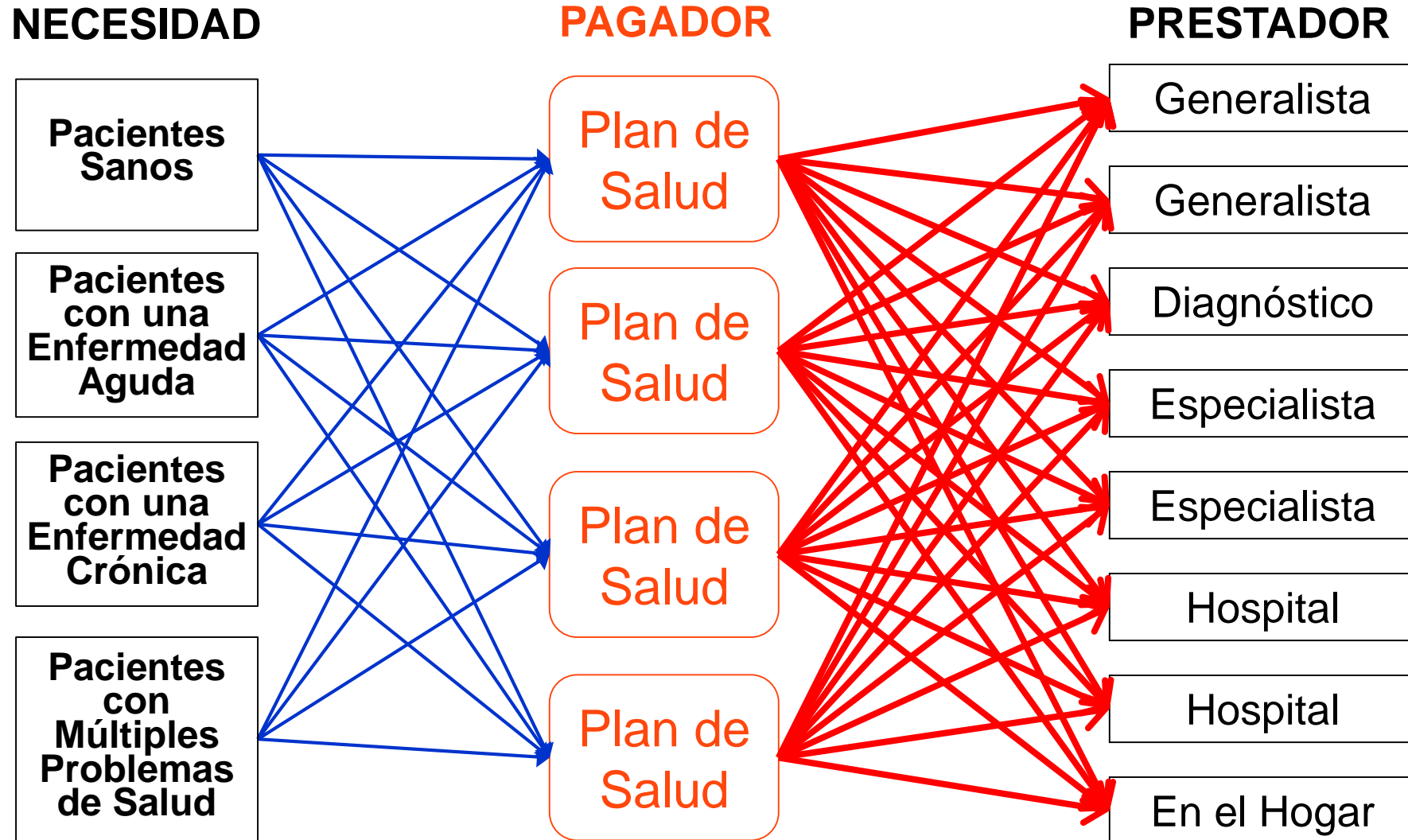
Múltiples problemas necesitan atención coordinada



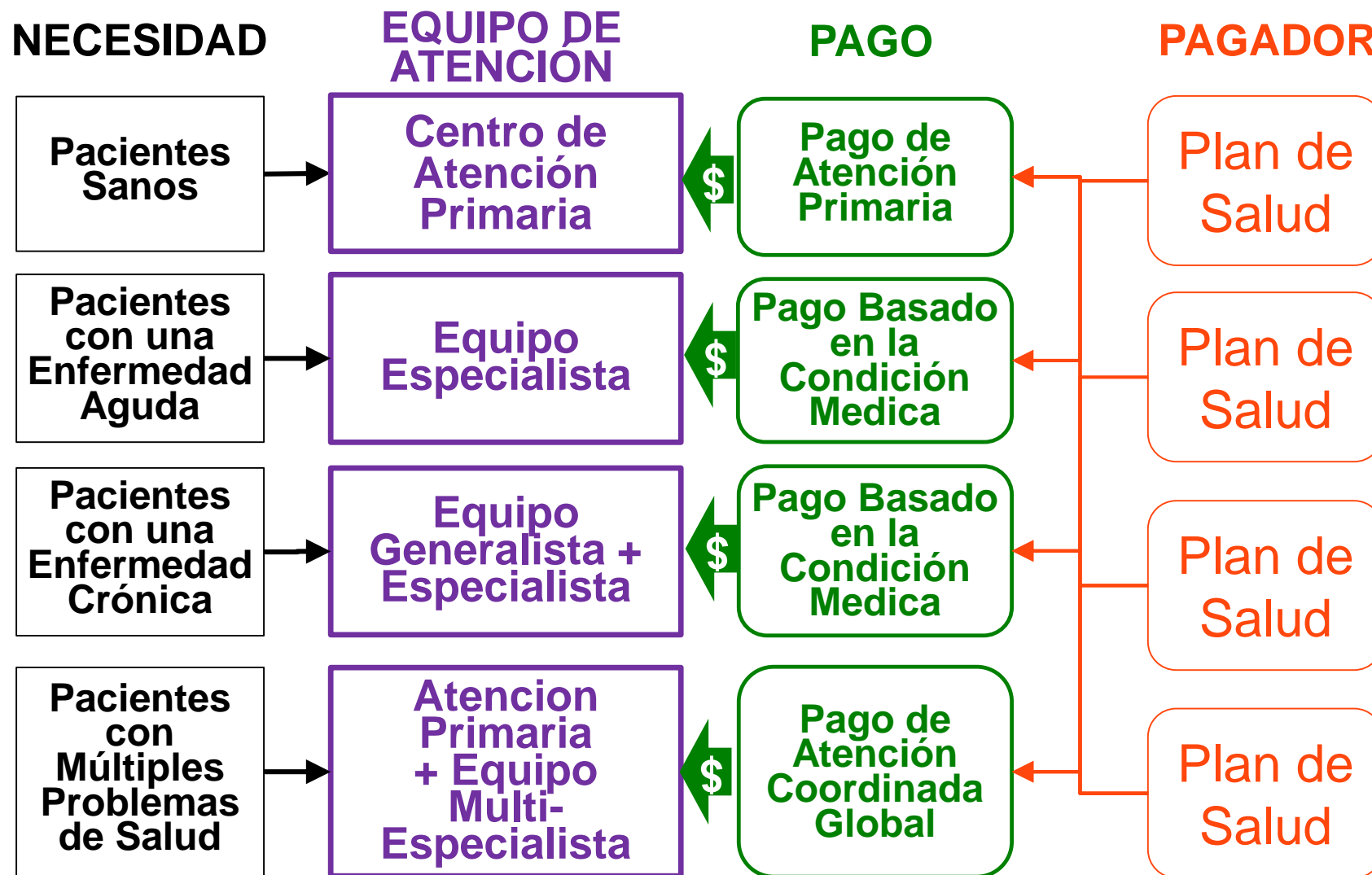
Un sistema de prestación de salud centrado en el paciente



Los planes de salud no pueden ser "el sistema"



Los prestadores deben coordinar la atención, los aseguradores deben pagar por los resultados



Claves para el éxito

- **Cuatro Pasos Para una Atención de Mayor Valor**
 1. Identificar gastos *evitables*
 2. Diseñar *servicios de alto valor* que reduzcan el gasto evitable
 3. *Pagar adecuadamente* por atención rediseñada
 4. Hacer que los equipos de prestadores rindan cuentas por *los resultados*
- **Asegúrese de que Los Detalles Son Correctos**
 - Servicios y pagos serán diferentes para diferentes enfermedades
 - Se necesitan pagos más altos para los pacientes con mayores necesidades
 - Cambios en la atención y el pago no deben limitarse a pacientes de alto riesgo
 - Los prestadores solo deben ser responsabilizados por lo que pueden controlar
 - ‘Pagar por el desempeño’ parece más fácil pero no funciona
 - Tiempo necesario para crear nuevos servicios y eliminar los servicios evitables
- **Se Necesita Colaboración Entre Prestadores y Aseguradores**
 - Diseñar los servicios y los pagos de forma complementaria
 - Utilice facilitadores neutrales y datos para lograr un acuerdo
 - Comience en pequeña escala primero para identificar y resolver problemas
 - Expandirse con el compromiso de garantizar que los resultados sean ‘ganar-ganar-ganar’
 - Cree una visión compartida del futuro y trabaje para lograrlo

Obtenga más información sobre reformas gana-gana en pago y prestación

www.PaymentReform.org

Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It
 Creating a Patient-Centered Payment System to Support Higher-Quality, More Affordable Health Care
 Harold D. Miller
 First Edition
 September 2017

How to Create an Alternative Payment Model
 Designing Value-Based Payments That Support Affordable, High-Quality Healthcare Services
 Harold D. Miller
 First Edition
 December 2018

A BETTER WAY TO PAY FOR CANCER CARE
 Harold D. Miller
 EXECUTIVE SUMMARY

- Payment reform for cancer care is badly needed. National spending on cancer care has doubled in the past decade and there are many opportunities to reduce spending without degrading care. The ability to fix spending is limited, however, there is no accountability for costs or quality in the current payment system for cancer care, and the current system doesn't pay for the kinds of services oncology practices need to deliver better care at lower cost.
- Value-Based Shared Savings Payment (VBSPP) is an Alternative Payment Model designed by the American Society of Clinical Oncology (ASCO) to support higher quality care at lower cost. It provides more resources and greater flexibility to oncology practices in return for greater accountability for spending and quality. Implementing VBSPP would be a win-win for patients, payers, and oncology practices because it would:
 - Significantly increase payments to oncology practices.
 - Reduce total spending for payers, and
 - Enable patients to receive the services they need to achieve the best outcomes and avoid complications, without use of burdensome essential services in order to achieve savings.
- The basic Patient-Centered Oncology Payment structure can be easily implemented with both precision and justice as part of the current billing and claims payment systems. Two optional variants – Consolidated Payments for Oncology Practice Services and Value-Based Payments for Oncology Care – work private practice flexibility and accountability for costs and quality. They also provide the ability to manage more bundled payments.
- Patient-Centered Oncology Payment would be more effective in supporting the delivery of best-in-class care and would be a win-win for payers. It would allow shared savings payment models. Patient-Centered Oncology Payment also avoids the problems of a reliance on the Center for Medicare and Medicaid Innovation and POC to help assist patients and practices that oncology practices will deliver high-quality care at lower costs than POC.
- The approach used by ASCO to develop Patient-Centered Oncology Payment can serve as a template for developing other Alternative Payment Models for specialties who face other types of health problems.

An Alternative Payment Model for MATERNITY CARE
 OVERVIEW OF THE APM
 DETAILS OF THE APM
 1. Opportunities for Savings and Quality Improvement
 2. Changes in Care Delivery Needed and Associated Costs
 a. New and Different Services to Be Delivered
 © Center for Healthcare Quality and Payment Reform | www.CHQPR.org

Gratis, pero solo en ingles, lo siento!



Para más información:

Harold D. Miller

Presidente y CEO

Centro Para La Calidad de La Atención Médica
y La Reforma de Pagos

Miller.Harold@CHQPR.org

(412) 803-3650

@HaroldDMiller

www.CHQPR.org

www.PaymentReform.org

@PaymentReform