**Declaración de política y procedimiento de conversaciones efectivas sobre los costos de los servicios de salud (CoC por sus sigla en inglés) en el Centro de Salud/Clínica.**

**ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA**

***Relación entre los centros de servicios médicos centrados en el paciente y la toma de decisiones compartida.***

La toma de decisiones compartida es un sello notable de los centros de servicios médicos centrados en el paciente. El objetivo de lograr conjuntamente el plan de tratamiento de cada paciente y trabajar juntos para manejar la salud y las enfermedades del paciente supone que tanto el paciente como el proveedor (es decir, todo el personal y los médicos) están comprometidos en diseñar ese plan de atención y modificarlo con el tiempo.

La literatura publicada1 muestra que la adherencia del paciente y los criterios clínicos de la salud de la población mejoran **si los pacientes participan activamente en todos los aspectos de la toma de decisiones. Por lo tanto, tiene sentido que en este centro de salud/clínica participemos de forma proactiva en el monitoreo de la capacidad del paciente para manejar sus costos de servicios de salud. Esto significa que tenemos que involucrar de manera regular al paciente en las conversaciones sobre los costos de los servicios de salud.**

**DECLARACIÓN DE POLÍTICA:**

**La política de este centro de salud/clínica es que todos los miembros del personal y los médicos deben involucrar de manera directa y explícita al paciente durante todas las visitas en la exploración de los costos de atención médica. Y si los gastos médicos, el tiempo usado o los costos de transporte para obtener la atención recomendada son un obstáculo para su adherencia exitosa al plan de tratamiento recomendado. Con esto, estamos mejorando nuestro enfoque colectivo centrado en el paciente y la práctica de toma de decisiones compartida que esperamos guíe nuestras interacciones con nuestros clientes.**

**SUGERENCIAS DE APLICACIÓN:**

**Contenido de la conversación sobre el costo de los servicios de salud (CoC) - ¿Qué está incluido?**

La evidencia sugiere que los elementos de CoC pueden prevenir o retrasar la obtención de una atención médica altamente recomendada. El sentido común sugiere que un plan de atención será menos exitoso, incluso ignorado, si frustra la adherencia al tratamiento de un paciente por no ser sensible a los múltiples costos implicados en la de adherencia al tratamiento. Esos elementos del costo de la atención incluyen:

1. **Costo de las primas del seguro médico** (primas pagadas por la familia o el empleador)
2. **Costo de co-pagos y deducibles** (pagos directos del bolsillo del paciente al momento de las visitas)
3. Otros costos (“indirectos”) **de la enfermedad** (por ejemplo: tiempo de trabajo perdido, transporte para tratamientos, etc.)

Hablar sobre estos elementos del costo de la atención con cada paciente es de importancia crítica para los miembro del personal y los proveedor clínico en el **centro de salud/clínica**. Esto mejorará la aceptación de nuestros planes de atención y opciones de tratamiento. También mejorará el cumplimiento y adherencia del paciente al tratamiento y por lo tanto su estado de salud resultante.

El monitoreo constante del uso de conversaciones sobre CoC, así como en la toma constante de signos vitales del paciente, puede mejorar las medidas de salud de nuestra población y la calidad de los resultados de la atención.

Hablar sobre el costo de la enfermedad del paciente nos ayuda a comprender sus necesidades de asistencia, de transporte, de fuentes alternativas para obtención de medicamentos, de servicios de imagen diagnóstica, así como su preocupación por las horas de trabajo perdidas. Esta información mejora nuestra capacidad para involucrar a los trabajadores sociales y a las fuentes de financiamiento externo las cuales el paciente y la familia pudieran no conocer.

Identificar fuentes de seguro médico o cobertura médica es fundamental para facilitar el acceso a nuestros servicios y cubrir nuestros costos de atención. Es crítico reconocer que algunos de estos planes de seguro de salud requieren la participación financiera del paciente y / o de su familia para que los pacientes comprendan su **responsabilidad en los costos de los servicios de salud**. Muchas veces, los pacientes de otras sociedades donde se nacionaliza la atención médica se sorprenden al descubrir que la atención médica en los EE. UU. no es gratuita. En consecuencia, algunos de estos pacientes y sus familias necesitarán asistencia para cubrir esos costos de atención, y podríamos encontrar organizaciones caritativas que puedan brindar este apoyo. Sin la discusión rutinaria sobre las fuentes actuales de seguro médico o los cambios en la cobertura médica, estas necesidades de referencia adicional a otros programas no se descubrirán hasta que se note que las facturas no han sido pagadas y se desencadene una conversación más incómoda. Debido a que estos programas pueden requerir una considerable documentación del paciente para ser elegible, contamos con un especialista que puede ayudar en este esfuerzo. Pero, el personal de esta área no ve a cada paciente en todas sus visitas. **La pregunta dela recepcionista: “¿Ha tenido algún cambio en su seguro médico?" puede ser demasiado pública o dolorosa para revelar la verdad en cada visita. Por lo tanto, todos debemos ser sensibles y estar atentos a las señales de que la cobertura del seguro está en peligro.**

Las conversaciones exitosas sobre el costo de los servicios **de salud son consistentes con la atención centrada en el paciente, cuando se logra a través de procesos de toma de decisiones compartidas.** La literatura2 sugiere que si bien el médico a menudo se guía por ciertos estándares de calidad en la atención.; el paciente con frecuencia entra en conflicto entre "buscar su bienestar" y evitar una catástrofe financiera conectada directamente a un plan de tratamiento específico.Hablar y cuestionar sobre el plan de atención recomendado, sobre la referencia de imágenes médicas o sobre el plan de medicamentos es una oportunidad crítica para reconocer las barreras financieras del paciente en relación con los costos de bolsillo, los costos de pérdida de trabajo para obtener servicios de imagen médica, las pruebas de laboratorio o los medicamentos. Estar atentos y preguntar sobre el co-pago es una oportunidad para que el paciente revele obstáculos que puedan estar presentes. El cambio a otro centro de imágenes o la elección de elegir una farmacia distinta puede ser central para lograr una adherencia al tratamiento exitosa.

Cuando se discuten nuevos planes de atención con un paciente, se pueden identificar los costos relativos o absolutos. Ya que los protocolos de práctica y ordenes de servicios están estandarizados por los médicos, existe la oportunidad de presentar al paciente un estimado estructurado de los costos esperados por la atención. Sí se está modificando un plan de atención (por ejemplo, una receta nueva), existe la oportunidad de conversar sobre el costo relativo de la atención estimada ("este medicamento nuevo y más eficaz es aproximadamente 50% más caro, pero su co-pago es el mismo"). O bien, se pueden discutir los costos específicos absolutos (este nuevo medicamento, si se compra en nuestra farmacia 340B solo tiene un co-pago de $10, pero en su farmacia local usted dice que paga $15. Entonces, ¡este es un medicamento más efectivo a un costo menor! )

La evidencia3 de una literatura limitada sugiere que el 67% de estas conversaciones sobre CoC (cobertura de seguro, costo de la enfermedad o costos específicos de tratamiento) tomó menos de un minuto en la visita clínica y solo el 6% tomó más de 3 minutos. Estas conversaciones se pueden incluir de manera eficiente durante la visita clínica en varios puntos.

***¿Quién es responsable de la conversación sobre CoC?***

Durante la visita o encuentro médico típico, quién debe ser sensible a las preocupaciones del paciente sobre CoC e indicar qué paciente necesita una conversión explícita sobre ello?

Recepcionista: Claramente, la visita médica comienza en la recepción o el registro. Esta es una oportunidad para que la recepcionista confirme que el seguro médico o la cobertura están disponibles, han cambiado o necesitan explorarse para el paciente y su familia. La recepcionista puede identificar que una persona que no se presenta a la cita necesita transporte y puede volver a programar la cita y conectar al paciente con un servicio de transporte. Algunas clínicas pagan por un viaje en Uber, en vez de tener un paciente que no se presenta a la cita, que es costoso para la clínica y, para el paciente también. Estos hallazgos se pueden ingresar en el Registro Médico Electrónico (EMR por su sigla en inglés) más allá de los controles simples del tipo de seguro médico, etc.

Navegador/Consejero financiero o personal de elegibilidad: Redirigir al paciente con el personal de elegibilidad antes de hacer el registro médico es lo que facilitará con mayor probabilidad la obtención o confirmación de cambios en la cobertura. Sin embargo, la visita con el personal de elegibilidad podría programarse después de la visita a la clínica. En algunas clínicas, las citas por separado con este personal se programan cuando se programa la cita médica, si el paciente revela que no tiene cobertura de seguro médico. Durante esa cita se abordan los programas de financiamiento y sus requisitos, y el personal debe estar atento a las necesidades adicionales que pueden resolverse refiriendo al paciente con los trabajadores sociales o navegadores de pacientes si hay necesidad de un proceso de solicitud complicado. Estas conversaciones tan importantes pueden revelar otros problemas relacionados al costo de la enfermedad, como la necesidad de tener citas fuera del horario de trabajo o durante el fin de semana para evitar la pérdida de trabajo. Tanto la recepcionista como el personal de elegibilidad o el navegador puede darse una idea de estas complejas necesidades, si se mantienen atentos a las sutiles señales del paciente, o si lo preguntan directamente. Esta información se puede ingresar en el EMR además de los controles simples como el tipo de seguro, etc.

Asistente médico:el asistente médico generalmente se enfoca en los signos vitales e identifica el motivo de la visita o cualquier problema con el cumplimiento del plan de tratamiento. Estas son oportunidades excelentes para aclarar si los co-pagos o el costo de la enfermedad interfieren con el cumplimiento del plan de atención. Obtener información sobre los costos específicos que este paciente tuvo durante los servicios de imagen diagnóstica y en la farmacia e ingresarlos en el EMR podría facilitar una consideración más cuidadosa del médico sobre los costos relativos o específicos de la atención que podrían ocurrir si se cambia el plan de atención durante la consulta. Sin la obtención previa de esta información, el médico mismo tendría que reunirla para realizar una comparación efectiva y lograr una conversación beneficiosa.

Personal Clínico - Médico, asistente médico o enfermero(a) practicante: el personal clínico con frecuencia está en posición de impactar más al paciente al recomendar un plan de atención, medicación o examen de laboratorio. Los pacientes asumen que sus consejos son precisos y beneficos. Debido a que los clínicos pueden no tener la información que el asistente médico podría reunir (arriba) sobre los costos actuales para el paciente, muchas veces dudan en ofrecer información específica de costos a sus pacientes. Con el tiempo, si nuestra clínica recolecta y analiza constantemente información sobre el CoC, esta incomodidad para el clínico se llevará a un nivel cómodo. El mantener estos datos en la EMR de cada paciente facilitará este proceso de aprendizaje y aumentará la comodidad de los clínicos.

Las preguntas simples cuando se recomiendan cambios o el inicio de otros componentes del plan de cuidado pueden generar un entendimiento considerable sobre el impacto del costo de la atención para cada paciente y su familia. Algunos ejemplos de preguntas incluyen:

1. "¿Puede usted pagar/cubrir el co-pago por esta visita, este medicamento, este laboratorio?"
2. "¿Puede usted faltar al trabajo por un período de 3 a 4 horas esperando en el centro servicios de imagen médicas del hospital?"
3. "¿Prefiere un co-pago mayor para el servicio de imagen médica en una clínica privada o un copago menor pero un mayor tiempo de espera para los rayos X en el hospital del Condado?"

Empleado de facturación/cajera(o) o empleado de recepción/salida: tanto el empleado de recepción/salida o el empleado de facturación, puede ser la última oportunidad para clarificar directamente con el paciente y su familia si tienen problemas financieros que puedan interferir con la adherencia del paciente al tratamiento recomendado. Aunque su espacio suele ser más público que el de otros miembros del personal, puede ser que algún miembro del personal dependa de ellos para tener la conversación sobre el CoC sobre cobertura del seguro médico, gastos de bolsillo, transporte o pérdida de trabajo. Estas preguntas podrían ser parte de un protocolo de cuestionamiento que se use al final de la visita médica.

***Oportunidades adicionales para tener conversaciones de CoC que con frecuencia se desaprovechan:***

Solicitar o recoger medicamentos en la farmacia: el personal de la farmacia puede preguntar al paciente si llegar a la farmacia es inconveniente o costoso para él y si el costo de los medicamentos actuales es demasiado alto y que esto pueda evitar que el paciente siga el tratamiento.

Farmacéuticos o técnico de farmacia: tanto el farmacéutico como los técnicos pueden ser sensibles a las señales del paciente sobre los problemas de CoC mientras instruyen al paciente sobre la forma adecuada de tomar el medicamento.

Recepcionista de sala de emergencias y asesores financieros:cuando la clínica está asociada a una sala de emergencias específica, los asesores financieros de estas dos entidades deben involucrar al paciente en una evaluación de su capacidad para pagar los servicios en términos de gastos de bolsillo y sus costos de acceso, transporte y medicamentos. La exploración adicional de la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera es claramente una contribución importante de ambos asesores financieros. Una vez más, mientras que el Departamento de Facturación y los consejeros financieros son puntos obvios de la investigación de CoC, todos los empleados deben estar vigilando activamente las oportunidades para ayudar al paciente en los asuntos de CoC y atenderlos directamente.

Record médico electrónico (EMR) y manejo de calidad:el uso significativo del EMR incluiría el resumen descriptivo de los recursos del paciente en términos de costos promedios y rangos de costos para diagnósticos específicos y órdenes estándares. Como se mencionó anteriormente, los costos de tiempo usado durante el encuentro son mínimos, esto con base en los encuentros registrados donde tuvieron lugar las conversaciones sobre CoC. A largo plazo, la adherencia al tratamiento mejorará y los resultados también deberán mejorar. Desarrollar y explorar estas estimaciones a lo largo del tiempo y analizarlas en relación con los resultados obtenidos por clínica en los indicadores de calidad de atención podría ser valioso para la salud de los pacientes y la salud financiera de las clínicas. La capacitación de todo el personal de la clínica con respecto a las conversaciones de CoC, específicamente frases y expresiones sugeridas, exploración confidencial y empatía, debería hacerse por lo menos.

***¿Quién asumirá el rol de monitorear que las conversaciones sobre   
CoC ocurran?***

Tal como se explicó en el párrafo sobre política, TODOS somos responsables de realizar y ser sensibles a los cambios en la situación financiera del costo de la atención de nuestros pacientes. En última instancia, el equipo clínico y la administración de la clínica son los responsables de garantizar que durante la estancia del paciente en la clínica, se obtenga la mayor información posible que pueda resultar en el mejor cuidado de la(s) condición(es) del paciente. Es fundamental mejorar el EMR para solicitar información clave de CoC durante cada visita, y registrar datos factuales que mejoren la información sobre posibles problemas sobre los CoC que pueda tener el paciente. Esto ayudará al personal que posteriormente interactúe con el paciente para lograr una mayor adherencia al plan de atención recomendado por nosotros. Es responsabilidad del equipo de administración y de calidad de la clínica organizar el uso creativo y consistente de esta información, de forma periódica.

Los resultados positivos posibles para nuestros pacientes, sus familias y el **centro de salud/clínica** son obvios.

***PROCEDIMIENTO SUGERIDO: (PARA SER REVISADO SEGÚN SEA APROPIADO PARA EL CENTRO DE SALUD/CLÍNICA)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | ¿Quién? | ¿Qué debe hacer? | ¿Cuándo y dónde sucederá esto? | ¿Cuál es el resultado esperado? |
| 1 | Recepcionista | "¿Algún cambio en su seguro?" Puede ser muy público o muy doloroso para revelarse. Preguntar "¿Tiene una nueva cobertura de seguro?" Puede ser más suave. Prepárese para ofrecer información confidencial al personal de elegibilidad o navegador financiero.  Prepárese para retrasar la referencia, seguir la cita médica, o para mantener cita programada por la clínica. | Recepción (área pública) o asistente financiero o navegador (área confidencial). | Detección de dificultades en cuestiones de pagos directos del bolsillo del paciente. |
|  | Registre los resultados en EMR para que el personal que atienda al paciente los conozca y se integren al proceso de atención del paciente. | | |
| 2 | **Empleado de elegibilidad o navegador financiero** | En un espacio más confidencial revise la situación del paciente y su elegibilidad para programas de cobertura.  Hable y cuestione sobre las situaciones de ingresos y de empleo, así como de cualquier situación de residencia que pueda afectar su elegibilidad.  Revise el costo histórico de los servicios de salud con proveedores médicos anteriores.  Registre los resultados en EMR para que otros conozcan y se integren en sus procesos de servicios de salud. | Asistente o navegador financiero (área confidencial). | Detección de la situación financiera familiar y preferencias para cubrir los costos de bolsillo.  Detección de problemas de transporte, farmacia y acceso a laboratorios y sus posibles soluciones. |
|  | Registre los resultados en EMR para que otros conozcan y se integren en sus procesos de cuidados de salud. Refiérase al navegador de pacientes o personal de elegibilidad si es necesario. Incluya una nota en el EMR para concertar una cita después de la visita médica. | | |
| 3 | **Asistente médico** | Aclare la razón de la visita, obtenga signos vitales.  Identifique cualquier problema con la adherencia al plan de cuidado, incluyendo problemas de medicamentos, reacciones, y costos de cuidados de la salud – pagos directos del bolsillo del paciente, costos y dificultades de transporte, co-pagos de farmacia y acceso para recoger medicamentos.  Después de que el médico de órdenes, el asistente médico deberá generar estimados de costos de cuidados de salud para farmacia, imágenes diagnósticas, laboratorios y costos directos del bolsillo en conjunto con la administración. De ser posible, hable con el paciente.. | En sala de examinación privada (Asegúrese de tener privacidad) | Detección de signos vitales y motivo de visita.  Detección de problemas financieros familiares, incluyendo costos directos de bolsillo del paciente que puedan influir con la adherencia al tratamiento.  Detección de cualquier preocupación con relación al transporte, la farmacia y el acceso al laboratorio y sus posibles soluciones. |
|  | Registre los resultados en EMR para que otros conozcan y se integren en sus procesos de cuidados de la salud. Refiérase al navegador de pacientes o personal de elegibilidad si es necesario. Incluya una nota en el EMR para concertar una cita después de la visita médica. | | |
| 4 | **Clínicos - médico, asistente médico o enfermero practicante** | Aclare el motivo de la visita, el diagnóstico y el plan de atención recomendado.  Identifique cualquier problema potencial en el cumplimiento del plan de atención, problemas con medicamentos y/o sus reacciones y costos de servicios de salud, incluyendo gastos de bolsillo, dificultades de transporte, co-pagos de farmacia y acceso para recoger medicamentos. Discuta opciones y soluciones.  Después de crear ordenes, genere estimaciones de los costos de atención para farmacia, imágenes diagnósticas, laboratorios y los costos esperados de bolsillo del paciente en colaboración con la administración. Hable con el paciente. | En el consultorio privado, confidencial, o donde la privacidad y confidencialidad sea posible. | Detección de signos vitales y motivo de visita.  Detección de problemas financieros familiares, incluidos los costos directos del bolsillo del paciente, que puedan estar interfiriendo con la adherencia al tratamiento.  Detección de cualquier preocupación relacionada con el transporte, la farmacia y el acceso a laboratorio, y posibles soluciones. |
|  | Registre los resultados en EMR para que otros conozcan y se integren en sus procesos de cuidados de salud. | | |
| 5 | Empleado de facturación/cajera(o) o empleado de recepción/salida | Aclare en las notas de EMR o en la cita programada que miembros del personal identificaron problemas potenciales en la adherencia al plan de tratamiento, problemas con medicamentos, reacciones y costos de servicios de salud, incluyendo gastos de bolsillo, dificultades de transporte, co-pagos de farmacia y acceso para recoger medicamentos. Discuta opciones y soluciones.  Usando las órdenes creadas para esta visita, genere junto con la administración, estimaciones de costos de la atención de farmacia, imágenes diagnósticas, laboratorios y costos esperados de pago del bolsillo del paciente. Discuta con el paciente. | Empleado de recepción/salida (área pública) o con asistente financiero o navegador (área confidencial) | Resolución de problemas financieros familiares, incluyendo la cobertura básica, el co-pago y las estructuras deducibles. Esté preparado para informar al paciente proporcionando materiales de apoyo sobre los costos directos del bolsillo del paciente (si es que existen), y que pueden impedir la adherencia al tratamiento.  Resolución de cualquier problema de transporte, farmacia y acceso a laboratorios y soluciones potenciales. |
|  | Agregue al EMR las resoluciones desarrolladas para este paciente, para que esta información esté disponible en visitas futuras. | | |

**REFERENCIAS:**

1: *QuickStats:* Percentage of Persons of All Ages Who Delayed or Did Not Receive Medical Care During the Preceding Year Because of Cost, by U.S. Census Region of Residence — National Health Interview Survey, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017; 66:121. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6604a9

2: A.: Cook K, Dranove D, Sfekas A. Does major illness cause financial catastrophe, HSR 2010 45(2) 418–36.

B.: Kelly, RJ, et al,Patients and physicians can discuss costs of cancer treatment in the clinic, J Onc Prac, May 2015, p 1-6.

C.: Ubel PA, Zhang CJ, Hesson A, Davis JK, Kirby C, Barnett J & Hunter WG, Study Of Physician & Pt Comm Identifies Missed Opportunities To Reduce Patients' OoP Spending, HA 35 (4) 20.

3: Hunter et al., What Strategies Do Physicians and Patients Discuss to Reduce Out-of-Pocket Costs? Analysis of Cost-Saving Strategies in 1755 Outpatient Clinic Visits, BMC Health Services Research (2016) 16:108, DOI 10.1186/s12913-016-1353-2.