

Resumen de Hallazgos de la Evaluación del Modelo de Atención del Plan Dual de Necesidades Especiales de 2019

¿Qué es el Modelo de Atención (MOC) del Plan Dual de Necesidades Especiales (DSNP)?

El Modelo de Atención del DSNP describe cómo brindamos servicios de atención médica a nuestros miembros del DSNP. Deseamos darle la mejor atención que sea confiable y de fácil acceso. Todos los años, controlamos la calidad de la atención y del servicio que le brindamos a usted. Establecemos metas, seguimos procedimientos y tomamos medidas si no alcanzamos estas metas.

A continuación se describen algunos de los modos que utilizamos para evaluar la calidad de nuestros servicios:

- Encuesta de satisfacción del miembro
- Facilidad para conseguir una cita y ver a los médicos
- Cercanía de los médicos con respecto a su casa
- Quejas acerca del acceso a la atención
- Coordinación de la atención
- Uso del hospital y la sala de emergencias (ER)
- Satisfacción de los miembros con los Servicios de Administración de Casos
- Transiciones de la atención
- Información acerca de la atención que usted recibe de sus médicos para mantenerse saludable

¿Qué sucede si no cumplimos nuestras metas?

Buscamos la mejor manera posible para alcanzar nuestras metas. Creamos planes nuevos hasta que alcanzamos nuestra meta.

¿Cómo nos fue en 2019?

1. Encuesta de satisfacción del miembro: nuestra meta es tener la certeza de que, como miembro, usted está conforme con nuestro plan de salud.

Todos los años, enviamos una encuesta que le pregunta a usted acerca de su experiencia con sus médicos y el plan de salud. Deseamos tener la certeza de que usted está conforme con la atención que recibe. También deseamos asegurarnos de que usted recibe el mejor servicio del plan de salud.

Mejoramos y alcanzamos las metas para la Calificación de Plan de Salud, la Calificación de la Atención Médica y la Calificación del Plan de Medicamentos.

No alcanzamos nuestras metas para la Calificación del Médico Personal, la Calificación del Especialista, la Obtención Rápida de la Atención, la Obtención de la Atención Necesaria, la Obtención de los Medicamentos Recetados Necesarios, la Buena Comunicación de los Médicos, el Servicio al Cliente del Plan de Salud, la Coordinación de la Atención y la Vacuna Antigripal Anual.

H5928_20_1146A_C 12182020

Sabemos que dichos servicios son importantes para usted. Nos concentraremos en los modos de mejorar. Deseamos hacer que su experiencia sea positiva.

Deseamos ser su plan de salud en el que usted confía. Escuchamos lo que usted nos dice en las encuestas. Esta es una manera importante de realizar cambios útiles para usted. Para mejorar, crearemos un equipo que trabajará para mejorar su experiencia con el plan de salud.

2. Facilidad para conseguir una cita y ver a los médicos: nuestra meta es hacer que sea fácil para usted obtener atención de sus médicos.

Alcanzamos las metas de hacer que sea fácil para usted hablar con sus médicos. Pudimos conectar a nuestros miembros con un médico que hablaba el mismo idioma en el 95 % de los casos. Recibimos quejas de los miembros acerca de los servicios de interpretación. Mejoraremos nuestros servicios de interpretación. También hablaremos con los médicos acerca de cómo ayudarlo a usted a obtener servicios de interpretación.

No alcanzamos las metas de que sea fácil para usted conseguir una cita. Hablaremos con los consultorios de los médicos acerca de las normas de las citas oportunas. Se incluirá el tema de la importancia de las referencias oportunas. También le preguntaremos con una encuesta cuán fácil es para usted ver a su médico. Esto nos ayudará a saber si estamos mejorando.

3. Cercanía de los médicos con respecto a su casa: nuestra meta es garantizar que usted tenga acceso a todos los tipos de médicos cerca de su casa.

Alcanzamos nuestras metas de garantizar una cantidad suficiente de médicos en el área para brindarle atención a usted.

También alcanzamos nuestras metas de garantizar que los médicos estén ubicados cerca de su casa.

Comuníquese con nosotros si no hay un médico disponible en su área. Ofrecemos servicios de transporte gratuito a las citas médicas.

4. Quejas acerca del acceso a la atención: nuestra meta es reducir la cantidad de quejas relacionadas con el acceso a la atención. También verificamos si hay las mismas quejas acerca del acceso a la atención.

Tuvimos menos de 10 quejas acerca del acceso a la atención en 2019. Sin embargo, no alcanzamos nuestra meta de reducir la cantidad de quejas.

Ninguna de las quejas era similar a otra. Continuaremos observando si hay patrones. También trabajaremos para corregir las quejas lo más rápido posible.

5. Coordinación de la atención: nuestra meta es mejorar su salud a través de la coordinación de la atención.

Pedimos a todos los miembros que llenen una Evaluación de riesgos para la salud (HRA). Una HRA consiste en preguntas acerca de sus necesidades de salud. También contactamos a los miembros para un Plan individualizado de atención médica (ICP). El ICP es un plan de acción para el modo de satisfacer sus necesidades de salud. Finalmente, invitamos a los miembros a participar en una reunión con su equipo de atención para analizar los modos de mejorar su salud.

No alcanzamos las metas para la HRA, el ICP y el equipo de atención médica. Haremos cambios operativos para resolver este problema. Nuestra meta es comunicarnos con todos los miembros para una HRA, un ICP y una reunión del equipo de atención médica. Crearemos un ICP y realizaremos una reunión del equipo de atención médica para cada miembro (independientemente de si el miembro desea participar o no).

6. Uso del hospital y la sala de emergencias (ER): nuestra meta es que los miembros estén fuera del hospital y de la ER.

Alcanzamos nuestra meta de reducir las admisiones hospitalarias y readmisiones en un 10 %. Las admisiones hospitalarias se redujeron en un 11 %. Las readmisiones se redujeron en un 24 %.

No alcanzamos nuestra meta de reducir las visitas a la ER en un 10 %. Nos comunicaremos con los miembros con necesidades complejas para informarles acerca de los exámenes de detección preventivos, las citas regulares con el médico y los cambios positivos en el estilo de vida para sostener la buena salud.

7. Satisfacción de los miembros con los Servicios de Administración de Casos: nuestra meta es mejorar su satisfacción con los Servicios de Administración de Casos.

La satisfacción de los miembros con los Servicios de Administración de Casos es del 89.1 %. Mejoramos en un 11 % desde el año pasado. Sin embargo, no alcanzamos nuestra meta de mejorar en un 20 %. Revisaremos los comentarios hechos por los miembros para ayudar a mejorar los servicios.

8. Transiciones de la atención: nuestra meta es mejorar su salud por medio de transiciones de la atención sencillas de un ámbito de atención médica a otro.

Trabajamos con hospitales y centros de enfermería especializada (SNFs) para garantizar que brindamos atención oportuna a todos los miembros.

Tenemos en cuenta las siguientes medidas:

Comunicamos el plan de atención médica al SNF en el plazo de 1 día con respecto a la fecha en la que usted se va del hospital y pasa a un SNF.

Se notifica a su médico de atención primaria dentro de los 3 días hábiles desde que usted recibe el alta del hospital o del SNF y va a su casa.

El plan del alta se conversa con usted dentro de los 3 días hábiles desde que usted recibe el alta del hospital o del SNF y va a su casa.

No alcanzamos las metas para estas medidas. Para corregir el problema, crearemos una hoja de seguimiento que se usará de modo continuo. La hoja de seguimiento nos ayudará hacer un mejor seguimiento de la transición de los miembros entre los ámbitos de atención médica.

9. Información acerca de la atención que usted recibe de sus médicos para mantenerse saludable: nuestra meta es mejorar su salud al garantizar que recibe servicios de salud preventivos.

Los planes de salud usan la información para saber cómo se están desempeñando con la atención de los miembros. Se alcanzaron las metas para los siguientes temas:

Ayudar a los miembros a dejar de fumar.

Garantizar que los miembros tengan un plan para cuando estén en una situación en la que no puedan tomar ellos mismos las decisiones sobre su salud.

No se alcanzaron las metas para los siguientes temas:

Asegurar que los miembros respondan una serie de preguntas que se usan para mantener saludables a los mayores de 65 años.

Asegurar que los miembros reciban un examen de detección del cáncer colorrectal.

Asegurar que los miembros controlen la presión arterial alta.

Asegurar que los miembros que necesitan un antidepresivo comiencen a tomarlo y continúen haciéndolo.

Asegurar que los miembros reciban servicios preventivos de su médico.

Asegurar que se revisen los medicamentos de los miembros después de una estadía en el hospital.

Hablaremos con sus médicos para que usted obtenga los servicios que necesita para prevenir problemas de salud crónicos. Queremos asegurarnos de que se mantenga saludable todo el año.

Puede solicitar una copia impresa si llama a Atención al Cliente al **(800) 776-4466** (TTY: **711**) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (sábados y domingos de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.) del 1 de abril al 30 de septiembre. Para descargar una copia, visite nuestra página web en **blueshieldca.com/medicare**.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California. 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行政視。