

Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECÍFICAS A LOS REGLAMENTOS DE D.C. (ÚNICAMENTE) PARA SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL

APÉNDICE A

DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECÍFICAS A LOS REGLAMENTOS DE D.C. (ÚNICAMENTE) PARA SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL

PROPÓSITO:

El propósito de este APÉNDICE es enunciar las disposiciones adicionales que son aplicables a Sibley Memorial Hospital para el cumplimiento de los requisitos de atención médica no compensada del Distrito de Columbia (D.C.), que se describen en el Título 22, Capítulo 22-B44 de los Reglamentos Municipales de D.C. En el caso de aquellos pacientes que no cumplan con los criterios de elegibilidad para la atención médica no compensada, Sibley Memorial Hospital (SMH) proporcionará asistencia financiera mediante la aplicación de ajustes de escala móvil a los cargos totales, conforme a la Política PFS035.

POLÍTICA:

SMH hará un esfuerzo de buena fe para prestar servicios no compensados en el nivel de cumplimiento anual exigido por la sección 4404 del Capítulo 22-B44 de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia, Título 22 “Prestación de atención no compensada”.

En ningún caso SMH negará los servicios de emergencia a ninguna persona basándose en que la persona no puede pagar los servicios. SMH puede dar de alta a una persona que haya recibido servicios de emergencia o puede transferir a la persona a otro centro cuando, según el criterio razonable del personal médico correspondiente, dicha medida sea clínicamente apropiada y en el mejor interés del paciente y del hospital.

SMH prestará atención no compensada a las personas que sean elegibles conforme a la Sección 4400.2 del Capítulo 22-B44 de los Reglamentos Municipales del Distrito de Columbia, Título 22, “Prestación de atención no compensada”. La atención no compensada que se prestará estará basada en estas normas u obligaciones contractuales entre Sibley y el Gobierno del Distrito de Columbia, cualquiera sea el estándar que proporcione el valor en dólares más alto.

La atención no compensada se define en la ley que rige los certificados de necesidades (Código de D.C. 44-401 en la sección de definiciones). La ley define atención no compensada como el costo de los servicios de atención médica a pacientes por cuya prestación el centro de atención médica no recibe pago alguno. El término “atención no compensada” incluye las deudas incobrables y la atención caritativa, pero no incluye asignaciones contractuales.

Deuda incobrable significa una cuenta por cobrar basada en los servicios de médicos y hospitalarios proporcionados a cualquier paciente por la que se espera un pago, pero se considera incobrable después de haber hecho esfuerzos razonables por cobrarla, y no la obligación de ninguna unidad gubernamental federal, estatal o local. El término deuda incobrable no incluye la atención caritativa.

Atención caritativa se refiere a los servicios de médicos y hospitalarios prestados a personas que no puedan pagar el costo de los servicios, especialmente aquellas personas de bajos ingresos, no aseguradas y con seguro insuficiente, pero excluye aquellos servicios que se determinó fueron causados por deuda incobrable, o categorizados como tal.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN NO COMPENSADA

Una persona es elegible para recibir atención de salud no compensada si la persona no puede pagar los servicios de salud y cumple con los siguientes requisitos:

1. No está cubierta, o recibe servicios que no están cubiertos, a través de un seguro contra terceros o un programa del gobierno;

Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECÍFICAS A LOS REGLAMENTOS DE D.C. (ÚNICAMENTE) PARA SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL

2. Tiene un ingreso anual individual o familiar que no está por encima del 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés); y
3. Solicita los servicios.

La elegibilidad financiera para la atención no compensada se calculará mediante cualquiera de los siguientes métodos:

1. Multiplicando por cuatro (4) el ingreso individual o familiar de la persona, según corresponda, durante los tres (3) meses previos a la solicitud de atención no compensada; o
2. Usando el monto de los ingresos reales de la persona o la familia, según corresponda, durante los doce (12) meses anteriores a la solicitud de atención no compensada.

MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS

Los montos generalmente facturados (*Amounts Generally Billed*, AGB) a las personas con seguro se calcularán usando el método retroactivo (“look-back method”), que se define como todas las reclamaciones por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que han sido pagadas en su totalidad al hospital por parte de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas en conjunto, como los pagadores principales de estas reclamaciones, teniendo en cuenta en cada caso los montos pagados al hospital en forma de coaseguros o deducibles. SMH calculará el porcentaje o porcentajes de AGB al menos anualmente revisando todas las reclamaciones pagadas en su totalidad durante un periodo de doce (12) meses precedentes. Una vez que se haya determinado, el porcentaje o porcentajes de AGB se implementarán a más tardar 45 días después de haber finalizado el periodo de 12 meses.

No está previsto que las personas elegibles para recibir asistencia financiera tengan que pagar más por la atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

REQUISITO ANUAL DE ATENCIÓN NO COMPENSADA

A los efectos de esta política y el APÉNDICE, en SMH la atención no compensada que deba prestarse se calculará como sigue:

Nivel de cumplimiento anual:

1. Un monto no inferior a tres por ciento (3 %) del gasto operativo anual de SMH, menos el monto de los reembolsos que reciba en virtud de los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid y Medicare), sin tener en cuenta las asignaciones contractuales. Además, SMH cumplirá con las obligaciones de atención no compensada exigidas conforme a la Ley en un certificado de necesidad (*Certificate of Need*, CON) anterior.
2. Si en cualquier año fiscal SMH no cumple con su obligación anual de atención no compensada, entonces deberá esforzarse por prestar atención no compensada en un monto suficiente para compensar el déficit en un año o años posteriores, conforme con un plan de cumplimiento aprobado por la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud (*State Health and Planning Development Agency*, SHPDA), pero a más tardar tres (3) años después del año en que ocurrió el déficit.
3. Si SMH proporciona atención no compensada durante un año fiscal en un monto que excede su nivel de cumplimiento anual, SMH puede solicitar que el director aplique el monto excedente como un crédito destinado a cubrir un déficit existente o su nivel de cumplimiento anual para cualquier año fiscal posterior. Para calificar para un crédito, el valor excedente en dólares por encima del nivel de cumplimiento anual se debe haber proporcionado en conformidad con los requisitos de este capítulo.

DETERMINACIÓN POR ESCRITO DE ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN NO COMPENSADA

1. SMH notificará por escrito su determinación de elegibilidad para la atención no compensada en respuesta a cada solicitud de atención no compensada a la persona que solicite tal atención. El aviso se dará en persona en el momento en que se solicite la atención no compensada, o por correo normal a la dirección que haya indicado la persona que solicita el servicio prestado. Si la persona no está disponible para recibir el aviso en persona y no ha proporcionado una dirección, SMH puede publicar en sus instalaciones, en un lugar visible, un aviso indicando que el estado de elegibilidad de la persona está disponible en la oficina administrativa de Sibley. SMH comunicará el contenido de una determinación por escrito a cualquier persona que SMH tenga motivos para creer que no puede leer la determinación.
 1. El vicepresidente senior/ director financiero es responsable de implementar esta política. Preparará un plan de asignaciones que satisfaga los requisitos de los reglamentos y monitoreará su aplicación. El vicepresidente senior/ director financiero preparará un informe para la SHPDA en los 120 días posteriores al cierre de cada año fiscal. Los documentos que respalden la determinación de Sibley se pondrán a disposición del público y se informarán a SHPDA.

- Tales documentos serán conservados por el vicepresidente sénior/ director financiero por un período de cinco (5) años a partir de la fecha de la última anotación para un año fiscal determinado. El presidente y el tesorero de la junta directiva se mantendrán informados periódicamente sobre el cumplimiento de la política por parte de Sibley.
2. Si se presenta una solicitud antes de la prestación del servicio, SMH hará una determinación de elegibilidad para atención no compensada en un plazo de cinco (5) días hábiles luego de una solicitud completa para un servicio ambulatorio o antes del alta del paciente para un servicio de hospitalización. Si la solicitud se presenta después de que un servicio ambulatorio ha sido prestado por SMH o después del alta de un paciente hospitalizado, SMH hará una determinación de elegibilidad antes de completar el siguiente ciclo de facturación. Normalmente, el aviso de determinación se hará en un plazo de cinco (5) días antes de la siguiente reunión programada del Comité de Asistencia Comunitaria. SMH puede emitir una determinación de elegibilidad condicional. Dicha determinación establecerá las condiciones que debe cumplir la persona que solicita la atención no compensada para ser elegible.
 3. Cada determinación escrita de elegibilidad para recibir atención no compensada se presentará sin demora al solicitante. Cada determinación de elegibilidad para atención no compensada deberá incluir los siguientes enunciados:
 1. que SMH proveerá, o proveerá con condiciones, o no proveerá atención no compensada;
 2. que no habrá ningún cargo por la atención no compensada;
 3. la fecha en la que la persona solicitó la atención;
 4. la fecha en que se hizo la determinación;
 5. el ingreso anual individual o familiar, según corresponda, y el tamaño de la familia de la persona que solicitó la atención no compensada;
 6. la fecha en la que se prestaron o se prestarán los servicios; y
 7. el motivo por la que se denegó, si corresponde.

AVISO PUBLICADO DE LA OBLIGACIÓN DE PRESTAR ATENCIÓN NO COMPENSADA:

Antes del inicio de su año fiscal, SMH publicará un aviso de disponibilidad sobre su obligación de prestar atención no compensada en un periódico de circulación general en el Distrito de Columbia. Sibley también presentará una copia de tal aviso a la SHPDA. El vicepresidente sénior/ director financiero es responsable de publicar y presentar este aviso. El aviso deberá incluir lo siguiente:

1. El valor en dólares de la atención no compensada que SMH tiene intención de poner a disposición durante el año fiscal o una declaración indicando que SMH prestará atención no compensada a todas las personas que no puedan pagar un tratamiento y que soliciten atención no compensada;
2. Una explicación de la diferencia entre el monto de atención no compensada que SMH propone poner a disposición y el nivel de cumplimiento anual correspondiente a Sibley, si lo hubiere; y
3. Una declaración indicando si SMH ha cumplido con todas las obligaciones de atención no compensada pendientes de los periodos de referencia anteriores, o una declaración indicando que, durante un periodo de tiempo específico, cumplirá con cualquier obligación pendiente.

AVISO PUBLICADO DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN NO COMPENSADA:

También se deberá publicar a la vista un aviso que anuncie la disponibilidad de atención no compensada en los lugares de registro de pacientes, el Departamento de ingresos, la oficina administrativa y el Departamento de emergencias. SMH deberá publicar el siguiente aviso:

1. “En virtud de la ley del Distrito de Columbia, este proveedor de atención médica debe hacer disponibles sus servicios a todas las personas de la comunidad. Este proveedor de atención médica tiene prohibido discriminar a una persona por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, discapacidad física, fuente de ingresos o lugar de residencia o trabajo, o porque una persona tenga cobertura de un programa como Medicare o Medicaid”.
2. “Este proveedor de atención médica también tiene obligación de prestar un volumen razonable de servicios sin cargo alguno o con un cargo reducido a las personas que no puedan pagar. Pregunte al personal si usted es elegible para recibir ya sea servicios sin cargo o con un cargo reducido. Si cree que le han negado servicios o no se le ha tomado en cuenta para tratamiento sin cargo o con un cargo reducido sin una buena razón, comuníquese con la Oficina de ingresos

o la Oficina comercial de este proveedor de atención médica, y llame a la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud (*State Health Planning and Development Agency*) a través del centro de llamadas de la ciudad al 202-727-1000”.

3. “Si desea presentar una queja, los formularios están disponibles en la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud”.

Este aviso también incluirá un resumen de los criterios de elegibilidad de Sibley para recibir atención no compensada. Dicho aviso se publicará en inglés y en español y en cualquier otro idioma que sea el idioma habitual de los hogares del diez (10 %) por ciento o más de la población del Distrito de Columbia, de acuerdo con las cifras más recientes publicadas por la Oficina del censo. Sibley comunicará el contenido del aviso publicado a cualquier persona que Sibley tenga motivos para creer que no puede leer el aviso.

AVISO POR ESCRITO DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN NO COMPENSADA:

En cualquier periodo durante el año fiscal durante el cual haya disponible atención no compensada en SMH, SMH proveerá un aviso por escrito de la disponibilidad de los servicios a cada persona que solicite los servicios del hospital ya sea en su propio nombre o en nombre de otra persona. SMH proporcionará este aviso por escrito antes de prestar los servicios, excepto cuando la naturaleza de emergencia de los servicios haga impráctico el aviso previo. En situaciones de emergencia, SMH proporcionará el aviso por escrito al paciente, o al familiar más cercano, tan pronto como sea práctico. Dicho aviso se dará a más tardar cuando se presente la primera factura por servicios prestados. Este aviso individual escrito debe estipular lo siguiente:

1. “En virtud de la ley del Distrito de Columbia, este proveedor de atención médica debe hacer sus servicios disponibles a todas las personas de la comunidad. Este proveedor de atención médica tiene prohibido discriminar a una persona por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, discapacidad física, fuente de ingresos o lugar de residencia o trabajo, o porque una persona tenga cobertura de un programa como Medicare o Medicaid”.
2. “Este proveedor de atención médica también tiene obligación de prestar un volumen razonable de servicios sin cargo alguno o con un cargo reducido a las personas que no puedan pagar. Pregunte al personal si usted es elegible para recibir ya sea servicios sin cargo o con un cargo reducido. Si cree que le han negado servicios o no se le ha tomado en cuenta para tratamiento sin cargo o con un cargo reducido sin una buena razón, comuníquese con la Oficina de ingresos o la Oficina comercial de este proveedor de atención médica, y llame a la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud (*State Health Planning and Development Agency*) a través del centro de llamadas de la ciudad al 202-727-1000”.
3. “Si desea presentar una queja, los formularios están disponibles en la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud”.

Este aviso también incluirá un resumen de los criterios de elegibilidad de Sibley para recibir atención no compensada, la ubicación de la oficina donde cualquier persona que busque atención no compensada podrá solicitar tal atención no compensada y debe enunciar que Sibley hará una determinación por escrito con respecto a si la persona recibirá atención no compensada y la fecha para cuando, o el periodo dentro del cual, se hará la determinación.

DEFINICIÓN DE LA COMUNIDAD DE SMH:

SMH pone a disposición sus servicios, incluyendo los servicios obligatorios en virtud de los requisitos legales de atención no compensada del Distrito de Columbia, “a todas las personas de la comunidad”. Esta comunidad se extiende a aquellas personas que viven o trabajan en el área de servicio hospitalario o que requieran servicios de emergencia mientras visitan el área de servicio. Específicamente, quedan excluidas del Programa de asistencia comunitaria aquellas personas que solicitan servicios electivos y que claramente residen fuera del área de servicio hospitalario. El área de servicio hospitalario abarca el Distrito de Columbia y la mayor parte de Maryland y Virginia, y presta servicios limitados a los residentes de West Virginia, Delaware y Pennsylvania. El hospital puede pedirle al solicitante que presente documentación que demuestre el cumplimiento con la definición de comunidad del hospital.

REFERENCIAS:

Reglamentos Municipales de D.C. Título 22, Capítulo 22-B, 4404,4405 y 4406