

Presupuesto global con base en el valor

Oregón solicita autoridad para crear presupuestos globales con base en el valor de la organización de atención coordinada (coordinated care organization, CCO) que impulsen mejor las inversiones en la equidad de la salud, incentiven el gasto en servicios relacionados con la salud y se desarrollen para cubrir todos los costos razonables y apropiados del funcionamiento del programa de la CCO, al tiempo que aumenten a una tasa de crecimiento predecible en línea con el objetivo de crecimiento de los costos del estado.¹ Los nuevos presupuestos globales con base en el valor proporcionarían previsibilidad y flexibilidad a largo plazo para las CCO y los proveedores, lo que a su vez impulsaría inversiones adicionales en prevención y servicios relacionados con la salud para mejorar los resultados y reducir los costos de la salud evitables.

Este presupuesto global con base en el valor revertiría aún más los incentivos financieros en el sistema de prestación: en lugar de ser recompensados económicamente cuando los miembros de Medicaid están enfermos y acceden a más atención, las CCO serían responsables de la salud de los miembros y tendrían más recursos para invertir cuando la salud de los miembros mejora; se eliminan las inequidades y se previenen los eventos de salud evitables a través de una atención de mejor calidad y más coordinada para los miembros.

En esta renovación de la exención de demostración 1115(a), Oregón solicita flexibilidad en la exención en cuanto a la forma en que se suelen establecer las tarifas de capitación de la atención gestionada de Medicaid (CCO), mediante el mantenimiento de unas tarifas razonables y adecuadas, a fin de cumplir los objetivos descritos anteriormente. En concreto, Oregón solicita la autoridad para:

1. Calcular un presupuesto de base (tarifa de capitación) que sea razonable y adecuado para los servicios cubiertos y el riesgo de la población, y que se base en varios años de utilización y gasto históricos, tendencias recientes y gastos en servicios relacionados con la salud.
2. Proyectar la tarifa de base de forma previsible durante cinco años, sin reajustar los presupuestos de base cada año.
3. Aumentar la previsibilidad de los costos a través de una gestión más rigurosa de los costos de farmacia que permita un enfoque de formulario cerrado al estilo comercial que puede excluir los medicamentos con evidencia limitada o inadecuada de eficacia clínica.

Problema y antecedentes

La mayor parte de la salud de las personas no está determinada por la atención médica que reciben, sino por los determinantes sociales, como el vecindario y el entorno construido, el acceso a alimentos saludables y las

¹ Objetivo de gasto anual per cápita que se aplicará en todos los mercados de atención médica a partir de 2021

oportunidades de trabajo e ingresos.² Oregón reconoce cada vez más que debemos abordar estos determinantes sociales de la salud para reducir los costos médicos y mejorar la equidad en lo que respecta a la salud³.

Además, las nueve tribus y comunidades tribales reconocidas por el gobierno federal de Oregón, las poblaciones de latinos, afroamericanos, asiáticos, isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska, las comunidades de color, las personas con discapacidades, las personas con un dominio limitado del inglés y las comunidades de inmigrantes y refugiados tienen peores condiciones sociales y medioambientales, y peores resultados en lo que respecta a la salud, lo que se debe en parte a la falta crónica de inversión por parte del gobierno estatal y federal. La pandemia del COVID-19 ha puesto de relieve este punto, ya que las comunidades de color sufren daños de forma desproporcionada en comparación con sus pares blancos.⁴

El sistema actual de las organizaciones de atención médica administrada no hace lo suficiente para incentivar las inversiones en la salud, la prevención, la mejora de los resultados o la equidad sanitaria. Tradicionalmente, las organizaciones de atención médica administrada y los proveedores de atención médica reciben un pago con base en el grado de enfermedad del miembro y en el número de servicios de atención médica que recibe. Por lo general, las organizaciones de atención médica administrada experimentan aumentos en sus tarifas de capitación año tras año cuando los miembros están enfermos y acceden a más servicios o incurren en más costos, y disminuyen sus tarifas si los pacientes están más sanos y necesitan menos servicios. Este modelo de pago es un desincentivo en sí mismo para centrarse en la prevención, la gestión de la atención y otras intervenciones de menor costo que podrían evitar un evento relacionado a la salud y los servicios resultantes para un miembro.

Cuando Oregón creó las CCO y el modelo de atención coordinada de Medicaid en 2012, uno de los objetivos principales era pasar de un modelo centrado principalmente en la prestación de servicios de atención médica a un nuevo modelo con organizaciones gestionadas por la comunidad que operan en un modelo económico diferente y que se centran en la mejora de los resultados médicos y la gestión de la salud de la población. Oregón aspiraba a aplicar una metodología de fijación de tarifas con dos objetivos:

1. combinar los flujos de financiación de la salud física, conductual y bucodental para que una sola organización sea responsable de todas las necesidades de la atención médica de sus miembros, y
2. cambiar los incentivos financieros del sistema de atención médica para que las recompensas económicas provengan de poblaciones atendidas más sanas, en lugar de enfermas.

Según la metodología original de la fijación de tarifas de las CCO de Oregón, el objetivo era que el sistema de salud cambiara el gasto para centrarse en la prevención que redujera los cuidados agudos evitables; por ejemplo, inversiones más fuertes en la salud conductual de la comunidad que pudieran evitar las visitas al hospital. Otro objetivo era que se destinaran cada vez más fondos a los servicios relacionados con la salud que cubrieran las

² Magnan, S. (2017). Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five. National Academy of Medicine. Disponible en: <https://nam.edu/social-determinants-of-health-101-for-health-care-five-plus-five/>

³ <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>; <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-07/COMBINED-ROI-EVIDENCE-REVIEW-7-1-19.pdf>

⁴ <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/>

necesidades sociales, como la vivienda y la alimentación, con el fin de mejorar la salud y evitar los costos médicos.

Oregón ha tenido éxito en la combinación de flujos de financiación para los servicios de atención médica facturables; sin embargo, con los actuales requisitos federales para las tarifas de capitación, todavía nos queda ver un verdadero cambio en los incentivos financieros para los resultados que buscamos. La visión de un presupuesto global con base en los valores aún no se ha hecho realidad en Oregón. En concreto, las tarifas de las CCO siguen basándose, en gran medida, en los gastos médicos recientes, lo que perpetúa los desincentivos intrínsecos a la hora de trasladar los recursos a la prevención y los servicios relacionados con la salud, y de contener los costos.

Oregón ha innovado todo lo posible en virtud de los requisitos actuales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) para las tarifas de capitación de la atención médica administrada con el fin de cambiar el incentivo financiero y promover la salud de la población. A pesar de los esfuerzos de Oregón por perfeccionar el proceso de fijación de tarifas a lo largo del tiempo (consulte el recuadro de la página siguiente), estas estrategias han sido insuficientes para cambiar fundamentalmente el modelo económico que impulsa el gasto de las CCO. Aunque ha aumentado, Oregón no ha visto un cambio marcado en el gasto de las CCO en servicios relacionados con la salud. El gasto en servicios relacionados con la salud supone una media del 0.7 por ciento de los presupuestos anuales de las CCO. El concepto del presupuesto global original de Oregón tenía como objetivo impulsar las comunicaciones locales y comunitarias sobre cómo cambiar el gasto dentro del sistema para satisfacer mejor las necesidades de la comunidad y gastar de forma inteligente con los recursos limitados; así se maximizarían los resultados relacionados con la salud. Sin embargo, la distribución del gasto dentro del sistema de salud de Oregón (por ejemplo, las cantidades divididas entre salud física, conductual y bucodental) sigue siendo en gran medida la misma, lo que indica que el gasto sigue la tendencia histórica y el poder del mercado, en lugar de que haya un verdadero cambio de enfoque hacia la salud de la población. Oregón no puede abordar plenamente las inequidades en materia de salud ni corregir el racismo histórico y los desequilibrios de poder en el sistema de salud, a menos que los incentivos financieros del sistema se centren más plenamente en la salud de la población e impulsen las comunicaciones de la comunidad sobre la priorización de los recursos para lograr mejores resultados.

Cambios en la metodología de las tarifas hasta la fecha

Las tarifas de las CCO se elaboran con una metodología que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo en un esfuerzo por incentivar el uso de servicios de alto valor y bajo costo, y reducir las oportunidades de especular y obtener un beneficio excesivo a expensas del acceso y la calidad de los miembros, al tiempo que se mantienen dentro de los límites de los principios actuariales establecidos. Por ejemplo:

- **Datos básicos estatales.** Durante la más reciente adquisición de contratos de CCO de 5 años en 2019, la Oregon Health Authority, OHA, introdujo el uso de datos de base en el estado al desarrollar las tarifas de capitación iniciales. Esto se hizo para suavizar la consecuencia de que se utilice demasiado una sola CCO y evitar que hiciera subir las tarifas indefinidamente, al tiempo que se aplicaban factores regionales para garantizar que las tarifas reflejaran las variaciones apropiadas en la utilización y los precios.
- **Programa de recompensas con base en el rendimiento.** En el 2022, la OHA aplicará la recompensa con base en el rendimiento (performance-based reward, PBR), un programa aprobado a través de nuestra última renovación de la exención que está diseñado para recompensar los logros en los servicios relacionados con la salud y la contención de los costos, sujetos a las garantías de calidad. El PBR funciona variando el margen de beneficios de una CCO en relación con lo que gasta en servicios de salud pública, para fomentar una mayor adopción de servicios no médicos de alto valor. Esto evita en parte el famoso “premium slide”, en el que el ahorro supone un desincentivo para la CCO, es decir, cuando las tarifas se elaboran utilizando datos históricos de costos y utilización, las CCO que reducen los costos ven reducidas sus tarifas cada año.

Oregón busca autoridad para trabajar con una metodología de desarrollo de tarifas capitales para un nuevo presupuesto global con base en el valor que sea lo más simple posible y fácil de entender para la comunidad y la CCO, así como más predecible para el estado y la comunidad. Debe quedar claro que, al centrar el gasto en la equidad de la salud, la prevención, la coordinación de la atención y la calidad, las CCO mejorarán la salud y conseguirán ahorrar. Esta metodología racionalizada irá acompañada de una sólida rendición de cuentas respecto a las necesidades de los miembros y de la comunidad, así como de estrategias que garanticen que el gasto en equidad de la salud sea impulsado por la comunidad.

Con los cambios que propone Oregón para crear un presupuesto global con base en el valor, esperaríamos los siguientes resultados:

- Un aumento sustancial de los servicios relacionados con la salud, junto con la reducción de la carga administrativa que supone el recuento detallado de los servicios relacionados con la salud para obtener “crédito” en la fijación de las tarifas (como se exige actualmente en el marco de la recompensa con base en el rendimiento). Un mayor gasto en servicios relacionados con la salud derivará en:
 - Más inversión en la salud comunitaria que promueva la equidad de la salud
 - Más inversión en servicios preventivos de alto valor

- Una mayor coordinación de la atención y mejor gestión de los miembros que incurren en costos elevados, incluidos los miembros en transición entre sistemas y etapas de la vida: centros penitenciarios, Hospital Estatal de Oregón, servicios residenciales de salud mental, jóvenes en régimen de acogida, debido a los incentivos financieros más claros para mejorar los resultados.
- Una disminución del gasto en la atención de menor valor y de los episodios evitables a medida que las CCO destinan fondos a la prevención y a la coordinación de la atención.
- Una mayor responsabilidad de las CCO ante la comunidad a la que sirven en cuanto a cómo se gasta su presupuesto global con base en el valor.
- La tasa de crecimiento de los costos se limita a los objetivos determinados públicamente (consulte el recuadro siguiente) y se ajusta a los objetivos generales de gasto del sistema de atención médica de Oregón.

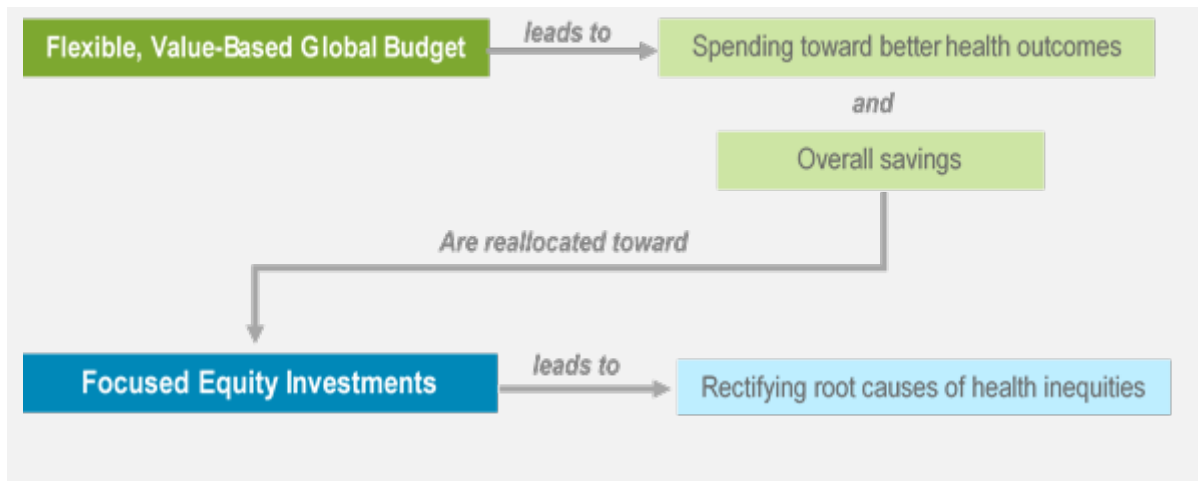
Un elemento central de la estrategia presupuestaria global de Oregón, con base en el valor, es el compromiso con el crecimiento sostenible. La estrategia siempre ha consistido en ahorrar dinero a través de un gasto más eficiente y eficaz que conduzca a mejores resultados de salud, en lugar de reducir los servicios o hacer más estricta la elegibilidad.

El modelo de CCO de Oregón es innovador y rentable. Pero mantener el crecimiento de los costos dentro del objetivo sigue siendo un desafío. Los habitantes de Oregón tienen que lidiar con una crisis de vivienda en todo el estado, emergencias climáticas periódicas provocadas por el cambio climático e inequidades generalizadas causadas por el racismo estructural que, en suma, provocan un aumento de los costos de la atención médica.

La metodología presupuestaria global con base en el valor que se propone en este documento conceptual recompensará el gasto en resultados con respecto a la salud equitativos y de alta calidad, **al tiempo que ayudará a Oregón a seguir frenando el crecimiento de los costos per cápita.**

En el documento conceptual *Focused Equity Investments*, proponemos que los ahorros federales y estatales logrados a través de nuestro compromiso de crecimiento sostenible al 3.0 %–3.4 % (en todos los mercados, no solo en Medicaid) se compartan estatal y localmente para invertir en iniciativas de largo plazo que muestren mejoras cuantificables hacia la equidad de la salud. En comparación, la tendencia nacional de Medicaid se proyecta en un 4.9 por ciento para los años 2022 a 2028.⁵

⁵ NHE Projections (national), Table 17 - NHE Projections 2019-2028



Estrategias propuestas

Aunque los factores que más influyen en la duración y la calidad de vida son las condiciones sociales y comunitarias en las que las personas viven, trabajan y juegan, el sistema de atención médica estadounidense malgasta miles de millones de dólares cada año en servicios innecesarios, prestaciones ineficaces y costos inflados. Cambiando y simplificando los incentivos subyacentes, Oregón tiene como objetivo desplazar la financiación hacia un mayor uso de los servicios diseñados para abordar los determinantes sociales de la salud y hacia las inversiones en la equidad de la salud, que a menudo están fuera del alcance de los proveedores de atención médica, de forma que se reduzcan las inequidades con respecto a la salud y se mejore la salud en general.

Oregón solicita la flexibilidad de la exención en la forma en que se establecen normalmente las tarifas de capitación de las CCO mientras se mantienen unas tarifas razonables y adecuadas, con el fin de cumplir los objetivos descritos anteriormente. Particularmente, solicitamos la capacidad de:

- Calcular un presupuesto de base (tarifa de capitación) proyectando a cinco años de utilización y gastos históricos, al tiempo que se observan las tendencias recientes para garantizar que la base sea razonable y adecuada para los servicios cubiertos y el riesgo de la población, y que tenga en cuenta el gasto en servicios relacionados con la salud. El presupuesto de base se constituiría teniendo en cuenta tanto los gastos médicos históricos como el gasto en servicios relacionados con la salud. Entonces, incentivaría el gasto en actividades que han demostrado prevenir la morbilidad y la mortalidad.
- Proyectar la tarifa de base de forma predecible durante cinco años con un ajuste del presupuesto que tenga en cuenta el nuevo objetivo de crecimiento de los costos médicos en todo el estado de Oregón, así como con otros ajustes específicos necesarios para hacer frente a los eventos imprevistos, sin reajustar los presupuestos de base cada año.
- Aumentar la previsibilidad de los costos a través de una gestión más rigurosa de los costos de farmacia que permita la adopción de un enfoque de formulario cerrado de tipo comercial que puede excluir los medicamentos con evidencia limitada o inadecuada de eficacia clínica. Esta estrategia también puede ayudar a contener los costos de farmacia de los medicamentos de urgencia de manera que se puedan mitigar los futuros ajustes de tarifas.

Para proteger el derecho de los miembros del Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP) con la gama completa de beneficios médicamente necesarias de Medicaid y mitigar cualquier consecuencia no deseada de las solicitudes de exención mencionadas, Oregón incorporará lo siguiente:

Estrategia de mitigación n.º 1: Establecer medidas de prevención firmes y metodológicas para proteger a los miembros mediante la medición y la presentación de informes continuos por parte de las CCO sobre el acceso, la calidad y los resultados, para garantizar que no se produzca una infrautilización inadecuada o la denegación de la atención necesaria.

Estrategia de mitigación n.º 2: Establecer una supervisión rigurosa financiera anual, que incluya la supervisión de la utilización y el gasto, para controlar la solvencia de la CCO y garantizar que los objetivos anuales sean razonables para cubrir los costos previstos, así como desarrollar un mecanismo para realizar ajustes presupuestarios en caso de que ciertos eventos imprevistos, como nuevos tratamientos de alto costo, hagan que la tendencia anual sea inadecuada para cubrir las necesidades de salud de los miembros.

1. Calcular un presupuesto de base (tarifa de capitación) que sea razonable y adecuado para los servicios cubiertos y el riesgo de la población, y que se base en varios años de utilización y gasto históricos, tendencias recientes y gastos en servicios relacionados con la salud.

Para cambiar realmente el enfoque hacia la prestación de la atención de mayor valor, Oregón necesita un presupuesto global con base en el valor para las CCO que sea más sencillo y predecible a largo plazo, y que elimine cualquier incentivo real o percibido para el gasto médico innecesario a corto plazo. El paso a un presupuesto con base en el valor hará que las CCO se centren en proporcionar una atención de alto valor en lugar de aumentar el gasto anual para mejorar las tarifas del año siguiente.

Según la propuesta de exención de Oregón, el estado definiría un presupuesto inicial razonable y apropiado con base en el valor de la CCO en todo el estado, como se establecen los presupuestos de base en la actualidad, con dos excepciones:

- se considera un periodo más largo (hasta cinco años) para que las tendencias históricas aumenten la confianza en la solidez del presupuesto base; y
- se incluye el gasto en servicios relacionados con la salud, además del gasto en servicios del plan estatal, durante un periodo de hasta cinco años.

Además, para mantener el enfoque en la eliminación de las inequidades en materia de salud, Oregón planifica dirigir a las CCO para que inviertan al menos el 3 por ciento de sus presupuestos globales con base en el valor hacia inversiones de equidad de la salud (como lo requiere el proyecto de ley 3353 de la Cámara de Representantes de Oregón), de los cuales al menos el 30 por ciento se dirigiría a entidades comunitarias, llamadas colaboraciones regionales de inversión comunitaria (community investment collaboratives, CIC), para inversiones de equidad en la salud comunitaria. (Consulte el documento conceptual sobre las *inversiones de capital focalizadas*). Oregón propone definir una estructura de rendición de cuentas dirigida por la comunidad para todos los gastos requeridos en materia de equidad de la salud que incluya un comité de supervisión estatal, además de las CIC regionales. Como se ha señalado anteriormente, Oregón solicita la posibilidad de contabilizar los gastos relacionados con la salud en virtud de la ley HB 3353 como parte de la carga médica a la hora de calcular las tarifas, de modo que

el requisito de realizar estas inversiones en equidad de la salud no repercuta negativamente en las futuras tarifas de las CCO.

En el futuro, Oregón ajustará anualmente los presupuestos de las CCO con una tasa de crecimiento predecible, en línea con los objetivos estatales de crecimiento sostenible, y también supervisará rigurosamente el gasto de las CCO para identificar cualquier ajuste adicional y específico que pueda ser necesario para hacer frente a ciertos eventos imprevistos.

2. Proyectar la tarifa de base de forma previsible durante cinco años, sin reajustar los presupuestos de base cada año.

Oregón propone que, en consonancia con la reducción del gasto en atención médica en todos los sectores, los presupuestos de las CCO se ajusten durante cinco años al objetivo de crecimiento de los costos en atención médica en todo el estado, que será del 3.0 por ciento al 3.4 por ciento durante el periodo de demostración. Esta proyección al futuro permitiría que las CCO realicen inversiones a largo plazo en la equidad de la salud, la prevención y la mejora de la comunidad, lo que daría lugar a una población más sana y a una reducción de los costos de la atención médica a lo largo del tiempo. Se realizarían ajustes específicos de las tarifas en caso de cambios significativos en el perfil de riesgo por CCO, beneficios cubiertos y población estatal, por ejemplo, en épocas de cambios significativos como la ampliación de la cobertura durante la pandemia del COVID-19.

Si se combina con una estrategia de calidad mejorada y con la capacidad de contabilizar los servicios relacionados con la salud en la carga médica para efectos de la fijación de tarifas, este diseño permitiría a las CCO mantener los ahorros derivados de los descensos adecuados en la utilización. También crearía más flexibilidad para que las CCO inviertan en mejoras de la atención, incluso a través de inversiones en atención preventiva, abordando las necesidades sociales y eliminando las inequidades con respecto a la salud.

Oregón también reconoce que la mejora de la flexibilidad debe ir acompañada de una firme protección de los miembros dirigida específicamente a abordar las inequidades existentes con respecto a la salud. Para ello, Oregón también propone un sistema riguroso de rendición de cuentas con nuevas estrategias de mitigación que abarcan cuatro áreas prioritarias: equidad, satisfacción de los miembros y de los proveedores, acceso y calidad de la atención, que se describen con más detalle en la pág. 8.

3. Aumentar la previsibilidad de los costos a través de una gestión más rigurosa de los gastos de farmacia mediante la adopción de formularios cerrados de tipo comercial y la exclusión de los medicamentos con pruebas limitadas o inadecuadas de eficacia clínica.

Oregón busca la capacidad de gestionar más rigurosamente los costos de farmacia en su programa de Medicaid a través de una estrategia de dos partes:

A. Adoptar un enfoque de formulario cerrado de tipo comercial

Adoptar un enfoque de formulario cerrado para los miembros adultos, que incluya al menos un solo medicamento por clase terapéutica, permitiría que la OHA y las CCO negocien acuerdos de reembolso más favorables con los fabricantes. Oregón mantendría un formulario abierto para los niños. Para cada clase terapéutica, se podría ofrecer a los fabricantes un volumen esencialmente garantizado a cambio de un mayor reembolso. En la actualidad, la OHA y las CCO tienen una capacidad limitada para hacer este tipo de ofertas por volumen a los fabricantes, ya que está el requisito de cubrir todos los medicamentos en

el programa de reembolsos de Medicaid. La OHA crearía un proceso de colaboración que incluyera a las CCO para seleccionar los medicamentos del formulario cerrado.

En los últimos años, la mayoría de los gestores comerciales de beneficios farmacéuticos (pharmacy benefit managers, PBM) han adoptado estos formularios cerrados, que les permiten personalizar su oferta de medicamentos en función de la eficacia clínica y los costos. Por ejemplo, en el 2021, CVS Health excluyó de su formulario 57 productos adicionales; algunos porque había un medicamento menos caro y médicamente equivalente, y otros porque los medicamentos eran hiperinflacionarios, ya que habían aumentado drásticamente de precio sin una justificación clara. El plan comercial de la Parte D de Medicare también puede emplear estos formularios cerrados (según lo autorizado en el título 42, parte 423.120 del código de regulaciones federales [42 CFR 423.120]) con al menos dos medicamentos por clase terapéutica. Los planes de la Parte D de Medicare también pueden incluir un solo medicamento por clase si solo hay un medicamento disponible, o si solo hay dos medicamentos disponibles pero uno de ellos es clínicamente superior. Dado que Medicare y otros planes comerciales pueden adoptar formularios cerrados, creemos que Oregón debería tener la misma flexibilidad para Medicaid.

B. Permitir la exclusión de medicamentos con evidencia limitada o inadecuada de eficacia clínica

Muchos de los medicamentos que llegan al mercado a través de la vía de aprobación acelerada de la FDA aún no han demostrado su beneficio clínico y se han estudiado en ensayos clínicos que solo utilizan criterios de valoración sustitutos. Oregón busca la capacidad de utilizar su propio proceso de revisión rigurosa para determinar la cobertura de los nuevos medicamentos y priorizar el acceso de los pacientes a los medicamentos clínicamente probados y eficaces. Mediante este proceso, el estado podría evitar un gasto excesivo en medicamentos de alto costo que no son médicamente necesarios. El objetivo de la Ley de curas del siglo XXI era agilizar el proceso de aprobación de medicamentos reduciendo el nivel de evidencia requerido, para que los medicamentos lleguen al mercado y se permita que los médicos, los pacientes y los pagadores decidan si los compran o no. Desgraciadamente, las normas actuales no permiten a los programas de Medicaid ejercer su discreción sobre si estos medicamentos deben cubrirse sin estar totalmente probados clínicamente.

Oregón propone utilizar la nueva flexibilidad concedida en virtud de esta exención para excluir los medicamentos con eficacia clínica limitada o inadecuada en el marco de su enfoque de formulario cerrado. La eficacia clínica limitada o inadecuada puede definirse cuando se dan una o más de las siguientes condiciones:

- Los criterios de valoración principales de los ensayos clínicos no se han alcanzado.
- Solo se han notificado criterios de valoración sustitutos.
- No se han evaluado los beneficios clínicos.
- El medicamento no aporta ningún beneficio clínico adicional dentro de su clase terapéutica, en comparación con las alternativas existentes.

Los nuevos medicamentos aprobados por la vía de la aprobación acelerada de la FDA pueden ser particularmente costosos y serían ideales para una evaluación más rigurosa de la cobertura y la posible exclusión del formulario cuando corresponda. Además, las reformulaciones de fármacos más antiguos que no aportan ningún beneficio clínico adicional también podrían excluirse del formulario. Mientras que

los pagadores comerciales pueden ejercer la discreción de excluir medicamentos de sus formularios en tales situaciones, la OHA y las CCO actualmente no tienen esta libertad.

Como parte de nuestros esfuerzos, garantizaremos la protección de las farmacias para los miembros, de modo que la gestión más rigurosa de los costos de farmacia de Oregón no repercuta negativamente en el acceso de los miembros al espectro de medicamentos seguros y eficaces para tratar las distintas afecciones.

Proteger el acceso de los miembros, la calidad y la equidad de la salud

Todas estas estrategias y herramientas promoverán la previsibilidad y la flexibilidad para las CCO, de modo que Oregón pueda lograr un modelo económico fundamentalmente diferente en su programa de Medicaid: uno que recompense la equidad de la salud, los servicios preventivos y la mejora de la salud de la población. Sin embargo, es fundamental que estos cambios en la fijación de tarifas vayan acompañados de las medidas preventivas adecuadas para garantizar el mantenimiento del acceso y la calidad, además de evitar cualquier incentivo para prestar una atención inadecuada o de baja calidad. Además, una cuidadosa supervisión de los informes financieros garantizará que las CCO no estén premiando indebidamente a los accionistas o a los propietarios de las empresas a expensas de los miembros del OHP y de las comunidades.

Estrategia de mitigación n.º 1: Establecer medidas de prevención rigurosas y metodológicas para proteger a los miembros.

La estrategia presupuestaria de Oregón con base en el valor está diseñada para crear una flexibilidad adicional y permitir que las CCO se queden con los ahorros derivados de las decisiones de gasto inteligentes. Sin embargo, sin un sistema firme de rendición de cuentas, existe el riesgo de que la búsqueda de beneficios dentro del sistema tenga una consecuencia negativa en la equidad de la salud y en el acceso de los miembros a una atención de alta calidad. Para mitigar este riesgo, Oregón propone una estructura de responsabilidad integral para abordar las inequidades en materia de salud, garantizar la satisfacción de los miembros y de los proveedores, y proteger el acceso de los miembros y la calidad de la atención. Anualmente, Oregón llevará a cabo una evaluación general de cada plan, junto con unos mecanismos específicos con base en las tarifas y los contratos, para exigir a las CCO unos estándares mínimos en cada una de estas cuatro áreas: equidad, satisfacción de los miembros y de los proveedores, acceso y calidad de la atención.

En primer lugar, Oregón evaluará las inequidades con respecto a la salud mediante el seguimiento de las disparidades en la satisfacción de los miembros, el acceso que tienen y la calidad de la atención para las poblaciones prioritarias que más sufrieron por las inequidades con respecto a la salud. Entre ellas, se encuentran las naciones y las comunidades tribales; la población latina, la negra/afroamericana, la asiática, la de las islas del Pacífico, la de los indios americanos/nativos de Alaska, y otras comunidades de color; las personas con discapacidades, las personas con un dominio limitado del inglés, los inmigrantes y las comunidades de refugiados. Oregón utilizará herramientas como:

- Recopilar datos que permitan que el estado controle la calidad de la atención por raza y etnia, como por ejemplo a través de REALD (raza, etnia, idioma y discapacidad);
- considerar/informar el mayor número posible de mediciones de calidad básicas por raza, etnia e idioma;

- supervisar los resultados de las mediciones centradas en la equidad (como el acceso a los intérpretes);
- considerar la adecuación de la red de CCO con respecto a los factores de equidad, como la capacidad de respuesta cultural y lingüística de los proveedores; y
- utilizar herramientas como las encuestas en las que los consumidores evalúan a los proveedores y los sistemas de atención médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS), y los datos cualitativos del programa OHA Ombuds y los del Programa de divulgación de colaboradores comunitarios (la red de inscriptores y orientadores de Oregón) para identificar las preocupaciones de las poblaciones prioritarias.

A continuación, Oregón evaluará la satisfacción general de los miembros y los proveedores, el acceso y la calidad de la atención de las siguientes maneras:

- **Satisfacción de los miembros y de los proveedores:** La OHA evaluará cada plan utilizando herramientas como la encuesta de los CAHP, la revisión de las notificaciones de determinación adversa de beneficios, las apelaciones y las quejas, y los mecanismos de valoración mejorados para evaluar la satisfacción de los proveedores.
- **Acceso:** La OHA tendrá en cuenta los indicadores relativos a la adecuación de la red, la sobreutilización y la infrautilización, y si la atención es oportuna y adecuada. Para la adecuación de la red, la OHA utilizará el informe de la red del sistema de entrega (Delivery System Network DSN), que incluye normas mínimas para el tiempo y la distancia, evaluará y supervisará la capacidad de un proveedor individual de la CCO para servir a la inscripción proyectada y actual de los miembros; tendrá una red que cumpla con la demografía de los miembros inscritos, que incluye, entre otros, la lengua preferida o la representación cultural, y una red suficiente en todo el proceso de la atención. Para la utilización de los servicios, la OHA se basará en un sistema de análisis y seguimiento que se centrará en los servicios prioritarios propensos a gastar de menos, como la salud conductual, y en los problemas identificados por los miembros y los proveedores. La evaluación de la atención oportuna y adecuada utilizará herramientas como el DSN y los informes de calidad para supervisar el acceso de los miembros.
- **Calidad de la atención:** En consonancia con el Programa de Incentivos a la Calidad (consulte el documento conceptual Incentivizing Equitable Care), la OHA supervisa la calidad de la atención a través de las medidas del conjunto básico de Medicaid de los CMS y, potencialmente, a través de otras medidas añadidas en los programas de mediciones, como las próximas mediciones del sistema de calificación de la calidad de los CMS. Se tomará un nivel básico de atención como parámetro para comparar las medidas (a diferencia de los parámetros más ambiciosos utilizados en el Programa de Incentivos a la Calidad).

La OHA direccionará a las CCO para que sigan abordando las inequidades con respecto a la salud reforzando la voz de la comunidad y la toma de decisiones en el modelo de CCO (consulte el documento conceptual Focused Equity Investments), y reestructurando el Programa de Incentivos a la Calidad para que la equidad sea el principal principio organizativo (consulte el documento conceptual Incentivizing Equitable Care). La OHA también tiene la intención de incentivar algunas de las mediciones por raza, etnia e idioma, según la orientación de los Comités de mediciones y puntuación, y de las mediciones previstas de calidad de la equidad de la salud.

Estrategia de mitigación n.º 2: Establecer un riguroso seguimiento financiero anual

Oregón establecerá una supervisión financiera anual rigurosa, que incluya la supervisión de la utilización y el gasto, para controlar la solvencia de la CCO y garantizar que los objetivos anuales sean razonables para cubrir los costos previstos, así como desarrollar un mecanismo para realizar ajustes presupuestarios en caso de que ciertos eventos imprevistos, como nuevos tratamientos de alto costo, hagan que la tendencia anual sea inadecuada para cubrir las necesidades de salud de los miembros. La OHA utilizará mecanismos de tarifas y contratos específicos para exigir responsabilidades a las CCO. En lugar de gastar recursos importantes en la elaboración de tarifas anuales con base en el gasto del año anterior de las CCO, Oregón dedicará recursos a analizar la equidad de la salud y las tendencias de gasto en servicios relacionados con la salud mediante el análisis del acceso a la atención y el índice de pérdidas médicas (medical loss ratio, MLR). Oregón tiene previsto ajustar los parámetros financieros (por ejemplo, los requisitos mínimos del MLR). Además, Oregón puede emplear otros mecanismos financieros para responsabilizar a las CCO del cumplimiento de los objetivos de determinados servicios, como la salud conductual o la gestión de enfermedades crónicas. Al crear una metodología de pago nueva y flexible, Oregón prevé que la cantidad de dinero sujeta tanto a las mediciones de calidad como a la responsabilidad crecerá con el tiempo a medida que el modelo de CCO mejore la atención y reduzca el crecimiento de los costos. La OHA seguirá utilizando las herramientas desarrolladas para la adquisición más reciente de CCO para supervisar el gasto de salud de alto costo o bajo valor y buscar la forma de que se reasignen esos recursos a intervenciones de menor costo y mayor valor.

Qué significarían estas normas para los miembros del OHP

La determinación de un presupuesto global con base en el valor alinearía los incentivos financieros para las CCO de modo que los miembros del OHP con mayores necesidades de atención médica experimenten una mejor coordinación de la atención y del acceso a los servicios relacionados con la salud, incluido el acceso los beneficios adicionales, como el transporte desde y hacia las instituciones, como las cárceles y prisiones.

Los miembros del OHP mantendrán el acceso a la gama de medicamentos clínicamente eficaces. Se cubrirá al menos un medicamento por clase de medicamento y los miembros del OHP podrán pedir que se les proporcione uno diferente a través de su proveedor de atención médica.

Los miembros del OHP, las familias y las comunidades verán incrementada la inversión comunitaria por parte de las CCO debido a un crecimiento más sostenible de los costos y a las inversiones comunitarias requeridas.

Conclusión

Durante la última década, Oregón ha progresado mucho en el cambio de los incentivos financieros; pasó de un enfoque casi exclusivo en la financiación tradicional de la atención médica sobre el gasto en la salud y el tratamiento posterior a una mayor atención a la prevención, los servicios relacionados con la salud y la atención coordinada para tratar a la persona en su totalidad. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, un cambio fundamental en el modelo económico de los planes de Medicaid de Oregón no dio buenos resultados, debido, en gran parte, a las limitaciones del proceso de fijación de tarifas. Oregón busca la flexibilidad de la exención para crear este cambio fundamental de modo que el pago, los incentivos (consulte el documento conceptual Incentivizing Equitable Care) y la responsabilidad impulsen colectivamente a una población más sana.

Solicitamos la aprobación para gestionar mejor el aumento del costo de los medicamentos que frena el cambio de recursos necesario para lograr la salud de la población y la equidad de la salud en nuestro estado. Además, buscamos la capacidad de garantizar una cantidad mínima de inversión en equidad de la salud y necesidades sociales, con el liderazgo de la comunidad, tal y como exige la recientemente aprobada HB 3353 (consulte el documento conceptual Focused Equity Investments).

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con el Programa de socio comunitario de extensión en community.outreach@dhsosha.state.or.us o bien llame al 1-833-647-3678. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión o puede marcar el 711.