



Bright Health Plan



Acreditación – Producto del Mercado

Organización de Acreditación: URAC – Acreditación del Plan de Salud (Mercado de EPO)

Estatus de Acreditación: Pendiente

Excelente: Los programas de la organización para el servicio y la calidad clínica cumplen o superan ciertos requisitos rigurosos respecto a la protección al consumidor y el mejoramiento de la calidad. Los resultados de HEDIS® están en la gama más alta del rendimiento nacional.

Recomendable: La organización tiene programas de servicio y calidad clínica bien establecidos que cumplen con requisitos rigurosos de protección al consumidor y mejoramiento de la calidad.

Acreditado: 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. En las organizaciones con este estatus, es posible que no se hayan evaluado los resultados de HEDIS/CAHPS.

**Nota: “Acreditado” es el mejor estatus posible para los planes del Mercado en 2016.*

QUEJAS DE LOS CONSUMIDORES

¿Con Qué Frecuencia se Quejan de Esta Empresa los Afiliados?

¿Por Qué se Quejan los Consumidores?

Los consumidores se quejan más a menudo de cosas como el manejo de los reclamos (por ej., retrasos en el pago, negación del reclamo); cancelación de la póliza a causa de evaluación de la suscripción (antes de la Ley de atención asequible); reembolso de la cuota, o cobertura de un artículo o un servicio en particular. En una “queja confirmada”, el consumidor prevaleció, en todo o en parte, contra aseguradora.

Índice de Quejas Del Consumidor

Esta puntuación muestra con qué frecuencia los afiliados al plan de salud se quejan de su compañía en comparación con otras, según el tamaño de cada una de estas. 1.0 es el promedio, así que un índice menor de 1.0 indica que menos personas se quejaron de esta aseguradora que de otras de tamaño similar.

QUEJAS CONFIRMADAS

Quejas Confirmadas: **N/A**

Cuota de Mercado Total (2015): **N/A**

ÍNDICE DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR

No Aplica



Las quejas se miden dentro del conglomerado completo de asegurados en esa línea de negocios de la aseguradora, incluidos todos los tamaños de grupo. El porcentaje de la cuota de mercado total se basa en todas las compañías de seguros médicos y dentales. Fuente: 2015 Colorado DORA Division of Insurance

Calificaciones por Calidad*

(solo Para los Planes con Acreditación NCQA)



Las calificaciones en estrellas ofrecen un indicio visual del rendimiento de los planes en cuatro categorías. La calificación en estrellas del NCQA proporciona una evaluación global del desempeño en cada área.

ACCESO Y SERVICIO

Sin Datos

El NCQA evalúa la eficacia con que el plan de salud brinda a sus miembros acceso al tratamiento necesario y un buen servicio al cliente. Por ejemplo: ¿Hay suficientes médicos de atención primaria y especialistas para atender al número de personas inscritas en el plan? ¿Informan los pacientes problemas para obtener la atención necesaria?

PROVEEDORES CAPACITADOS

Sin Datos

El NCQA evalúa las actividades del plan de salud que garantizan que cada médico esté autorizado y capacitado para ejercer la medicina y que los afiliados al plan de salud estén contentos con sus médicos. Por ejemplo: ¿El plan de salud revisa si los médicos han recibido sanciones o denuncias en su contra? ¿Cómo califican los afiliados al plan de salud a sus médicos o enfermeras personales?

CUIDAR LA SALUD

Sin Datos

El NCQA evalúa las actividades del plan de salud que ayudan a la gente a mantenerse sana y a evitar las enfermedades. Por ejemplo: ¿Ofrece el plan de salud a sus médicos reglas generales sobre cómo proporcionar servicios médicos preventivos apropiados? ¿Se hacen los asegurados las pruebas y exámenes que corresponde?

MEJORARSE

Sin Datos

El NCQA evalúa las actividades del plan de salud que ayudan a la gente a recuperarse de las enfermedades. Por ejemplo: ¿Cómo evalúa el plan de salud los nuevos procedimientos médicos, medicamentos y dispositivos, para asegurarse de que los pacientes tengan acceso al tratamiento más actualizado? ¿Los médicos del plan de salud les aconsejan dejar de fumar a los fumadores?

VIVIR CON ENFERMEDAD

Sin Datos

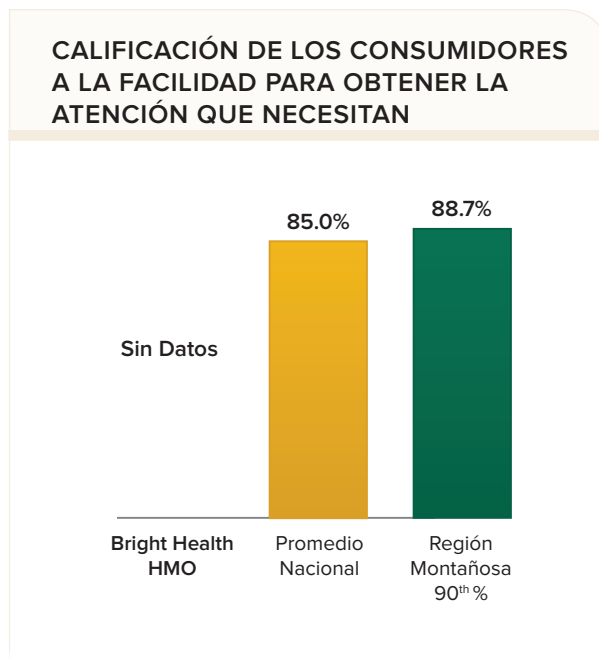
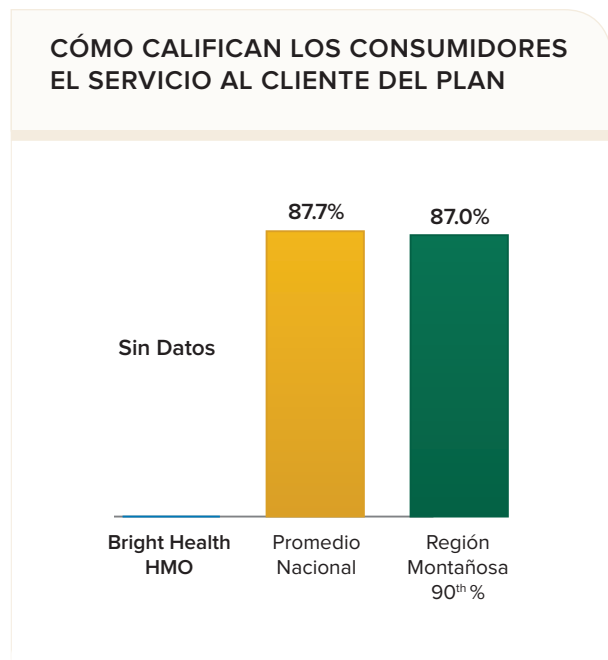
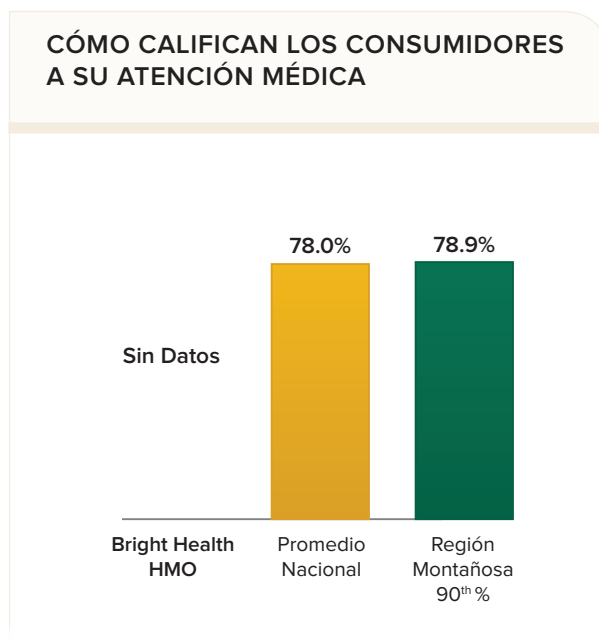
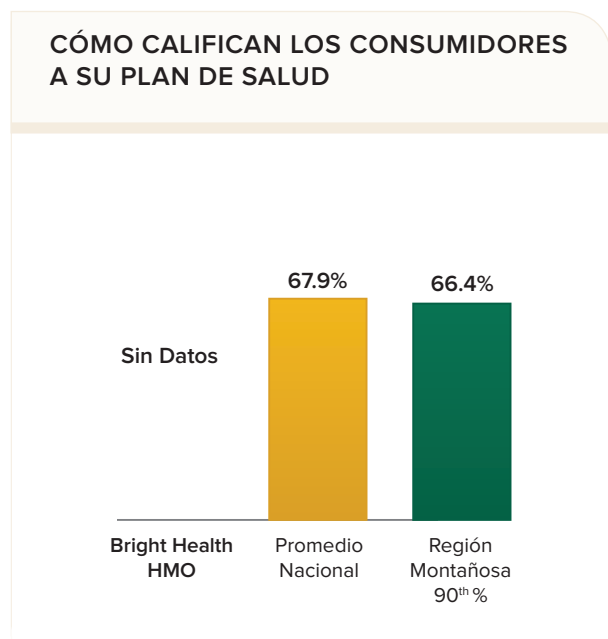
El NCQA evalúa las actividades del plan de salud que ayudan a la gente a controlar las enfermedades crónicas. Por ejemplo: ¿El plan tiene establecidos programas para ayudar a los pacientes a manejar enfermedades crónicas como el asma? A los diabéticos, que tienen riesgo de ceguera, ¿se les hacen los exámenes de los ojos que necesitan?

**Nota: Las calificaciones de esta página y las siguientes reflejan los resultados de calidad de los productos comerciales de la compañía aseguradora. Los resultados del (los) producto(s) del Mercado no están disponibles en 2016.*

Calificaciones de los Consumidores (Resultados de CAHPS)



CAHPS: Conjunto de encuestas estandarizadas que miden la satisfacción del paciente con la experiencia de tratamiento. CAHPS® es patrocinado por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ). Los gráficos siguientes representan a los consumidores que están satisfechos o muy satisfechos (8, 9 ó 10 en una escala de 10 puntos).



La Región de la Montaña abarca Colorado, Montana, Idaho, Wyoming, Nevada, Utah, Arizona y Nuevo México.

Descargo de responsabilidad: Las calificaciones de los consumidores son de 2015 y representan el rendimiento de planes pre-ACA similares.

CAHPS® es una marca registrada de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ). Las calificaciones CAHPS se basan en datos del mercado de salud.

Medidas de Calidad (Resultados HEDIS)

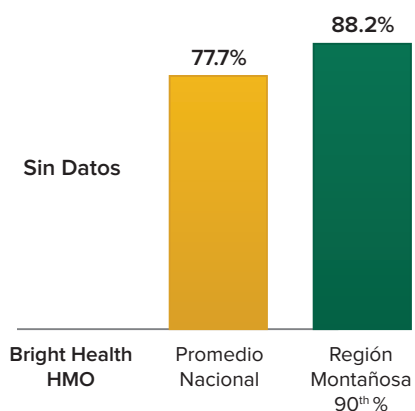


HEDIS: El Conjunto de datos e información sobre eficacia de la atención médica (HEDIS) es un recurso que emplean muchos planes de salud que trabajan con el NCQA para medir el rendimiento en aspectos importantes de la atención y el servicio.

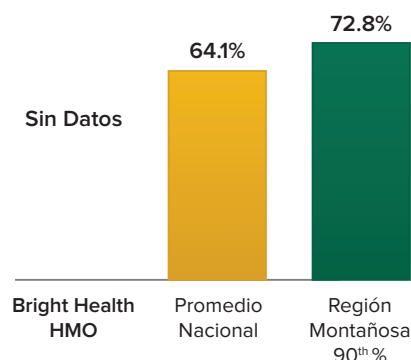
ATENCIÓN PREVENTIVA

La Región de la Montaña incluye CO, MT, ID, WY, NV, UT, AZ, y NM.

Porcentaje de Niños Que Recibieron las Vacunas Recomendadas

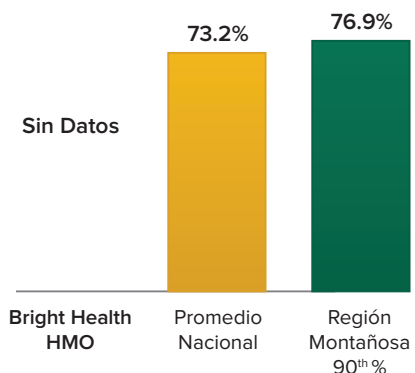


Porcentaje de Adultos Examinados para Detectar Cáncer Colorrectal

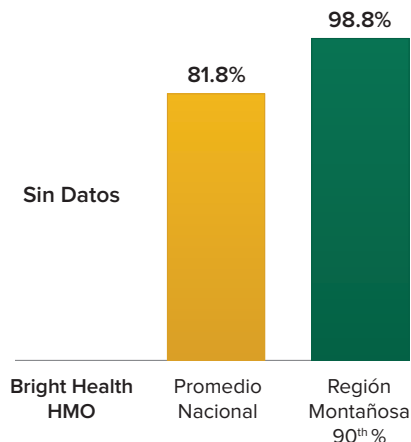


SALUD DE LA MUJER

Porcentaje de Mujeres Examinadas para Detectar Cáncer del Cuello Uterino



Porcentaje de Mujeres Que Recibieron Atención Prenatal Oportuna



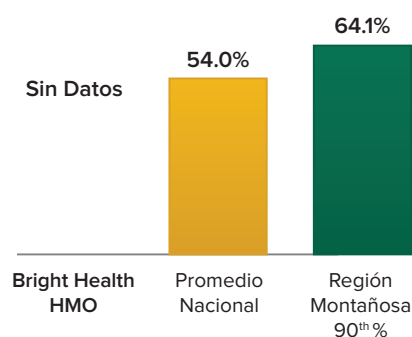
Descargo de Responsabilidad: Las medidas de la calidad se basan en datos de 2015 y representan el rendimiento de planes de salud comerciales similares.

Medidas de Calidad (Resultados HEDIS)

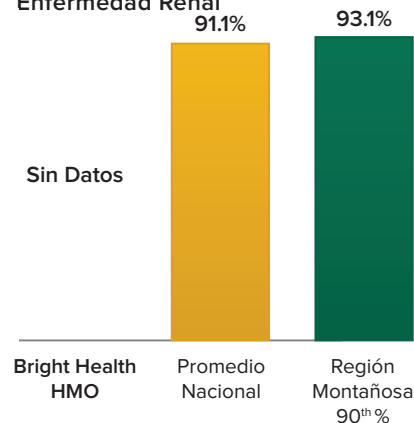


ATENCIÓN DE LA DIABETES

Porcentaje de Asegurados con Diabetes Bajo Control (HbA1c < 8.0)

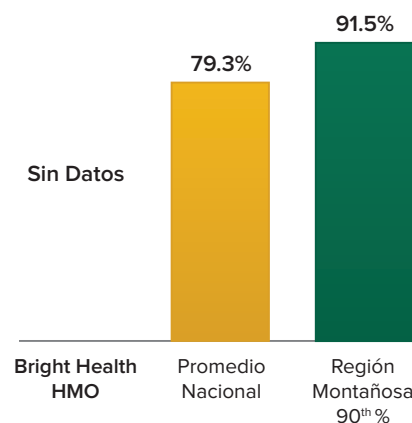


Porcentaje de Asegurados con Diabetes Examinados Respecto a Enfermedad Renal

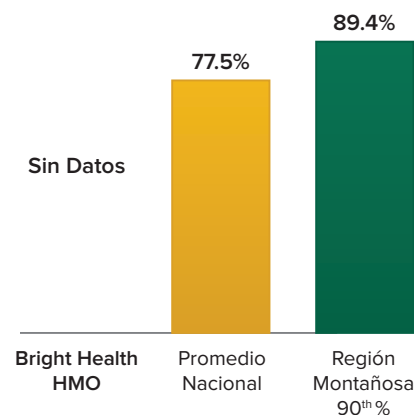


MANEJO DE ENFERMEDADES

Porcentaje de Adultos en Quienes se Evalúa el Peso



Porcentaje de Adultos con Lumbalgia Que no Obtienen Estudios de Imagen Inapropiados



La Región de la Montaña incluye Colorado, Montana, Idaho, Wyoming, Nevada, Utah, Arizona y Nuevo México.

Descargo de responsabilidad: Las medidas de la calidad se basan en datos de 2015 y representan el rendimiento de planes comerciales similares.

Las medidas y especificaciones de HEDIS® son producto y propiedad del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA). Las medidas y especificaciones de HEDIS no son lineamientos clínicos y no constituyen normas de atención médica. El NCQA no representa, garantiza ni avala en ningún sentido la calidad de ninguna organización o médico que utilice o informe las medidas de rendimiento o cualquier dato o calificación que se calcule utilizando las medidas y especificaciones de HEDIS, y el NCQA no tiene responsabilidad para con ninguna persona que confíe en tales medidas o especificaciones. ©2014 National Committee for Quality Assurance, reservados todos los derechos.

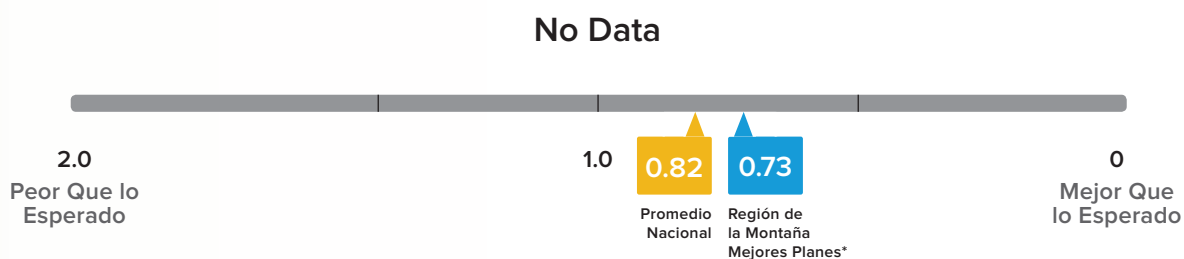
Para obtener más información, visite www.NCQA.org

Readmisiones Por Cualquier Causa Del Plan



Mide las readmisiones (reingresos) de pacientes a los hospitales por cualquier causa, producidos en los 30 días siguientes al alta hospitalaria, ajustados en cuanto a gravedad del paciente, en comparación con otras compañías aseguradoras. Más de “1.0” significa que el plan tuvo más readmisiones (salió peor) que lo esperado, y menos de “1.0” significa que el plan tuvo menos readmisiones (salió mejor) que lo esperado.

RAZÓN O COCIENTE ENTRE READMISIONES OBSERVADAS Y ESPERADAS



*La Región de la Montaña incluye Colorado, Montana, Idaho, Wyoming, Nevada, Utah, Arizona y Nuevo México.
Descargo de responsabilidad: Las medidas de la calidad se basan en datos de 2015 y representan el rendimiento de planes de salud comerciales similares.

¿En Qué Difiere o se Distingue Este Plan de Otros Planes?

Las respuestas a las preguntas siguientes fueron suministradas por la aseguradora.



CÓMO TRABAJA EL PLAN DE SALUD PARA QUE SUS AFILIADOS ESTÉN MÁS SANOS:

Bright Health desea conectar y poner a sus afiliados en la ruta hacia una mejor salud, mediante el uso de tecnología simple de usar y un fácil acceso a la atención de nuestros proveedores exclusivos. Nos asociamos con un sistema de salud líder dondequiera que operamos. Eso significa cuotas más bajas y médicos consagrados a establecer relaciones y colaborar con nuestros afiliados para lograr una mejor salud. Creemos que usted puede inspirar a las personas que atiende a llevar una vida más sana, animándolas a hacer pequeños cambios que pueden marcar una gran diferencia.



EN QUÉ FORMAS INNOVADORAS TRABAJA EL PLAN DE SALUD CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS:

Nos asociamos con Centura Health para ofrecer planes asequibles con una atención médica excepcional. Tanto Bright Health como Centura Health se esfuerzan por aportar una experiencia de atención médica más inteligente y personalizada, dando prioridad a la atención eficiente y de alta calidad.

¿En Qué Difiere o se Distingue Este Plan de Otros Planes?



EJEMPLOS DE ENFOQUES INNOVADORES PARA LA SALUD EN ESTE PLAN DE SALUD:

Plan Bright Health:

- La experiencia de Bright Health se construye en torno a usted y su estilo de vida. La atención correcta, en el momento correcto, en el lugar correcto.
- Experiencia “primero el afiliado”, incluido un programa que lo recompensa por dar prioridad a su salud
- DispatchHealth: Atención urgente a demanda en la comodidad de su hogar o trabajo



Definiciones

ACA – Ley de protección al paciente y atención médica accesible (PPACA), llamada comúnmente Obamacare o Ley de Atención Médica Accesible (ACA). Es un estatuto federal de los Estados Unidos promulgado por el Presidente Barack Obama el 23 de marzo de 2010. Junto con la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación, representa la expansión del gobierno y la reforma esencial normativa más importantes del sistema de atención médica de los Estados Unidos desde la aprobación de Medicare y de Medicaid en 1965.

Acreditación – Proceso por el cual una organización imparcial (NCQA o URAC en el caso de los planes de salud) revisa las operaciones de una empresa para verificar que realice sus negocios de acuerdo con las normas nacionales.

Deducible Familiar Conjunto – No deducible individual. Los gastos sólo serán cubiertos si se cumple la totalidad del importe del deducible.

BMI - Índice de Masa Corporal – Es un examen del peso según la estatura que se usa comúnmente para identificar posibles problemas de peso en adultos, así como su riesgo de desarrollar otras complicaciones médicas graves relacionadas con el sobrepeso o la obesidad.

CAHPS – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (Evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de salud) es una encuesta estandarizada en la que se pide a los afiliados a planes de salud que califiquen su experiencia con su plan y con la atención médica que reciben.

Índice de Quejas – Medida estandarizada para comparar el número de quejas, entre aseguradoras de tamaños diferentes. Se calcula dividiendo las quejas confirmadas de una aseguradora entre sus ingresos totales por cuotas, por producto específico (por ej., HMO o PPO).

Queja Confirmada – Queja en la que el Departamento de Seguros del Estado determina que la aseguradora u otra entidad regulada cometió una violación de: 1) una ley o reglamento de seguro estatal vigente; 2) un requisito federal que el departamento de seguro estatal tiene autoridad para exigir; ó 3) los términos o condiciones de una póliza o certificado de seguro.

Área de Cobertura – Área geográfica en la cual deben vivir los afiliados a un plan de seguro médico si este limita la membresía de acuerdo al lugar de residencia. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden utilizar, generalmente también están dentro del área donde puede recibir atención de rutina (no emergencias).

Tratamiento de Enfermedades – Método de atención integrada para tratar las enfermedades, que incluye exámenes, revisiones, supervisión y coordinación del tratamiento y educación de los pacientes. Puede mejorar la calidad de vida, además de reducir los costos de la atención médica en las personas con enfermedad crónica, mediante la prevención o minimización de los efectos de dicha enfermedad.

Deducible Familiar Incorporado – Deducible incluye un deducible individual y un deducible familiar. Gastos individuales serán cubiertos si una persona ha cumplido con su deducible, incluso si todo el deducible familiar no se ha cumplido.

HEDIS – Conjunto de datos e información sobre eficacia de la atención médica. Es un sistema de medidas estandarizadas del rendimiento, diseñadas para garantizar que los afiliados y los consumidores tengan la información que necesitan para comparar confiablemente la calidad de la atención médica.

HMO – Organización para el mantenimiento de la salud. Tipo de plan de seguro médico que, por lo general, limita la cobertura a la atención que proporcionan los médicos que tienen contrato o trabajan con esa HMO. Generalmente no cubre la atención fuera de la red, excepto en casos de emergencia. Una HMO puede exigirle que viva o trabaje en su área de servicio a fin de ser elegible para la cobertura. Las HMO suelen proporcionar atención integrada y se enfocan en la prevención y el bienestar.

MLR - Tasa de Pérdida Para la Industria de Seguros de Salud – Medida financiera básica que se utiliza en la Ley de Atención Médica Asequible para animar a los proveedores de planes de salud a proporcionar máxima calidad a sus afiliados. Si una aseguradora utiliza 80 centavos de cada dólar de las cuotas para pagar los reclamos médicos de los clientes y las actividades que mejoran la calidad de la atención, la compañía tiene una tasa de pérdida de 80%. Una tasa de pérdida de 80% indica que la aseguradora está utilizando los 20 centavos restantes de cada dólar proveniente de las cuotas para pagar gastos generales, como comercialización, ganancias, salarios de planes de salud, gastos administrativos y comisiones de agentes. La Ley de Atención Médica Asequible establece tasas de pérdida mínimas para los diferentes mercados, al igual que algunas leyes estatales.

Definiciones (continúa)

Mejores Planes Para la Región de la Montaña – Rendimiento promedio de planes que clasificaron en el primer 10% sobre esa medida en particular en la Región de la Montaña, la cual incluye Colorado, Montana, Idaho, Wyoming, Nevada, Utah, Arizona y Nuevo México.

Promedio Nacional – Rendimiento promedio de todos los planes del país que notificaron al NCQA los resultados referentes a esas medidas de rendimiento.

NCQA – Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA). Es una organización independiente sin fines de lucro dedicada a evaluar e informar la calidad de los planes de atención administrados, organizaciones de atención a la salud conductual administradas, organizaciones de proveedores preferidos, planes de salud nuevos, organizaciones de médicos, organizaciones de verificación de información profesional, programas de tratamiento de enfermedades y otros programas relacionados con la salud.

Red – Las instalaciones, los proveedores y distribuidores que la aseguradora o plan de salud ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Normativa de Rendimiento – Principio de comparación o punto de referencia contra el cual se pueden evaluar las organizaciones.

Medida de Rendimiento – Recopilación periódica de datos para evaluar si se están realizando los procesos correctos y se están logrando los resultados deseados.

PPO – Tipo de plan de salud que contrata proveedores de atención médica, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Si utiliza los proveedores que pertenecen a la red del plan, pagará menos. Puede usar los servicios de médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Readmisión – Situación en la que un paciente es dado de alta del hospital, pero termina ingresando de nuevo antes de 30 días, para recibir la misma atención o una relacionada. Al evaluar la calidad de la atención hospitalaria suele considerarse la cantidad de readmisiones al hospital, porque puede significar que no se organizó adecuadamente la atención de seguimiento o que no se administró el tratamiento completo antes de dar de alta al paciente.

Calificación en Estrellas – Calificación que ofrece un indicio visual del rendimiento del plan en cinco categorías. Para calcular la calificación en estrellas, se asignan puntuaciones de la normativa de acreditación y puntuaciones de las medidas HEDIS, por categoría. Las puntuaciones reales del plan se dividen entre la puntuación total posible. El porcentaje obtenido determina el número de estrellas a otorgar.

URAC – Organización independiente sin fines de lucro, reconocida como líder en la promoción de la calidad de la atención médica, gracias a sus programas de acreditación, educación y evaluación. La URAC ofrece una amplia variedad de programas y servicios para la evaluación comparativa de la calidad, que se mantienen a la par de los rápidos cambios que experimenta el sistema de atención médica y que constituyen un símbolo de excelencia para que las organizaciones validen su compromiso con la calidad y la responsabilidad. Mediante su estructura de gobierno de base amplia y un proceso inclusivo para el desarrollo de normas, la URAC garantiza que todos los interesados queden representados en el establecimiento de parámetros significativos de la calidad para toda la industria de la atención médica.

Adquisición Basada en el Valor – Pagos vinculados al proveedor para mejorar el rendimiento de los proveedores de atención médica. Esta forma de pago hace responsables a los proveedores de atención médica tanto del costo como de la calidad del servicio que ofrecen. Intenta evitar servicios de atención médica inapropiados e identificar y premiar a los mejores proveedores.

Programa de Bienestar – Programa destinado a mejorar y promover la salud y el buen estado físico, que puede ofrecerse en los lugares de trabajo o a través de un plan de seguro. El programa le permite al empleador o plan ofrecer descuentos en la cuota, premios en efectivo, membresías de gimnasios y otros incentivos para participar. Algunos ejemplos de programas de bienestar son los programas para dejar de fumar, programas para el manejo de la diabetes, programas para adelgazar y exámenes de salud preventivos.

Para obtener más información, visite:
ConnectforHealthCO.com

