

*Departamento de Calidad Clínica
División de Gerencia Clínica*

STAR RATING



**GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA
CY 2012**

*Sistema de Calificación para Organizaciones
Medicare Advantage*

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
I. Información General	2
• Propósito	2
• ¿Qué es Star Rating ?	2
• Significado de la calificación de 5 estrellas	2
• ¿Cómo se reporta el Star Rating ?	3
II. Descripción de indicadores	3
• Encuesta CAHPS	4 - 6
• Medidas HEDIS	6 - 9
• Encuesta HOS	9 - 10
• Data del Centro de Llamadas	10
• Data Administrativa	11 - 12
III. Importancia del Star Rating	12
• <i>Quality Bonus Performance</i>	12
• Proyecto de Demostración	12
• <i>Special Election Period (SEP)</i>	12
IV. Recomendaciones	13 - 14
V. Referencias	14

I. INFORMACIÓN GENERAL

Propósito

Se provee esta Guía para diseminar información relevantesobre *Star Rating* entre los proveedores participantes de la red de Triple-S Salud.

¿Qué es *Star Rating*?

Star Rating es una metodología de calificación desarrollada por el Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para medir la ejecución de los planes médicos que apoya su meta de un cuidado de salud coordinado, eficiente y de alta calidad. Basado en esta metodología, CMS premia a los planes con alta ejecución; por lo que se espera impacte el mercado de las organizaciones Medicare Advantage (MAOs).

Significado de la Calificación 5 estrellas

CMS asignará la calificación de los planes de la siguiente manera:



Pobre ejecución



Ejecución bajo promedio



Ejecución promedio



Ejecución sobre promedio



Ejecución excelente

¿Cómo se reporta el *Star Rating*?

El *Star Rating* se reporta por distintos niveles de la siguiente forma:

- Nivel base – representa las estrellas obtenidas por indicador individual.
- Nivel dominio – representa las estrellas obtenidas por grupo de indicadores.
- Nivel resumen – representa las estrellas obtenidas por Parte C o Parte D de Medicare, refiriéndose la Parte C a las estrellas obtenidas por las MAOs que ofrecen cubierta médica y la Parte D a las obtenidas por las MAOs que ofrecen cubierta de medicamentos (MA-PD o PDP).
- Nivel total – representa las estrellas obtenidas por contrato o plan médico.

II. DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Para calcular el *Star Rating*, CMS utiliza distintos indicadores requeridos y reportados por los planes médicos. Entre éstos están: resultados de encuestas (CAHPS, HOS), data HEDIS, métricas del Centro de Llamadas y otros indicadores administrativos. Es importante observar que debido a la diversidad de la fuente de los datos utilizados, esta calificación refleja la calidad de los servicios médicos prestados a todos los niveles, ya sea por proveedores primarios y especialistas participantes de la red, así como de empleados directos del plan médico y también recoge el sentir de los asegurados.

Encuesta CAHPS

Se refiere a la encuesta de satisfacción *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* desarrollada por la *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Esta encuesta se realiza anualmente con el propósito de medir las experiencias de los beneficiarios con sus planes Medicare Advantages. La encuesta se conduce principalmente vía correo con seguimiento por teléfono a los que no responden durante los meses de febrero a junio y mide la experiencia del beneficiario con los servicios médicos recibidos durante los seis (6) meses previos. De esta fuente de datos se recogen los siguientes indicadores:

1. ¿Ha recibido la vacuna del Flu (Influenza) durante el mes de septiembre?
2. ¿Ha recibido la vacuna de la Pnevmonia? Esta vacuna usualmente se ofrece una vez o dos en la vida y es diferente a la vacuna del Flu. También se le conoce como la vacuna de Pnevumococo.
3. ¿Cuán fácil fue obtener visitas con especialistas?
4. ¿Cuán fácil fue recibir el cuidado, las pruebas o el tratamiento que usted necesitaba a través de su plan?
5. Cuando usted necesitó atención inmediata para una enfermedad, herida o condición, ¿qué tan seguido recibió usted atención tan pronto como quería?

6. Sin contar las veces que usted necesito atención médica inmediata, ¿qué tan seguido consiguió usted una cita para atención médica tan pronto como quería?
7. ¿Con qué frecuencia el Centro de Servicio al Cliente le ofreció la información o la ayuda que usted necesitaba?
8. ¿Con qué frecuencia el personal del Centro de Servicio al Cliente le trató con cortesía y respeto?
9. ¿Con qué frecuencia las formas o papeles de su plan fueron fáciles de llenar?
10. ¿Con qué frecuencia fue fácil de usar su plan para obtener las medicinas que su doctor personal le recetó?
11. ¿Con qué frecuencia fue fácil de usar su plan para obtener su receta en una farmacia local?
12. ¿Con qué frecuencia fue fácil de usar su plan para obtener medicamentos por correo?
13. ¿Con qué frecuencia el Centro de Servicio al Cliente le brindó la información o la ayuda que usted necesitaba sobre medicamentos recetados?
14. ¿Con qué frecuencia el personal del Centro de Servicio al Cliente le trató con cortesía y respeto cuando usted trato de obtener información o ayuda sobre medicamentos recetados?
15. ¿Con qué frecuencia su plan le ofreció toda la información que usted necesitaba sobre la cubierta de medicamentos?

16. ¿Con qué frecuencia su plan le ofreció toda la información que usted necesitaba sobre cuánto usted tenía que pagar por sus medicamentos recetados?
17. Usando cualquier número del 0 al 10 donde 0 es la peor atención médica posible, y 10 es la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar toda la atención médica recibida en los últimos 6 meses?
18. Usando cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor plan de salud posible, y 10 es el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de salud?
19. Usando cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor plan con cubierta de medicamentos posible, y 10 es el mejor plan con cubierta de medicamentos posible, ¿qué número usaría para calificar su plan con cubierta de medicamentos?

Medidas HEDIS

Las medidas *Healthcare Effectiveness Data and Information Set* desarrolladas por el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), recogen una serie de indicadores que reflejan la ejecución de los planes médicos de manera estandarizada por lo que se pueden realizar comparaciones a nivel de la nación. CMS ha seleccionado las siguientes medidas HEDIS para la calificación del *Star Rating*:

1. Cernimiento de Cáncer de Mama – porcentaje de mujeres de 40 a 69 años a las que se le realizó una mamografía para cernimiento de cáncer de mama durante los pasados 2 años.
2. Cernimiento de Cáncer Colorectal en adultos – porcentaje de adultos de 50 a 75 años a los

que se le realizó cernimiento apropiado de cáncer colorectal, entiéndase:

- a. Prueba de sangre oculta en excreta (gFOBT o iFOBT) durante el año.
 - b. Sigmoidoscopia flexible durante el año hasta cuatro (4) años previos.
 - c. Colonoscopia durante el año hasta nueve (9) años previos.
3. Manejo del Colesterol en pacientes con condiciones cardiovasculares – porcentaje de asegurados con enfermedad cardiaca (Infarto Agudo del Miocardio, CABG o intervención percutánea de las coronarias) a los que se les realizó prueba de laboratorio de colesterol de baja densidad (LDL-C) dentro del pasado año.
4. Cuidado comprensivo de Diabetes – porcentaje de asegurados con Diabetes Mellitus a los que se les realiza:
- a. Prueba de laboratorio de colesterol de baja densidad (LDL-C) que demuestre un valor $< 100\text{mg/dL}$.
 - b. Un examen de la vista durante el año para diagnosticar retinopatía diabética.
 - c. Una prueba para determinar la función renal durante el año o referido tratamiento por Nefrólogo.
 - d. Prueba de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) que demuestre un valor $< 8\%$.
5. Cernimiento de Glaucoma en envejecientes porcentaje de asegurados de 65 años o más, sin diagnóstico previo de glaucoma o sospecha de glaucoma, a los que se le realizó una evaluación visual para detección temprana de glaucoma.

6. Acceso de los adultos a cuidados preventivos y ambulatorios – porcentaje de asegurados mayores de 20 años que visitaron a su PCP durante el año para recibir servicios preventivos.
7. Cernimiento de Índice Masa Corporal- porcentaje de asegurados que en una visita ambulatoria se le calculó su índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés).
8. Cuidado de Envejecientes - porcentaje de asegurados mayores de 65 años a los que se le realiza al menos una vez al año:
 - a. Revisión de Medicamentos recetados o no recetados por parte de un doctor o farmacéutico.
 - b. Cernimiento de funcionalidad para determinar como puede realizar las actividades del diario vivir como vestirse, bañarse, comer, etc.
 - c. Cernimiento del dolor.
9. Manejo de Osteoporosis en mujeres con fracturas – porcentaje de mujeres de 67 años o más que tuvieron una fractura a las que se le realizó una Densitometría Osea para Cernimiento de Osteoporosis o que recibió medicamentos para tratar o prevenir osteoporosis dentro de los seis (6) meses posterior a la fractura.
10. Control de Alta Presión – porcentaje de asegurados de 18 a 85 años con diagnóstico de Alta Presión que al colocarlos en tratamiento médico pudieron alcanzar una presión sanguínea normal (<140/90mmHg).

11. Modificación del tratamiento médico para Artritis Reumatoidea – porcentaje de pacientes con Artritis Reumatoidea que recibieron uno o más medicamentos anti-reumatoideos (DMARD).
12. Readmisiones - porcentaje de pacientes mayores de 65 años que fueron readmitidos al hospital dentro de un periodo de 30 días después del alta, ya sea por la misma condición u otra y al mismo u otro hospital.

Encuesta HOS

Se refiere a la encuesta *Health Outcome Survey* que recoge ciertas medidas HEDIS. Este instrumento desarrollado por la NCQA se utiliza para determinar la habilidad de las MAOs para mantener o mejorar la salud física y mental de sus beneficiarios a través del tiempo. La metodología de esta encuesta permite la evaluación inicial de un grupo de asegurados y la re-evaluación de éstos en un término de 2 años. De esta fuente de datos se recogen los siguientes indicadores:

1. Mejorar o mantener la salud física – comparado con hace dos años, ¿cómo usted calificaría su salud física actual en general?
2. Mejorar o mantener la salud mental comparado con hace dos años, ¿cómo usted calificaría su salud mental actual en general?
3. Aconsejar sobre actividad física – porcentaje de asegurados de 65 años o más que tuvieron una visita con su doctor en los pasados 12 meses y que recibieron consejos de comenzar, aumentar o mantener su nivel de ejercicio o actividad física.

4. Recibir manejo para incontinencia urinaria – porcentaje de asegurados de 65 años o más que reportaron tener incontinencia urinaria en los pasados 6 meses y que recibieron tratamiento para este problema.
5. Manejo de riesgo de caídas – porcentaje de asegurados de 65 años o más que tienen historial de caídas, problemas de balance o caminar durante los pasados 12 meses, y que recibieron intervención sobre el riesgo de caídas por parte de su doctor.

Data del Centro de Llamadas

CMS colecciona ciertos indicadores relacionados al servicio ofrecido por el Centro de Llamadas del plan, entre éstos se encuentran:

1. Porcentaje de veces que los servicios para asegurados audio-incapacitados (TTY/TDD) e intérprete están disponibles para los asegurados que llaman al Centro de Servicio al Cliente.
2. ¿Cuánto tiempo esperan los farmacéuticos cuando llaman al teléfono de asistencia técnica de farmacia del plan médico que ofrece cubierta de medicamentos (Parte D)?

Data Administrativa

Cierta data administrativa requerida a los MAOs por CMS se toma en consideración para el *Star Rating*. Los siguientes indicadores son incluidos:

1. ¿Cuántas quejas CMS recibe sobre el plan médico?
2. ¿Cuántos asegurados tienen problemas de acceso a cuidados y si los planes médicos están respondiendo a los hallazgos de las auditorias de CMS?
3. Por ciento de asegurados que decidieron salirse del plan médico.
4. Por ciento de asegurados que realizaron una apelación escrita que reciben en un tiempo razonable contestación sobre la decisión del plan de negar o cubrir un pago.
5. ¿Con qué frecuencia el evaluador externo de CMS (Maximus) coincide con la decisión tomada por el plan médico de denegar una apelación de un asegurado?
6. ¿Cuántas veces el plan médico no cumple con las fechas establecidas por CMS para emitir las desiciones sobre apelaciones?
7. Por ciento de veces que el plan médico tramita información completa y actualizada a CMS dentro de 7 días sobre el estado de suscripción del asegurado.
8. ¿Cuán correcta y estable es la información de los precios de los medicamentos que aparecen en la página de internet *Medicare Plan Finder*?
9. Por ciento de asegurados mayores de 65 años que recibieron al menos una receta para un medicamento con altos efectos secundarios, cuando existen medicamentos mas seguros. Ejemplo: Medicamentos listados en el Beer's List.

10. Porcentaje de uso de medicamentos anti-hipertensivos en pacientes que también son diabéticos.
11. Adherencia a medicamentos de uso crónico-
porcentaje pacientes que obtuvieron su
prescripción más del 80% de las veces.
 - a. hipoglicémicos orales en diabéticos
 - b. ACEI y ARB en hipertensos
 - c. Estatinas en hipercolesterolemia

III. IMPORTANCIA DEL STAR RATING

Quality Bonus Performance

Comenzando en el 2012, CMS pagará bonos de ejecución por calidad (QBP, por sus siglas en inglés) a todas aquellas MAOs que obtenga 4 o más estrellas. Por lo que las MAOs que obtenga 4 o 5 estrellas recibirán estos bonos mientras que los MAOs con menos estrellas **NO** recibirán ninguna bonificación; y se espera que esto a su vez, impacte la prima por miembro por mes (PMPM).

Proyecto de Demostración

Es un proyecto nacional que tendrá una duración de 3 años, desde 2011 hasta 2014. Con esta iniciativa, CMS otorgará bonos de ejecución por calidad (QBP) a aquellas MAOs que tengan 3 a 3.5 estrellas.

Special Election Period (SEP)

Comenzando 2012, CMS permitirá a los beneficiarios de Medicare inscribirse en un plan médico que tenga calificación de



estrellas en cualquier momento del año,

por lo que entendemos que esto impactará significativamente el mercado de las MAOs.

IV. RECOMENDACIONES

Para poder impactar nuestras estrellas, recomendamos a nuestros proveedores y grupos de proveedores a familiarizarse con la metodología y los indicadores utilizados por CMS para el *Star Rating*. Sugerimos:

1. Establecer metas organizacionales y diseminar éstas entre todos los responsables de los servicios médicos que le ofrecen a sus asegurados Medicare.
2. Desarrollar un Plan de Mejoramiento de Calidad en el cual se incorporen todos los indicadores utilizados para el Star Rating como sigue:
 - a. Fase Inicial:
 - i. Analizar la ejecución de la organización en término de los indicadores individuales.
 - ii. Revisar las iniciativas actuales para determinar su impacto en los indicadores.
 - b. Fase de Planificación:
 - i. Designar un encargado de este Plan de Mejoramiento de Calidad.
 - ii. Desarrollar objetivos organizacionales específicos en base a la ejecución actual de los indicadores.
 - c. Fase de Ejecución:
 - i. Implementar el plan desarrollado.
 - ii. Monitorear el progreso de los indicadores.

d. Fase de Evaluación:

- i. Re-medir la ejecución de la organización en término de los indicadores.
- ii. Re-evaluar la efectividad de las iniciativas implementadas y realizar los cambios necesarios en base a los resultados obtenidos.

V. REFERENCIAS

- Medicare Fact Sheet, November 10, 2010, CMS Office of Public Affairs 202-690-6145
- Medicare Health Drug Plan, Quality and Performance Ratings, 2012 Part C & Part D. Technical Notes, First Plan Review, (Draft)

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, se puede comunicar vía correo electrónico a estrellas@ssspr.com o al (787) 273-1110, extensión 3233 ó 3147.

Actualizado agosto-2011