

Resumen de Hallazgos de la Evaluación del Modelo de Atención del Plan Dual de Necesidades Especiales de 2021

¿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
- Cercanía de los médicos con respecto a su casa
- Quejas acerca del acceso a la atención
- Coordinación de la atención
- Transiciones de la atención
- Información acerca de la atención que usted recibe de sus médicos para mantenerse saludable
- Capacitación de los proveedores y del personal

¿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 2021?

- 1. Encuesta de satisfacción del miembro:** nuestra meta es tener la certeza de que, como miembro, usted esté 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.

Cumplimos las metas para la Coordinación de la Atención Médica y el Servicio al Cliente del Plan de Salud.

No alcanzamos nuestras metas para la Calificación de Plan de Salud, la Calificación de la Atención Médica, la Obtención Rápida de Atención y la Obtención de la Atención Necesaria.

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. El equipo está trabajando para continuar mejorando su experiencia como miembro con el plan de salud.

2. 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 de atención primaria en el área para brindarle atención a usted. Alcanzamos nuestras metas de garantizar una cantidad suficiente de médicos especialistas en el área para brindarle atención a usted. Comuníquese con nosotros si no hay un médico disponible en su área.

También trabajamos con los proveedores para ayudarle a usted a obtener el transporte para el viaje de ida y vuelta para las citas con sus proveedores. Alcanzamos nuestras metas de cumplimiento de las solicitudes de transporte.

3. 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.

En 2021, el Departamento de Atención al Cliente alcanzó ambas metas: garantizar el cumplimiento del 98 % de las solicitudes de transporte por parte del proveedor de transporte y que menos del 1 % de las quejas tuviera relación con los servicios de transporte.

La meta de Acceso a la Atención no se alcanzó por causa de los efectos de la pandemia de la COVID-19, debido a que los proveedores están afectados por la falta de personal.

El equipo continuará revisando los procesos e identificando las posibles áreas de mejora.

4. 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 es una lista de 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).

5. Transiciones de la atención: nuestra meta es mejorar su salud por medio de transiciones de la atención claras entre ámbitos de atención médica.

Trabajamos con hospitales y centros de enfermería especializada (SNF) para garantizar que brindamos atención oportuna a todos los miembros. Tenemos en cuenta las siguientes medidas:

- Su administrador de la atención actualiza su ICP dentro de los 30 días de los episodios de transición de la atención médica.
- Su ICP se comparte con usted y su médico de atención primaria dentro de los 5 días hábiles de la actualización.
- Su administrador de la atención se comunica con usted dentro de los 2 días hábiles del alta para ir a su casa para ayudarle con sus necesidades de transición de la atención.

No alcanzamos las metas para estas medidas. Para corregir el problema, hemos creado un informe diario para hacer un seguimiento de los miembros a medida que hacen una transición entre los distintos ámbitos de atención médica. Este informe nos ayudará a cumplir mejor con los plazos para las medidas antes mencionadas.

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

Los planes de salud usan la información para saber cómo se están desempeñando con la atención de los miembros. Se alcanzó la meta de asegurar que los miembros que necesitan un antidepresivo comiencen a tomarlo y continúen haciéndolo.

No se alcanzaron las metas para los siguientes temas:

- Asegurar que las miembros reciban un examen de detección del cáncer de seno.
- Asegurar que los miembros reciban un examen de detección del cáncer colorrectal.
- Asegurar que los registros de medicamentos de los miembros se revisen y se actualicen después de una estadía en el hospital.
- Asegurar que los miembros reciban un examen de los ojos para verificar si hay daño por la diabetes.
- Asegurar que los miembros reciban un control del azúcar en sangre debido a la diabetes.

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.

7. Capacitación de los proveedores y del personal: nuestra meta es garantizar que todos los proveedores y miembros del personal tengan una capacitación inicial y anual acerca del Modelo de Atención.

Se notifica a todos los proveedores nuevos acerca del proceso de capacitación y de su obligación de realizar la capacitación al aceptar su ingreso en la red y luego anualmente. Los miembros nuevos del personal tienen la obligación de realizar la capacitación dentro de los 90 días de su incorporación. Los modos de contactar o enviar recordatorios a los proveedores y/o miembros del personal sobre la capacitación consta de envíos masivos de mensajes por fax y correo electrónico con las instrucciones acerca de cómo acceder al módulo de capacitación que se encuentra en la web.

Para la capacitación de los proveedores, no alcanzamos nuestra meta de desempeño del 80 % para la capacitación inicial (55 %) y la capacitación anual (45 %). Haremos cambios operativos para abordar los índices bajos de cumplimiento.

Para la capacitación del personal, cumplimos con nuestra meta de desempeño del 100 % para la capacitación inicial y anual. El equipo continuará usando el sistema de recordatorios para garantizar el cumplimiento.

Reciba una copia impresa de este documento llamando a Servicios para los Miembros al **(800) 544-0088** (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Para descargar una copia, visite nuestro sitio web en **blueshieldca.com**.

Aviso de asistencia de idiomas

For assistance in English at no cost, call the toll-free number on your ID card. You can get this document translated and in other formats, such as large print, braille, and/or audio, also at no cost. Para obtener ayuda en español sin costo, llame al número de teléfono gratis que aparece en su tarjeta de identificación. También puede obtener gratis este documento en otro idioma y en otros formatos, tales como letra grande, braille y/o audio. 如欲免費獲取中文協助, 請撥打您 ID 卡上的免費電話號碼。您也可免費獲得此文件的譯文或其他格式版本, 例如: 大字版、盲文版和/或音訊版。

Aviso de no discriminación

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律, 並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。