

Reunión del Comité Consultivo Conjunto (JAC)

Martes 29 de septiembre de 2020

Roger Bearden: Bienvenidos. Esta es la reunión del Comité Consultivo Conjunto. Veo que hay muchos de los miembros del Comité que están inscritos como panelistas en esta reunión de Webex y luego veo que actualmente hay alrededor de 90 asistentes, así que bienvenidos a todos. Mi nombre es Roger Bearden, para aquellos que no me conocen, soy el comisionado adjunto ejecutivo de la OPWDD.

En los últimos seis meses, y más en este momento, todos hemos estado lidiando con la emergencia de salud pública mundial y ese ha sido el enfoque principal en todas nuestras vidas. Por eso, creo que nos perdimos nuestra última reunión trimestral. Pero queríamos intentar volver a la programación y trabajar juntos en los puntos del comité consultivo.

Primero, solo para ver la agenda, vamos a dar una actualización sobre el comentario público de SIP-PL. Presentamos para obtener más comentarios públicos en febrero, ampliamos el plazo para comentarios un par de veces a la luz de la emergencia de salud pública de la COVID y luego lo concluimos a mediados o finales de junio. Allison McCarthy nos llevará a través de una descripción general de alto nivel de eso.

El segundo elemento es que el Grupo consultivo Clínico ha continuado reuniéndose y revisando estrategias de pago extraordinarias basadas en el valor y eso será algo que Tamika Black abordará.

Y luego, el tercer punto es que hemos recibido asistencia de consultoría de lo que se llama el Programa Acelerador de Innovación de Medicaid, que es una oportunidad federal que pudimos aprovechar durante los últimos meses. Eso también es algo que Tamika Black ha encabezado.

Ciertamente, a medida que avanzamos en la agenda, agradeceríamos recibir las preguntas, los comentarios de los miembros del comité consultivo, con la esperanza de que la gente tenga una posibilidad potencial con la función de chat, que puede

enviarnos un chat a Josie, que es la anfitriona de la reunión, o al panel. También puede levantar la mano, Josie lo verá y podrá avisarle. Me gustaría hacer de esto un diálogo, no un monólogo. Y para los miembros del público que pueden estar participando en Webex remoto, si incluye comentarios en la función de chat, podemos revisarlos, echarles un vistazo y hacer todo lo posible para que se aborden esos comentarios. Si esos comentarios no se pueden abordar, intentaremos abordarlos posteriormente.

Demos paso a Allison McCarthy.

Allison McCarthy: Buenos días a todos. Es agradable volver a estar comprometida con todos ustedes. Han sido unos meses de mucho trabajo duro y atención a la emergencia actual y es bueno ver sus caras tanto como sea posible. Pido disculpas por no tener una cámara, estamos trabajando en esa tecnología y la próxima vez ciertamente podrán verme.

Hoy solo queríamos tomarnos unos minutos para hablar sobre el comentario público de SIP-PL. Como mencionó Roger, publicamos un borrador en agosto de 2018 y luego publicamos otro borrador en febrero pasado. Como Roger también mencionó, extendimos esa fecha límite para comentarios públicos varias veces dada la emergencia de COVID. Los comentarios del público se cerraron el 25 de junio.

Y recibimos muchos comentarios. Creo que los comentarios y las preguntas provienen de 125 partes interesadas. Estos incluyeron preguntas o comentarios de individuos y familias, grupos de defensa, proveedores, CCO y organizaciones de atención administrada existentes, que incluían los emergentes SIP-PL.

Solo quería tomarme un par de minutos para revisar algunas de las tendencias o temas que escuchamos de las partes interesadas. Escuchamos de manera constante a personas y familias que realmente solo quieren comprender cómo la atención administrada afectará su experiencia actual. “¿Qué significará para mí?” fue el tema común que escuchamos.

Además, escuchamos interés en comprender cómo funciona el desarrollo de tasas. Hoy contamos con una metodología de tarifas basada en costos y, a medida que hace la transición a la atención administrada, pasa a un pago por capitación mensual por

miembro, y las partes interesadas expresaron su interés en comprender cómo funciona. Como muchos de ustedes saben, después de pasar algún tiempo con este comité, las tarifas para la atención administrada deben ser actuarialmente sólidas, lo que significa que tiene actuarios independientes. En este momento, la firma de actuario del estado es Duloitte, que trabaja para asegurarse de que, a medida que se lanza una tasa al mercado, sea una tasa actuarialmente sólida. Creo que las partes interesadas están interesadas en comprender un poco más cómo funciona eso, y también solicitaron que se publique un libro de datos para su revisión y uso por los planes emergentes.

También escuchamos mucho sobre la crisis actual. Obviamente, hemos experimentado un desafío laboral. Es probable que sea aún peor con la COVID-19 y se quiere entender que la implementación de la atención administrada no impedirá ni empeorará la crisis de la fuerza laboral. Escuchamos de muchas partes interesadas sobre su interés en mantener esa autoridad presupuestaria total mientras realiza la transición a la atención administrada. Y también escuchamos comentarios constantes sobre la necesidad de un defensor del pueblo independiente. Esas son tres áreas que escuchamos de varias partes interesadas y el programa del ombudsman, y la disponibilidad de ese programa a nivel regional fue de gran interés y pensaron que debería estar en su lugar.

Otros temas que escuchamos de las partes interesadas incluyeron el VBP, que es el pago basado en valor y calidad. Creo que hemos dicho que no existe una gran experiencia a nivel nacional en términos de medidas de discapacidad del desarrollo y medidas específicas para la habilitación. Eso se expresó de manera consistente. Existía un deseo y una preocupación reales de que las medidas deben alinearse con los objetivos tradicionales de los servicios de discapacidad del desarrollo en el estado de Nueva York y promover los resultados que las personas están tratando de lograr, que obviamente deben individualizarse. Creo que escucharemos más de Tamika a medida que esta reunión continúe en torno al VBP y algunos aprendizajes importantes que recibimos a nivel nacional a través de nuestra experiencia IAP y a través de la orientación reciente del Centro de Servicios de Medicaid y Medicare. Así que queda más por venir del lado de VBP.

El concepto de necesidad médica cuando se trata de habilitación. Es un área que no hemos dedicado tiempo y es difícil aplicar un concepto de necesidad médica a los apoyos y servicios de habilitación. Ese también fue un tema común que escuchamos de las partes interesadas.

Otras dos áreas que se expresaron a través de comentarios públicos fueron la transparencia de los derechos al debido proceso. Creo que sigue siendo una prioridad para las partes interesadas, como debería ser. Los derechos al debido proceso son esenciales y deben ser transparentes. También recibimos comentarios de que se deben establecer grupos consultivos de atención administrada y que deben incluir a individuos y familias para solicitar activamente comentarios de las partes interesadas para asegurarnos de que cualquier trabajo de implementación o desarrollo en torno a la implementación se comuniquen de manera transparente entre las personas que reciben los servicios y las familias que apoyan sus amados.

¿Que sigue? Piense que es una especie de pregunta del millón de dólares. Lo que podemos decir es que el proceso presupuestario comenzará en breve, lo que sin duda dará lugar a la toma de decisiones sobre lo que sigue para la OPWDD y el futuro de los servicios para discapacidades del desarrollo en relación con la atención administrada. Obviamente, debemos considerar el entorno fiscal tanto a largo como a corto plazo. Como creo que todos saben, es un momento muy desafiante. Pero nos anima mucho la comunicación continua de CMS y nuestras partes interesadas nacionales en torno a las estrategias de pago basadas en el valor y las oportunidades que existen, tanto en el pago por servicio como en la atención administrada. Y cómo un enfoque incremental de las estrategias de pago basadas en el valor es esencial. Será agradable escuchar a Tamika, quien compartirá algunos de esos detalles con todos ustedes para que tengan una idea de cómo podemos comenzar y continuar trabajando gradualmente hacia una estrategia de VBP independientemente de nuestro corto y largo plazo. trayectoria de la atención administrada. Con eso, me alegraré responder preguntas, y escucharemos de Tamika sobre el trabajo del Grupo Consultivo Clínico, así como sobre la oportunidad IAP de la que habló Roger.

Roger Bearden: Permítanme preguntar si hay algún miembro del JAC que quisiera compartir un comentario o hacer una pregunta.

Arnold Ackerley: Una pregunta realmente rápida: Solo en términos de tendencias, creo que un tema importante que aún se está debatiendo, al menos entre las partes interesadas, es si la atención administrada en su totalidad es realmente un modelo deseable para la transición en este momento. Y sé que en SANYS hicimos ese punto general de nuestra organización, basándonos en el hecho de que no se nos ha asegurado que el costo de operar la atención administrada no se beneficiará de los servicios en este momento. Y el hecho de que no se ha demostrado su eficacia en términos de apoyo y servicios a largo plazo. Básicamente, decimos que no apoyamos que siga adelante hasta que se conozcan esas cosas. Sabemos que hay otros que se sienten así. En cuanto a los comentarios que recibió, ¿hizo una tendencia para ver cuántos de los 125 eran pro-atención administrada y cuántos de ellos se oponían a la atención administrada?

Allison McCarthy: Echamos un vistazo a esas tendencias y fue coherente en general que los individuos y las familias tenían más preocupaciones y los autogestores tenían más preocupaciones sobre el potencial de la implementación de la atención administrada. En general, similar a su comentario, existe una preocupación no solo sobre lo que significa para mí, sino también sobre cómo financiaríamos un esfuerzo que cuesta dinero al inicio. Así que mucho. En la organización, los proveedores, los planes de atención administrada emergentes, generalmente hay una perspectiva más positiva en términos de implementación potencial. Nuevamente, a pesar del mismo tipo de necesidad de transparencia, comprensión de cómo funciona el desarrollo de la tasa de capitación, garantía de que los fondos continúen apoyando los servicios y no vayan a la administración. Desde la perspectiva de un proveedor, un CCO y una organización de atención administrada, hay una tendencia más positiva. Pero de manera similar, para las personas y las familias, es necesario comprender y tener transparencia y planificar realmente con el tiempo esa estrategia de implementación.

Roger Bearden: Quiero añadir algo. Es un poco difícil trazarlo porque no era una encuesta, donde habría una opción binaria. Muchos de los comentarios decían "Yo apoyaría si", "Me opongo, pero podría ser de apoyo..". Hubo muchas cosas en las que la gente compartía análisis o comentarios. Entonces, es un poco difícil hacer porcentajes directos, Arnold. ¿Es eso justo, Allison?

Allison McCarthy: Si, absolutamente.

Tenemos un comentario en el chat sobre un informe de Duloitte, así como el libro de datos, que comunica que Duloitte hizo una presentación en Texas sobre una transición de IDD muy similar a la atención administrada. Creo que es definitivamente algo que se puede mirar. Desde la perspectiva del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, sí tienen a Duloitte, que es la firma actuarial del estado que comparte información con las partes interesadas sobre la implementación de dicha iniciativa. Gracias por señalar eso.

Roger Bearden: Hay otro comentario en la sala de chat. En este momento, no hay un informe sobre el comentario que no sea la presentación que se acaba de dar. No se puede localizar porque no existe en este momento. Y también vi un comentario que publicaba un enlace a los materiales de la reunión, que sin duda podemos proporcionar. ¿Alguna otra pregunta?

Gail Smith: Pensé que era una presentación muy informativa y pensé también que era una excelente forma de transición porque una de las áreas que estaba en la presentación era con respecto a un grupo de Asesoría de Atención Administrada, que incluiría a los participantes, las partes interesadas y sus familias. que es excelente. Y creo que tener un grupo así ayudaría en cualquier preocupación relacionada con la atención administrada, en general. Entonces, creo que es una excelente recomendación.

Susan Dooha: Me pregunto si ha tenido una debate sobre el tema o tiene material o un informe sobre si el modelo se puede replicar.

Roger Bearden: No entiendo la pregunta. ¿O tal vez Allison, sí?

Allison McCarthy: Cuando dices modelo, ¿puedes explicar qué quieres decir con modelo?

Susan Dooha: Estaba hablando de FIDA-IDD, ya sea que tengan alguna discusión en algún lugar sobre si se puede replicar, o lo estaremos esperando más adelante en la presentación de hoy.

Allison McCarthy: Gracias por aclararlo, eso es muy útil. Creo que definitivamente podemos echar un vistazo y queremos aprovechar FIDA-IDD. Usted sabe que una de las diferencias es que es un modelo para personas duales, que tienen tanto Medicaid como Medicare, por lo que ciertamente es un modelo que podemos mirar y trabajar con el Departamento de Salud a medida que avanzamos y pensamos en ese futuro. Hay personas que solo tienen Medicaid y se vería un poco diferente, pero creo que nuestro objetivo es analizarlo y describirlo. Creo que recientemente no hemos pasado mucho tiempo con el Departamento de Salud, que ha estado muy ocupado junto con nuestro equipo abordando otras prioridades. Pero creo que tiene un muy buen punto y queremos seguir aprovechando la experiencia de FIDA a medida que avanzamos.

Elizabeth Benjamin: ¿La OPWDD tendrá jurisdicción dual con el DOH sobre los planes, por así decirlo? O puede hablar sobre la relación con el DOH. ¿Cómo se navegará para que se implemente con éxito para los inscritos? Es difícil cuando tienes jurisdicción múltiple. Vemos esto en algunos de los otros productos que existen... Como DFS y DOH. No es que no todos intenten trabajar juntos, pero puede ser un poco difícil para los consumidores. Entonces, por ejemplo, el informe del consumidor del Departamento de Servicios Financieros no incluye datos... Simplemente por la forma en que los PHP crecieron de manera diferente a como crecieron los planes de salud, por lo que los datos del consumidor y la calidad, las quejas, las apelaciones y los datos de revisión externa que se ponen en el informe del Departamento de Servicios Financieros no incluyen planes de salud que atienden a la mitad del mercado individual. Entonces, por ejemplo, Fidelis, HealthFirst, MetroPlus, ninguna de la información de esos planes se concluye en la guía del consumidor que se supone que ayuda a las personas a comprender qué plan de salud podría ser más efectivo para ellos y a tener un mejor sentido de las cosas. Por lo tanto, creo que ha sido una especie de contratiempo ya que la atención administrada ha evolucionado durante las últimas dos décadas en el estado de Nueva York. Me pregunto cómo piensa la OPWDD sobre navegar en esas aguas a veces agitadas.

Roger Bearden: Creo que la intención sería que hubiera una autoridad conjunta entre las dos agencias, DOH y OPWDD, en la supervisión de los planes que atienden a las personas con discapacidades del desarrollo, y si no me equivoco con la legislación

autorizante en términos de los detalles de eso, probablemente tendría que elaborarse mediante memorandos de entendimiento para asegurarse de quién estaba haciendo qué. Aún no hemos llegado a eso.

Elizabeth Benjamin: Creo que hay ciertas cosas obvias que pueden ser complicadas: redes, análisis de redes, lo que brindan las protecciones al consumidor para estos productos. Hemos estado pensando en esto a través de la perspectiva del consumidor durante décadas, y si fuera útil, podemos hablar en una reunión posterior cuando estemos más avanzados. Me encantaría que en la próxima reunión pudiéramos hablar sobre esas corrientes de autoridad, quién está haciendo qué, para que a medida que la población se mueva, realmente entiendan si tengo una queja de la red, a dónde voy; si necesito presentar una apelación, ¿a qué agencia debo acudir? Para la gente, puede ser un poco caótico entender y navegar.

Roger Bearden: En la medida en que su experiencia en la navegación en otros sectores y usted tuvo algunas ideas sobre los errores comunes que se han cometido en el pasado que podrían remediarse y abordarse en la parte delantera. Creo que sería más que útil y esperamos cualquier tipo de información, cualquier tipo de lecciones aprendidas que pueda ofrecer desde la perspectiva del consumidor.

Maxine George: Hay tantas cosas en el aire sobre cómo vamos a salir adelante con la atención administrada, y todo parece tan confuso y caótico. Pero en una de sus diapositivas anteriores, mencionó tasas actuarialmente sólidas para mantener los servicios. ¿Cómo podemos estar hablando de una transición a un sistema tan complejo como la atención administrada si no tenemos idea de si las tarifas que se implementarán sostendrán algunos de los programas básicos de servicios que nuestras familias han llegado a atesorar?

Roger Bearden: Difiero. No soy un fijador de tarifas. ¿Deberíamos retirar esa pregunta, Allison?

Allison McCarthy: Creo que, según tu punto, Maxine, es absolutamente fundamental que demos un paso atrás y consideremos dónde estamos hoy, qué es lo que el entorno y los proveedores están experimentando hoy y qué desafíos están sobre la mesa.

Como mencioné, nos tomaremos un tiempo para evaluar cuáles son nuestros próximos pasos y cómo se ve la trayectoria y tendremos en cuenta lo que ha dicho. Por tanto, le agradezco que lo haya mencionado.

Sankar Sewnauth: Gracias por esta oportunidad. Siempre es bueno tener estas sesiones en las que puedes compartir información con el campo. Mi interés es como un proveedor que ha estado interesado en la atención administrada durante mucho tiempo y opera un plan de atención administrada en el hogar en el norte del estado de Nueva York, un proveedor de IDD. Estaba siguiendo la presentación y habías hablado sobre las preocupaciones como parte del período de comentarios, las preocupaciones que tenías de los individuos y las familias en la autodeterminación y luego hablamos sobre los próximos pasos y tal vez me estoy adelantando, pero me interesaba saber si la OPWDD está teniendo alguna conversación con alguno de los proveedores individuales o grupos que están pensando en la atención administrada y quizás estén operando un plan de atención administrada en nombre de las personas con IDD. ¿Puede compartir cualquier información que pueda tener?

Roger Bearden: Creo que hablamos casi a diario con algunas partes interesadas. Obviamente, en los últimos meses esas discusiones se han centrado en la emergencia de salud pública y en mantener a las personas seguras y saludables. ¿Hay conversaciones o debates que cree que deberíamos tener?

Sankar Sewnauth: Solo insto a que tal vez podamos incluir a esas organizaciones y ver dónde están y qué información pueden proporcionar porque obviamente hay mucha preocupación, y mucho interés también. Mi comentario sería que también tengamos una conversación con proveedores que están pensando en pasar a la atención administrada.

Roger Bearden: Arnold, tienes una pregunta en el chat, ¿quieres articularla?

Arnold Ackerley: ¿Ha examinado cómo continuar con la gestión de casos sin conflictos? Tengo entendido que, en algunos casos, los CCO pueden convertirse en SIP-PL, lo que significa que efectivamente asignarían fondos a los servicios, lo que parece ser un conflicto de intereses significativo. Y además, definir las relaciones

comerciales que también podrían formar con las MCO emergentes probablemente sería importante de considerar, también en términos de conflicto. ¿Qué se ha tenido en consideración?

Allison McCarthy: Creo que es un buen punto en términos de necesidad de ser aclarado a medida que nos relacionamos con el Departamento de Salud y miramos hacia el futuro. Profundizaremos un poco más en términos de esa relación específica. Creo que hay cortafuegos cuando se instituye un plan del Artículo 44 que requiere distancia y que no tenga conflictos. Esos cortafuegos y protecciones serán absolutamente revisados, identificados y establecidos. A medida que avancemos, tendremos que concentrarnos en esa área específicamente.

Roger Bearden: Veo algunos comentarios más. Los SIP-PL no se han establecido en este momento. Se recibió un comentario sobre el modelo propuesto y eso fue lo que se revisó en la presentación que acaba de ocurrir. Pero esas entidades no se han establecido formalmente para brindar atención administrada para servicios de discapacidades del desarrollo. Creo que la gente lo sabe. Pero en el caso de que responda mejor, existe un programa actual llamado programa FIDA para personas que tienen doble elegibilidad, lo que significa que tienen Medicare y Medicaid, y esas personas en la región del estado pueden inscribirse en ese programa y eso ha sido un programa que ha estado funcionando durante varios años.

Voy a pasar al segundo punto de la agenda sin el Grupo Consultivo Clínico IDA y lo que haremos es echar un vistazo a la sala de chat e intentaré raspar cualquiera de los comentarios que se han hecho y tratado en una sección de preguntas y respuestas más adelante. Por lo tanto, continúen ingresando comentarios, se revisarán y veremos si podemos incluirlos en un solo conjunto de respuestas a medida que avanzamos. Con eso, voy a pasarle el testigo a Tamika.

Tamika Black: Buenos días a todos. Estoy dando una actualización sobre el Grupo Consultivo Clínico. Sé que ha pasado algún tiempo desde que se reunió el JAC. Desde entonces, el CAG se reunió el 9 de julio de 2020, y nuestro enfoque clave para la reunión del CAG fue realmente la medición de la calidad clínica para I/DD, los casos de uso de medidas de calidad y el marco de evaluación de medidas que el CAG usaría en

términos de selección de medidas. También tratamos los próximos pasos para el CAG y creo que esto encaja muy bien con el punto mencionado anteriormente acerca de que son medidas válidas y reconocidas a nivel nacional en relación con I/DD. Y creo que esta es una gran oportunidad para que debatamos parte del trabajo que se ha estado realizando.

Cuando el Departamento de Salud presentó parte de la información en la última reunión del CAG en julio, uno de sus enfoques fue hablar realmente sobre los objetivos de medición de la calidad clínica para I/DD. Y para aquellos de ustedes que no lo saben, el CAG está copresidido por Douglas Fish, que es un médico en el Departamento de Salud, y el Dr. Jill Pettinger aquí en OPWDD. Y lo que intentamos hacer es unir tanto la perspectiva del DOH como la perspectiva de la OPWDD en términos de pensar en la medición de la calidad y pensar en formas de aprovechar la experiencia del DOH en torno a la medición de la calidad.

Por lo tanto, una de las cosas que se convirtió en un enfoque clave, especialmente como resultado de la emergencia de salud pública COVID-19, fue la necesidad de analizar realmente la medición de la calidad en relación con I/DD. Una de las primeras áreas de enfoque fue pensar realmente en la medición de la persona en su totalidad. Y ahí es realmente donde se toman en cuenta las medidas de todos los servicios que apoyan la salud y el bienestar general de una persona, y deben incluir y garantizar que las personas reciban una atención de calidad y prevenir la institucionalización.

Uno de los otros enfoques clave, tanto del DOH como de la OPWDD, es asegurar que cuando pensamos en la medición de la calidad clínica, estemos observando las disparidades en la atención. Y el objetivo es utilizar medidas estándar en todas las poblaciones, así como identificar las brechas en la atención para que podamos abordarlas mediante mecanismos de mejora de la calidad.

Una de las últimas áreas que creemos que podremos aprovechar realmente es aprovechar el uso de la medición de la calidad clínica en la atención administrada. Independientemente de cuál sea el modelo de prestación de servicios definitivo, el

Departamento de Salud tiene una gran experiencia con respecto a la medición de la calidad. El estado de Nueva York evalúa los planes de salud según estas medidas de calidad y son útiles para comparar el desempeño de los planes de salud. Pero también nos dan una perspectiva histórica real del uso de medidas a lo largo del tiempo, la validez de esas medidas y la fiabilidad de esas medidas.

Cuando también pensamos en el uso de medidas, también queremos observar los marcos desde los que se han aplicado. Y hay cuatro marcos principales en los que se han utilizado medidas hasta ahora. Claramente, una de las áreas más sólidas para el Departamento de Salud es realmente la atención administrada. Y en ese sentido, el estado evalúa el desempeño del plan sobre los procesos de atención, los resultados o la experiencia de la atención del paciente. El CMS también es responsable de supervisar el programa de atención administrada de los estados.

También hay experiencia con el VBP en la atención administrada y el uso de medidas en ese marco. Y ahí es donde los planes pagan a sus proveedores contratados según el desempeño y las medidas de calidad específicas. Eso es esencialmente incentivar la calidad de la atención y hay una variedad de mecanismos de pago para hacerlo. En este arreglo, CMS también es responsable de supervisar el programa de atención administrada VBP de los estados.

También tenemos nuestro sistema actual que consiste en programas de exención, esa es nuestra área de pago por servicio. Y los CMS y los estados evalúan el desempeño del programa de exención o evalúan a los afiliados; experiencia en recibir servicios basados en el hogar y la comunidad. Las medidas pueden incluirse en los acuerdos de exención de los estados con CMS.

Y finalmente, hemos estado mirando un área más nueva, ya que el CMS ha estado ayudando a los estados con asistencia técnica, de los cuales el estado de Nueva York ha sido parte de ese proceso en el IAP o el Programa Acelerador de Innovación, de realmente buscar formas en las que los estados han podido usar el VBP para servicios de exención, y eso es pagos basados en el valor. En ese arreglo, los programas de exención pagan a los proveedores de HCBS contratados en función del desempeño en

medidas de calidad específicas. Y las medidas utilizadas en el VBP pueden incluirse en los acuerdos de exención del estado con el CMS.

Por lo tanto, estos son cuatro marcos diferentes y lo que sí ilustra es que los enfoques de VBP se pueden usar de varias maneras, en una variedad de estructuras. Entonces, cuando pensamos en VBP, estamos mirando la medición de la calidad en sí misma y no necesariamente el sistema de prestación de servicios en el que está integrado.

Una de las cosas que hemos estado explorando con el CAG I/DD es realmente las medidas de calidad y los casos de uso. Esencialmente, las medidas de calidad son herramientas que ayudan a medir o cuantificar los procesos de atención, los resultados, las percepciones de los pacientes y la estructura o los sistemas organizativos.

Esencialmente, se trata de cuán bien estamos brindando servicios o atención y si las personas logran los resultados de salud o los resultados de habilitación que desean.

Las medidas se desarrollan para distintos propósitos y esos son los que llamamos casos de uso. Y eso es esencialmente para evaluar el desempeño de entidades específicas. Y hay un nivel particular de análisis o unidad de análisis: puede ser a nivel de plan de salud o de proveedor o puede ser a nivel de todo el sistema de atención médica.

Es importante considerar los casos de uso previstos originalmente al evaluar las medidas de calidad. Entonces, por ejemplo, no querría aplicar una medida del sistema de prestación de atención médica a la atención individual. Quiere que se mantenga en la unidad de análisis correcta. Entonces, hay muchas cosas a considerar cuando pensamos en medidas de calidad, cómo se usan y a qué perspectiva o entidad se aplican.

A continuación, se muestra un ejemplo de casos de uso por conjunto de medidas. Y realmente queríamos comenzar a fundamentar esto en el sistema I/DD. Uno de los principales casos de uso es: ¿Tenemos algún tipo de experiencia con medidas de HCBS para el sistema I/DD? Y aquí enumeramos algunos de ellos: tenemos los Indicadores Básicos Nacionales, tenemos medidas de Hogar de Salud de la Organización de Coordinación de Atención, tenemos Medidas de Resultados

Personales, tenemos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad o medidas CAHPS, y medidas de desempeño de exención de HCBS 1915c. Existe experiencia con medidas en torno a I/DD.

Quiero agregar algo sobre los Indicadores Básicos Nacionales, que realmente es un nuevo desarrollo que creo que es realmente muy útil para hacernos avanzar cuando pensamos en un conjunto de medidas confiables y válidas. El estado de Nueva York ha estado informando medidas del lado del Departamento de Salud en el conjunto de medidas básicas para adultos. El conjunto básico que han estado informando durante más de 10 años, y las medidas se compilan a partir de una variedad de fuentes, incluidos datos de planes a través de QAR o el conjunto de datos de requisitos de informes de garantía de calidad del Instituto del SIDA, así como datos del distrito. Por lo tanto, existe experiencia con este conjunto de medidas básicas.

Los indicadores básicos nacionales a partir de 2020 se han incluido en esta medida básica establecida con la CMS, lo que ha sido una gran noticia para nosotros. El estado de Nueva York en el frente de I/DD también ha estado participando en los Indicadores Básicos Nacionales durante más de 10 años. Por lo tanto, tener las medidas de I/DD en torno a los indicadores básicos nacionales incluidas en el conjunto de medidas básicas para adultos es un paso hacia ese conjunto de medidas válidas y confiables que hemos estado buscando. Cuando pensamos en los Indicadores Básicos Nacionales, y para aquellos de ustedes que tuvieron la oportunidad de mirar el sitio web público o los Perfiles de Nueva York para los Indicadores Básicos Nacionales, ellos obtienen esas medidas, que creo que son muy importantes para la población I/DD. Cualquier cosa desde «tiene un trabajo en la comunidad», «tiene la opción de compañero de cuarto», «cuál es la calidad de sus servicios». También han agregado medidas en torno a la gestión de la atención. Por lo tanto, hay muchas oportunidades alrededor del NCI para un mayor desarrollo. También nos hemos comprometido con HSRI, que ayuda a administrar los Indicadores Básicos Nacionales, en el desarrollo de nuevas medidas. Entonces, si hay áreas en las que queremos recopilar datos, tenemos la capacidad como estado de proporcionar esa información. Y OPWDD se ha involucrado en ese proceso.

A medida que avanzamos desde las medidas del sistema HCBS o I/DD, y solo quiero asegurarme de mostrar dónde están algunas de estas medidas para las medidas de coordinación de la atención, se encuentran en la aplicación CCO, que creo que están disponibles a través de el sitio web del DOH: el CQL POMS, el Comité de medidas de resultado personal de liderazgo de calidad, creo que se ha integrado en el sistema I/DD del estado de Nueva York y creo que todos están bastante familiarizados con ellos. Al igual que las medidas de CAP, que son un conjunto de medidas muy común que se utiliza. Y para aquellos de ustedes que no lo sepan, estamos obligados a informar anualmente a CMS sobre las medidas de desempeño de la exención de HCBS.

El siguiente caso de uso se refiere a los servicios y apoyos de atención a largo plazo. Y tenemos algo de experiencia en eso en torno al conjunto de datos de NCQA L-TSS, las medidas de atención administrada a largo plazo de Nueva York, las medidas de hospitalización potencialmente evitables de LMTC. Con ellos, hemos estado trabajando con el Departamento de Salud para subrayar realmente su experiencia con esos conjuntos de medidas y si se pueden aplicar a la población de I/DD.

Y de manera similar, las medidas clínicas, y nuevamente, hay familiaridad con aquellas en las que estamos viendo HEDIS o el conjunto de datos de información de efectividad de la atención médica, así como también CAHPS para la evaluación del consumidor de los proveedores de atención médica y los programas de sistemas.

Tenemos una variedad de oportunidades para analizar estas medidas, que creo que son los conjuntos de medidas más fiables y válidos para las oportunidades de avanzar en las medidas del sistema de I/DD.

A medida que avanzamos con el CAG, y para muchos de ustedes que ya lo conocen, el CAG I/DD, así como todos los demás grupos de asesoramiento clínico, se describen en la hoja de ruta de pagos basados en el valor del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Trabajamos en colaboración con el Departamento de Salud para administrar, dirigir y facilitar el CAG y, como parte de eso, también estamos utilizando los criterios del DOH del estado de Nueva York para las medidas. Hay cuatro cosas clave que buscamos cuando los CAG revisan y seleccionan medidas. Uno es la

relevancia, el segundo es la validez de la medida, el tercero es la confiabilidad y el cuarto es la factibilidad de la medida.

Entonces, en términos de relevancia, y creo que nuevamente esto se remonta a lo que se dijo antes, realmente estamos buscando medidas que sean útiles para la elaboración de informes de calidad y la toma de decisiones. También estamos analizando el nivel en el que se ha aplicado la medida: si ha sido específico del plan, si se ha aplicado a un proveedor, son los datos recopilados a nivel individual o a nivel de historia clínica. ¿Cómo obtenemos la información y a quién se aplica? La otra cosa que también buscamos es si la medida tiene sentido cuando se aplica a I/DD. Y nuevamente, estas son las cosas que se consideran: ¿Es la medida realmente relevante?

Tanto para la validez como para la confiabilidad, queremos asegurarnos de que la medida y los datos sean correctos y estén libres de errores para que midan lo que se pretende. Queremos asegurarnos de que estén bien definidos, que no haya confusión en torno a la especificación de la medida y que podamos recopilar datos con precisión y reflejar realmente la calidad. Y también, también, que realmente podamos hacer las distinciones en el desempeño. Por ejemplo, cuando los resultados de una medida se agrupan muy juntos, por lo que todos obtienen un 99.9.8.7, eso no nos dice realmente que tal vez en una medida en la que alguien está en el 70 por ciento, y yo estoy usando esto como arbitrario, y alguien está en el 90 por ciento. Cuando queremos pensar en medir, queremos poder distinguir el nivel de desempeño. Y no queremos que la gente se agrupe en torno a un estándar de rendimiento en particular.

Por confiabilidad, queremos asegurarnos de que, nuevamente, esté bien definido para permitir una implementación consistente. Si todos interpretan la medida de manera diferente, recopilará diferentes tipos de datos y no habrá confiabilidad en los datos que se informan.

También queremos asegurarnos de que se especifique a partir de elementos de datos y sea repetible, para que cualquiera que tenga la misma información y las mismas especificaciones pueda repetir la recopilación de datos y el cálculo de cualquier

medida. También se necesitan pruebas de todos los niveles de análisis previstos para asegurarse de que sean fiables.

Finalmente, uno de los más importantes es que sea realmente factible. Que los datos están realmente allí, se pueden recopilar, se pueden agregar sin una carga indebida. Queremos asegurarnos de que realmente podamos recopilar información e informar sobre ella de una manera que sea factible y, nuevamente, no requiera una gran carga de recursos en el campo, para que los proveedores puedan informar.

Una de las cosas que también estamos analizando es cómo funcionará el CAG en términos de aprovechar las especificaciones de las medidas. Realmente estamos viendo cómo se define esa medida, el numerador y el denominador, y lo que realmente significa, qué datos se recopilan, de dónde proviene esa información. Y si esa especificación es clara, avanzamos y examinamos las cuatro condiciones que son los próximos pasos para evaluar las medidas y analizarlas con mucho cuidado. Y nuevamente, ese es el trabajo que hará el CAG a medida que avancemos.

En cuanto a los próximos pasos para el CAG y las recomendaciones que tenemos de la reunión de julio, realmente nos centraremos en evaluar y recomendar conjuntos de medidas específicas de HCBS o LTSS. El CAG de I/DD ayudará a la OPWDD y al Departamento de Salud a proporcionar una perspectiva de I/DD sobre las medidas de calidad clínica. Y los miembros del CAG pueden ayudar a identificar los desafíos de implementación e informes, que creo que son muy importantes, que se pueden enfrentar al implementar medidas de calidad clínica para I/DD.

Creo que ese es el final de esa parte de la presentación. No sé si queremos detenernos para hacer preguntas en este punto, Roger, o esperar hasta el final.

Roger Bearden: Tamika, no sé si puedes ver en la sala de chat. Hubo una serie de preguntas, les dejaré que las examinen por un minuto mientras hago la pregunta de si los miembros del panel y los miembros del JAC tienen alguna pregunta, los comentarios en este punto sobre el CAG leyeron que Tamika pudo proporcionar.

Tamika Black: Entonces, intentaré generalizar los comentarios. Tenemos bastantes comentarios aquí, por lo que es genial ver que todos participan en la conversación

cuando pensamos en medidas y eso es algo maravilloso. Siempre estoy interesada en el debate y la deliberación y realmente pienso en un enfoque consciente y reflexivo a medida que avanzamos.

Creo que recibimos bastantes comentarios de Ralph Laurent, quien fue un panelista. Vemos aquí que hay un problema continuo que se remonta a más de un año en el uso de CAG I/DD de los POM y el CAG creo que está diciendo que es inconsistente e ilógico en el uso de estándares de medición entre los POM. En otras palabras, se seleccionaron algunos elementos de POM y otros se omitieron sin tener en cuenta los estrictos estándares de medición que utiliza el DOH en otros CAG. Creo que nuevamente este CAG se ha vuelto a convocar del CAG original. El CAG original creo que fue en 2016 e identificó las medidas iniciales. Algunas de ellas eran medidas clínicas y algunas otras, creo, estaban relacionadas con los MOP. Hemos comenzado desde un marco colaborativo diferente para la segunda ronda del I/DD CAG y realmente estamos tratando de analizarlo más detenidamente en torno a la selección de medidas. Y estamos utilizando una gran cantidad de ayuda del Departamento de Salud para pensar en la aplicabilidad y coherencia entre los CAG. Estamos utilizando el marco DOH completo, que incluye la revisión del Comité Directivo de VBP. Doug Fish opera y supervisa todos los grupos de asesoría clínica, por lo que su trabajo al incorporar el CAG I/DD junto con los otros CAG está creando ese nivel de consistencia y ese marco. Trabajamos juntos y desarrollamos la experiencia a medida que avanzamos y aprovechamos la experiencia existente del Departamento de Salud.

Creo que hubo interés en saber realmente qué medidas específicas estamos recomendando. El CAG se embarcará en ese proceso. No estamos recomendando ninguna medida en este momento, le estamos diciendo el marco que estamos usando para comenzar la selección de medidas, la importancia de los criterios de selección y el trabajo que estamos haciendo para asegurarnos de que estamos seleccionando las medidas de manera apropiada.

Roger Bearden: Gracias, Tamika. Creo que esas reuniones, similares a esta, se llevan a cabo públicamente para que la gente tenga la oportunidad de participar mientras miramos el otoño y el invierno en esas discusiones. ¿Estoy en lo cierto en eso?

Tamika Black: El Clinical Advisory Group no es una reunión pública. Sin embargo, la información y los PowerPoint se publican en el sitio web del DOH. Así que si alguien está interesado en ver el trabajo que el CAG ha realizado hasta ahora, la información se puede encontrar en el sitio web del Departamento de Salud.

Roger Bearden: Y me alegra que lo hayas mencionado porque hubo una solicitud de un enlace a esa información para que podamos encontrarla y lanzarla a la sala de chat.

Donna Colonna: De hecho, participé en el CAG reciente. Fueron muy buenas conversaciones en términos de analizar diferentes medidas y mejorar la atención. Sin embargo, lo único que me llama la atención es la integración con la atención médica y la flexibilidad con la plataforma para eso. Sé que en realidad estamos hablando de crear el futuro, por así decirlo. Creo que es realmente importante que, con cualquier plataforma que creemos, debemos poder incorporar Health. Creo que nuestra experiencia en COVID y una especie de intento de impulsar y trabajar con el lado de la atención médica son nuestros desafíos y algunos de nuestros estándares, y algunos de los estándares que el Departamento de Salud está considerando. Sin un enfoque integrado real y un enfoque flexible, es realmente importante tener un enfoque integral para las personas a las que servimos. ¿Cómo llegamos allí? Porque creo que así fue como comenzamos el comité consultivo conjunto; no podía creer que fuera como en 2013 cuando comenzamos. Tenemos que llegar a un enfoque de persona integral, al menos en mi opinión.

Roger Bearden: Tamika, ¿ves alguna otra pregunta o comentario?

Tamika Black: Creo que ha habido preguntas nuevamente sobre la confiabilidad y validez de las medidas establecidas y cómo lo estamos abordando. Nuevamente, creo que ese es el trabajo continuo del Grupo Consultivo Clínico y creo que después de nuestra próxima serie de reuniones del CAG tendremos una mayor oportunidad de actualizar al JAC sobre la dirección que estamos tomando. Cuando también pensamos en la confiabilidad y la validez, también estamos trabajando con el Departamento de Salud, la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente (OQPS), que tiene una infraestructura sustancial de investigación y datos subyacente. Y estamos utilizando nuevamente su cálculo de medidas y sus enfoques. Y nos aseguramos de que se

ajuste al sistema I/DD. No se trata simplemente de tomar una medida y copiarla en el espacio I/DD. Pero lo estamos analizando con mucha atención desde una variedad de perspectivas: clínica, metodológica y programática. Hay mucho más trabajo por hacer. Lo que también quiero decir es que esto es una base. La perfección no se va a conseguir en la primera vuelta, no aislaremos cada medida perfecta. Pero lo que haremos es comenzar con un proceso de refinamiento, de obtención de datos, de uso de datos y mejora con el tiempo. Como resultado de eso, obtenemos información más confiable y válida. Creo que todo el mundo quiere empezar con esta especie de Santo Grial. El campo I/DD es muy nuevo; estamos a la vanguardia de esta conversación. Las preocupaciones sobre las medidas son absolutamente ciertas. No quieres salir con nada que sea arbitrario y no mida lo que se pretende. Al mismo tiempo, tenemos que comenzar el proceso en algún lugar y es necesario que exista este debate sobre cómo comenzamos a desarrollar la capacidad. ¿Cómo entendemos la alfabetización de datos y cómo avanzamos en el uso de medidas, refinándolas y construyendo sobre la experiencia y siendo líderes en ese sentido? El hecho de que no se haya hecho antes no significa que sea imposible, lo que significa es que tenemos que ser reflexivos y realmente conscientes de nuestro enfoque. Pero también tenemos que estar dispuestos a tener algunas oportunidades para tener éxito en áreas y también trabajar en algunas áreas para mejorar. Solo quería dejarlo claro.

Tenemos algunas preguntas sobre los determinantes sociales de la salud, que también es otra área clave que estamos analizando a través del CAG y que sí se tiene en cuenta. Seguimos desarrollando ese enfoque y ese marco con el Departamento de Salud.

Creo que he hecho bastante justicia a algunos de estos comentarios. Hay mucho más aquí. Con suerte, Josie, estás rastreando las preguntas y los comentarios para que pueda echarle un vistazo más adelante.

Roger Bearden: Podemos pasar al siguiente punto de la agenda, que es una lectura, y no creo que hayamos discutido este programa anteriormente porque es una oportunidad que surgió con bastante rapidez y un corto plazo para que los consultores puedan brindarnos asistencia. Y obviamente, esto está muy relacionado con el logro de resultados valiosos para nuestras metodologías de pago. Con eso, permítanme

regresar a Tamika para que nos lleve a través de la información sobre el Programa Acelerador de Innovación de Medicaid.

Tamika Black: Gracias, Roger. Esta es otra iniciativa en la que hemos estado participando. Se nos otorgó la oportunidad de recibir asistencia técnica de CMS como parte del Programa Acelerador de Innovación. A los estados seleccionados se les ofrece esta oportunidad de unirse a sus diversos equipos de consultores para trabajar en enfoques hacia pagos basados en el valor. El equipo de IAP en el que participamos funcionó de febrero a agosto de 2020. Incluía el Departamento de Salud y la OPWDD.

Una de las cosas que quería mencionar es que, si bien estábamos muy entusiasmados con nuestra oportunidad de IAP, teníamos una agenda muy ambiciosa. Encontramos algunos desafíos clave durante el progreso. Claramente, tuvimos la emergencia de salud pública de la COVID-19, que cambió la naturaleza del enfoque, así como nuestra capacidad para participar al nivel que generalmente se necesita a través del IAP. Consiste generalmente en reuniones semanales y quincenales, y en una enorme cantidad de trabajo y esfuerzo. El equipo original estaba avanzando hacia el modelado fiscal y las simulaciones financieras y desarrollando enfoques complejos para pensar en el VBP. Eso no sucedió de la misma manera que pretendíamos inicialmente. Nuestra asistencia técnica terminó el 31 de agosto, así que tuvimos un plazo muy limitado entre febrero y agosto y no había una posibilidad de extender el IAP. Y así, como resultado de eso, cambió la trayectoria del objetivo inicial de tener un enfoque basado en entregables a más sobre consultoría y aprendizaje mientras trabajábamos con nuestros socios en CMS. El equipo que participó incluyó a NORC en la Universidad de Chicago, Rand ARC, que era una empresa actuarial, Stratus Health y otros.

A lo que se prestó fue a una oportunidad a gran escala para la OPWDD, que fue fenomenal. Tuvimos la capacidad de acceder a la experiencia en recursos. Realmente tuvimos la oportunidad de evaluar nuestro estado actual y pensar en aprovechar la capacidad de nuestro sistema existente hacia el VBP. Podríamos apoyar el enfoque continuo en los datos. Podríamos comprender mejor los acuerdos VBP y los modelos de pago alternativos. Tuvimos la oportunidad de identificar los pasos y consideraciones fundamentales para el sistema I/DD, independientemente de la financiación o los modelos de prestación de servicios. Aprendimos de otras experiencias estatales y

tuvimos la oportunidad de revisar nuestro proceso de participación con las partes interesadas de la OPWDD. Así que a pesar de tener un recurso limitado disponible para nosotros en este momento, en relación con la capacidad del estado para participar, salimos con mucho ganado de la experiencia.

En cuanto a las iniciativas estatales actuales, nuevamente muchos de ustedes están familiarizados con esto, lo hemos hablado. Tenemos la hoja de ruta de VBP, que está disponible en el sitio web del Departamento de Salud. Fue parte de la iniciativa de reforma del sistema de entrega 1115, el DSRIP. Y el objetivo, cuando se redactó por primera vez la hoja de ruta de VBP, era un objetivo de reforma de pagos para alcanzar acuerdos de pago basados en el valor del 80 por ciento. Los estándares y la guía entre proveedores y partes interesadas para crear acuerdos de pago de VBP se especificaron realmente en ese documento.

También tenemos el Grupo Consultivo Clínico I/DD, que era parte de esa hoja de ruta de VBP y hablamos sobre la actualización hace unos minutos. Comenzamos el proceso en 2019 y hemos estado utilizando la experiencia clínica y el conocimiento de la industria para tratar de avanzar en la búsqueda de conjuntos de medidas para los servicios de I/DD y la población. El objetivo del CAG también es hacer recomendaciones y proporcionar comentarios sobre conjuntos de medidas de calidad.

También contamos con la experiencia de la demostración FIDA I/DD, que ha sido muy importante para nosotros. Esta es una demostración de cinco años para el programa del plan de doble ventaja totalmente integrado. Y es una asociación continua entre OPWDD, DOH, CMS y Partners Health Plan. Alguien había mencionado antes la posibilidad de replicar el modelo. Nos referiríamos a él más como aprovechar el modelo, aprender de esa experiencia. No son exactamente iguales, como señaló Allison, esto es para personas con doble elegibilidad. Sin embargo, hay cosas que podemos aprender sobre el proceso de medición, sobre las medidas que la FIDA tiene que reportar, esa recopilación de datos y la confiabilidad y validez de esas medidas. Entonces, PHP también es parte del CAG I/DD y han compartido sus ideas sobre la recopilación de datos, las medidas y eso fue en uno de los CAG anteriores y creo que hay un PowerPoint en el sitio web del DOH.

Además, también tenemos I/DD Health Homes, que nuevamente ha sido una parte clave de nuestro sistema de servicio, a partir del 1 de julio de 2018. El objetivo de la CCO es brindar servicios de planificación y gestión de la atención centrados en la persona y cubrir a más de 100 000 personas con I/DD.

Oportunidades para alinear el IAP con las iniciativas y metas estatales. Queremos poder utilizar estas piezas que tenemos a nuestra disposición y pensar en cómo avanzamos. Alguien comentó sobre la formación de JAC en 2013. Nuevamente, cambiar y desarrollar un sistema de prestación de servicios o hacer la transición a la atención administrada es un largo camino. Una de las cosas que queríamos hacer con la experiencia de IAP era averiguar cómo podemos aprovechar, ¿cómo podemos llegar allí?

Una de las cosas que discutimos en el IAP sobre los hogares de salud I/DD fue pensar en formas de mejorar la capacidad para medir los resultados de calidad y respaldar los modelos VBP a través de un proceso de gestión de la atención más integrado y centrado en la persona. Otra forma de verlo es cómo pensamos sobre las medidas de calidad que estábamos recomendando a través del CAG I/DD para apoyar VBP, incluso para HCBS; cómo aprovechar la atención administrada para aprovechar la experiencia que ya tenemos, tanto en FIDA I/DD como en la corriente principal; y pensar en formas que nos ayuden a aprovechar las oportunidades para el diseño de VBP y HCBS; analizando el rediseño de la exención y a medida que pensamos en el futuro después de la emergencia de salud pública, observando la flexibilidad, la equidad, la sostenibilidad, esos principios clave y el proceso de diseño de la exención y cómo podemos crear y analizar medidas a través de la exención y apoyamos la educación, el aprendizaje permanente y ayudamos a los adultos a participar en la ciudadanía.

También queremos ver incentivos y medidas en ese espacio. Y nuevamente, también queremos actualizar la hoja de ruta de VBP para reflejar cualquier nueva dirección y el DOH está completamente informado sobre eso y quiere que actualicemos la hoja de ruta a medida que continuamos refinando la dirección en la que se dirige la OPWDD.

Una de las cosas que se volvió muy importante para nosotros al comprender el cambio a VBP es la importancia de los datos. Entonces, solo quiero reiterar la iniciativa de

estrategia de datos de OPWDD, porque en la base de cualquier sistema de medición de la calidad está realmente tener acceso a la información, tener sistemas, sistemas de TI, tener la capacidad de analizar, recopilar informes de manera efectiva, tanto del lado del proveedor como de la OPWDD. Uno de nuestros objetivos en OPWDD es realmente promover la responsabilidad y la transparencia para las personas, las familias, los proveedores, los empleados y nuestros accionistas. Ha sido un objetivo en el que nos hemos centrado durante el último año y medio. Queremos poder proporcionar datos precisos, oportunos y procesables para respaldar la toma de decisiones, así como considerar los sistemas de TI y los datos como fuente.

También queremos equilibrar los informes de calidad y desempeño con garantías de que los datos confidenciales específicos de la persona se manejarán de manera adecuada. La privacidad y la seguridad son una de las áreas de enfoque clave, ya que buscamos estar más impulsados por los datos.

En términos de nuestra estrategia de datos, y ya hemos hablado de esto en el JAC, pero se está uniendo en el contexto del VBP, es que hemos desarrollado una hoja de ruta de alto nivel para hitos para lograr nuestra estrategia de datos. Hemos instituido la gobernanza de datos para asegurarnos de que tenemos fuentes precisas y confiables para nuestros datos y que estamos salvaguardando esos datos. Estamos analizando el intercambio de datos y los DUA, y cómo podemos realmente compartir datos y también los datos abiertos, que es una de nuestras iniciativas clave para la expansión. El desarrollo de nuestra estrategia de calidad y el Grupo Consultivo Clínico también es parte de esa estrategia de calidad. Además de explorar el desarrollo de nuevas medidas de calidad y monitorear la prestación de servicios y el desempeño de los proveedores.

En términos de la hoja de ruta de VBP, es un documento muy técnico. Pero esto resume las seis piezas principales de esa hoja de ruta. Lo primero son los resultados que esperamos lograr; quién es realmente la población objetivo; cuáles son las medidas de calidad que pretendemos utilizar; cuáles son los datos y los sistemas de información que sustentan el modelo VBP; cuáles son los servicios para respaldar nuestra estrategia: servicios de exención y no exención incluidos en el modelo; y el método de pago utilizado para incentivar la calidad y la eficacia.

Una de las otras cosas de las que realmente debemos hablar es la población objetivo y también existe la atribución: quién es en última instancia responsable de brindar esos servicios y quiénes serían los beneficiarios de cualquier estrategia o incentivo del VBP.

Una de las tres áreas clave que tratamos con el equipo de IAP de CMS son los objetivos clave que se proponen para nuestro modelo VBP. La primera es cómo apoyar mejor a las personas para que vivan en el entorno más integrado, cómo incentivamos el empleo primero y cómo continuamos incentivando la coordinación de la atención integral. Entramos en la experiencia de IAP con esos tres objetivos principales del sistema.

Como parte del trabajo de IAP, pasamos por el marco de pago alternativo, y hablaremos un poco más sobre ese marco en diapositivas futuras. Nuestro enfoque de IAP realmente fue, y esto fue contrario a lo que inicialmente esperábamos, cumplir con los estados donde se encuentran. Muchos de los estados, basados en nuestro trabajo con la IAP, tenían muchas aspiraciones en la dirección hacia la que se dirigían. El IAP le permite aprovechar y ver dónde se encuentra actualmente el sistema y cuáles son las oportunidades en el espacio actual, así como en el espacio futuro. Identificar bloques de construcción, aprovechar un continuo de pasos progresivos y promover valor y calidad a través de la capacidad del sistema existente. Creo que fue un gran marco para la OPWDD, ya que estamos comenzando este tipo de caminata fundamental hacia arreglos de pago más complejos.

Aquí está el marco de pago alternativo. Comienza con acuerdos de pago por servicio sin vínculo con la calidad y el valor y, a menudo, aquí es donde han comenzado muchos estados. Y luego pasan a la Categoría 2, que fue a lo que pasamos mucho tiempo hablando en el IAP de VBP. Y eso fue vincular la tarifa por servicio con la calidad y el valor y el uso de pagos fundamentales para la infraestructura y las operaciones, los arreglos de pago por presentación de informes y pago por desempeño y cómo se podrían poner en funcionamiento, potencialmente para el estado de Nueva York.

También hablamos sobre la Categoría 3 y la Categoría 4 para brindar también algunos ejemplos de cómo podríamos pasar de la Categoría 2 a, finalmente, los acuerdos de

pago 3 y 4. Y nuevamente, esos son los que tradicionalmente conoce para VBP. Muy a menudo, específicamente las categorías 3 B y 4 A, B y C, avanzando en un arreglo de atención administrada. Recorrimos toda la gama de esto y realmente hablamos sobre dónde está el estado de Nueva York ahora y dónde queremos estar en última instancia.

Como resultado de esa conversación, el equipo de consultores pudo identificar algunos estados que están caminando o han caminado una trayectoria similar a la del estado de Nueva York. Lo que hicieron fue identificar dónde tenemos un sistema básico de hogares de salud y cómo han podido utilizar el marco de los hogares de salud para comenzar a desarrollar acuerdos de VBP. En el Distrito de Columbia, tienen dos programas de hogares de salud y pudieron usar pagos básicos de Categoría 2A. También pudieron incentivar a los hogares de salud a hacer un mayor uso de los datos. El estado creó una estructura VBP para apoyar realmente la transformación del proceso para que esté más impulsado por datos. Utilizaron un modelo de pago por desempeño y se les reembolsó por cumplir con las métricas de calidad, lo que en realidad fue un ejemplo de un pago de pago por desempeño de categoría 2C.

También aprendimos sobre Dakota del Sur que pudo utilizar su modelo de hogar de salud para dirigirse tanto a personas con afecciones médicas crónicas como a personas con enfermedades mentales graves. Hablamos mucho sobre la posibilidad de una mayor colaboración e integración entre sistemas para la OPWDD y nuestro sistema de salud. Allí hubo una oportunidad para analizar los pagos fundamentales de 2a, y también para continuar apoyando a los hogares de salud con menor número de casos. También pudieron observar medidas de calidad en el contexto de acuerdos de pago por desempeño y usando promedios estatales, usando cuartiles para poder evaluar el desempeño, usando pagos 2c de pago por desempeño.

También tuvimos la oportunidad de explorar la experiencia de California y el IAP pensó que había una cantidad interesante de oportunidades aquí para pensar en este contexto también para el estado de Nueva York, no necesariamente en términos de navegación de vivienda, sino la oportunidad de incorporar el proceso de gestión de la atención, áreas clave en las que al estado le gustaría que se cumplieran algunas de sus metas de VBP. En el caso de California, se centraron en un programa de navegación de vivienda y pudieron utilizar los acuerdos de VBP para permitir que las

personas que pueden estar en riesgo de quedarse sin hogar puedan encontrar vivienda y pareja y crear una red de apoyo para poder encontrar vivienda. Su estructura también utilizaba pagos fundamentales con opciones de pago por desempeño e informes.

Finalmente, analizamos Tennessee y la especificidad de sus acuerdos en los que se encontraban en un acuerdo de ahorro 3a más complejo. Han avanzado en su trayectoria y sus hogares de salud son supervisados por sus MCO, que también establecen la tarifa de los hogares de salud. Consideramos su uso del uso de HEDIS por parte del estado y, por lo tanto, eligieron usar HEDIS porque se podía calcular utilizando datos de reclamos. Nuevamente, esto es VBP, esto es en lo que se basan los incentivos o los pagos. No es una evaluación de todo su sistema. A menudo, los estados utilizan una variedad de medidas y conjuntos de medidas para observar la calidad de su sistema general. Se trata de ver esta perspectiva de en qué estamos creando incentivos, qué queremos promover y en qué queremos pagar como sistema. Y esos a veces son un poco diferentes. Son lo mismo que un subconjunto de la supervisión de calidad general.

Para Tennessee, las MCO realizan un seguimiento del desempeño de la salud en el hogar en las métricas de calidad y eficiencia. Los hogares de salud de alto rendimiento son elegibles para pagos por resultados, si por supuesto mejoran la calidad. Las MCO son responsables de producir informes trimestrales de desempeño de costos y calidad para los hogares de salud. Por lo tanto, las MCO y los hogares de salud trabajan en conjunto y en asociación.

Ahora estamos en el futuro de VBP o en el presente de VBP, dependiendo de cómo se mire. El 15 de septiembre de 2020, CMS publicó la carta del director de Medicaid del estado, n° 20-004. Es una carta bastante larga, muy interesante. Lo que hace es reafirmar el marco HCL-LAN, que es el marco de logro alternativo que acabo de ver en la presentación de diapositivas. Apoya oportunidades para expandir VBP en Medicaid, incluso dentro del pago por servicio, que es una gran expansión. Identifica formas en las que los estados pueden apoyar el cambio a VBP, incluidas estrategias de pago innovadoras. Lo que es interesante es el trabajo de los IAP y quiero decir que el proceso de IAP ha estado sucediendo durante varios años, en realidad informa la orientación de CMS. Entonces, ser parte del proceso, al menos para OPWDD y DOH,

nos permitió obtener mucha más información y comprensión de hacia dónde se dirigía la guía de CMS, cómo iba a apoyar a VBP y que estábamos en la trayectoria correcta de cómo incorporar VBP en el panorama de I/DD.

Creo que eso concluye mis diapositivas. Roger, te lo daré en términos de tiempo. Si tenemos tiempo para preguntas o para charlar o cómo le gustaría seguir adelante.

Roger Bearden: Primero voy a preguntar a los miembros del JAC si tienen preguntas o comentarios.

Michelle Juda: Tamika, en una de las primeras diapositivas sobre la que tuvo la oportunidad de aprender algo más fue a través del proceso de participación de las partes interesadas. ¿Puedes hablar un poco específicamente sobre lo que se aprendió al respecto?

Tamika Black: Creo que una de las cosas que hemos estado haciendo, y este es un trabajo más interno en OPWDD y Allison, si lo desea, no dude en opinar, es realmente comprender cómo comunicar de manera efectiva las diversas iniciativas, el momento de la comunicación, cómo involucrar a nuestros grupos de interés e incorporarlos a la conversación. Son algunas de las herramientas que hemos utilizado, así como algunas herramientas nuevas como grupos focales, otros tipos de vías para involucrar a las partes interesadas. No sé si respondí la pregunta o si se refería a algo más específico.

Michelle Juda: ¿Hubo algo específico de alguno de los otros estados que sean mejores prácticas o cosas en las que deberíamos estar pensando?

Tamika Black: Lo que hicimos fue trabajar con Stratus Health, que ha trabajado con otros estados. Entonces, en el proceso, al igual que el marco de pago alternativo, proporcionaron un marco para que trabajáramos, casi como un libro de trabajo, para comenzar a ver de una manera valiosa cómo involucramos a las partes interesadas. Creo que fue más un proceso de reflexión y comprensión del momento y los enfoques que eran necesarios. No sé si hubo más o menos algún tipo de mejores prácticas, aparte de que su marco es una compilación de mejores prácticas y te hacen trabajar a través de ese marco para asegurarte de que estás captando todas las preocupaciones subyacentes, que entendemos la perspectiva de nuestros grupos de interés, que

estamos involucrando a nuestros grupos de interés en el momento crítico en el tiempo a medida que avanzamos en las iniciativas y lo hacemos de manera integral, no de manera aislada.

Roger Bearden: Y quizás pueda aportar algo más. Existe un compromiso continuo de las partes interesadas para tratar de comprender la pregunta más crítica y amable que tenemos frente a nosotros, que es, como la gente sabe, el Apéndice K que permite ciertas flexibilidades dentro de la exención que no estaban presentes, pero que expiran al final de Marzo de 2020, sin más acciones. Esa es la extensión máxima bajo la política actual para un Apéndice K. Estamos analizando muy críticamente qué fue exitoso, qué fue exitoso, pero podría mejorarse, para tener más éxito, pero no tuvo éxito en términos de las flexibilidades del Apéndice K. El pensamiento es que dentro del próximo mes más o menos, debemos enviar algo a CMS para extender esas flexibilidades hasta la exención permanente. Eso es un producto del alcance máximo de una exención de emergencia del Apéndice de un año, de marzo a marzo próximo. . Ese es un proceso que ha estado en curso a través de múltiples mecanismos. Lo que esperamos hacer una vez que se responda ese conjunto de preguntas es poder profundizar un poco más en algunas preguntas adicionales de las partes interesadas, tratando de secuenciar las cosas de una manera que tenga sentido. Mirando, digamos a principios de noviembre o finales de octubre, dependiendo de cuándo podamos hacer el trabajo sobre la exención de flexibilidades, preguntaremos a nuestras diversas partes interesadas cómo pensamos que el sistema avanza a mediano plazo. Eso es algo de lo que aprendimos. Siempre es bueno que alguien eche un vistazo a lo que has estado haciendo; claramente, haces las cosas, crees que van a ser útiles o, de lo contrario, haces otras cosas y luego nos miras de forma crítica. Creo que se trata más de tomar esto como de lo que hemos hecho tradicionalmente, de prestarle una mirada crítica y decir si hay áreas en las que podemos hacerlo mejor.

Veo en el cuadro de chat algunas preguntas sobre cómo beneficiarse de la experiencia FIDA para ayudar a informar transiciones programáticas más amplias con respecto a la atención administrada. Tamika o Allison, ¿quieren abordar esa pregunta? Sé que estamos analizando críticamente la experiencia de FIDA para beneficiarnos de esa prueba, por así decirlo, al analizar la iniciativa más amplia. ¿Hay algo más específico?

Tamika Black: No creo que haya nada más en este momento. Pero creo que PHP hizo un gran trabajo al presentarse en el Grupo Consultivo Clínico que tuvimos hace algunos meses, explicando algunos de los desafíos con la medición (DOH, OPWDD y todos los participantes del CAG) para comprender algunas de esas lecciones aprendidas como así como oportunidades para mejorar la forma en que consideramos las medidas de calidad. Creo que seguimos analizando esa pericia y esa experiencia para determinar a dónde vamos a continuación y creo que lo haremos más a medida que avancemos con el CAG.

Roger Bearden: Veo una solicitud de una parte interesada para que los involucremos en la búsqueda de posibles enfoques de VBP, ya que se aplicarían a los servicios de HCBS antes de que flotáramos con dichas aprobaciones. Creo que tiene todo el sentido del mundo. Lo que pensamos es que nos beneficiaríamos del análisis que se nos proporcionó, en la medida en que valga la pena explorar esos enfoques como parte de la próxima iteración de nuestra próxima conversación sobre HCBS. Tenemos la intención absoluta de involucrar a tantas partes interesadas como podamos para tratar de ver qué propuestas tienen mérito y cuáles tienen menos.

Susan Dooha: Tengo curiosidad por la equidad, la discusión sobre equidad que aparece en la primera diapositiva. ¿Qué se quiere decir con eso en este contexto?

Tamika Black: Creo que cuando pensamos en equidad, pensamos no solo en la capacidad de acceder a los servicios, sino también en garantizar que las personas que tienen un impacto desproporcionado relacionado con el acceso a los servicios o los resultados de salud también estén siendo atendidas. Creo que es tanto una combinación de que todos tengan servicios que satisfagan sus necesidades, como también asegurarse de que las personas que se han visto afectadas de manera desproporcionada también sean tenidas en cuenta.

Roger Bearden: Y hemos hablado en diferentes foros sobre sostenibilidad, equidad y acceso. Pensar en ellos como temas que guían realmente cualquier sistema de apoyo público. Sostenibilidad significa no gastar más de lo que se tiene, o no gastar más de lo que tiene en el futuro, para que el sistema sea sostenible. Tendemos a pensar en la equidad como una idea más distributiva, es decir, aquellos que están

comparativamente más necesitados tendrían un mayor dominio sobre los recursos que aquellos que son comparativamente menos necesitados. Así que obtiene una distribución equitativa de los recursos disponibles. Y luego el acceso: Una vez que averigua qué tiene con una distribución razonable de recursos, teniendo en cuenta la necesidad, el acceso es asegurarse de tener un sistema que lleve esos servicios a las personas de manera rápida y eficiente de una manera que los ayude y sea significativo para ellos. Hemos analizado una variedad de problemas a través de esa lente para tratar de mejorar cada uno de ellos. Con la equidad que hemos tendido a utilizar como lente de distribución, las personas que están más necesitadas deberían disponer de más recursos que las personas relativamente menos necesitadas.

Susan Dooha: ¿Ese análisis abarca la identificación y el tratamiento de disparidades basadas en la raza y el origen étnico, por ejemplo?

Roger Bearden: Ciertamente podría. El argumento es que la equidad, cuando se habla de apoyos financiados con fondos públicos que están destinados a mantener a las personas con discapacidades del desarrollo a llevar una vida significativa, la consideración relevante cuando se trata de determinar el acceso a los recursos es qué tipos de apoyos, basados en la necesidad, hacen que el individuo requiera para lograr esos resultados en la vida. Por lo tanto, existen otros tipos de características del individuo además de la necesidad de apoyo, que serían y no deberían ser relevantes para esa determinación. Y, obviamente, en la medida en que haya factores de confusión que podrían incluir raza, etnia, género, clase, etc. se buscaría combatir esos componentes y que no impliquen la distribución de recursos.

Arnold Ackerley: Al menos uno de los estados había vinculado los pagos basados en el valor a los ahorros para la atención médica. Solo tengo curiosidad por saber cuánto ha pensado en los ahorros en atención médica frente a los resultados de la atención médica. Muchas personas atendidas en el sistema tienen enfermedades crónicas o psiquiátricas. Es posible que sus costos de atención médica no se puedan administrar incluso si los apoyos de sus programas son realmente de calidad. Solo me preocupa que si los ahorros en atención médica se convierten en una medida junto con las reducciones recientes y los pagos de anticipo, realmente podría incentivar la selección

y una preferencia por no atender a personas con necesidades de salud psiquiátricas o crónicas importantes.

Roger Bearden: No estoy seguro de tener una respuesta. Creo que de lo que estás hablando, Arnold, en la medida en que ciertos costos sean inevitables, en lugar de evitables, la inclusión de esos costos como parte de la estructura de pago basada en el valor podría desincentivar a las personas con mayores necesidades, ¿lo entendí?

Arnold Ackerley: Si.

Roger Bearden: Creo que ciertamente se puede abordar mediante el diseño de beneficios. Y también creo que, déjame preguntarle a Tamika, ¿tienes una respuesta para eso? ¿O deberíamos recuperar esa?

Tamika Black: Definitivamente tenemos que recuperarlo. Como mencioné, Arnold, y esa es una muy, muy buena pregunta, la intención de nuestra experiencia IAP de lo que pretendíamos y lo que realmente sucedió fueron dos cosas diferentes. Inicialmente, una de nuestras metas era hacer algunos modelos financieros y analizar medidas de calidad e intentar identificar ciertos tipos de simulaciones sobre enfoques que el estado podría utilizar. No llegamos a ese punto en nuestro IAP simplemente por la emergencia de salud pública. Esperamos que, a medida que avancemos, podamos tomar algunas de las ideas iniciales, algunas de las experiencias y enfoques de otros estados que hemos estado formulando y recuperarlos e identificar oportunidades para avanzar. Desafortunadamente, todavía no llegamos allí, pero entiendo su pregunta y la necesidad de asegurarme de que no se esté sacrificando uno por el otro. No queremos centrarnos en los ahorros y sacrificar los resultados. Pero también debemos asegurarnos de que, a medida que analizamos los resultados, el sistema sigue siendo sostenible y lo estamos analizando de una manera más integral. Entiendo tu pregunta, solo necesitamos trabajar en eso un poco más.

Roger Bearden: Estoy mirando la línea de chat. Hay varios comentarios que buscan información en torno a tres elementos. Uno es el análisis de Duloitte con respecto al costo y hubo un punto en el que Texas había publicado información de Duloitte y solicita que hagamos lo mismo. Hay un segundo con respecto a cualquier análisis con

el programa FIDA, y el tercero tiene que ver con el consultor de la OPWDD para ayudar: se llama modelo de equilibrio de recursos. Ninguno de ellos tiene que ver con preguntas, sino que son más bien solicitudes de información que ciertamente podemos retirar y ver qué se puede compartir. Tengo una nota de que hay una solicitud para que en la próxima reunión del JAC incluyamos información sobre el DOH y la OPWDD y potencialmente las reglas de otras entidades estatales con respecto a la supervisión. Veo un seguimiento de la coordinación de la atención sin conflictos y la relación con esa y las entidades de atención administrada.