

Datos de Quejas



La sección a continuación contiene un análisis a nivel estatal de datos colectados por el Departamento de Seguros de Texas.

Datos de Quejas Contra HMOs

Las tablas y gráficas en este capítulo contienen información que le será muy útil respecto a la cantidad y tipo de quejas que los proveedores médicos, pacientes y otros han presentado ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI). A diferencia de la porción de la encuesta de cliente en este reporte, los datos de quejas son al nivel estatal.

Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas

El análisis de las quejas presentadas en contra de los HMOs ante el Departamento de Seguros de Texas demuestra que la cantidad total de quejas aumentó un 13 por ciento comparado con lo que se reportó el año anterior. Las razones principales de las quejas siguen siendo el **OFRECIMIENTO INSATISFACTORIO DE LIQUIDACIÓN** (40.6%), **RECHAZO DE RECLAMACIÓN** (22.3%) y la categoría de **DEMORAS EN EL MANEJO DE LA RECLAMACION** (8.0%).

Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas		2010	2009	2008	2007	2006
Ofrecimiento Insatisfactorio de Liquidación	Con frecuencia es debido a que los proveedores están insatisfechos con el pago que hace el HMO por los servicios.	40.6%	37.1%	40.4%	19.9%	28.4%
Rechazo de Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes respecto al rechazo de cobertura de un servicio de cuidado de salud.	22.3%	21.3%	20.0%	32.2%	27.1%
Demoras en el Manejo de la Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes porque las reclamaciones no fueron manejadas en un tiempo razonable.	8.0%	15.6%	12.9%	19.2%	19.0%
Recuperación del Pago	Relacionado con situaciones en que el HMO ha pagado de más y la disputa subsiguiente cuando requiere reembolso del proveedor.	2.8%	2.2%	2.3%	3.8%	4.3%
Acceso a la Atención de Salud	Usualmente debido a las funciones de "portero" que el HMO ejerce o a burocracia interna.	1.0%	0.5%	0.2%	0.4%	1.6%
Cobros de Saldo	Facturación de saldo al paciente por gastos que se espera que el HMO pague.	0.7%	1.7%	1.1%	1.0%	1.8%
Deficiencia en Puntualidad en la Presentación de la Reclamación	Una disputa entre el HMO y el proveedor respecto a la falta de puntualidad en la presentación de la reclamación.	0.6%	0.4%	0.4%	1.9%	5.2%

Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1º de Julio de 2005 al 30 de junio de 2010

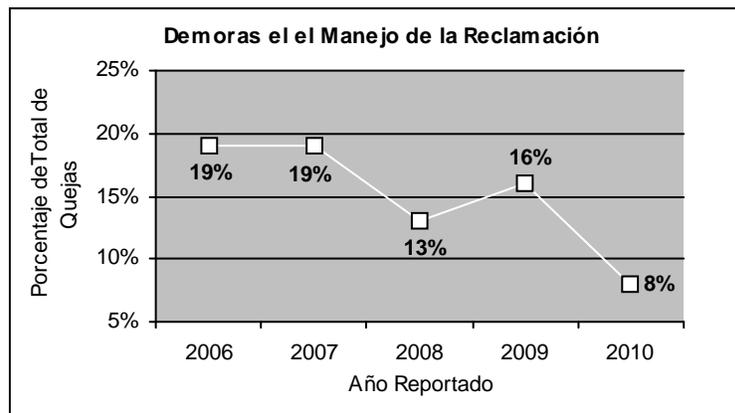
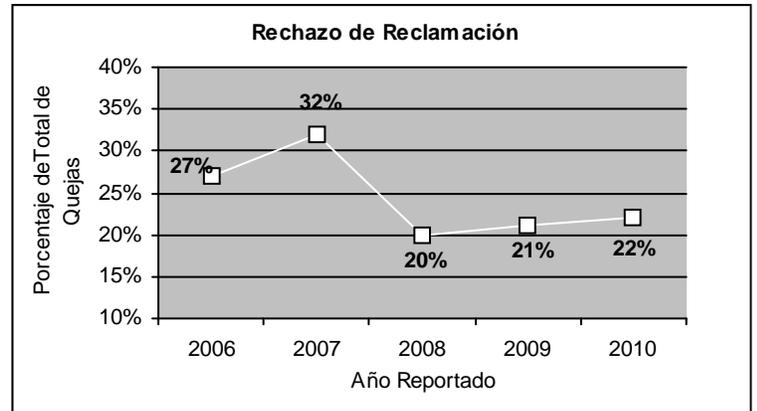
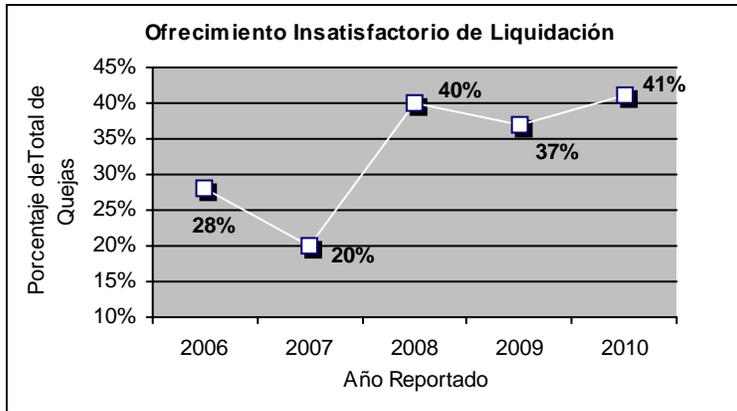
Notas Aclaratorias

Disposición

Las quejas en contra de HMOs cuyo proceso ya terminó son reportadas sin importar si TDI determinó que la queja fue justificada o injustificada.

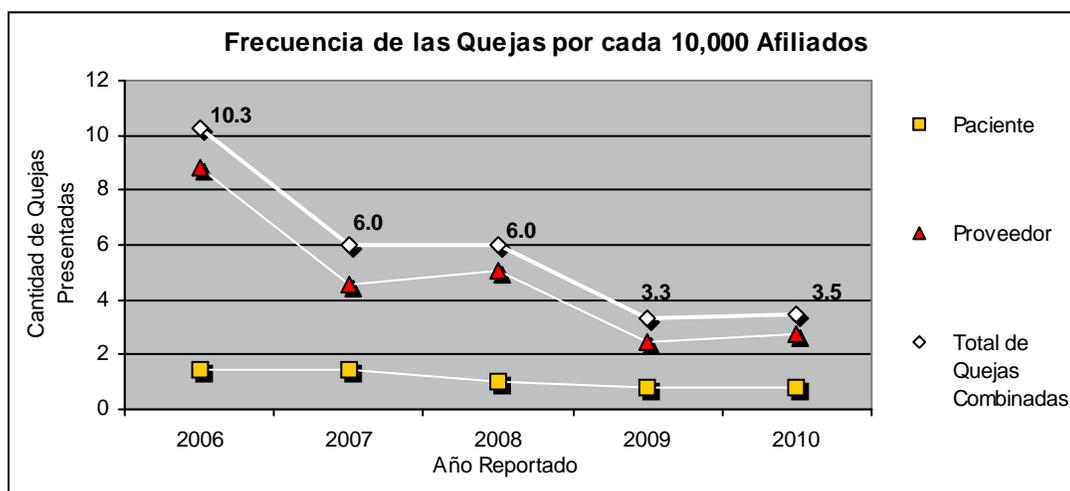
Verificación

La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC) no audita o de ninguna otra manera intenta verificar la veracidad de los datos de quejas o cifras de inscripción utilizadas en este capítulo del reporte.



Frecuencia de las Quejas

La cantidad total de quejas presentadas por proveedores y pacientes aumentó en el reporte del año 2010. Un análisis de las tendencias de años anteriores indica que luego de unos pocos años en que hubo una disminución en la cantidad de quejas presentadas por pacientes, estas quejas están aumentando nuevamente. La gráfica de abajo explica las quejas de acuerdo a las inscripciones.



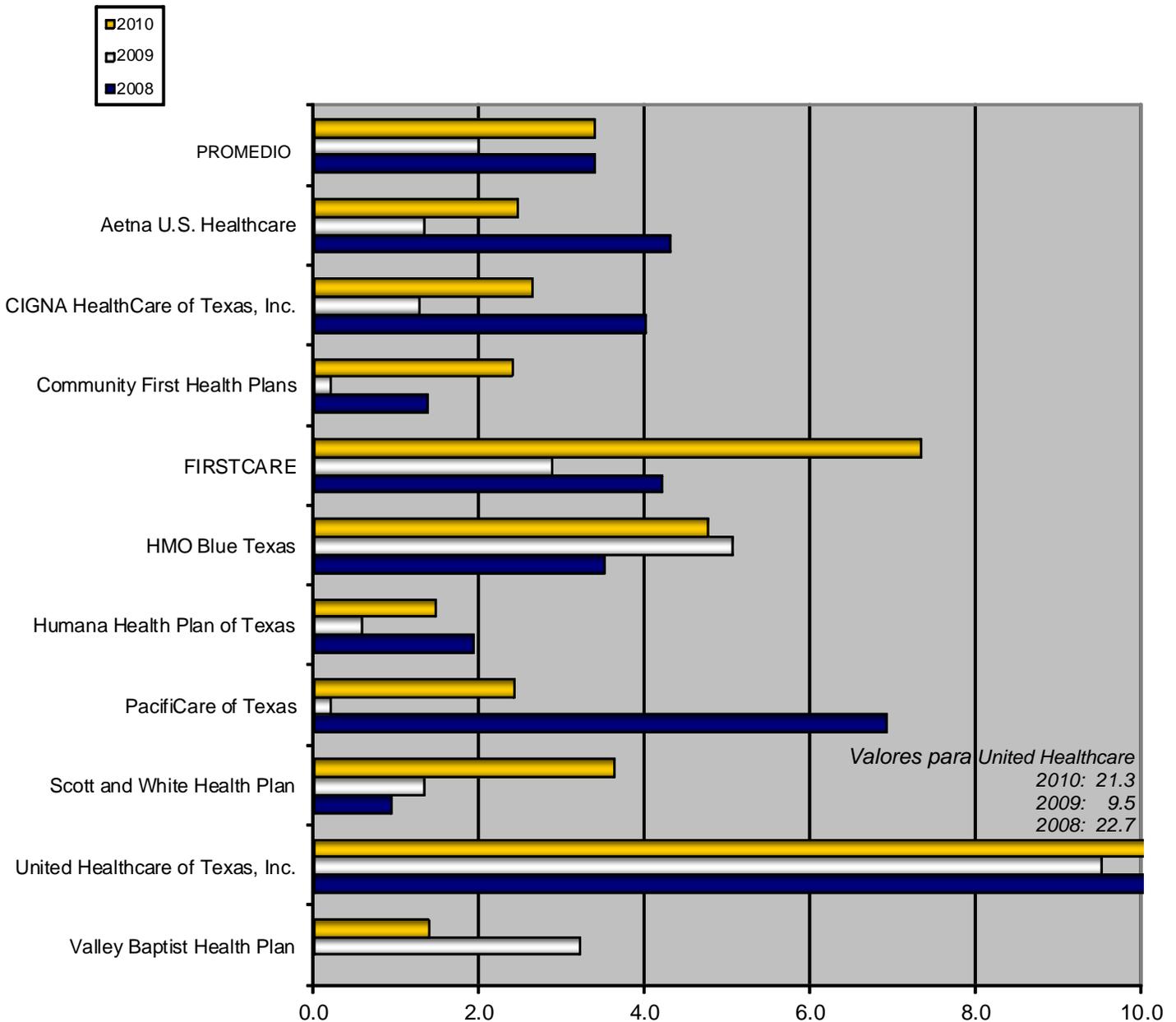
Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1º de Julio de 2005 al 30 de junio de 2010

¿Cómo se compara su plan con otros planes?

Las gráficas y tablas a continuación lo ayudarán a decidir cómo, en cuestión del número de quejas (paciente, proveedor o combinado) presentadas ante TDI, su plan HMO se compara con los otros HMOs en Texas en relación a 10,000 inscritos en el plan. Se incluyen únicamente HMOs con inscripciones comerciales mayores a 1,000.

Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados

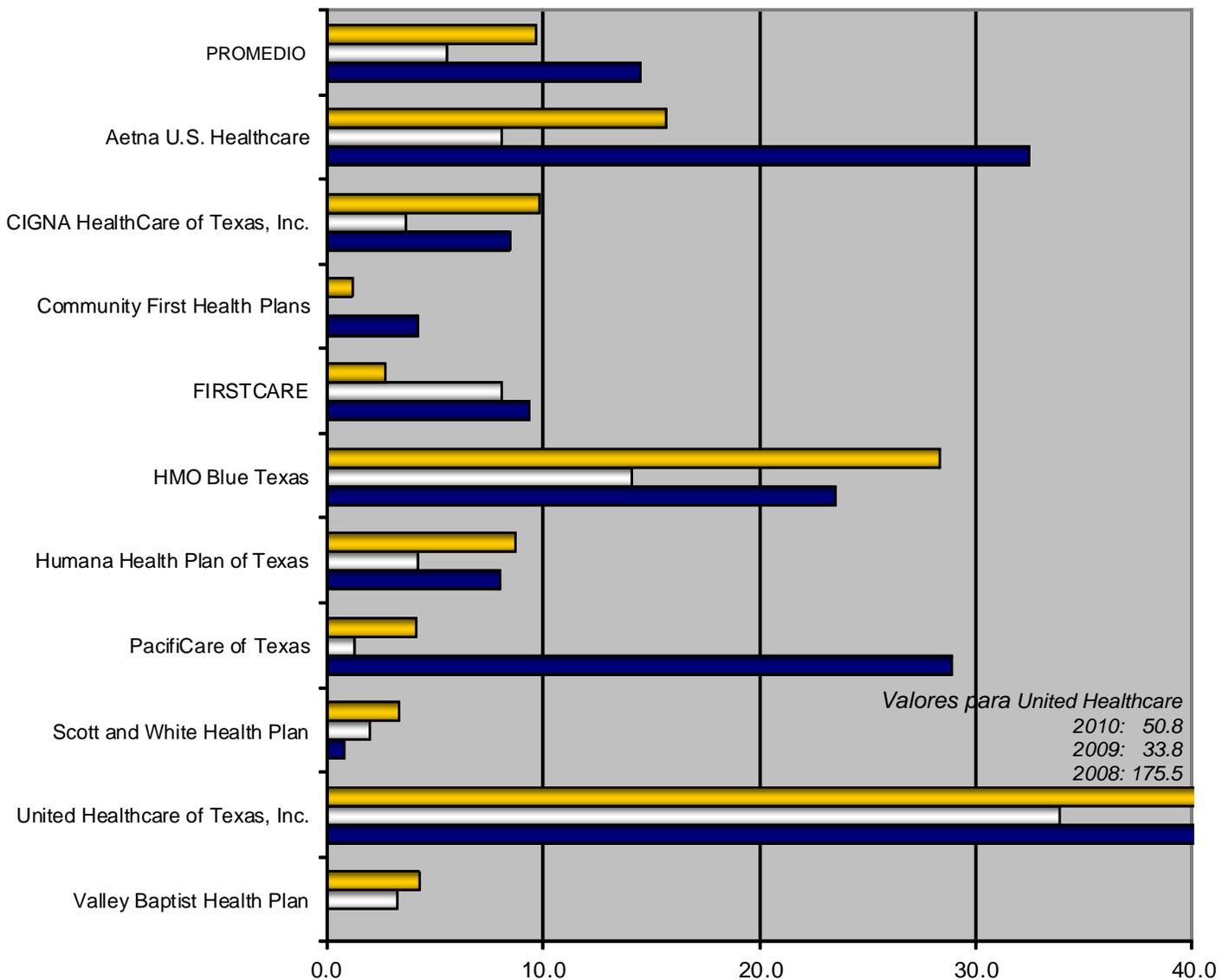
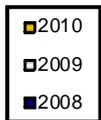
Incluso las quejas presentadas por otros a nombre del paciente.



Fuente: Departamento de Seguros de Texas
1º de Julio de 2007 al 30 de junio de 2010

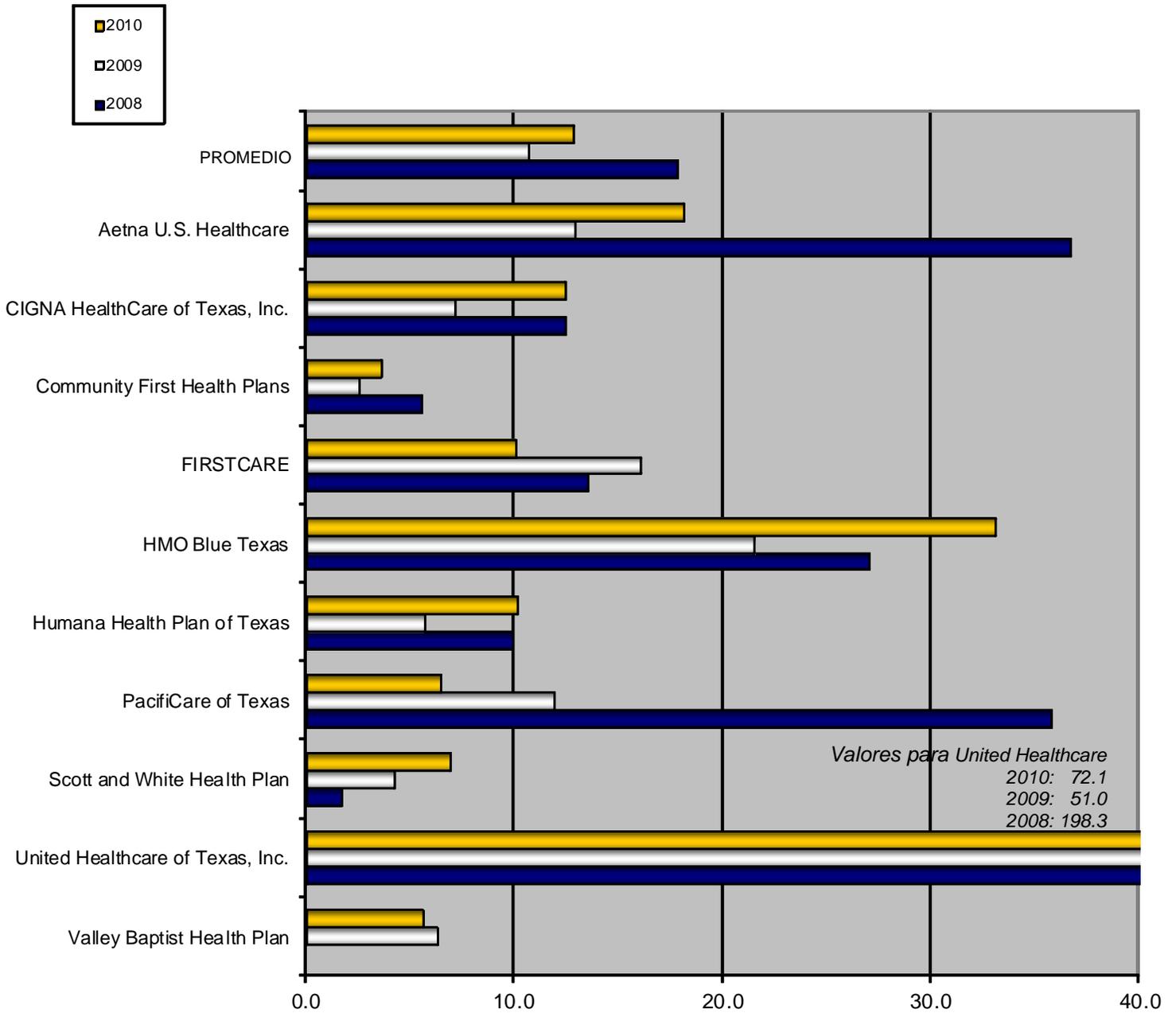
Quejas de Proveedores de Atención Médica por cada 10,000 Afiliados

Incluso doctores, hospitales, y otros proveedores de atención médica.



Fuente: Departamento de Seguros de Texas
 1º de Julio de 2007 al 30 de junio de 2010

Quejas Combinadas por cada 10,000 Afiliados



Fuente: Departamento de Seguros de Texas
 1º de Julio de 2007 al 30 de junio de 2010

Totales de Datos de Quejas

del 1º de julio de 2009 al 30 de junio de 2010

HMOs Servicios Basicos

	Total de Afiliados Comerciales Marzo 2010	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 Afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/proveedor) por cada 10,000 Afiliados
Aetna U.S. Healthcare	129,506	203	32	235	15.7	2.5	18.1
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	26,556	26	7	33	9.8	2.6	12.4
Community First Health Plans	8,332	1	2	3	1.2	2.4	3.6
FIRSTCARE	40,827	11	30	41	2.7	7.3	10.0
HMO Blue Texas	92,493	262	44	306	28.3	4.8	33.1
Humana Health Plan of Texas, Inc.	155,392	135	23	158	8.7	1.5	10.2
PacifiCare of Texas, Inc.	12,334	5	3	8	4.1	2.4	6.5
Scott and White Health Plan	120,774	40	44	84	3.3	3.6	7.0
United Healthcare of Texas, Inc.	6,102	31	13	44	50.8	21.3	72.1
Valley Baptist Health Plan	7,123	3	1	4	4.2	1.4	5.6
TOTAL/Promedio* Servicios Basicos	599,439	717	199	916	9.6	3.4	12.9

* El promedio de proporción de quejas se calculó excluyendo el valor alto y bajo en cada columna.

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

Se incluyen únicamente HMOs con inscripciones comerciales mayores a 1,000.

Apelaciones y Quejas

Si su plan de salud se niegue a pagar por atención de salud que usted o su doctor cree es necesaria o adecuada, usted tiene el derecho a apelar esa decisión. Cuando su plan hace semejante negación, debe también informarle sobre el sistema interno de apelaciones del HMO.

Si su apelación es negado, usted tiene el derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente o IRO (Independent Review Organization) examine la decisión. El IRO no puede pasar de 20 días para presentar su decisión.

Si su padecimiento amenaza la vida usted puede dirigirse directamente al IRO y no tiene que apelar primero por medio del sistema de apelaciones del HMO. El IRO no puede pasar de 8 días para presentar su decisión. Los planes de salud están obligados a pagar por el IRO y obedecer lo que el IRO decida.

Es posible que usted pueda proceder a entablar una demanda legal en contra del HMO si alguna decisión que el HMO emitió para su cuidado de salud le causó daños.

También, si tiene una queja en contra de su HMO usted puede presentarla ante TDI. Las quejas en contra de los proveedores de cuidados de salud deben presentarse ante la agencia acreditadora o las autoridades correspondientes.

Para más información sobre el proceso de los IROs o cómo presentar quejas (y otros derechos del paciente), favor de llamar al Departamento de Seguros de Texas: Línea de Información de IROs al (888) 834-2476. Línea de Ayuda al Consumidor al (800) 252-3439.

Apelaciones ante la Organización de Revisión Desde el 1º de julio de 2009 hasta el 30 de junio de 2010	Casos	Casos Resueltos a favor del HMO	Casos Resueltos a favor del paciente/afiliado	Casos Resueltos parcialmente a favor del HMO y del paciente
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	5	3	2	0
Community First Health Plan	4	2	2	0
Humana Health Plan of Texas, Inc.	8	3	5	0
Scott and White Health Plan	2	1	1	0
Valley Baptist Health	4	1	3	0
TOTAL	23	10	13	0

Fuente: Departamento de Seguros de Texas
IRO Database
1º de Julio de 2009 al 30 de junio de 2010