

Punto de Referencia de Crecimiento de Costos de Atención Médica de Connecticut, Meta del Gasto de Salud Primaria y Referencias de Calidad

Iniciativa de Referencias

Preguntas Frecuentes

Última actualización, 1 de Julio de 2020

La Orden Ejecutiva No. 5 del Gobernador Lamont ordena a la Oficina de Estrategia de Salud (OHS) establecer puntos de referencia de calidad y crecimiento de costos de atención médica, y aumentar la proporción del gasto general de atención médica dedicado al cuidado de salud primario, al diez por ciento. Este documento proporciona respuestas a las preguntas más frecuentes sobre la iniciativa del Estado y se actualizará a medida que surjan nuevas preguntas. Envíe cualquier pregunta por correo electrónico a ohs@ct.gov, con la línea de asunto: Preguntas del programa de puntos de referencia.

Punto de Referencia del Crecimiento de Costos de Atención Médica

1. ¿Qué es un punto de referencia de crecimiento de costos de atención médica?

Un punto de referencia del crecimiento de costos de atención médica es una meta envuelve futuros aumentos anuales en el gasto general de atención médica por persona, en un estado.

El gasto general en atención médica *incluye*:

- Pagos de gastos médicos a proveedores de fuentes tales como compañías de seguros de salud, Medicare, Medicaid y planes de salud para empleados estatales y privados.
- Pagos sin reclamos a los proveedores de atención médica por actividades tales como la adopción de un sistema electrónico de registros de salud, servicios de traducción médica y pagos o multas por la calidad de la atención.
- Todos los costos compartidos de los pacientes pagados por servicios como una visita ambulatoria, hospitalización o receta médica.
- La diferencia entre las primas de seguro médico privado pagadas y el costo de los beneficios, el costo de administración del plan y las ganancias.

El gasto general en atención médica *excluye*:

- Gastos registrados por proveedores, pero no por pagadores (por ejemplo, gastos realizados por residentes sin seguro, ya que estos datos no se pueden recopilar fácilmente)
- Gastos no médicos realizados por los pagadores (por ejemplo, membresía al gimnasio)
- Cuidado de la vista o dental que no está cubierto por un plan médico.
- Gasto en nombre de no residentes de CT

2. ¿Por qué Connecticut está estableciendo un punto de referencia del crecimiento de costos de atención médica?

El crecimiento de los costos de atención médica en Connecticut está superando el crecimiento de la economía del estado. Esto hace difícil que los residentes puedan pagar los servicios de atención médica necesarios, además de otros gastos como alimentos, vivienda y transporte. Además, hace que la cobertura del seguro de salud sea inaccesible para los empleadores y sus empleados.

El punto de referencia es parte de una estrategia para medir el gasto en atención médica en Connecticut y proporcionar un objetivo hacia el cual todos los pagadores de atención médica, como las compañías de seguros, Medicare, Medicaid, los planes de empleados estatales y privados, y los proveedores puedan apuntar para que el crecimiento anual de los costos de atención médica sea sostenible.

3. ¿El punto de referencia de crecimiento de costos de atención médica limita la cantidad que los proveedores de seguros gastan en mi atención médica?

No. El punto de referencia no limita o es una limitación de cuánto un plan de salud gasta en un individuo o grupo de individuos.

Hay muchas razones por las cuales los pagadores y proveedores de atención médica pueden sobrepasar el punto de referencia en un año determinado. Un par de ejemplos incluyen medicamentos recetados costosos "superventas" aprobados que curan o mejoran drásticamente la vida, o más personas con seguro están más enfermas en un año en comparación con el año anterior.

4. ¿Quién establece el punto de referencia del crecimiento de costos?

Connecticut establecerá el punto de referencia del crecimiento de los costos de atención médica con el apoyo de varios grupos deliberantes clave. Estos Son:

- [Equipo Técnico](#). El Equipo Técnico es el grupo principal que proporciona recomendaciones a OHS, y que al mismo tiempo considera las aportaciones y comentarios de múltiples grupos de partes interesadas (enumerados a continuación). El equipo técnico está compuesto por un grupo diverso de miembros expertos.
- [Junta Asesora de Grupos Interesados](#). La Junta Asesora de Grupos Interesados provee información al Equipo Técnico sobre el punto de referencia de crecimiento de costos de atención médica y la meta de proporción para el cuidado de salud primario. La Junta Asesora de Grupos Interesados está compuesta por pacientes, defensores de la salud y líderes del punto de vista del proveedor, pagador, empleador, fundación y estado.
- Otros grupos, como el Consulado de Asesoría al Consumidor de OHS ([OHS Consumer Advisory Council](#)), el Grupo de Trabajo de Transformación de Prácticas ([Practice Transformation Task Force](#)), el Consulado de Supervisión del Programa de Asistencia

Médica (MAPOC), así como otros grupos interesados, se consultan activamente y aportan sus comentarios a la Junta Asesora de Grupos Interesados.

5. ¿Por cuánto tiempo se han utilizado los puntos de referencia del crecimiento de costos de atención médica?

Los puntos de referencia del crecimiento de costos de atención médica han estado vigentes desde 2012, cuando Massachusetts estableció su primer punto de referencia. Delaware y Rhode Island comenzaron programas similares en 2019, y Oregon planea implementar uno en 2021.

6. ¿Cómo sabemos que este programa tendrá éxito en detener el crecimiento de los gastos a la atención médica?

Hay evidencia convincente de Massachusetts de que su punto de referencia de crecimiento de costos a la atención médica ha tenido una influencia significativa en el control del crecimiento de costos, particularmente en el caso del seguro médico provisto por el empleador. Massachusetts estima que desde que se estableció el punto de referencia ha ahorrado aproximadamente \$ 5.5 mil millones en gastos evitados en planes de seguro privado¹.

7. ¿Cómo se medirá e informará el gasto total en Connecticut y cómo se están reportado en otros estados?

La forma en que se medirá e informara el gasto total son decisiones clave que el Equipo Técnico considerará.

En Massachusetts, Delaware y Rhode Island, el gasto total en atención médica se mide utilizando datos proveídos por pagadores privados, Medicaid y pagadores de atención administrada de Medicare. Además, Connecticut recopila datos de Medicare y Medicaid por sus programas de atención no administrada o tarifa por servicio (FFS)¹ y recopila datos de otras poblaciones que los pagadores no informaron.

8. ¿Qué sucederá en Connecticut si los costos de atención médica exceden el punto de referencia?

OHS publicará las tendencias de crecimiento de los costos de atención médica y comparará el desempeño de los proveedores y pagadores con el objetivo de aumentar la conciencia pública y la transparencia del crecimiento de los costos en el estado.

9. ¿Qué pueden hacer los pagadores privados y públicos (como Medicaid, Medicare y los planes de empleados estatales y privados) y los proveedores para cumplir con el punto de referencia?

Los investigadores estiman que hasta el 25% de todo el gasto en atención médica es "desperdicio"; Existen varias estrategias que las aseguradoras, los pagadores y los proveedores pueden usar para reducir el crecimiento en el gasto en atención médica si se enfocan en reducir el "desperdicio". Tales estrategias incluyen, por ejemplo, reducir las hospitalizaciones o el uso evitables del departamento de emergencias.

10. ¿Cómo ayudará el punto de referencia del crecimiento de costos a la atención médica a los residentes de Connecticut a entender por qué los costos de atención médica están creciendo?

OHS planea publicar información sobre el desempeño de los pagadores y proveedores en comparación con el punto de referencia, y análisis de datos que explora las razones por las cuales los costos de atención médica están creciendo y puede ayudar a los proveedores a mejorar el desempeño de costos y calidad.

11. ¿Cómo afectará el punto de referencia del crecimiento de costos de atención médica a los gastos de bolsillo de los consumidores, las primas de seguro médico y el acceso al cuidado de salud?

Si el punto de referencia del crecimiento de los costos de atención médica resulta exitoso, los consumidores pueden beneficiarse de varias maneras:

- Sus primas de seguro de salud crecerán más lentamente que en el pasado.
- Los pagadores sentirán menos presión financiera para ofrecer beneficios con los crecientes costos de bolsillo de los consumidores.
- Los consumidores sentirán menos presión financiera por seleccionar planes de beneficios con un mayor costo de bolsillo para mantener bajos los pagos de sus primas.
- Es menos probable que los consumidores se dejen de obtener la atención o las recetas necesarias debido a los costos asociados, y
- Los empleadores aumentarán los salarios a una tasa más alta porque no tendrán que aumentar los gastos de beneficios de atención médica tanto como en el pasado.

12. ¿Por qué Connecticut se enfoca en desarrollar esta iniciativa mientras se está enfrentando a la pandemia de coronavirus?

La necesidad de establecer puntos de referencia del crecimiento y calidad de los costos de atención médica y alcanzar los objetivos de gastos del cuidado de salud primario nunca ha sido mayor, especialmente en un momento en que los costos de atención médica incurridos para combatir y reducir la propagación de COVID-19 son asombrosos. Al continuar concentrándose en estrategias a largo plazo para mejorar el sistema de salud, Connecticut estará preparado para evaluar el costo y los resultados del

sistema de salud como una forma de mejorar el acceso, la equidad y la salud en general de los residentes del estado una vez que finalice la pandemia.

Meta del Gasto de Salud Primaria

1. ¿Qué es la meta del gasto de salud primaria

La meta del gasto de salud primaria es un porcentaje del gasto total en atención médica que debe dedicarse a la salud primaria. La Orden Ejecutiva No. 5 del Gobernador Lamont ordena a OHS aumentar la proporción del gasto general de atención médica dedicado al cuidado de salud primario, al diez por ciento.

2. ¿Por qué establecer una meta, porcentaje, de gasto para la salud primaria?

El sistema de salud de EE. UU. Se centra, mayormente, en la atención especializada. Sin embargo, la investigación ha demostrado que una mayor inversión en la salud primaria como un porcentaje del gasto total en atención médica conduce a mejores resultados para los pacientes, menores costos y una mejor experiencia de atención médica. Otros estados han fortalecido su sistema de salud al apoyar una mejor prestación a la salud primaria y al cambiar un porcentaje creciente del gasto total asignado al cuidado de la salud primaria.

3. ¿Quién determina cómo se va a aumentar el porcentaje del gasto dedicado a la salud primaria?

El proceso de cómo se va a aumentar el porcentaje del gasto total en atención médica que debe dedicarse a la salud primaria a diez por ciento en Connecticut será determinado por el Estado con el apoyo de varios órganos deliberantes clave. Estos son:

- [Equipo Técnico](#). El Equipo Técnico es el grupo principal que proporciona recomendaciones a OHS, y que al mismo tiempo considera las aportaciones y comentarios de múltiples grupos de partes interesadas (enumerados a continuación). El equipo técnico está compuesto por un grupo diverso de miembros expertos.
- [Junta Asesora de Grupos Interesados](#). La Junta Asesora de Grupos Interesados provee información al Equipo Técnico sobre el punto de referencia de crecimiento de costos de atención médica y la meta de proporción para el cuidado de salud primario. La Junta Asesora de Grupos Interesados está compuesta por pacientes, defensores de la salud y líderes del punto de vista del proveedor, pagador, empleador, fundación y estado.
- Otros grupos, como el Consulado de Asesoría al Consumidor de OHS ([OHS Consumer Advisory Council](#)), el Grupo de Trabajo de Transformación de Prácticas ([Practice Transformation Task Force](#)), el Consulado de Supervisión del Programa de Asistencia Médica ([MAPOC](#)), así como otros grupos interesados, se consultan activamente y aportan sus comentarios a la Junta Asesora de Grupos Interesados.

Puntos de Referencia de Calidad

1. ¿Qué son los puntos de referencia de calidad?

Los puntos de referencia de calidad son objetivos hacia los cuales todos los pagadores públicos y privados, los proveedores y el Estado intentan lograr mejorar y mantener la calidad de la atención médica. Efectivos estándares de calidad aseguran que la atención brindada sea efectiva, apropiada, oportuna y segura, y mejora el estado general de salud de una población. Por lo tanto, los puntos de referencia pueden incluir medidas de calidad clínica, utilización insuficiente y excesiva, seguridad del paciente y equidad en salud.

2. ¿Por qué necesitamos puntos de referencia de calidad en Connecticut?

Connecticut se considera un estado de atención de alta calidad en comparación con muchos estados, pero sigue habiendo una gran variación entre las poblaciones, particularmente para las personas de color. Por ejemplo, los hispanos y raza negra tienen tasas más altas de hospitalizaciones prevenibles y prevalencia de diabetes que sus pares de raza blanca¹. Dichas variaciones pueden eliminarse proporcionando un cuidado de salud primario de mejor calidad. Además, las hospitalizaciones prevenibles añaden al costo de la salud médica. Controlar el crecimiento de los costos es solo una parte de la creación de una mejor atención médica para todos los residentes de Connecticut. También necesitamos mejorar la calidad de la atención médica para obtener mejores resultados.

3. ¿Dónde se han utilizado los puntos de referencia de calidad a nivel estatal?

Delaware es el único estado que tiene puntos de referencia de calidad. Cuando se implemente, Connecticut será el segundo estado en tener puntos de referencia de calidad a nivel estatal.

4. ¿Quién se encarga de desarrollar los puntos de referencia?

El Consulado de Calidad del Estado ([Quality Council](#)) se encargará de desarrollar los puntos de referencia de calidad con el apoyo de OHS y el Departamento de Servicios Sociales. Las estrategias podrían incluir facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud apropiados y necesarios para cualquier individuo.

###