



UnitedHealth®

Center for Health Reform & Modernization

Reducción del déficit de los EE.UU.:

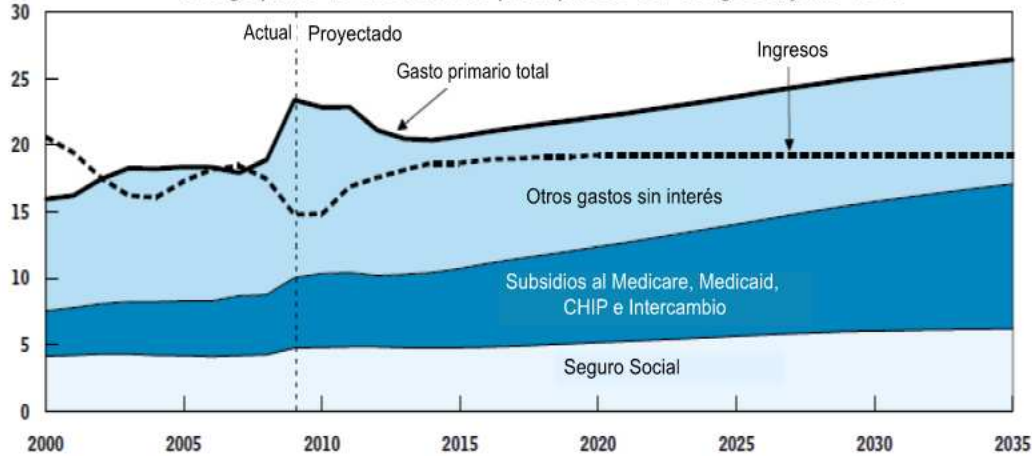
Oportunidad de modernización de Medicare y Medicaid

Documento de trabajo 4
Octubre de 2010

Introduction

The US government's chief health care projects that national health spending rises from \$2.6 trillion to \$4.6 trillion by the end of this decade. And rising government health spending is likely to be a main cause of the expanding US budget deficit over the next twenty five years according to the Congressional Budget Office.

Ingresos y gastos de EE.UU. como porcentaje del PIB contemplado en el Análisis de Presupuesto Alternativo
US Revenues and Spending as Percent of GDP under CBO's Long Term Alternative Budget Scenario, June 2010



Teniendo en cuenta este escenario, en febrero de 2010 se creó la Comisión Nacional bipartidista de Responsabilidad Fiscal. Refo the bipartisan National Commission on Fiscal Responsibility and a report in February 2010, and tasked with recommending a new fiscal path for the United States.

This report working paper of the Center for Health Reform and Policy Studies is a contribution to the discussion of proposals for Medicaid and Medicare (Medicaid/Medicare) (the main proposal), variations to the third proposal).

In total, the combined federal and state expenditures on health care are projected to rise from \$3.0 trillion in 2009 to \$5.6 trillion by 2035. The federal government, the states, and local governments are all expected to contribute to the increase. Medicaid and Medicare are the two largest programs, accounting for 41 percent of total health care spending in 2009. Medicaid and Medicare are projected to rise to 46 percent of total health care spending by 2035. The increase in Medicaid and Medicare spending is driven by the increase in the number of people covered by the programs and the increase in per capita spending on health care. Medicaid and Medicare spending is projected to rise from \$1.3 trillion in 2009 to \$2.7 trillion by 2035. This is due to the increase in the number of people covered by the programs and the increase in per capita spending on health care. Medicaid and Medicare spending is projected to rise from \$1.3 trillion in 2009 to \$2.7 trillion by 2035. This is due to the increase in the number of people covered by the programs and the increase in per capita spending on health care.

potential savings are estimated at \$1.03 billion, of which \$63 billion are Federal savings. The beneficiaries of Medicaid que no reciben Medicare. Durante 25 años, se estiman ahorros por \$580.000 millones, de los cuales \$350.000 millones son ahorros federales. Durante los primeros 10 años, dados los costos de transición y las etapas, los ahorros potenciales se calculan en \$103.000 millones, de los cuales \$63.000 millones son ahorros federales. Over twenty five years, savings are estimated at \$1.62 trillion, including \$1.27 trillion for the Federal government. In the first ten years, savings are estimated to be \$250 billion, of which \$206 billion are Federal savings.

La Opción Dos representa las ganancias obtenidas al garantizar que aquellos beneficiarios elegibles tanto para Medicaid como para Medicare reciban los beneficios y el cuidado necesarios mediante la integración coordinada de ambos programas. Durante 25 años, los ahorros se estiman en \$1.62 billones, incluidos \$1.27 billones para el gobierno federal. Durante 10 años, se estiman ahorros por \$250.000 millones, de los cuales \$206.000 millones son ahorros federales. Option Two calculates savings from providing Medicare FFS beneficiaries with the type of programs and approaches used by America's largest and most innovative 'self-insured' employers, who deploy ASO approaches going well beyond the passive FFS indemnity approach currently embedded in

Medicare Parts A & B. Over twenty five years these savings – all accruing to the Federal government - could be worth \$1.9 trillion, of which \$577 billion might arise in the first ten years. Options Four and Five are more limited alternatives to Option Three. The Opción Tres calcula los ahorros al ofrecer a los usuarios tradicionales de Medicare de pago por servicio (FFS) por parte de los asegurados más grandes e innovadores que utilizan los más grandes e innovadores empleadores "autoasegurados" de los EE.UU., quienes usan enfoques administrativos mucho más activos y dinámicos que el

enfoque pasivo de "pago por servicio" actualmente empleado por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Durante 25 años, los ahorros correspondientes a todos los cobijados federales podrían ascender a \$1.9 billones, de los cuales se estiman que \$577.000 millones surgirán durante los primeros 10 años. Las opciones Cuatro y Cinco son opciones más limitadas que la Opción Tres. For Medicaid, these estimates draw on the track record of some of the most innovative states, as well as

direct evidence from the America's largest Medicaid health plans. For Medicare, we have sought to draw on data and insights from saving on the five sites nationwide. The Opción Tres es una experiencia de ahorro que beneficia a 70 millones de estadounidenses, muchos de los cuales trabajan para grandes empleadores que han estado a la vanguardia de la atención de salud.

We have therefore been able to contrast some of their care patterns and programs with those currently available to seniors alongside making use of the external research evidence on effective cost containment strategies and techniques. Although long-term estimates are inevitably uncertain and should be regarded as directional, they illustrate the size of the potential modernization dividend. United Health Group es su calidad de prestador de servicios a uno de cada cinco personas mayores en todo el país, y su experiencia sirviendo a 70 millones de personas, muchas de las cuales trabajan para compañías grandes que han estado a la cabeza de la modernización de la atención de la salud. Gracias a esto, hemos podido contrastar otros patrones y programas de atención con aquellos actualmente disponibles para las personas mayores, junto con la evidencia de la investigación externa sobre las estrategias y técnicas de reducción efectiva de costo. They are intended as win-win solutions, with the potential to benefit both enrollees in these public programs, and the taxpayers who fund them.

Aunque las proyecciones a largo plazo no deben reconocerse como infalibles sino mas bien como guías de tendencia, sí ilustran el tremendo dividendo que generaría la modernización de estos programas.

Estas son opciones prácticas, que podrían, bajo la ley vigente, ponerse a prueba en menor escala en condiciones piloto, bajo la demostración y otros poderes pertinentes al Centro para Servicios de Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés). Están diseñadas como soluciones muy favorables para todas las partes, con el atractivo de que beneficiarían a quienes participen en estos programas públicos y también a los contribuyentes que los financian.

October 2010

Octubre de 2010

**Summary of Savings From Modernization of Medicare and Medicaid
Estimated Over the Next 25 Years (FY 2013-35)**

Modernizing Medicaid: Focusing on Eligible Populations

Option 1: Provide coordinated care for dual-eligible (Medicaid/Medicare) beneficiaries
 Medicaid beneficiaries who are dually eligible for Medicare and Medicaid are the most vulnerable population. The federal government is currently providing Medicaid to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicaid to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicaid to dual-eligible beneficiaries in 35 states.

**Total \$360 billion
 (of which
 Federal \$350 billion)**

Option 2: Allow use of coordinated care for dual-eligible Medicare/Medicaid beneficiaries
 Dual-eligible beneficiaries are currently receiving both Medicare and Medicaid. The federal government is currently providing Medicaid to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicaid to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicaid to dual-eligible beneficiaries in 35 states.

**Total \$1.62 trillion
 Total \$1.62 trillion
 Federal \$1.27 trillion
 \$1.27 billion (federal)**

Modernizing Medicare: Service of Medicare

Option 3: Provide services in a traditional Medicare with Medicare Advantage
 Medicare beneficiaries would have access to the same type of services as those provided by Medicare Advantage. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states.

**Total/Federal
 \$1.9 billion**

Option 4: Provide information and incentives to help seniors choose the best health care alternative (Alternative to Option 3)
 The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states.

**(Federal \$3793700 billion)
 federal)**

Option 5: Provide information and incentives to help seniors choose the best health care alternative (Alternative to Option 3)
 The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states. The federal government is currently providing Medicare to dual-eligible beneficiaries in 35 states.

**(Federal \$450450 million)
 federal)**

Cumulative Savings

(Option 1 + Option 2) + approx two thirds of savings from Option 3)

**Total \$3.5 trillion
 Total \$3.5 trillion
 (of which Federal
 share is \$2.9 trillion)**

Opciones de modernización de Medicare y Medicaid para reducción del déficit

en miles de millones, año fiscal

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2011-20	2011-35
Estimado de gasto para Medicare y Medicaid (ref. 1)												
Medicare	560	563	611	645	677	733	764	797	869	929	7,148	33,820
Desembolsos	-78	-84	-89	-95	-100	-107	-114	-122	-132	-141	-1,060	-5,100
Recibos de compensación (primas, otros)	418	462	489	546	604	669	728	772	826	883	6,398	29,350
Medicaid	276	263	279	324	369	416	450	476	508	542	3,902	17,980
Federal	142	199	210	222	236	253	278	296	318	341	2,495	11,370
Estatad												
Efectos de la modernización de Medicaid y Medicare en los gastos (ref 2)												
Opción 1: Brindar atención coordinada para beneficiarios que cumplen los requisitos para Medicaid	0	-2	-5	-9	-10	-12	-14	-15	-17	-18	-103	-580
Federal	0	-1	-3	-5	-6	-8	-9	-9	-10	-11	-63	-350
Estatad	0	-1	-2	-4	-4	-5	-5	-6	-7	-7	-40	-220
Opción 2: Ampliar el uso de atención administrada para beneficiarios elegibles de ambos programas	0	-1	-3	-4	-6	-9	-11	-14	-17	-21	-87	-700
Escenario 1: inscripción de beneficiarios de ambos programas en la administración de Medicaid	0	-1	-2	-2	-4	-5	-6	-8	-10	-12	-49	-400
Federal	0	-1	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-9	-37	-300
Estatad												
Escenario 2: inscripción de beneficiarios de ambos programas en un sistema de atención administrada de ambos planes (Medicare y Medicaid)	0	-1	-3	-5	-7	-10	-13	-16	-20	-25	-101	-820
Medicaid	0	-1	-2	-3	-4	-6	-7	-9	-12	-14	-58	-470
Federal	0	-1	-1	-2	-3	-4	-6	-7	-9	-11	-44	-350
Estatad	0	-4	-9	-15	-16	-18	-19	-21	-23	-25	-149	-800
Medicare	0	-5	-11	-18	-20	-23	-26	-30	-34	-39	-206	-1,270
Medicaid y Medicare Federal												
Opción 3: Brindar a personas mayores que pertenecen a Medicare tradicional servicios integrales de administración y cuidado con valor agregado	0	-7	-14	-23	-32	-43	-45	-47	-51	-56	-317	-1,900
Opción 4: Brindar información e incentivos en Medicare para ayudar a personas mayores a escoger el mejor plan de atención de la salud (alternativa a Opción 3)	0	-1	-3	-4	-6	-8	-8	-9	-10	-11	-59	-370
Opción 5: Brindar información e incentivos a los pacientes de Medicare para apoyarlos a que mejoren su propia salud (alternativa a Opción 3)	0	-1	-1	-2	-2	-3	-4	-7	-10	-14	-46	-450

Notas:

- Las estimaciones se basan en proyecciones básicas de la Oficina de Presupuesto del Congreso, de agosto de 2010, e incluyen el impacto de la reforma del sistema de salud en el Medicare y Medicaid. Las cifras no incluyen pagos de Medicare sobre incremento de gastos a los médicos por encima del nivel de pagos que rige bajo la ley actual.
- Las cifras no contemplan la interacción entre las pólizas. Se podría añadir los efectos de administración de cuidados de salud de personas que no reciben beneficios de ambos planes a cualquiera de las estimaciones dadas para aquellos que sí reciben beneficios de ambos planes. La estimación para el cambio del programa de Medicare de pago por servicio en un modelo de administración de servicios y atención coordinada incluye los efectos de las dos pólizas alternativas. Estas dos pólizas se pueden integrar. Los efectos en las primas del Medicare Parte B o en la parte D no están incluidos en estas estimaciones. Debido a que han sido previamente redondeadas, las cifras no darían una suma exacta.

Opción 11: Bróvide Atenciónes de Cuidado para Adultos que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplen requisitos de Medicare)

Resumen. El costo de los servicios de atención médica tradicional Medicaid podría disminuir si se permite que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare. Los esfuerzos para lograr esto podrían incluir, por ejemplo, permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica. Esto podría permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica. Esto podría permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica.

Over the past twenty years, some states have been able to attract investment, jobs, and economic growth that improve access and health outcomes for the population. This has been the case in states that have helped to attract investment, jobs, and economic growth that improve access and health outcomes for the population. This has been the case in states that have helped to attract investment, jobs, and economic growth that improve access and health outcomes for the population. This has been the case in states that have helped to attract investment, jobs, and economic growth that improve access and health outcomes for the population.

Descripción de la Opción. Una nueva Ley de Cuidado de Salud Profesional para el Paciente (PPACA) por sus siglas en inglés) se estima que unos 16 millones de nuevos afiliados ingresarán a este programa.

Descripción de la Opción. Bajo esta opción, los estados que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplirían los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica. Esto podría permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica. Esto podría permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica.

Savings Estimate. This option builds on and extends the modeling contained in our recent

Working Paper Coverage for Consumers Savings for States: Options for Modernizing Medicaid (April 2010) *Cobertura para consumidores, ahorros para los estados. Opciones para modernizar Medicaid para consumidores.* This document estimated the potential savings relative to fee-for-service Medicaid for a population aged 65 and over. That would include the incremental

estados que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplirían los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica. Esto podría permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica. Esto podría permitir que los proveedores de servicios de atención médica que no son elegibles para Medicare (entre los requisitos de Medicaid y elegible para Medicare) cumplan los requisitos de Medicare para recibir pagos por servicios de atención médica.

Real-world experience drawn from states evidence from meta-analysis of the published research and United Health Group's own results as America's largest Medicaid health plan, suggest that Medicaid could save about 5% of fee-for-service costs by enrolling children and young adults in Medicaid. Our analysis recognizes each state's different baseline starting point in the managed care adoption curve, and makes downward adjustments in nearly all states savings opportunities to reflect each state's rural/urban composition, as well as its share of Medicaid health care costs.

Our analysis recognizes each state's different baseline starting point in the managed care adoption curve, and makes downward adjustments in nearly all states savings opportunities to reflect each state's rural/urban composition, as well as its share of Medicaid health care costs.

Opión 2: Impact Use of Coordinated Care for Dual-Eligible Medicare and Medicaid Beneficiaries Programs (Medicare y Medicaid)

Abstracto general. Cerca de 9 millones de personas reúnen los requisitos para recibir beneficios de Medicare y de Medicaid. Generalmente, esta población requiere un elevado nivel de servicio, de alto costo y apoyo intensivo, debido a su elevado nivel de necesidades y padecimiento de enfermedades crónicas múltiples. Para el 2011, se estima que el costo por cobertura para los beneficiarios de ambos planes (Medicare and Medicaid) ascenderá a los \$10,000 millones (including prescription drugs, Medicare drug coverage, and Medicaid) por año (including prescription drugs, Medicare drug coverage, and Medicaid) por año (including prescription drugs, Medicare drug coverage, and Medicaid) por año. Over the next 10 years, we estimate spending on dual eligible individuals could reach about \$5 trillion. Two structural problems undermine the efficiency of this spending:

Dos problemas estructurales socavan la eficiencia de este sistema:

- **first, the majority of spending for dual-eligible individuals – approaching 90% of it – occurs on a fee-for-service basis, for Medicare and Medicaid beneficiaries. This is because Medicare and Medicaid coordination and misaligned incentives regarding appropriate care settings.**
- **second, funding responsibility for dual eligible care is split in a tangled web of responsibilities between Medicare and Medicaid. The result is siloed care, cost-shifting, reactive services, and duplication of services.** Medicare serves as the primary payer for long-term care services, including institutional and home and community-based services, and also covers wrap-around benefits and beneficiary cost sharing. While Medicare pays for post-acute nursing home benefits and institutional and home and community-based services, Medicaid is the primary payer for long-term care services, including institutional and home and community-based services, and also covers wrap-around benefits and beneficiary cost sharing. While Medicare pays for post-acute nursing home benefits and institutional and home and community-based services, Medicaid is the primary payer for long-term care services, including institutional and home and community-based services, and also covers wrap-around benefits and beneficiary cost sharing.

At present, under 10% of Medicaid spending for dual eligible beneficiaries is for those enrolled in Medicaid long-term care programs that combine acute, behavioral, nursing home, and home and community-based services. And only about 15% of Medicare spending on dual-eligible individuals is for people enrolled in Medicare health plans, particularly Special Needs Plans (SNPs) del Medigap. For dual eligibles, particularly those enrolled in Medicare health plans, particularly Special Needs Plans (SNPs) del Medigap. For dual eligibles, particularly those enrolled in Medicare health plans, particularly Special Needs Plans (SNPs) del Medigap. For dual eligibles, particularly those enrolled in Medicare health plans, particularly Special Needs Plans (SNPs) del Medigap.

Integrated 5% of Medicare and Medicaid costs for individuals who receive care through either receive their Medicare benefits on a fee-for-service basis, which leaves the Medicaid program at risk for costs associated with the lack of coordination of care in the Medicare program. Similarly dual-eligible people in Medicare managed care most often have their long-term care benefits paid by Medicaid on a fee-for-service basis. Medicare and Medicaid have different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care. Different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care. Different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care.

Integrated 5% of Medicare and Medicaid costs for individuals who receive care through either receive their Medicare benefits on a fee-for-service basis, which leaves the Medicaid program at risk for costs associated with the lack of coordination of care in the Medicare program. Similarly dual-eligible people in Medicare managed care most often have their long-term care benefits paid by Medicaid on a fee-for-service basis. Medicare and Medicaid have different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care. Different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care.

Integrated 5% of Medicare and Medicaid costs for individuals who receive care through either receive their Medicare benefits on a fee-for-service basis, which leaves the Medicaid program at risk for costs associated with the lack of coordination of care in the Medicare program. Similarly dual-eligible people in Medicare managed care most often have their long-term care benefits paid by Medicaid on a fee-for-service basis. Medicare and Medicaid have different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care. Different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care.

Integrated 5% of Medicare and Medicaid costs for individuals who receive care through either receive their Medicare benefits on a fee-for-service basis, which leaves the Medicaid program at risk for costs associated with the lack of coordination of care in the Medicare program. Similarly dual-eligible people in Medicare managed care most often have their long-term care benefits paid by Medicaid on a fee-for-service basis. Medicare and Medicaid have different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care. Different rules governing managed care plans in both programs (e.g. outreach, quality, and benefit design) serve as barriers to integration of care.

• el gobierno federal puede jugar un rol al implementar excepciones que faciliten la integración del fully dual eligible population. Los beneficios de Medicaid Wisconsin y Medicaid Massachusetts actualmente no puede requerir que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en planes de atención coordinada. Nueva autoridad legal otorgada al CMS para llevar a cabo puentes de integración entre los programas de Medicaid y Medicare, home care and community-based services, nursing home care, and

Descripción de la opción. Estimamos los ahorros de los estados con Medicare

benefits, and followed best practices taken by other states such as Arizona, Texas, Florida and Tennessee.

benefits, and followed best practices taken by other states such as Arizona, Texas, Florida and Tennessee. En este escenario, los estados podrían implementar modelos que ofrezcan mejor coordinación y cuidado de salud y que integren los beneficios de Medicaid para aquellos que cumplen con los requisitos de ambos planes. Bajo este enfoque, todos los estados tendrían que requerir que a los individuos que puedan recibir beneficios de ambos programas, en planes de salud que integren los beneficios de Medicaid and Medicaid benefits a domicilio y servicios comunitarios, tratamiento de enfermedades graves y salud mental con los beneficios del Medicare y deberían seguir los pasos de pago de los estados como Arizona, Texas, Florida y Tennessee. This kind of integrated model would

ensure seamless and holistic integration of Medicaid and Medicare benefits and reduce incentives to shift costs between the two programs. Integrating care from Medicare and Medicaid streams would also allow better

targeting of preventive and "anticipatory" care to beneficiaries. El primer escenario tiene como base el primero. En este escenario, todos los individuos que cumplan los requisitos para recibir beneficios de ambos planes tendrían que recibir los beneficios de los dos programas. Esto logrará que se alinee la integración de los beneficios y se evite el uso de programas inadecuados. Este tipo de modelo de integración de los beneficios de Medicaid y Medicare y

Medicaid y Medicare. El primer escenario tiene como base el primero. En este escenario, todos los individuos que cumplan los requisitos para recibir beneficios de ambos planes tendrían que recibir los beneficios de los dos programas. Esto logrará que se alinee la integración de los beneficios y se evite el uso de programas inadecuados. Este tipo de modelo de integración de los beneficios de Medicaid y Medicare y

Medicaid y Medicare. El primer escenario tiene como base el primero. En este escenario, todos los individuos que cumplan los requisitos para recibir beneficios de ambos planes tendrían que recibir los beneficios de los dos programas. Esto logrará que se alinee la integración de los beneficios y se evite el uso de programas inadecuados. Este tipo de modelo de integración de los beneficios de Medicaid y Medicare y

Basis of Savings Estimate. Managed long-term care programs, encourage the early detection and ongoing management of chronic

Una ventaja de este escenario es que podría ser permitirse la inscripción "pasiva" de personas que reciben beneficios de ambos programas en planes integrados de Medicare y Medicaid con la opción de recent awarding paper. **Consumers, Savings for States: Options for Modernizing**

Estimación de ahorros. Los programas de administración de cuidados de la salud a largo plazo estimamos los ahorros de los estados con Medicare benefits, and followed best practices taken by other states such as Arizona, Texas, Florida and Tennessee. En este escenario, los estados podrían implementar modelos que ofrezcan mejor coordinación y cuidado de salud y que integren los beneficios de Medicaid para aquellos que cumplen con los requisitos de ambos planes. Bajo este enfoque, todos los estados tendrían que requerir que a los individuos que puedan recibir beneficios de ambos programas, en planes de salud que integren los beneficios de Medicaid and Medicaid benefits a domicilio y servicios comunitarios, tratamiento de enfermedades graves y salud mental con los beneficios del Medicare y deberían seguir los pasos de pago de los estados como Arizona, Texas, Florida y Tennessee. This kind of integrated model would ensure seamless and holistic integration of Medicaid and Medicare benefits and reduce incentives to shift costs between the two programs. Integrating care from Medicare and Medicaid streams would also allow better targeting of preventive and "anticipatory" care to beneficiaries. El primer escenario tiene como base el primero. En este escenario, todos los individuos que cumplan los requisitos para recibir beneficios de ambos planes tendrían que recibir los beneficios de los dos programas. Esto logrará que se alinee la integración de los beneficios y se evite el uso de programas inadecuados. Este tipo de modelo de integración de los beneficios de Medicaid y Medicare y Medicaid y Medicare. El primer escenario tiene como base el primero. En este escenario, todos los individuos que cumplan los requisitos para recibir beneficios de ambos planes tendrían que recibir los beneficios de los dos programas. Esto logrará que se alinee la integración de los beneficios y se evite el uso de programas inadecuados. Este tipo de modelo de integración de los beneficios de Medicaid y Medicare y

En nuestro documento de trabajo anterior, *Cobertura para los consumidores, ahorros para los estados: Opciones para modernizar el Medicare*, describimos una mejor integración de tales programas y la coordinación y la administración integradas han ayudado a reducir o retardar la admisión de pacientes a casas de cuidado de salud, resultando en **El primer escenario de Medicaid y Medicare** los con el **beneficio tradicional de pago por servicio** care delivery and reduction of unnecessary. La integración total de los beneficios de Medicaid y Medicare podría reducir los gastos de salud **Base de datos de la Administración de Servicios de Salud y Servicios Humanos** como también reduciría un 8% el número de hospitalizaciones innecesarias y admisiones a casas de cuidado de salud. Según datos presentados por el elemento de estos ahorros **would be a reduction** **gratuito de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Results. The first scenario – full use of **Resultados.** El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Resultados. El primer escenario – uso de **El primer escenario de Medicaid** **apropiado de los servicios de pago** **por servicio**. Un elemento importante de estos ahorros estaría en la reducción de hospitalizaciones innecesarias o preventivamente evitables. Debido a **spending savings would also increase for the** **los gastos de Medicare** los ahorros también se verían reflejados en el gasto por cobertura de otros **beneficios del Medicaid.**

Option 3: Bridge Spicernis Tradicional Medicina with Value Added tradicional Some benefits for Management Services con valor agregado

Antecedentes. Traditional Medicare seeks to constrain cost growth mainly by the use of national unit price controls, and occasional adjustments to the scope of covered benefits. The ensuing structural weaknesses are well documented. Original Medicare's lion model approach to financing care at the hospital, attention medical, medicamentos y otros, sin coordinación entre ellos, socava el tipo de apoyo integral que necesitan las personas mayores. Su poca efectividad en parámetros de calidad de salud según eficiencia y geografía y de ajuste al requerimiento de atención de los pacientes de control de costos mediante el control de los precios deriva con frecuencia en dificultades para que las personas mayores encuentren un médico que los trate, y según los hospitales, el traspaso de esos costos a otros tipos de población en el sistema de salud. For at least the past two decades or so, these weaknesses in traditional Medicare have been deficiencies in the systems of Medicare and Medicaid have side ampliamente conocidas, pero no han cesado la tensión y el enfrentamiento, entre quienes quieren preservar a toda costa el sistema actual, con sus estructuras que datan de 1965, y aquellos que favorecen Medicare Advantage as a way of overcoming the structural design flaws.

Certainly the duals de implementación de estos servicios preventivos y los ahorros que se obtienen de una atención coordinada en el Medicare Advantage podrían beneficiar tanto a las personas mayores que potencialmente benefician individualmente, como a los contribuyentes. Más de una vez se han preguntado los expertos en el estudio de los sistemas de salud si se podría lograr un modelo de Medicare Advantage que no sea tan costoso y que permita que en los próximos años muchas personas mayores continúen participando en la versión original de Medicare. La pregunta que se impone es: ¿qué se puede hacer para modernizar el Medicare tradicional sin llegar a implementar el Medicare Advantage u otros modelos de atención de salud? Medicare Advantage model?

Opportunidades de la opción. Posiblemente esta "tensión" podría estar en observar el rumbo que han tomado muchas de las compañías más grandes y más avanzadas de los Estados Unidos para modernizar la administración de la cobertura de salud. Entre las empresas más grandes y más sofisticadas and creative large US employers have taken in modernizing how they manage their employees' health benefits over the past few years. Rather than pushing out dependent family members, they've been providing health plans de salud, buscar vías de implementación de programas cada vez más eficientes para la administración de los beneficios de salud, con frecuencia, often on Administrative Services Only basis, "por sus siglas en inglés)

Esta significa que el clinician y el insurer, the payor o asegurador, a través de las external expertise needed to help them manage the health care needs of their workforce. In addition to more traditional ASO, estas agencias ASO ofrecen servicios de recolección de primas y procesamiento de reclamos, recesión y otras formas de servicios de apoyo personal y otros servicios de apoyo a la salud que ayudan a los empleadores a controlar el incremento del costo de cobertura de salud y también, contribuyen a mejorar la salud de los trabajadores. Estos servicios en particular incluyen programas de gestión de enfermedades crónicas, programas de gestión de enfermedades administrativas, programas de medicina preventiva, programas de gestión de casos y enfermería en integridad y detección de fraude en los pagos así como la aplicación de incentivos, tanto para los proveedores como para los consumidores, directamente relacionados con la calidad y el cuidado apropiado.

In similar vein, the TRICARE program, which provides a number of programs TRICARE que ofrece servicios y retirados de salud a los miembros activos y retirados de las fuerzas armadas y sus familias, combina el acceso abierto a sus servicios con atención administrada en asociación con el Departamento de Defensa and private contractors. TRICARE ofrece servicios a través de una red de proveedores de salud administrada por el sistema de atención al paciente del Departamento de Defensa, lo que lo convierte en un sistema que optimiza el uso de sistemas de servicios eficaces. This approach also provides for performance-based incentives for the TRICARE private

contractors through partial risk arrangements en desempeño a los contratistas privados que colaboran con TRICARE a través de sus redes Medicare de riesgo. Este enfoque podría ser aplicable a los ASO de riesgo por adoptar un ASO model similar to large self-insured employers. Under this approach, all FFS beneficiaries would have their care managed by administrative services organizations. These organizations would effectively manage the network of clinical and geriatric organizations especializadas en esta área. A robust care management program could lead to significant savings, improved care, and better clinical outcomes through network solutions and clinical advocacy. Application of clinical evidence-based care management to better manage the care of patients in the red de los participantes en el manejo de herramientas de hospital admission rates. There are various forms this new arrangement de los pacientes contribuirá también a la reducción de admisiones en los hospitales.

Opción 4: Brinde información e incentivos a Medicare para ayudar a las personas mayores a elegir el plan de atención de la salud

Antecedentes. Estudios académicos han demostrado consistentemente que el uso de cuidado basado en evidencia clínica es variable, y como tal, los resultados clínicos de su aplicación. Esta variación se ve reflejada en todas las regiones geográficas, evidencias de asignación de recursos clínicos y prescripciones, y la posición de los estándares de evidencia-based standards covering many conditions and treatments.

Investigar estas variaciones para identificar los proveedores de alto rendimiento, basados en la evidencia, y los proveedores de bajo rendimiento y circunstancias asociadas de cada caso puede contribuir a que los profesionales de la salud mejoren sus prácticas y sean capaces de ofrecer su experiencia a los pacientes que las decisiones que pueden tomar. Una nueva ley federal, significa que, en el futuro, los hospitales y los médicos podrán informar de medidas relacionadas con la garantía de calidad, las cuales se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud Pública. El programa de Medicare también ayudará a reducir los costos de atención de salud basados en el pago por la adquisición de servicios según el valor de los mismos.

And under the Medicare accountable care organization (ACO) or "shared savings" model, quality providers that reduce aggregate spending compared to a benchmark would share in the cost reductions with taxpayers (ACO) o el modelo de "compartir ahorros", aquellos proveedores de servicios de calidad que no incrementen sus costos en comparación con los puntos de referencia establecidos, compartirán parte de los ahorros de los proveedores de alto rendimiento que ofrecen atención más eficiente. By contrast, 160 million+ people receiving employer-sponsored care are often able to share in some of the savings that come from so doing. These savings can be substantial, often around 20%, because of the direct services de atención coordinada de manera más eficiente. En contraste, más de 160 millones de personas que reciben cuidado de salud

Descripción del programa. Este programa puede ser un modelo de ahorro de costos que puede ser considerable, alcanzando en ocasiones hasta un 20% debido a la calidad y el tipo de cuidado apropiado. sharing, rebates or benefit enhancements by

Descripción del programa. Este programa puede ser un modelo de ahorro de costos que puede ser considerable, alcanzando en ocasiones hasta un 20% debido a la calidad y el tipo de cuidado apropiado. sharing, rebates or benefit enhancements by

Los estados también podrían recibir incentivos monetarios y más autoridad para transferir a consumidores que cumplen requisitos de participación en ambos planes a algunas de estas redes de proveedores de alto rendimiento. Los proveedores también podrían recibir incentivos por desempeño en el manejo de programas de atención de salud. Medicare podría recibir información sobre los planes de salud que pueden utilizar descuentos de rendimiento y programas de atención coordinada para crear redes virtuales que contengan el método de pago por servicio de Medicare. La participación en estos programas sería voluntaria para las personas mayores, quienes, no obstante, se podrían beneficiar de primas más bajas en Medicare Parte B, o de descuentos de primas más bajas en Medicare Parte B, o de descuentos de primas más bajas en Medicare Parte B.

Como alternativa, los beneficiarios que accedan a los servicios de cuidado de salud, podrían recibir incentivos para elegir a proveedores de alta calidad y reducir los costos. Los ahorros corresponden directamente a Medicare.

Basis of Savings Estimate. Under this option, the savings are based on the results of current quality and efficiency variations that influence the choices of the patient para ser usados en el futuro en otros servicios médicos, contribuir a reducir los costos de desembolso personal del paciente.

Estimación de ahorros. Bajo esta opción, a las personas mayores les pueden resultar ahorros de hasta un 10% del costo compartido. Estos incentivos también pueden entrar en vigor en la Parte B, mediante reducciones de las primas o descuentos, especialmente para aquellas personas con cobertura suplementaria. Para las personas que reciben servicios de Medicare con cobertura de Medicare, el programa de ahorro de costos podría entrar en vigor en la Parte B, mediante reducciones de las primas o descuentos, especialmente para aquellas personas con cobertura suplementaria.

Savings are based on the results of current United health reform programs. Para las personas que reciben servicios de Medicare con cobertura de Medicare, el programa de ahorro de costos podría entrar en vigor en la Parte B, mediante reducciones de las primas o descuentos, especialmente para aquellas personas con cobertura suplementaria. Para las personas que reciben servicios de Medicare con cobertura de Medicare, el programa de ahorro de costos podría entrar en vigor en la Parte B, mediante reducciones de las primas o descuentos, especialmente para aquellas personas con cobertura suplementaria.

Limits on the ability to steer based on unit price, together with adjustments for seniors' pattern of case usage. We made conservative assumptions about the program of these providers. We estimate the program of the better we have modeled the potential effects of only a quarter of the non-dual Medicare FFS population shifting to higher performing providers initially. We assumed that there would be modest growth in participation over time.

As to the question about the savings of high performing providers to the program as a whole, it is important to note that the savings are not only a product of the population that receives benefits of both plans, but also from the Medicare fee-for-service patients between providers, but also from the

Las estimaciones de los ahorros se basan en los programas actuales de unidades de pago, usando un caso de uso. Hemos hecho supuestos conservadores sobre el programa de estos proveedores. Estimamos el programa de los mejores médicos en términos de calidad de precios. Ajustamos nuestra estimación en los ahorros para tener en cuenta los precios que administra Medicare, los límites en las habilidades para transferir de un plan a otro, debido a los precios por unidad, junto con los ajustes en los patrones de cuidado de las personas mayores. Nuestras estimaciones acerca de la implementación de estos programas son conservadoras. Procede el programa en su totalidad, it is important to note that the savings are not only a product of the population that receives benefits of both plans, but also from the Medicare fee-for-service patients between providers, but also from the

Por supuesto, tenemos la certeza de que habrá un ligero incremento en las inscripciones y transferencias de un modelo tradicional a uno más eficiente con el paso de los años.

En lo relacionado con la capacidad de los proveedores de alto rendimiento para recibir nuevas inscripciones, es importante destacar que los incentivos producirán resultados no sólo en el traslado de pacientes de un método al otro sino que además, logrará mejoras a nivel comunitario en los proveedores existentes quienes buscarán obtener calificaciones altas para poder aspirar a estos beneficios.

Results: This option could generate \$59.0 billion in efficiency gains as a behavioral response over a five-year period. **During the first 25 years, the estimate of savings is \$37.0 billion.** Stronger incentives with more gain sharing with seniors would produce more substantial savings, as well as likely stimulating stronger improvements in physician performance across the delivery system. These estimates do not include potential savings that could accrue to the Medicaid program as a result of dual-eligible using higher quality providers.

Resultados: Esta opción podría generar \$59.000 millones en ahorros de eficiencia como una respuesta conductual durante un período de cinco años, con una fase transitoria de cinco años. **Durante los primeros 25 años, el estimado de ahorros asciende a \$37.000 millones.** Incentivos más fuertes con más ganancias compartidas con las personas mayores de edad generarán mayores mejoras en el desempeño de los médicos a través de todo el sistema. Estas estimaciones no incluyen posibles ahorros que pueden corresponder al programa de Medicare como resultado de que los pacientes que cumplen requisitos para recibir Medicaid puedan optar por inscribirse en Medicaid y Medicaid como resultado de utilizar proveedores de alta calidad.

Los ahorros pueden depender del número y del tipo de iniciativas implementadas en la población de Medicare, la efectividad de su implementación y la voluntad de participación de los beneficiarios (que depende en parte del tipo de incentivos o incentivos.)

Depende de la magnitud de los incentivos. Debido a que los programas de incentivos nuevos para la población de Medicare y nuevos para la población de Medicare y representarían un cambio en la manera en que estos reciben los beneficios, asumimos únicamente que la mitad de la población respondió positivamente a estos programas basados en incentivos y que un tercio de la población respondió positivamente a los programas basados en resultados. En el caso de las personas que cumplen requisitos para recibir beneficios de ambos programas, asumimos que la mitad de ellas podría verse afectada por los programas de incentivos y el otro tercio por los programas de incentivos basados en resultados para estimular la participación de esta población.

Resultados. Nuestra estimación de ahorros es relativamente menor en un plazo de 10 años, debido al incremento de los costos en la fase transitoria, por lo que ubicamos la cifra en aproximadamente unos \$46,000 millones. **over a 25-year period, we estimate that about \$450 billion could be saved.** That amount is a reduction of about 2% of Medicare's savings as the program costs are phased-in. It is a theoretical estimate of savings if all beneficiaries participated and programs were fully effective. Para ese período, y para la meta de comparar esta cifra con la cifra teórica de \$900,000 millones en ahorros por un período de 25 años si todos los beneficiarios participaran de estos programas y si los mismos se implementaran efectivamente.

Acerca de UnitedHealth Group

UnitedHealth Group provee servicios a 70 millones de personas en los Estados Unidos, financiando y coordinando los cuidados de salud en representación de individuos, empleadores y gobierno, en asociación con más de 5.000 hospitales y 650.000 médicos, enfermeras y otros profesionales del sector de la salud en todo el país. Nuestra fortaleza radica en la administración de cuidados, tecnología y temas de salud y ciencias de la vida. Como compañía de salud diversa maneja el bienestar de más de 100 millones de personas a través de una vida más saludable y mejorar el funcionamiento de la atención médica más grande de los Estados Unidos, no sólo prestamos servicios a muchas de las empresas y negocios más prestigiosos de la nación sino que somos el plan de salud Medicare más importante de los EE.UU., apoyando comunidades de pocos recursos en 25 estados y el Distrito de Columbia.

About the UnitedHealth Center

Acerca del Centro de UnitedHealth para la Reforma y la Modernización de la Salud

El centro sirve como punto central para el trabajo en la modernización de la atención de la salud y la reforma nacional de la salud. El centro evalúa y desarrolla políticas innovadoras y soluciones prácticas para los desafíos de atención de la salud que enfrenta el país.

Según la experiencia interna de UnitedHealth Group y de sus múltiples colaboraciones externas, el trabajo central de este grupo abarca las siguientes seis áreas:

- estrategias prácticas para detener el incremento de costos de cuidado de salud en los Estados Unidos
- enfoques innovadores para lograr cobertura generalizada y beneficios de salud, fundados en cuidados de salud basados en la evidencia mostrada anteriormente y en la participación del consumidor
- reducir las disparidades en el área de la salud, particularmente en las comunidades de menos recursos
- modernizar el sistema de cuidado de salud, incluyendo el fortalecimiento del cuidado primario
- estrategias para la reforma de pagos que contribuyan a que los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud mejoren la calidad del cuidado de sus pacientes
- modernizar el Medicare, incluyendo la atención administrada de servicios de salud en casos de enfermedades crónicas



UnitedHealth®

Center for Health Reform & Modernization

9900 Bren Road East
Minnetonka, Minnesota 55343
www.unitedhealthgroup.com/reform

© UnitedHealth Group 2010