

Anthem Blue Cross and Blue Shield



Objetivo de Este Documento

Publicamos una reseña de calidad para cada Plan de salud calificado (QHP, por su sigla en inglés) de Colorado en Connect for Health Colorado. La reseña le dará información acerca de las estadísticas, acreditación de planes de salud, mediciones de calidad clínica (de atención médica), experiencia del asegurado (satisfacción del asegurado) y administración del plan (eficiencia, accesibilidad y manejo); esta información le permitirá a usted comparar planes de salud cuando busque cobertura de seguro.

Estadísticas de la Compañía

Fundada En: 1938

Sitio Web: Espanol.Anthem.com

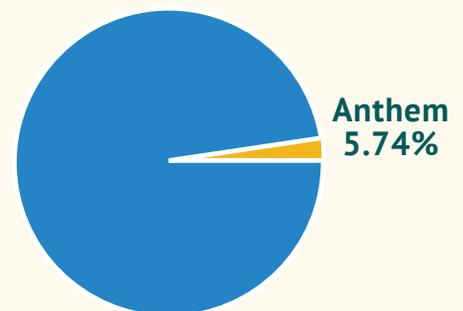
Área de Cobertura: Abarca todo el estado de Colorado

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

Membresía en Colorado (Membresía en 2021):

Miembros Individuales: 72,013

Cuota de Mercado de Colorado



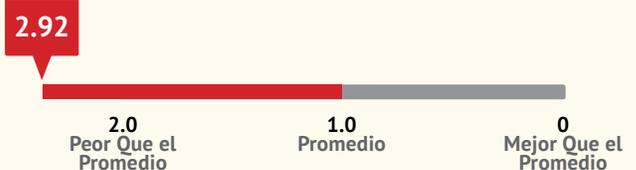
El porcentaje de la cuota de mercado total se basa en todas las compañías de seguros médicos y dentales.

Quejas Confirmadas

Quejas Confirmadas: 62

Las personas presentan quejas a la División de Seguros (DOI) de Colorado por cosas como el manejo de reclamos, la cancelación de una póliza o el reembolso de una prima. En una "queja confirmada", la DOI decidió que la compañía de seguros no cumplía con la ley o el reglamento de seguros del estado, lo que es requisito federal, o con los términos y condiciones de una póliza o un certificado de seguro que había vendido. Quienes presentan quejas confirmadas son personas pertenecientes a grupos de todos los tamaños, no solo de planes individuales como los que ofrecemos en Connect for Health Colorado.

Índice de Quejas Consumidor



El índice de quejas muestra con qué frecuencia las personas se quejan de su compañía de seguros de salud en comparación con otras compañías. Estas cifras se ajustan de acuerdo con el tamaño de la compañía y con cuántos titulares de póliza tiene en Colorado. El índice de quejas equivale al número total de quejas de una compañía dividido entre el ingreso total por primas para un producto de seguro específico. El promedio es 1.0. Un índice superior a 1.0 significa que más personas se quejaron de **Anthem Blue Cross and Blue Shield** que de otras compañías.

Fuente: 2020 Colorado DORA Division of Insurance Online Complaint Report (informe de quejas en línea sobre seguros de la División de Seguros de Colorado)

Ratio de Pérdida Médica (RPM)



Explicación de Tasa de Pérdidas Para Industria de Seguros Médicos

La Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio requiere que las compañías de seguros expliquen cuánto del dinero que usted paga por sus primas se destina a servicios médicos y mejoramiento de la calidad. Esto se denomina tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR, por su sigla en inglés). La Ley también requiere que las compañías de seguros apliquen una rebaja si no llegan a la MLR mínima del 80% para planes individuales y de grupos pequeños. Esto limita la cantidad que las compañías de seguros destinan a cosas como ganancias, salarios de ejecutivos y otros gastos generales.

Ratio de Pérdida Médica para 2020*

Individual

Costos de la Atención al Paciente en Plan Individual:



Si un MLR es mayor del 100%, esa compañía de seguros gastó más en la atención médica de lo que recibió en dólares por las primas.

**Información de MLR 2021 aún no disponible.*

Accreditación



Accreditación de Producto del Mercado

La acreditación tiene lugar cuando una organización imparcial revisa las operaciones de una compañía para asegurarse de que cumple con las normas nacionales.

Accreditación:

Accreditación del Plan de Salud NCQA (HMO del Mercado)

El Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) es una organización independiente sin fines de lucro que analiza e informa de la calidad de los programas relacionados con la salud.

Estatus de Acreditación: **Acreditado**

Acreditado significa que 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.

Calificaciones de Calidad



Comprender las Diferencias

Los planes del Mercado de seguro de salud tienen diferentes primas y costos de desembolso, además de que la calidad de los servicios y los beneficios que ofrecen también pueden ser diferentes. Al elegir un plan de salud, es importante comprender y tener en cuenta estas diferencias. Para ayudarle a decidir qué plan es el adecuado para usted, mostramos las “calificaciones de calidad” calculadas con la información que los planes de salud proporcionan cada año. Estas calificaciones de salud se basan en la experiencia del asegurado y en la calidad de los servicios de atención médica. Todas las calificaciones de los planes de salud se calculan de la misma manera y usando la misma fuente de información. La información se obtiene de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (parte del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de EE. UU.) usando los datos proporcionados por los planes de salud en 2022. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en el sitio web federal. www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/ACA-MQI/Quality-Rating-System/About-the-QRS

La calificación en estrellas le brinda una imagen instantánea de cómo se compara la calidad de cada plan de salud con la de los demás planes en Colorado y en todo el país. La calificación en estrellas ofrece información objetiva acerca de la forma en que los planes de salud se desempeñan en el Mercado. Dado que cada plan que se ofrece está calificado de la misma manera, es fácil comparar su calidad.

★ Sistema de Calificación de Calidad: Calificación Global

Cada plan de salud calificado tiene una calificación de calidad “general” de 1 a 5 estrellas (con 5 como la calificación más alta). Esta calificación se basa en tres categorías: la atención médica, la experiencia del asegurado y la administración del plan de salud. Cada una de estas categorías también tiene su propia calificación de entre 1 y 5 estrellas. Una calificación de 3 estrellas significa que un plan de salud se considera dentro del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado en todo el país. Una calificación mayor de 3 estrellas significa que el plan tuvo un mejor desempeño que el promedio en comparación con los planes de salud del Mercado en un año determinado. Una calificación menor de 3 estrellas significa que el plan tuvo un desempeño por debajo del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado en un año determinado. Una calificación en estrellas no es una imagen completa de los tipos de servicios y atención que un plan de salud ofrece. Las calificaciones pueden cambiar año con año debido a la información que los planes de salud proporcionan o debido a cambios en la forma en que se calculan las calificaciones.

Importante: las calificaciones se calculan en una escala de 5 años y pueden cambiar de un año al siguiente. 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.



📄 Sistema de Calificación de Calidad: Indicadores Sintéticos

Atención Médica

Qué tan bien los médicos, los hospitales y otros miembros de la red del plan mejoran o mantienen la salud de los asegurados mediante exámenes de detección adecuados, vacunas y otros servicios básicos, y qué tan informados y actualizados están sus médicos sobre su estado de atención médica, los resultados de exámenes de sangre y de radiografías (detalles en la página 4).



Datos Insuficientes para Calcular una Calificación

Experiencia del Asegurado

Qué tan fácil es obtener la atención que necesita, cuando la necesita y cómo califican otros miembros del plan a sus médicos y el servicio que reciben (detalles en la página 5).



Administración del Plan

Si el plan coordina la atención que los asegurados reciben de diferentes proveedores y qué tan bien el plan proporciona acceso a la información necesaria (detalles en la página 6).

Detalles Adicionales: Encontrará más medidas detalladas en cada plan de salud calificado (QHP). Puede encontrar estas medidas adicionales en los apéndices. También puede buscar, comparar y elegir proveedores, hospitales y otros centros de atención médica usando las herramientas del sitio web federal: www.healthcare.gov/find-provider-information

Anexo 1: Manejo de la Calidad Clínica



A continuación, encontrará las medidas detalladas que se usan para asignar la calificación con estrellas a la atención médica.



Atención Médica

Qué tan bien los médicos, los hospitales y otros miembros de la red del plan mejoran o mantienen la salud de los asegurados mediante exámenes de detección adecuados, vacunas y otros servicios básicos, y qué tan informados y actualizados están sus médicos sobre su estado de atención médica, los resultados de exámenes de sangre y de radiografías.

Atención Médica

- Tasa de Uso de Medicamento para el Asma
- Manejo de Medicamentos Antidepresivos
- Seguimiento Después de Hospitalización por Enfermedad Mental (Seguimiento de 7 Días y Seguimiento de 30 Días)
- Inicio y Participación en Tratamientos para el Alcoholismo y Farmacodependencia
- Control de la Hipertensión Arterial
- Proporción de Días Cubiertos (Antagonistas de RAS)
- Proporción de Días Cubiertos (Estatinas)
- Tratamiento Completo para la Diabetes: Examen de la Vista (Retinal) Realizado
- Tratamiento Completo para la Diabetes: Control de Hemoglobina A1c (HbA1c) (<8.0%)
- Proporción de Días Cubiertos (Todos los Tipos de Diabetes)
- Readmisiones por Todas las Causas del Plan
- Monitoreo del Índice Internacional Normalizado para Individuos que Usan Warfarina
- Monitoreo Anual para Personas en Terapia con Opiáceos a Largo Plazo
- Pruebas de Detección de Cáncer de Mama
- Pruebas de Detección de Cáncer Cervical
- Pruebas de Detección del Cáncer Colorrectal
- Atención Prenatal y Posparto (Atención Posparto)
- Atención Prenatal y Posparto (Puntualidad de la Atención Prenatal)
- Pruebas para Detectar Clamidia en Mujeres
- Vacunas Contra la Gripe para Adultos de 18 a 64 Años
- Asistencia Médica para Dejar de Fumar y Consumir Tabaco
- Consulta Dental Anual
- Estatus de Inmunización en la Infancia (Combinación 10)
- Inmunización para Adolescentes (Combinación 2)
- Valoración de Peso y Consejería de Nutrición y Actividad Física para Niños y Adolescentes
- Visitas de Atención Preventiva para Niños Durante los Primeros 30 Meses de Vida
- Visitas de Atención Preventiva para Niños y Adolescentes



* Nota: Las calificaciones de calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado los calculan los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) con datos que proporcionaron los planes de salud en 2022. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2023. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

Anexo 2: Experiencia del Asegurado



A continuación, encontrará las medidas detalladas que se usan para asignar la calificación con estrellas a la experiencia del asegurado.

Datos Insuficientes para Calcular una Calificación

Experiencia del Asegurado

Qué tan fácil es obtener la atención que necesita, cuando la necesita y cómo califican otros miembros del plan a sus médicos y el servicio que reciben.

Experiencia del Asegurado

- Acceso a la Atención Médica
- Coordinación de la Atención Médica
- Calificación de Toda la Atención Médica
- Calificación de los Médicos Principales
- Calificación del Especialista



* Nota: Las calificaciones de calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado los calculan los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) con datos que proporcionaron los planes de salud en 2022. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2023. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

Anexo 3: Eficiencia, Accesibilidad y Manejo del Plan



A continuación, encontrará las medidas detalladas que se usan para asignar la calificación con estrellas a la eficiencia, la accesibilidad y el manejo o la administración del plan.



Administración del Plan

Si el plan coordina la atención que los asegurados reciben de diferentes proveedores y qué tan bien el plan proporciona acceso a la información necesaria.

Administración del Plan

- Análisis Apropriados 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/Bronquiolitis Aguda
- Uso de Estudios de Imagen para el Dolor de la Espalda Baja
- Acceso a la Información
- Administración del Plan
- Calificación del Plan de Salud



* Nota: Las calificaciones de calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado los calculan los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) con datos que proporcionaron los planes de salud en 2022. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2023. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings