

# Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECIFICAS PARA LOS REGLAMENTOS DE DC DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (ÚNICAMENTE)

## APÉNDICE A

### SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (ÚNICAMENTE)

#### DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECÍFICAS PARA LAS REGULACIONES DE DC

##### **PROPÓSITO:**

El propósito de este APÉNDICE consiste en enunciar las disposiciones adicionales que son aplicables al Sibley Memorial Hospital para el cumplimiento de los requisitos de atención de salud no compensada del Distrito de Columbia, que se describen en el Título 22, Capítulo 44 de los Reglamentos Municipales de DC. Para aquellos pacientes que no cumplan con los criterios de elegibilidad para la atención de salud no compensada, Sibley Memorial Hospital (SMH) proporcionará asistencia financiera a través de la aplicación de ajustes de escala móvil a los cargos totales, de conformidad con 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 44 del Reglamento Municipal del Distrito de Columbia, Título 22 "Provisión de atención no compensada."

En ningún caso SMH negará los servicios de emergencia a ninguna persona apoyándose en el argumento de que la persona no pueda 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 juicio razonable del personal médico correspondiente, dicha medida sea clínicamente adecuada y sea lo más conveniente para el paciente y el hospital.

SMH proporcionará Atención no compensada a las personas elegibles de conformidad con la Sección 4400.2 del Capítulo 44 del Reglamento Municipal del Distrito de Columbia, Título 22, "Provisión de atención no compensada". La atención de salud no compensada que se prestará se basará en estas normas u obligaciones contractuales entre Sibley y el Gobierno del Distrito de Columbia, cualquiera que sea la norma que aporte el valor en dólares más alto

La atención de salud no compensada se define en la ley que rige el certificado de necesidades (Código DC 44-401 en la sección de definiciones). La ley define Atención no compensada como el costo de aquellos servicios de atención de salud por cuya prestación el centro de atención de salud no recibe pago alguno. El término "Atención no compensada" incluye deudas incobrables y atención caritativa, pero no incluye asignaciones contractuales.

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

Atención caritativa significa aquellos servicios 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 los servicios para los que se haya determinado que fueron causados por, o categorizados como, deuda incobrable.

##### **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, en el marco de póliza(a) de una compañía de seguros o programa gubernamental que actúe como tercero;

**Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECIFICAS PARA LOS REGLAMENTOS DE DC DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (ÚNICAMENTE)**

2. Tiene un ingreso anual individual o familiar que no sea superior al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL); 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) los ingresos individuales o familiares de la persona, según corresponda, durante los tres (3) meses anteriores a la Solicitud de atención de salud no compensada; o
2. Usando el monto de los ingresos reales de la persona o de la familia, según corresponda, durante los doce (12) meses anteriores a la Solicitud de atención no compensada.

### **MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS**

Los montos generalmente facturados a las personas con seguro (AGB, Amounts Generally Billed, por sus siglas en inglés) se calcularán usando el "método de actualización" que se define como todas las reclamaciones de atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios que hayan sido pagados en su totalidad al hospital por Medicare y conjuntamente por todas las aseguradoras de salud privadas como los principales pagadores de estas reclamaciones, en cada caso teniendo en cuenta los montos pagados al hospital en forma de coseguro o deducibles. SMH calculará el o los porcentajes de AGB al menos anualmente revisando todas las reclamaciones pagadas en su totalidad durante el período anterior de 12 meses. Una vez determinado, los porcentajes de AGB se implementarán a más tardar 45 días después del final de un período de 12 meses.

No se espera que las personas elegibles para asistencia financiera paguen, por la atención de emergencia u otros cuidados de la salud médicamente necesarios, montos que superen a los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubra dicha atención.

### **REQUISITO ANUAL DE LA ATENCIÓN NO COMPENSADA**

A los efectos de esta política y del APÉNDICE, en SMH la Atención no compensada que deba prestarse se calculará de la siguiente manera: Nivel de cumplimiento anual:

1. Un monto no inferior a tres (3%) por ciento de los gastos operativos anuales de SMH, menos el monto de los reembolsos que reciba en virtud de los Títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid y Medicare), sin tener en cuenta las asignaciones contractuales. Además, SMH cumplirá con las obligaciones de atención no compensada exigidas de conformidad con la Ley en un CON anterior.
2. Si en cualquier ejercicio fiscal SMH no cumple con su obligación anual de atención no compensada, entonces se esforzará por proporcionar atención no compensada en un monto suficiente para compensar el déficit en un año o años posteriores, de conformidad con un plan de cumplimiento aprobado por la Agencia de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado (en lo adelante SHPDA) pero a más tardar tres (3) años después del año en que se produjera el déficit.
3. Si SMH proporciona atención no compensada durante un año fiscal en un monto que exceda 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 ser elegible para un crédito, se debe haber proporcionado un valor excedentario en dólares por encima del nivel de cumplimiento anual, de conformidad con los requisitos de este capítulo.

### **DETERMINACION 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 atención de salud. El aviso se entregará en persona al momento en que se solicite un servicio de atención de salud, o por correo ordinario, a la dirección que haya indicado la persona que solicite el servicio. Si la persona no está disponible para recibir una notificación en persona y no ha indicado una dirección, SMH podrá publicar en sus instalaciones, en un lugar visible, un aviso en el sentido de que el estatus de elegibilidad de la persona está disponible en la oficina administrativa de Sibley.
  1. El Vicepresidente Senior / Director Financiero tiene la responsabilidad de implementar esta política. Preparará un plan de asignaciones que cumpla con los requisitos del reglamento y supervisará su aplicación. El Vicepresidente Senior / Director Financiero preparará un informe para la SHPDA en el plazo de 120 días posteriores al cierre de cada año fiscal.

**Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECIFICAS PARA LOS REGLAMENTOS DE DC DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (ÚNICAMENTE)**

Los documentos que respalden la determinación de Sibley se pondrán a disposición del público y se reportarán a la SHPDA. Tales documentos serán conservados por el Vicepresidente Senior / Director Financiero durante un período de cinco (5) años contados a partir de la fecha de la última anotación para un año fiscal determinado. El Presidente y el Tesorero de la Junta serán informados periódicamente sobre el cumplimiento de la política por parte de Sibley.

2. Si se presenta una solicitud antes de la provisión 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 de darse de alta para un servicio de hospitalización. Si la aplicación es presentada después de que un servicio ambulatorio es 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, la notificación de la determinación se hará en un plazo de 5 días a partir de la siguiente reunión programada del Comité de Asistencia Comunitaria. SMH podrá 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 de elegibilidad por escrito para recibir Atención no compensada se presentará sin demora al solicitante. Cada determinación de elegibilidad para Atención no compensada deberá incluir las siguientes declaraciones:
  1. Que SMH proveerá, o proveerá con condiciones, o no proveerá atención no compensada;
  2. Que no habrá ningún cobro 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 de salud no compensada;
  6. La fecha en la que se prestaron o se prestarán los servicios; y
  7. La razón de la negación de la atención, si es aplicable.

**AVISO PUBLICADO DE LA OBLIGACIÓN DE BRINDAR ATENCIÓN NO COMPENSADA:**

Antes del comienzo de su año fiscal, SMH publicará un aviso de disponibilidad de su obligación de proveer atención no compensada en un periódico de circulación general en el Distrito de Columbia. Sibley también presentará una copia de dicho aviso a la SHPDA. El Vicepresidente Senior / Director Financiero tiene la responsabilidad de la publicación y presentación de este aviso. El aviso incluirá:

1. El valor en dólares de la atención no compensada que SMH pretende poner a disposición durante el año fiscal o una declaración en el sentido de que SMH proveerá 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 la cantidad de atención no compensada que SMH se propone poner a disposición y el nivel de cumplimiento anual para Sibley, si lo hubiere; y
3. Una declaración que indique si SMH ha satisfecho todas las obligaciones de atención no compensada pendientes de períodos de reporte previos, o una declaración que indique que, durante un período específico, satisfará cualquier obligación pendiente.

**ANUNCIO PUBLICADO DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN NO COMPENSADA:**

También se colocará a la vista un aviso que anuncie la disponibilidad de atención no compensada en los sitios de registro de pacientes, en el Departamento de Admisiones, en la Oficina Comercial y en el Departamento de Emergencias. SMH publicará el siguiente aviso:

1. “En virtud de la ley del Distrito de Columbia, este proveedor de atención de la salud debe poner sus servicios a disposición de todas las personas de la comunidad. Este proveedor de servicios de la salud no puede 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, origen de sus ingresos o lugar de residencia o trabajo, o porque una persona esté amparada por un programa como Medicare o Medicaid.
2. “Este proveedor de servicios de la salud debe 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 servicios sin cargo alguno o con cargo reducido. Si cree que le han negado servicios o no se le ha considerado para tratamiento sin cargo alguno o con cargo reducido sin una buena razón, comuníquese con la Oficina de Admisión o con la Oficina comercial de este proveedor de atención de salud y llame a la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de Salud (State Health Planning and Development Agency) a través del Centro de Llamadas de la Ciudad al 202-727-1000.

Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECIFICAS PARA LOS REGLAMENTOS DE DC DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (ÚNICAMENTE)

3. “Si desea presentar una queja, están disponibles formularios en la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de 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 considere 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 a nombre propio o a nombre de un tercero. SMH proveerá este aviso por escrito antes de prestar los servicios, excepto cuando la naturaleza de la emergencia de los servicios haga impráctico dar el aviso previo. En situaciones de emergencia, SMH proveerá el aviso por escrito al paciente tan pronto como sea posible, o al pariente más cercano. Dicha notificación se dará a más tardar cuando se presente la primera factura de servicios. Esta notificación individual por escrito proporcionará lo siguiente:

1. En el marco de la ley del Distrito de Columbia, este proveedor de servicios de la salud debe poner a disposición sus servicios a todas las personas de la comunidad. Este proveedor de servicios de la salud no puede 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, origen de sus ingresos o lugar de residencia o trabajo, o porque una persona esté amparada por un programa como Medicare o Medicaid.
2. “Este proveedor de servicios de la salud debe 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 servicios sin cargo alguno o con cargo reducido. Si cree que le han negado servicios o no se le ha considerado para tratamiento sin cargo alguno o con cargo reducido sin una buena razón, comuníquese con la Oficina de Admisión o con la Oficina comercial de este proveedor de atención de salud y llame a la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de 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, están disponibles formularios en la Agencia Estatal de Planificación y Desarrollo de Salud.”

Este aviso también incluirá un resumen de los criterios de elegibilidad de Sibley para la atención no compensada, la ubicación del consultorio en el que cualquier persona que busque atención no compensada podrá solicitarla, y establecerá que Sibley tomará una determinación por escrito con respecto a si la persona recibirá o no atención no compensada y la fecha o el período dentro del cual se tomará la determinación.

**DEFINICIÓN DE LA COMUNIDAD DE SMH:**

SMH pone a disposición sus servicios, incluyendo los servicios obligatorios en virtud de los requisitos de atención no compensada del Distrito de Columbia "a todas las personas de la comunidad". La comunidad se extiende a aquellas personas que vivan o trabajen en el área de servicio del hospital o que requieran servicios de emergencia mientras visitan el área de servicio. Específicamente se excluyen del Programa de Asistencia Comunitaria a aquellas personas que soliciten servicios electivos y que claramente residan fuera del área de servicio del hospital. El área de servicio del hospital 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 podrá exigir al solicitante que presente documentación que demuestre que cumple con la definición de comunidad del hospital.

**REFERENCIAS:**

Reglamentos Municipales de DC Título 22 Secciones 4404,4405, y 4406