

POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN

TÍTULO DE LA POLÍTICA: PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

NÚMERO DE POLÍTICA: 124

OBJETIVO:

A través del Programa de Asistencia al Paciente, Onslow Memorial Hospital (OMH) se compromete a brindar atención de beneficencia a personas con necesidades de atención médica que no estén aseguradas, cuyo seguro sea insuficiente, que no sean elegibles para un programa gubernamental o que no puedan pagar una atención médicamente necesaria con base en su situación económica individual. De acuerdo con su objetivo de brindar servicios de atención médica compasivos, asequibles y de alta calidad, y de apoyar a las personas desprotegidas y carentes de recursos, OMH se esfuerza para garantizar que la falta de capacidad económica de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. OMH brindará, sin discriminación alguna, atención de afecciones médicas de emergencia, independientemente de la elegibilidad de las personas para recibir asistencia económica o gubernamental.

En consecuencia, esta política escrita:

- Incluye los criterios de elegibilidad para asistencia económica: atención gratuita.
- Describe la base para el cálculo de los importes cobrados a pacientes elegibles para asistencia económica según esta política.
- Describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia económica.
- Describe la forma en que el hospital divulgará la política dentro de la comunidad donde el hospital brinde servicios.

La atención de beneficencia no sustituye la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes colaboren con los procedimientos de OMH para obtener atención de beneficencia u otras formas de pago o asistencia económica a fin de reunir los requisitos para la cobertura completa. Recomendaremos que las personas que tengan la capacidad económica para adquirir seguro de salud lo hagan, como medio de asegurar el acceso a servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de su patrimonio individual.

Para administrar la responsabilidad de los recursos y permitir a OMH que proporcione el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad posible de personas que la necesitan, la Dirección de Hospitales establece las siguientes pautas para brindar atención de beneficencia a los pacientes.

I. Definiciones

A los efectos de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, “AGB”). Porcentaje promedio más reciente de los cargos brutos que el hospital generalmente factura durante el año a las personas aseguradas por la categoría de servicios que corresponda.

Atención de beneficencia. Servicios de atención médica que han sido o serán prestados pero no se esperan ingresos monetarios. La atención de beneficencia resulta de la política de un proveedor para prestar servicios de atención médica gratuitos a personas que cumplan con los criterios establecidos.

Familia. Según la definición de la Oficina del Censo, es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen una relación por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service), si el paciente presenta en su declaración de impuestos a una persona como dependiente, esta puede ser considerada de esta manera para el propósito de brindarle asistencia económica.

Ingresos familiares. Los ingresos familiares son determinados según la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos familiares al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de jubilación o pensión, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia fuera del hogar y otras fuentes.
- Los beneficios que no sean monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
- Se determina antes de los impuestos.
- No incluye las ganancias o pérdidas de capital.
- Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los familiares (las personas que no sean parientes, como un compañero de vivienda, no cuentan).

Sin seguro. El paciente no se encuentra cubierto por la póliza de un seguro médico o no tiene derecho a beneficios pagaderos por un tercero como resultado de los servicios proporcionados por el hospital. La condición de paciente sin seguro se determinará independientemente de que el hospital tenga un contrato con el pagador tercero responsable de la cobertura del paciente, o de la condición del hospital como proveedor participante en la red del plan de salud o seguro médico del paciente.

Seguro insuficiente. El paciente está cubierto por la póliza de un seguro médico o tiene derecho a beneficios pagaderos por un tercero, pero el monto adeudado por el paciente luego del pago del tercero excede la capacidad económica del paciente para pagar. Si el hospital se considera “fuera de la red” o un proveedor no participante en la red del plan o la póliza de seguro médico del paciente, el paciente no puede calificar como paciente con “seguro insuficiente”.

Cargos brutos. Los cargos totales de las tasas completas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Afecciones médicas de emergencia. Definido dentro del significado de la artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. § 1395dd).

Medicamento necesario. Según la definición de Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión).

II. **Procedimientos**

- A. Servicios elegibles según esta política. Para los propósitos de esta política, la “atención de beneficencia” o “asistencia económica” se refiere a los servicios de atención médica que presta Onslow Memorial Hospital, Inc. sin cargo o con descuento a pacientes que reúnan los requisitos. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la atención de beneficencia:
1. Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias;
 2. Servicios para una afección que, si no se trata a tiempo, puede producir un cambio adverso en el estado de salud de una persona;
 3. Servicios no optativos prestados a causa de circunstancias que pongan en peligro la vida en una sala que no sea de emergencia; y
 4. Servicios médicamente necesarios, evaluados según el caso particular a criterio de OMH.

- B. Elegibilidad para atención de beneficencia. La elegibilidad para atención de beneficencia se considerará para las personas que no estén aseguradas, cuyo seguro sea insuficiente, que no sean elegibles para un programa de beneficios de atención médica gubernamental y que no puedan pagar servicios de atención médica basado en una determinación de necesidad económica de acuerdo con esta política. Prestar atención de beneficencia se basará en una determinación individualizada de la necesidad económica y no se tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa. OMH determinará si los pacientes son elegibles para recibir atención de beneficencia para las responsabilidades de copago, coseguro o deducibles.

El hospital calculará un AGB anual para tres categorías de servicios médicos: (1) servicios ambulatorios, (2) servicios para pacientes hospitalizados y (3) servicios del departamento de emergencias. El AGB de cada categoría de servicios médicos se determinará dividiendo la suma de los montos permitidos (incluidos los copagos, coseguros y deducibles) de todas las reclamaciones facturadas a pagadores terceros (incluso pagadores gubernamentales) durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de revisión anual, por la suma de los cargos brutos asociados por dichos servicios.

$$\frac{\text{Total de montos permitidos facturados a pagadores terceros}}{\text{Total de cargos brutos por los mismos servicios}} = \text{AGB}$$

Cuando una persona se determine elegible para recibir atención de beneficencia en virtud de esta Política, el hospital determinará el monto máximo que se podrá cobrar al paciente por cada episodio de atención, multiplicando los cargos brutos reales de los servicios médicos que el paciente recibió por el porcentaje de AGB correspondiente. El producto resultante será la obligación económica máxima del paciente (teniendo en cuenta todos los copagos, coseguros y deducibles adeudados por este) por la cuenta en cuestión.

En los casos en que se determine que el paciente tiene “seguro insuficiente” según esta Política, el total de pagos combinados en la cuenta (incluidos los pagos de pagadores terceros) podrá exceder el AGB; no obstante, bajo ninguna circunstancia el hospital considerará al paciente personalmente responsable por el pago en exceso del monto máximo de cargos determinado arriba.

C. Método por el cual los pacientes pueden solicitar atención de beneficencia.

1. La necesidad económica se determinará de acuerdo con los procedimientos que impliquen una evaluación individual de la necesidad económica; y puede
 - Incluir un proceso de solicitud en el que se requiera que el paciente o su garante cooperen y proporcionen información personal, económica, o cualquier otra información y documentación importante para determinar la necesidad económica;
 - Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de un paciente o su garante de pagar (como la calificación crediticia);
 - Incluir esfuerzos razonables de parte de OMH para explorar fuentes alternativas adecuadas de pago y cobertura de programas de pago privados y públicos, y para ayudar a los pacientes a solicitar estos programas;
 - Tener en cuenta los recursos económicos disponibles del paciente;
 - Incluir una revisión de las cuentas pendientes por cobrar del paciente por servicios anteriores prestados y del historial de pago del paciente;
 - Incluir una revisión de toda la información financiera presentada a OMH, como información de tarjetas de crédito, número de seguro social, información de ingresos, recibos de salarios, información de cuentas bancarias, declaraciones de impuestos o solicitudes de exención.

2. Si bien no es obligatorio, es preferible presentar una solicitud de atención de beneficencia y una determinación de necesidad económica antes de prestar servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia. Sin embargo, la determinación se puede hacer en cualquier momento del ciclo de cobro. La necesidad de asistencia económica debe ser evaluada nuevamente en algún momento posterior a los servicios si la última evaluación económica fue completada hace más de un año, o en cualquier momento en que se obtenga información adicional importante para la elegibilidad del paciente a fin de recibir atención de beneficencia.

3. Los valores de dignidad humana y la administración de OMH se verán reflejados en el proceso de solicitud, de determinación de la necesidad económica y de prestación de atención de beneficencia. Las solicitudes de atención de beneficencia serán procesadas rápidamente y OMH notificará al paciente o solicitante por escrito dentro de los 30 días después de la recepción de la solicitud completa.
- D. Presunta elegibilidad de asistencia económica. Hay casos en los que un paciente puede ser elegible para atención de beneficencia, pero no hay formularios de asistencia económica archivados debido a la falta de documentación de respaldo. Generalmente hay información adecuada provista por el paciente o a través de otras fuentes que puede constituir evidencia suficiente para brindarle atención de beneficencia. En caso de que no haya evidencia para respaldar la elegibilidad de un paciente para la atención de beneficencia, OMH puede utilizar agencias externas para estipular el monto de ingresos para la base de la determinación de elegibilidad para la atención de beneficencia. La presunta elegibilidad se puede determinar según las circunstancias vitales individuales, que pueden incluir:
1. Programas para medicamentos recetados financiados por el estado;
 2. Atención para personas sin hogar o en clínicas para personas sin hogar;
 3. Internación involuntaria;
 4. Elegibilidad para otros programas de asistencia locales o estatales sin financiamiento (como los programas de Medicaid fuera del estado y con deducción de gastos médicos);
 5. Se ofrece como dirección válida una vivienda subsidiada/de bajos ingresos; y
 6. Si el paciente fallece sin patrimonio conocido.
 7. Una revisión de toda la información financiera legalmente obtenida por OMH, como información de tarjetas de crédito, número de seguro social, información de ingresos, recibos de salarios, información de cuentas bancarias y declaraciones de impuestos o solicitudes de exención.

- E. Criterios de elegibilidad y montos cobrados a los pacientes. Los servicios elegibles conforme a esta política estarán a disposición del paciente de acuerdo con su necesidad económica, según se determina en el nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) vigente en el momento de la determinación. La base para los montos que OMH cobre a los pacientes que reúnan los requisitos para la asistencia económica es la siguiente: Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al trescientos por ciento (300 %) del FPL son elegibles para recibir atención gratuita.

- F. Notificación del programa de beneficencia para pacientes y dentro de la comunidad. La notificación sobre la atención de beneficencia disponible mediante OMH, la cual debe incluir un número de contacto, debe ser divulgada por OMH a través de varios medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de anuncios en las facturas de los pacientes y la publicación de avisos en las salas de emergencia, en departamentos de registro y admisión, en la oficina de servicios económicos para el paciente y en otros lugares públicos que OMH elija. OMH también publicará y divulgará un resumen de esta política de atención de beneficencia en los sitios web de los centros, folletos disponibles en los sitios de acceso para pacientes y otros lugares dentro de la comunidad donde el hospital brinde servicios, como OMH pueda elegir. Estos avisos y la información de resumen se brindarán en los idiomas principales hablados por la población que recibe servicios de OMH. La derivación de pacientes para la atención de beneficencia puede realizarse por cualquier miembro del personal de OMH o del personal médico, entre el que se incluyen médicos, personal de enfermería, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. Se debe presentar una solicitud de atención de beneficencia de parte del paciente, un familiar, un amigo cercano o socio del paciente, sujeta a las leyes de privacidad aplicable.

- G. Relación con las políticas de cobro. La administración de OMH desarrollará políticas y procedimientos para las prácticas de cobro internas y externas. OMH no impondrá acciones de cobros extraordinarias, como retenciones de sueldos, gravámenes sobre residencias primarias u otras acciones legales para cualquier paciente sin antes realizar esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para la atención de beneficencia conforme a esta política de asistencia económica. Los esfuerzos razonables incluyen:
 - 1. Validar que el paciente tiene facturas pendientes y que todas las fuentes de pagos de terceros han sido identificadas y facturadas por el hospital; o

2. Documentar que OMH ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar atención de beneficencia en virtud de la política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital; o
3. Documentar que al paciente se la ha ofrecido un plan de pago pero no ha cumplido con los términos de este.

En caso de falta de pago de la totalidad o una parte de los cargos del paciente por servicios prestados que no hayan sido determinados como atención de beneficencia, OMH facturará y cobrará a la cuenta del paciente de acuerdo con las políticas de facturación y cobro de OMH que se detallan abajo.

1. Política de descuento por pago rápido, Política de la organización n.º 122
2. Política de cobro en efectivo en el punto de servicio, Política de la organización n.º 123
3. Política de cobro en efectivo en el departamento de emergencias, Política de la organización n.º 126
4. Política de cobro y crédito, Política de la organización n.º 156-A
5. Política de deudas incobrables, Política de la organización n.º 159

Todas estas políticas están disponibles en inglés y en español, y se puede solicitar una copia de ellas sin cargo a la oficina de servicios económicos para el paciente de OMH. También se ofrece una copia de estas políticas y de este documento, en inglés y en español, en el sitio web de OMH.

- H. Requisitos regulatorios. En la aplicación de esta política, los centros y la administración de OMH deberán cumplir con todos los reglamentos, las normas y las leyes locales, estatales y federales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: Mayo de 2009

FECHA DE REVISIÓN: 5/15

FECHA DE REVISIÓN: 14 de mayo de 2013, mayo de 2013, noviembre de 2015

APROBADO POR:

Ed Piper, Ph.D., FACHE
Presidente y Director Ejecutivo

Penney Burlingame, DHA, RN, FACHE
Vicepresidenta Sénior, Directora de Operaciones

Crystal Hayden, DNP, MSN, RN, FACHE
Vicepresidenta Sénior, Jefa General de Enfermería

Scott Johnston, M.D.
Jefe de Personal