



<u>Manual:</u> Administrativo	<u>Sección:</u> Finanzas
<u>Título:</u> Política de ayuda económica	<u>Número:</u> FIN.10

I. Política

Es política de Good Shepherd prestar servicios de atención médica a todos los pacientes aptos desde el punto de vista médico que los soliciten, independientemente de su capacidad de pago de los servicios. Esto incluye tanto a los pacientes sin seguro como a aquellos con cobertura insuficiente.

De acuerdo con la misión y los valores de la red Good Shepherd Rehabilitation Network (GSRN) y Post-Acute Partners, LLC de Filadelfia, que opera bajo el nombre de Good Shepherd Penn Partners Specialty Hospital at Rittenhouse (GSPP), es política de Good Shepherd prestar atención médicamente necesaria a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago de los servicios. Esta política está diseñada para cumplir con los requisitos relativos a la atención de caridad y la ayuda económica de la Ley Antitabaco de Pensilvania; de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos; del boletín 01-10-24 de Medicaid de los servicios humanos y de salud de Pensilvania sobre el Programa de atención hospitalaria no remunerada y los Planes de atención de caridad; y de las Pautas sobre atención de caridad y ayuda económica de The Hospital & Healthsystem Association of Pennsylvania para los hospitales de Pensilvania. La presente Política de ayuda económica se aplica a todas las personas que soliciten participar en el proceso de evaluación de su capacidad de pago de los servicios de Good Shepherd. La Política de atención de caridad de Good Shepherd incorpora los siguientes principios:

Las personas sin seguro nunca deben pagar un monto superior al monto generalmente facturado (AGB) por atención médicamente necesaria. El AGB se determina en función del pago promedio de las aseguradoras privadas más Medicare y el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Pensilvania. Las personas deben cooperar con Good Shepherd en el proceso de solicitud de seguro, asistencia del gobierno u otra fuente de pago.

Las personas sin seguro con ingresos anuales familiares inferiores al 200 % de las pautas federales de pobreza se tendrán en cuenta para la atención de caridad. Good Shepherd empleará las pautas federales de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

La Oficina de Acceso de Pacientes hará todo lo posible para verificar si hay alguna cobertura de seguro disponible para los servicios. Cuando un paciente no tenga cobertura o tenga cobertura limitada para la atención, la Oficina de Acceso de Pacientes identificará de manera prospectiva la elegibilidad para la prestación de atención de caridad.

Los factores que se utilizan para determinar la elegibilidad incluyen lo siguiente:

Fuentes de ingresos	Información demográfica
Gastos de subsistencia	Necesidades de atención médica continua
Otros activos/pasivos personales	

Por lo general, el paciente calificará de manera automática si sus ingresos son inferiores al 200 % del nivel actual de pobreza federalmente establecido.

II. Definición/Propósito/Pautas prácticas:

Monto generalmente facturado (AGB): El AGB es el monto promedio pagado por todas las aseguradoras médicas privadas y Medicare por servicios médicamente necesarios para los pacientes. Good Shepherd utiliza el “método retrospectivo” tal como se lo define en la Sección 501(r) (5) (b) (1) del Código de Impuestos Internos. Good Shepherd limitará los montos cobrados al AGB, como máximo, por atención médicamente necesaria provista a personas elegibles para recibir ayuda conforme a esta política. El AGB del año fiscal 2016 para la red GSRN es del 32 % de los cargos brutos, y el AGB para GSPP es del 25 %. El AGB se actualizará anualmente tras la aprobación de los estados financieros auditados del último año fiscal completo.

Coseguro: Pago que exige el plan de beneficios al paciente para que este comparta la responsabilidad económica. Por ejemplo, si la aseguradora paga el 80 % de un monto aprobado, el coseguro es del 20 %. Las fórmulas de coseguro varían de un plan a otro.

Copago: Tarifa fija que paga el paciente cada vez que recibe atención médica. Por ejemplo, el paciente paga \$20 cada vez que visita al médico.

Activos corrientes: Son activos líquidos que se consideran disponibles para el pago de las obligaciones de atención médica. Según se los define en el boletín de Medicaid de PA, los activos corrientes del Programa de atención hospitalaria no remunerada y los Planes de atención de caridad no incluyen a los activos no líquidos como las viviendas, los vehículos, los enseres domésticos, las cuentas individuales de retiro (IRA) y las cuentas 401(k).

Deducible: Monto que debe pagar el paciente todos los años antes de que sea responsable el plan de seguro.

Período de elegibilidad: El período de elegibilidad de los solicitantes de la ayuda económica de Good Shepherd es de 6 meses. Las cuentas abiertas en años anteriores serán elegibles para recibir ayuda económica. Se deberá evaluar la elegibilidad para el Programa de asistencia médica de todo paciente que haya obtenido la aprobación para obtener ayuda económica y reciba servicios como paciente hospitalizado o ambulatorio durante el período de elegibilidad de 6 meses antes de condonar el saldo adeudado. Si los ingresos familiares del paciente cambian durante el período de elegibilidad, la determinación de su ayuda económica puede modificarse.

Ayuda económica: Disminución en el monto que debe pagar el paciente que reduce su responsabilidad a la atención de caridad o el AGB. La ayuda económica está disponible para los pacientes sin seguro que participen en el proceso de evaluación de su capacidad de pago de los servicios y cuyos ingresos familiares sean inferiores al 200 % de las pautas federales de pobreza. La ayuda económica está disponible para los pacientes que tengan seguro con deducibles, copagos, coseguros y obligaciones no cubiertas, y cuyos ingresos familiares sean inferiores al 200 % de las pautas federales de pobreza. A los fines de esta política, los términos “ayuda económica” y “atención de caridad” se utilizan indistintamente.

Dificultad económica o dificultad económica extrema: Se refiere a los pacientes, incluidos aquellos en programas de seguro públicos o privados, cuyos deducibles, copagos, responsabilidades económicas del Programa de asistencia médica, gastos médicos o facturas de Good Shepherd tras haberse recibido el pago por parte de terceros pagadores superan su capacidad de pago. Esto incluiría a los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 200 % de las pautas federales de pobreza y se encuentran en estado de indigencia médica.

Red GSRN: Incluye a todas las entidades de la red Good Shepherd Rehabilitation Network.

GSPP: Incluye a todas las entidades de Good Shepherd Penn Partners Specialty Hospital.

Servicios no cubiertos: Servicios no reembolsados por los seguros de salud, como aquellos que no son médicamente necesarios, siempre que, sin embargo, tales servicios médicamente necesarios no cubiertos sean elegibles para la ayuda económica.

Pacientes con seguro insuficiente: Se refiere a los pacientes, incluidos aquellos en programas de seguro públicos o privados, cuyos deducibles, copagos, responsabilidades económicas del Programa de asistencia médica, gastos médicos o facturas de Good Shepherd tras haberse recibido el pago por parte de un tercero pagador (incluido el ofensor y su aseguradora, si corresponde) constituyen una dificultad económica o una dificultad económica extrema. Las personas que reciben servicios que no son médicamente necesarios no se consideran pacientes con seguro insuficiente.

Pacientes sin seguro: Los pacientes que no tienen seguro de salud no tienen cobertura vigente de ningún programa de terceros pagadores, ni siquiera compensación por accidentes de trabajo o seguro del automóvil, y no tienen expectativas de recuperar daños por parte de terceros en razón de los cargos de Good Shepherd. Esto incluye a las personas cuya cobertura finaliza mientras reciben servicios en Good Shepherd y que son personalmente responsables por la factura. Las personas que reciben servicios que no son médicamente necesarios no se consideran pacientes sin seguro. Las personas que tienen una Cuenta de ahorros de salud o una Cuenta de gastos flexibles no se consideran pacientes sin seguro.

Good Shepherd provee atención médica a todas las personas, independientemente de sus creencias religiosas, edad, raza, sexo, orientación sexual, capacidad física e intelectual, y situación económica.

Por consiguiente, es política de Good Shepherd prestar servicios médicos no remunerados (es decir, atención de caridad) a las personas que hayan demostrado una necesidad que excede el seguro, los recursos personales y los fondos disponibles por medio de programas de financiamiento médico federales, estatales y locales.

III. Disposiciones

A todos los pacientes que indiquen incapacidad para pagar el AGB se los ayudará a solicitar seguro, asistencia del gobierno u otras fuentes de pago, y se evaluará su elegibilidad para recibir ayuda económica conforme a la presente política. Se evaluará a todos los solicitantes sin prejuicios y sin discriminación.

Tanto la elegibilidad para recibir ayuda económica como el monto correspondiente se basan en los ingresos familiares de la persona. En las situaciones en las que el paciente no pueda participar en el proceso de evaluación de su capacidad de pago de los servicios, se considerarán otros factores como prueba de su elegibilidad para recibir ayuda económica. Los siguientes son algunos de estos otros factores: 1) notificación de que la herencia de un paciente fallecido es insuficiente para pagar los servicios; 2) el paciente ha completado una solicitud de Medicaid en la que se indican ingresos y activos corrientes que califican para el Programa de asistencia médica; 3) Good Shepherd tiene pruebas de que el paciente no posee ingresos porque ha estado en prisión; o 4) la historia clínica de Good Shepherd indica que el paciente no puede pagar los servicios. Por ejemplo, la historia clínica indica que el paciente no tiene hogar.

Al determinar si un paciente califica para recibir ayuda económica, se incluirán todas las fuentes de ingresos del paciente y de ingresos familiares de un paciente que califica. Los ingresos incluyen todos los componentes de los ingresos brutos ajustados del paciente y su cónyuge según se define en el formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

El cobro se realizará mediante las prácticas de cobro estándar de Good Shepherd. Las prácticas de cobro de Good Shepherd cumplen con los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y de la Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas.

En los casos de dificultad económica extrema documentada en los que paciente hubiera tenido o tenga ingresos que superen el 200 % de las pautas federales de pobreza y tras la aprobación del director financiero (CFO) y del director de Servicios Financieros para el Paciente, es posible que se acepte un monto inferior al AGB para satisfacer la obligación del paciente. En esta situación especial, se solicitará y considerará la información relativa a los activos y pasivos financieros del paciente.

IV. Procedimiento

Acción

- A. Notificación: Se deberá informar a todos los pacientes la disponibilidad de la atención de caridad de Good Shepherd antes del inicio de su atención.
- B. Descripción de los criterios de elegibilidad: Como administradores responsables de los recursos de atención médica de nuestra comunidad, hemos asumido el compromiso de identificar los recursos económicos disponibles para los pacientes, incluido lo siguiente:
 1. Planes médicos colectivos o individuales
 2. Compensación por accidentes de trabajo
 3. Medicare y Medicaid
 4. Seguro del automóvil y otra cobertura de terceros
- C. En las situaciones en las que no haya una cobertura primaria disponible, se considerará la atención de caridad/gratuita para el paciente. Se utilizarán los siguientes criterios:
 1. Los cargos se considerarán como atención de caridad/gratuita para cualquier paciente cuyos ingresos familiares brutos se encuentren en el 200 % de las pautas actuales de pobreza federalmente establecidas o por debajo de dicho nivel.
 2. En el Anexo 1, se utilizará la escala móvil derivada de las pautas federales de pobreza y la cantidad de integrantes de la familia a fin de determinar la elegibilidad para recibir atención de caridad/gratuita.
 3. Atención de Good Shepherd en casos de catástrofe: En circunstancias únicas en las que un paciente sufra una dificultad económica significativa o una pérdida económica personal, independientemente de sus ingresos, la administración revisará las solicitudes de atención de caridad.
- D. Pautas de aprobación: Cada caso y cada descuento por atención de caridad/gratuita propuesto deberá ser revisado y aprobado por el vicepresidente de Finanzas sénior/director financiero y el director de Servicios Financieros para el Paciente.
- E. Proceso de determinación de la elegibilidad/identificación de los pacientes que pueden recibir atención de caridad:
 1. Durante el proceso de registro o previo al registro, las áreas de Acceso de Pacientes verificarán el seguro del paciente y concluirán si hay cobertura adecuada o si existe la posibilidad de que reciba atención de caridad.
 2. Se emitirá una solicitud de atención de caridad para determinar la situación económica personal de cada paciente (consulte la Solicitud de ayuda económica adjunta).
 3. Determinación definitiva: Puede considerarse la prestación de atención de caridad/gratuita en función de la revisión inicial de la situación económica personal del paciente. El director de Servicios Financieros para el Paciente puede autorizar esto.
- F. Los formularios, las instrucciones y la solicitud por escrito correspondientes a la atención de caridad se le deben entregar al paciente cuando este lo solicite, cuando se indique la necesidad o cuando la evaluación económica indique la posible necesidad. Todas las solicitudes, ya sea que las haya presentado el paciente o el hospital, deben ir acompañadas por la documentación necesaria para verificar la información incluida en

ellas. Puede aceptarse el siguiente tipo de documentación a los fines de la verificación:

1. Comprobantes de retención W-2 de todos los empleos del período que sea relevante
2. Recibos de nómina de todos los empleos del período que sea relevante
3. Declaración de impuestos sobre los ingresos del último año calendario presentado
4. Formularios que documenten la aprobación o denegación de la elegibilidad para el Programa de asistencia médica
5. Formularios que documenten la aprobación o denegación de compensaciones por desempleo
6. Declaraciones por escrito de empleadores o agencias de bienestar

G. Se evaluarán los activos del paciente o el garante para garantizar que el solicitante cumpla con todos los requisitos obligatorios de la atención de caridad.

H. Es posible que a los pacientes que soliciten atención en Good Shepherd tras una situación de catástrofe se les exija suministrar documentación adicional según las circunstancias individuales. Podrían solicitarse uno o varios de los siguientes tipos de documentación:

1. Comprobante de gastos médicos
2. Facturas de farmacia
3. Atención médica obtenida fuera del entorno hospitalario
4. Suministros médicos

I. Se les solicitará a los pacientes que suministren documentación que verifique la no elegibilidad para el Programa de asistencia médica. Durante el período de solicitud inicial, es posible que el hospital busque otras fuentes de financiamiento, incluido el Programa de asistencia médica.

J. Los ingresos se anualizarán desde la fecha de la solicitud en función de la documentación provista y la información verbal brindada por el paciente. El proceso de anualización será determinado por el hospital, y tomará en cuenta el empleo de temporada y los aumentos y las disminuciones temporales en los ingresos.

K. Plazos para la determinación definitiva y apelaciones: El hospital deberá realizar una determinación definitiva en el plazo de catorce (14) días desde la recepción de todos los documentos solicitados para tal fin.

L. Denegaciones: Las denegaciones se realizarán por escrito e incluirán instrucciones para presentar apelaciones o una solicitud de reconsideración de la siguiente manera:

1. El paciente o garante puede apelar la determinación de elegibilidad para recibir atención de caridad presentando una verificación adicional de los ingresos o la cantidad de integrantes de la familia ante el director de Servicios Financieros para el Paciente en el plazo de catorce (14) días desde la recepción de la notificación.
2. Todas las apelaciones serán revisadas por el director de Servicios Financieros para el Paciente o el vicepresidente de Finanzas sénior/CFO. Si esta determinación ratifica las denegaciones previas de atención de caridad, se enviará una notificación por escrito al paciente o garante.

M. Documentación y registros

1. Confidencialidad: Se preservará la confidencialidad de toda la información relativa a la solicitud. Las copias de los documentos que respaldan la solicitud se conservarán con los formularios de solicitud.
 - a. Los documentos relativos a la atención de caridad se conservarán por siete (7) años.
2. Notificación pública: La Política de atención de caridad de Good Shepherd se hará pública en su sitio web y mediante el uso de anuncios, documentación por escrito y explicación verbal en el momento del registro.

N. Mecanismos de control y presentación de informes

1. El director de Servicios Financieros para el Paciente y el vicepresidente de Finanzas sénior/CFO desarrollarán, publicarán y revisarán los formularios, las instrucciones y los procedimientos necesarios para la planificación financiera, la elaboración del presupuesto y la presentación de informes que exige esta política.
2. El director general (CEO) revisará la presente declaración de la política del hospital y el nivel de compromiso financiero mínimo con las personas de bajos recursos al menos una vez por año.

O. Cobros

1. Todas las personas registradas como pacientes sin seguro recibirán un resumen del FAP junto con la factura. Además, el estado de cuenta mostrará el monto neto facturado por los servicios prestados, así como el pago esperado o AGB. El cobro de todos los saldos pendientes se realizará mediante las prácticas de cobro estándar de Good Shepherd, que incluyen lo siguiente:
 - A. Ciclo de facturación de 30 días con un total de 4 facturas enviadas al paciente.
 - B. Los saldos en las cuentas que no estén incluidos en un plan de pago o que no se paguen en su totalidad una vez transcurrido el ciclo de facturación de 120 días se enviarán a un abogado o a una agencia de cobro.
 - C. Los saldos que no se paguen al abogado o a la agencia de cobro se reenviarán a la agencia de informes crediticios para su tratamiento.
 - D. La solicitud de ayuda económica puede completarse en cualquier momento durante el proceso de cobro, y se tendrá en cuenta para su aprobación.

Es política de Good Shepherd solicitar el pago de los saldos a los pacientes que puedan pagar los servicios. Los procedimientos de cobro se aplicarán de manera sistemática y justa para todos los pacientes. Todos los procedimientos de cobro cumplirán con las leyes pertinentes y con la misión de Good Shepherd. Estos procedimientos de cobro pueden incluir cartas para solicitar pagos, llamadas telefónicas para solicitar la resolución de un saldo o cartas para comunicar que la cuenta podría enviarse a un abogado o a una agencia de cobro. En ciertos casos, es posible que Good Shepherd autorice al abogado a entablar acciones legales contra un paciente y, de conformidad con las leyes de Pensilvania, contra su cónyuge, para cobrar un saldo pendiente. Tales acciones legales podrían acabar en un juicio contra el paciente y, en las circunstancias que correspondan, contra su cónyuge.

V. Aprobaciones necesarias:

VI. Firmas obligatorias:

Vicepresidente de Finanzas sénior/CFO

Presidente/CEO

VII. Responsable de la política:

En coordinación con:

VIII. Referencias:

The Hospital & Healthsystem Association of Pennsylvania (HAP)
Pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos
Pautas de Hill/Burton publicadas el 18 de febrero de 2005, Registro Federal

IX. Políticas relacionadas:

X. Fechas:

Fecha de creación: 03/01/03

Fecha de corrección/revisión actual: 06/2016

Fecha de la última corrección/revisión: 05/05

Lista de políticas archivadas, reemplazadas o combinadas y fecha: Registro Federal; 02/2003, 02/13/05, 02/18/05, junio de 2016

Nombre del archivo: (Atención de caridad)