



Conclusiones resumidas de la evaluación del modelo de atención del plan de necesidades especiales con doble elegibilidad de 2024

¿Qué es el modelo de atención del plan de necesidades especiales con doble elegibilidad?

El modelo de atención (MOC, por sus siglas en inglés) del plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) describe la forma en la que les brindamos servicios de atención de la salud a los miembros de nuestros planes D-SNP. Queremos brindarle la mejor atención, confiable y fácil de obtener. Todos los años, evaluamos la calidad de la atención y de los servicios que le brindamos. Establecemos objetivos, seguimos un proceso y tomamos decisiones si no cumplimos con estos objetivos.

Estos son algunos criterios que usamos para evaluar la calidad de nuestros servicios:

- Encuesta de satisfacción de miembros
- Cercanía entre los médicos y su hogar
- Coordinación de la atención
- Transición de la atención
- Información sobre la atención que recibe de sus médicos para mantenerse saludable
- Capacitación del personal médico y no médico

¿Qué pasa si no cumplimos con nuestros objetivos?

Encontramos la mejor forma posible para cumplirlos. Desarrollamos planes nuevos hasta que cumplimos nuestro objetivo.

¿Cómo nos fue en 2024?

1. **Encuesta de satisfacción de miembros:** Nuestro objetivo es garantizar su satisfacción como miembro de nuestro plan de salud.

Todos los años, le preguntamos sobre su experiencia con sus médicos y con el plan de salud. Queremos asegurarnos de que se sienta a gusto con la atención que recibe. También queremos asegurarnos de que reciba el mejor servicio de parte del plan de salud.

No cumplimos nuestros objetivos de coordinación de la atención, servicio al cliente del plan de salud, calificación del plan de salud, calificación de la atención de la salud, rapidez de la atención y acceso a la atención necesaria.

Sabemos que estos servicios son importantes para usted. Nos centraremos en buscar formas de mejorar. Queremos que tenga una experiencia positiva.

Queremos ser su plan de salud de confianza. Prestamos atención a lo que nos dice en las encuestas, que son herramientas importantes para implementar cambios útiles para usted. El equipo está trabajando para seguir mejorando su experiencia con el plan de salud.

2. Cercanía entre los médicos y su hogar: Nuestro objetivo es asegurarnos de que usted tenga acceso a todos los tipos de atención médica cerca de su hogar.

Cumplimos nuestros objetivos de garantizar que haya suficientes médicos de atención primaria en el área para brindarle atención. Cumplimos nuestros objetivos de garantizar que haya suficientes especialistas en el área para brindarle atención. Comuníquese con nosotros si falta un médico en su área.

Trabajamos con los proveedores para ayudarle a tener transporte de ida y vuelta disponible para sus citas médicas. Cumplimos nuestros objetivos de ayudar a los miembros a tener transporte disponible.

3. Coordinación de la atención: Nuestro objetivo es mejorar su salud mediante la coordinación de la atención.

Le pedimos que complete una Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés). La HRA es una lista de preguntas sobre sus necesidades de salud. También nos comunicamos con usted sobre un Plan de Atención Personalizada (ICP, por sus siglas en inglés). El ICP es un plan de acción con medidas para cubrir sus necesidades de salud. Por último, le invitamos a participar de una reunión con su equipo de atención para hablar sobre las formas de mejorar su salud.

No cumplimos al 100 % nuestros objetivos de HRA (99.9 % inicial y 96 % anual), ICP (99 %) y equipo de atención (99 %). Sin embargo, gracias a los cambios operacionales se mejoraron las tasas de cumplimiento en 2024.

Seguiremos haciendo cambios operacionales para tratar de comunicarnos con usted. Nuestro objetivo es comunicarnos con el 100 % de nuestros miembros sobre la HRA, el ICP y para tener una reunión con el equipo de atención. Crearemos un ICP y organizaremos una reunión con el equipo de atención para cada miembro (con o sin la participación del miembro).

Ayúdenos a mejorar su salud comunicándose por teléfono con la Administración de la Atención para completar su HRA y participar de una reunión con el equipo de atención para crear un plan de atención para usted.

4. Transición de la atención: Nuestro objetivo es mejorar su salud con transiciones de atención claras entre los entornos de atención de la salud.

Trabajamos con hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) para asegurarnos de brindarles atención a tiempo a los miembros. Estas son nuestras medidas:

- Su administrador de la atención actualiza su ICP dentro de los 30 días siguientes a un evento de transición de la atención.
- Se comparte el ICP con usted y con su médico de atención primaria dentro de los 30 días siguientes a la actualización.
- Su administrador de la atención se comunica con usted dentro de los 4 días después de haber recibido el aviso de alta para irse a su hogar para ayudarle con sus necesidades de atención transicional.

No cumplimos los objetivos relacionados con estas medidas. Para solucionarlo, trabajaremos con los proveedores para que nos envíen la información de las altas más rápido. También usaremos sistemas nuevos para recibir información sobre las altas más rápido, lo que nos ayudará a cumplir mejor con los plazos.

5. Información sobre la atención que recibe de sus médicos para mantenerse saludable: Nuestro objetivo es mejorar su salud asegurándonos de que reciba servicios de atención preventiva.

Los planes de salud usan la información para medir la calidad de la atención de los miembros. Cumplimos los objetivos en relación con estos temas:

- Garantizar que los miembros que reciben el alta después de una estadía en el hospital no vuelvan a ser hospitalizados en los siguientes 30 días.

No cumplimos los objetivos en relación con estos temas:

- Asegurarnos de que se revisen los medicamentos de los miembros al menos una vez al año.
- Asegurarnos de que los miembros con diabetes analicen sus niveles de azúcar en la sangre.
- Asegurarnos de que se revisen y se actualicen los medicamentos de los miembros después de una estadía en el hospital.
- Asegurarnos de que todos los años se evalúen los dolores que sienten los miembros.
- Asegurarnos de que los miembros que necesitan tomar medicamentos antidepresivos comiencen el tratamiento y no lo interrumpan.
- Asegurarnos de que los miembros que tienen presión arterial alta mantengan valores saludables.
- Asegurarnos de que los miembros obtengan acceso a los servicios de atención preventiva.

Hablaremos con sus médicos sobre brindarle los servicios que usted necesita para prevenir problemas de salud crónicos (a largo plazo). También usaremos otros métodos que no sean las llamadas por teléfono para comunicarnos con usted e informarle sobre los programas que ofrecemos. Queremos asegurarnos de que se mantenga saludable todo el año.

Ayúdenos a mantenerle saludable programando sus actividades saludables al inicio del año que viene.

Ofrecemos el Programa de Reconocimiento de Blue Shield of California, que le permite ganar recompensas por completar actividades saludables. Para obtener más información, llame al **(866) 352-0892 (TTY:711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

6. Capacitación del personal médico y no médico: Nuestro objetivo es asegurarnos de que todo el personal médico y no médico esté capacitado al momento de la contratación y de forma anual sobre el modelo de atención.

Todo el personal médico y no médico nuevo recibe instrucciones sobre el proceso de capacitación y su obligación de completarlo. El personal médico y no médico nuevo debe completar la capacitación dentro de los 90 días siguientes a la contratación. Enviamos recordatorios por fax y por correo electrónico para recordarle al personal médico y no médico sobre la capacitación.

En cuanto al personal médico, cumplimos nuestro objetivo del 80 % en la capacitación al momento de la contratación (86 %) y en la capacitación anual (82 %).

En cuanto al personal no médico, no cumplimos nuestro objetivo de desempeño del 100 % de

capacitación al momento de la contratación (99 %). Las fechas límite publicadas para completar la capacitación eran incorrectas para el personal no médico nuevo a principio de año, pero el problema ya está resuelto. Cumplimos nuestro objetivo de llegar al 100 % de capacitación anual. El equipo seguirá usando su sistema de recordatorios para asegurarse de que todo el personal complete la capacitación.

Obtenga una copia en papel de esta información llamando a Servicio al Cliente al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Para descargar una copia, visite nuestro sitio web en <https://www.blueshieldca.com/en/medicare/member-resources/plan-documents-dsnp>.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

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。

H2819_25_350A_C Accepted 07202025
A54331DSN-SP_0725