

RESEÑA DE CALIDAD

Bright Health



OBJETIVO DE ESTE DOCUMENTO

Este documento ofrece estadísticas de la empresa por cada Plan de salud calificado (QHP) y ofrece información de calificación comparable en medidas clínicas de calidad (de atención médica), en experiencia del asegurado (experiencia del miembro) y administración del plan (eficiencia, accesibilidad y manejo del plan) para permitir a los consumidores comparar planes de salud cuando busquen cobertura. La calificación de la calidad del plan y los resultados de inscripción de los afiliados se calculan por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (parte del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos) usando los datos proporcionados por los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Aprenda más sobre estas calificaciones. www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/ACA-MQI/Quality-Rating-System/About-the-QRS.html



Estadísticas de la Empresa

Fundada En: 2015

Sitio Web: www.BrightHealthPlan.com

Área de Cobertura: Colorado (8 condados)

Membresía en Colorado (2017):

Miembros Individuales: 10,845

Área de cobertura es el área en que un plan de seguro de salud acepta miembros.



Quejas Confirmadas

Quejas Confirmadas: 9

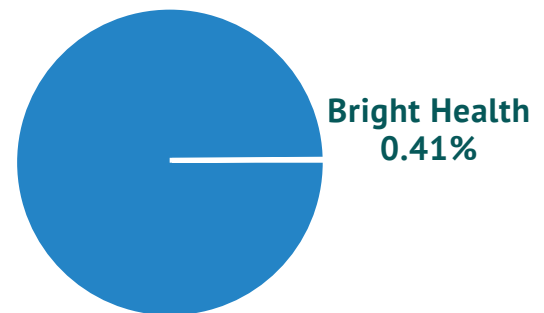
Los consumidores se quejan ante la División de Seguros de Colorado (DOI) sobre la manera en que se manejan los reclamos, sobre la cancelación de una póliza, el reembolso de una cuota o cobertura por un artículo o servicio específico. En una "queja confirmada", la DOI determinó que la aseguradora cometió una violación a la ley o reglamento correspondiente del seguro estatal, un requisito federal al que la DOI tiene la autoridad de hacer cumplir dicho requisito o término o condición de una póliza o certificado de seguro. Quejas confirmadas incluyen todos los tamaños de grupos, no solo los planes del mercado.

Las quejas se miden dentro del conglomerado completo de asegurados en esa línea de negocios de la aseguradora, incluidos todos los tamaños de grupo.

Fuente: 2017 Colorado DORA Division of Insurance Online Complaint Report



Cuota Mercado de Colorado

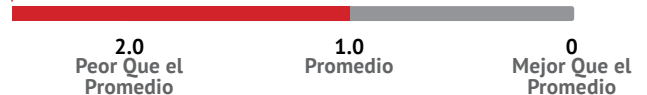


El porcentaje de la cuota de mercado total se basa en todas las compañías de seguros médicos y dentales.



Índice de Quejas Consumidor

2.50



El índice de quejas muestra con qué frecuencia los miembros de un plan de salud se quejan de su aseguradora en comparación con otras, cuando se ajusta proporcionalmente su tamaño. Se calcula dividiendo las quejas confirmadas de una aseguradora entre sus ingresos totales por cuotas, por producto específico. El promedio es 1.0, por lo tanto, un índice mayor a 1.0 significa que más gente se quejó de Anthem BlueCross BlueShield que de compañías de un tamaño similar.

Acreditación y Calificaciones por Calidad



Acreditación por Producto del Mercado

La acreditación es un proceso por el cual una organización imparcial revisará las operaciones de una empresa para verificar que realice sus negocios de acuerdo con las normas nacionales.

Accreditation:

Acreditación del Plan de Salud URAC (EPO del Mercado)

Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC) es una organización independiente sin fines de lucro dedicada a evaluar e informar la calidad de los programas relacionados con la salud.

Estatus de Acreditación:

Pendiente

Acreditado significa los programas de la organización para el servicio y la calidad clínica cumplen con los requisitos básicos de protección al consumidor y mejoramiento de la calidad. "Acreditado" es el mejor estatus posible para los planes del Mercado.



Sistema de Calificación de Calidad : Calificación Global

Cada plan de salud calificado tiene una calificación de calidad "general" de 1 a 5 estrellas (5 siendo la calificación más alta), la cual contabiliza la experiencia del miembro, la atención médica y la administración del plan de salud. Esto le ofrece una manera objetiva para comparar planes brevemente, basando su búsqueda en la calidad.



Sistema de Calificación de Calidad : Indicadores Sintéticos

CMS elaboró tres calificaciones de indicadores sintéticos por cada Plan de salud calificado (QHP) para proporcionarles altas medidas de calidad. Las calificaciones están basadas en la información que los planes proporcionaron en 2017. El Mercado confirmó la información y asignó las calificaciones. En algunos casos, como cuando los planes son nuevos o tienen un bajo nivel de inscripción, las calificaciones no están disponibles. Eso no significa que los planes sean de baja calidad.



Atención Médica

Basada en qué tan bien los proveedores manejan la atención médica incluyendo exámenes, servicios básicos de salud y el monitoreo de ciertas enfermedades.



Experiencia del Miembro

Basada en las encuestas de satisfacción del miembro



Administración del Plan

Basada en qué tan bien se maneja el plan incluyendo la atención al cliente, el acceso a la información necesaria y cómo los proveedores de la red piden los exámenes y tratamientos médicos apropiados

Detalles Adicionales

Más medidas detalladas se encuentran disponibles en cada Plan de salud calificado (QHP) Puede encontrar medidas adicionales en las Apéndices. Revise las Apéndices para ver las medidas que son importantes para la salud de su familia. También puede buscar, comparar y evaluar proveedores, hospitales y otros centros de atención médica usando estas herramientas: www.healthcare.gov/find-provider-information

Apéndice I : Manejo de la Calidad Clínica



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 5 estrellas para el manejo de la calidad clínica o de la atención médica.

Eficacia Clínica



Tratamiento del Asma

Esta medida evalúa con qué frecuencia los miembros del plan que padecen asma tomaban el medicamento apropiado de plan.



Salud Conductual

Esta es una combinación de medidas e incluye: el porcentaje de miembros en el plan que toman antidepresivos y que tienen un seguimiento apropiado, seguimiento después de una hospitalización por enfermedad mental, seguimiento de atención médica a niños con medicamentos recetados para trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y qué tan bien los miembros del plan identificados de tener problemas de dependencia al alcohol o a una droga reciben tratamiento y seguimiento.



Atención Cardiovascular

Esta es una combinación de medidas e incluye: la frecuencia con la que miembros con alta presión arterial tienen una presión arterial dentro del margen deseado y la frecuencia con la que los miembros toman sus medicamentos para un cierto tipo de presión arterial alta y colesterol.



Atención de la Diabetes

Esta es una combinación de medidas e incluye cinco distintas medidas de la atención de la diabetes: exámenes de padecimientos de los ojos o enfermedad renal, si personas con diabetes obtienen la prueba A1C y está bajo control, y la frecuencia con la que los pacientes de diabetes toman sus medicamentos.

** Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings*

Apéndice I : Manejo de la Calidad Clínica



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 5 estrellas para el manejo de la calidad clínica o de la atención médica.

Seguridad del Paciente



Seguridad del Paciente

Esta es una combinación de medidas e incluye dos indicadores diferentes. El primero es una medida para ver si la gente que toma ciertos medicamentos para padecimientos crónicos obtiene un análisis de laboratorio por lo menos una vez al año para revisar si existen efectos secundarios. El segundo observa la frecuencia con la que los pacientes que fueron dados de alta del hospital tienen una readmisión no planeada dentro de los 30 días de haber sido dados de alta. Un gran número de readmisiones no planeadas puede sugerir una atención médica deficiente en el hospital y/o mala planeación al dar de alta y coordinación del tratamiento.



** Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings*

Apéndice I : Manejo de la Calidad Clínica



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 5 estrellas para el manejo de la calidad clínica o de la atención médica.

Prevención



Detección del Cáncer

Esta medida incluye detección del cáncer de mama, detección del cáncer cervical y detección del cáncer colorrectal de plan.



Salud Materna

Esta combinación de medidas evalúa si las mujeres embarazadas consultan a un proveedor durante el primer trimestre y si a las mujeres se les da el seguimiento apropiado después de haber tenido un bebé.



Conservación de la Salud (Adulto)

Esta combinación incluye: Evaluación para detectar el la obesidad en adultos (BMI), examen para detectar clamidia en las mujeres, vacunas de la gripe para adultos, y si a los afiliados que fuman o consumen tabaco se les ayudó a dejarlo.



Conservación de la Salud (Niño)

Esta combinación de medidas evalúa si los niños tienen una consulta dental anual, niños y adolescentes reciben las inmunizaciones apropiadas, si los niños obtienen evaluación de su peso y reciben la asesoría apropiada y visitas de bienestar.

** Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings*

Apéndice II : Experiencia del Miembro o Afiliado



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 5 estrellas para la Experiencia del miembro o afiliado.

Acceso y Coordinación



Acceso a la Atención Médica

Esta calificación es basada en las respuestas a cuatro preguntas de encuestas sobre un Plan de salud calificado (QHP):

1. En los últimos seis meses, cuando necesitó atención médica inmediata, ¿qué tan frecuente obtuvo la atención en cuanto la necesitó?
2. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente obtuvo una cita para revisión o atención médica de rutina en el consultorio médico o clínica en cuanto la necesitó?
3. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente le era fácil obtener la atención médica, exámenes o tratamientos que necesitaba?
4. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente obtuvo una cita con un especialista en cuanto la necesitó?

Coordinación del Tratamiento

Esta calificación es basada en las respuestas a seis preguntas de encuestas sobre un Plan de salud calificado (QHP):

1. Cuando consultó a su médico principal en una cita programada en los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente tenía el médico sus registros médicos u otra información sobre su salud?
2. En los últimos seis meses, cuando su médico principal pidió una prueba de sangre, radiografías o algún examen para usted, ¿qué tan frecuente alguien del consultorio del médico le dio seguimiento para darle los resultados?
3. En los últimos seis meses, cuando su médico principal pidió una prueba de sangre, radiografías o algún examen para usted, ¿qué tan frecuente recibió los resultados en cuanto los necesitó?
4. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente su médico principal parecía estar informado y actualizado sobre la atención médica que recibió de los especialistas?
5. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente usted o su médico principal habló sobre todos los medicamentos recetados que estaba tomando?
6. En los últimos seis meses, ¿obtuvo la ayuda que necesitó del consultorio de su médico principal para manejar su salud con estos distintos proveedores y servicios?



** Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings*

Apéndice II : Experiencia del Miembro o Afiliado



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 5 estrellas para la Experiencia del miembro o afiliado.

Médico y Atención Médica



Capacidad Cultural

Esta calificación es basada en las respuestas a tres preguntas de encuestas sobre un Plan de salud calificado (QHP):

1. En los últimos seis meses, cuando necesitó un intérprete en el consultorio del médico o clínica, ¿qué tan frecuente obtuvo uno?
2. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente los formularios que tenía que llenar estaban disponibles en su idioma de preferencia?
3. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente los formularios que tenía que llenar estaban disponibles en el formato que necesitó, como en letra de tamaño grande o en Braille?

Calificación de Toda la Atención Médica

Esta calificación es basada en las respuestas al a la encuesta al afiliado a un Plan de salud calificado (QHP):

1. Usando un número del cero al diez, siendo cero la peor atención médica posible y diez la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar toda la atención médica de los últimos seis meses?

Calificación de los Médicos Personales

Esta calificación es basada en las respuestas al a la encuesta al afiliado a un Plan de salud calificado (QHP):

1. Usando un número del cero al diez, siendo cero el peor médico principal posible y diez el mejor médico principal posible, ¿qué número usaría para calificar a su médico principal?

Calificación del Especialista

Esta calificación es basada en las respuestas al a la encuesta al afiliado a un Plan de salud calificado (QHP):

1. Queremos saber su calificación al especialista que más consultó en los últimos seis meses. Usando un número del cero al diez, siendo cero el peor especialista posible y diez el mejor especialista posible, ¿qué número usaría para calificar al especialista?



* Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

Apéndice III: Eficacia del Plan y Administración



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 1 estrella para el rendimiento, accesibilidad y el manejo o administración del plan.

Atención Médica Eficiente



Atención Médica Eficiente

- Análisis apropiados para niños con faringitis (dolor de garganta)
- Tratamiento apropiado para niños con infecciones de las vías respiratorias altas (resfríos)
- Evasión de tratamientos de antibióticos en adultos con bronquitis aguda
- Uso de estudios de imagen para el dolor de la espalda baja



** Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings*

Apéndice III: Eficacia del Plan y Administración



A continuación, encontrará las medidas detalladas usadas para asignar la calificación de 1 estrella para el rendimiento, accesibilidad y el manejo o administración del plan.

Experiencia del Afiliado con el Plan de Salud



Acceso a la Información

Esta medida de la Encuesta de calificación de calidad (QRS) es basada en las respuestas de la Encuesta al afiliado al Plan de salud calificado y proporciona la siguiente información:

1. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente los materiales escritos o del internet proporcionaron la información que necesitó sobre la función de su plan de salud?
2. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente pudo saber cuánto debía pagar por el servicio de atención médica o equipo de su plan de salud antes de obtenerlo?
3. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente pudo saber por parte de su plan de salud cuánto debía pagar por medicamentos con receta específicos?

Administración del Plan

Esta medida de la Encuesta de calificación de calidad (QRS) es basada en las respuestas de la encuesta al afiliado al Plan de salud calificado (QHP) en lo siguiente:

1. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente la atención al cliente de su plan de salud le proporcionó la información o la ayuda que necesitó?
2. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente el personal de atención al cliente lo trató con cortesía y respeto?
3. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente esperó más de lo pensado para hablar con el personal de atención al cliente de su plan de salud?
4. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente fueron los formularios de su plan de salud fáciles de llenar?
5. En los últimos seis meses, ¿qué tan frecuente le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que lo llenara?

Calificación del Plan de Salud

Esta medida de la Encuesta de calificación de calidad (QRS) es basada en las respuestas de la encuesta al afiliado al Plan de salud calificado (QHP) en lo siguiente:

1. Usando un número del cero al diez, siendo cero el peor plan de salud posible y diez el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de salud de los últimos seis meses?

** Nota: El gobierno federal calcula las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado, con base en los datos que proporcionan los planes de salud en 2018. Se mostrarán las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2019. Este año estamos probando el uso de la calificación con estrellas y utilizaremos esta prueba para mejorar el programa. Aprenda más sobre estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings*