

Vigente desde: 01/2018

Propietario Colette Lasack:

Aprobado 01/2023

VP, Operaciones del ciclo de ingresos

Última revisión 08/2022

Área

Próxima revisión 01/2024

Administración fiscal

Aplicabilidad

THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM

UKHS: Campus de Great Bend - Clínicas/ UKHS: Campus de Great Bend - Hospital/TUKHS División de Kansas City

Etiquetas

Ciclo de ingresos, ciclo de ingresos

Asistencia financiera

ALCANCE:

Esta Política de asistencia financiera (FAP) se aplica a todos los pacientes que reciben servicios médicamente necesarios en The University of Kansas Health System y que cumplen con ciertas pautas financieras. Pero la prestación de atención caritativa y la asistencia financiera no obligan al Sistema de salud a proporcionar atención continua, a menos que los servicios y el apoyo sean exclusivos de nuestra organización. El Sistema de salud atenderá las necesidades de atención médica de emergencia de los pacientes que acuden al Departamento de Emergencia del Sistema de salud, independientemente de su capacidad de pagar la atención.

Los servicios cubiertos por esta política incluyen:

- A. Servicios médicos de emergencia proporcionados en el departamento de emergencia
- B. Servicios para una afección que, si no se trata adecuadamente, podría llevar a un cambio grave en el estado de salud de una persona
- C. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno aparte del departamento de emergencia
- D. Servicios médicamente necesarios, lo que incluye el estándar de atención, servicios como parte de un ensayo de investigación que califique, evaluados caso a caso

Las exclusiones a esta política incluyen:

- A. Pacientes que reciben atención de un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC);
- B. Pacientes que reciben servicios relacionados con trasplantes;
- C. Pacientes que no sean ciudadanos estadounidenses o extranjeros con residencia permanente, excepto aquellos con necesidades de atención médica de emergencia que no sean servicios relacionados con trasplantes.
- D. Pacientes que reciben procedimientos experimentales y de investigación
- E. Pacientes que llegan al Sistema de salud de manera electiva con un pagador fuera de la red o no contratado
- F. Tecnología/servicios recién introducidos, evaluados caso por caso

PROPÓSITO:

En la ausencia de una cobertura de atención médica universal y financiamiento adecuado, los sistemas de salud equilibran la necesidad de la persona de asistencia financiera y la viabilidad fiscal más amplia del sistema de salud.

Esta política establece el marco mediante el cual el Sistema de salud cumple su mandato legal y continúa su tradición histórica de atención a los ciudadanos médicamente indigentes de Kansas. Además, esta política brindará la orientación necesaria para ayudar a los pacientes que, de otro modo, no tienen la capacidad de pagar completamente la atención médica

necesaria según lo prescrito por su médico.

La asistencia financiera proporcionada por el Sistema de salud no es un sustituto de responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del Sistema de salud para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y cuando puedan, se espera que todos los solicitantes de asistencia financiera contribuyan al costo de su atención.

DEFINICIONES:

- A. **Asistencia financiera:** servicios de atención médica que se han brindado o que se brindarán pero que nunca se espera que resulten en dinero en efectivo. La asistencia financiera es el resultado de la política de un proveedor para brindar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que cumplan con los criterios financieros establecidos.
- B. **Sin seguro:** el paciente no tiene asistencia de terceros para ayudar con la responsabilidad financiera de los servicios médicos
- C. **Seguro insuficiente:** el paciente tiene algún tipo de asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que superan su capacidad de pago
- D. **Servicios médicamente necesarios:** servicios que son razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- E. **Ingreso familiar:** definido por la Oficina del Censo, lo que incluye:
 - 1. Ingresos, compensación por desempleo, compensación del trabajador, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos de veteranos, prestaciones de sobrevivientes, pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia fuera del hogar y otras fuentes diversas
 - 2. Los beneficios que no sean en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan
 - 3. Determinado sobre una base antes de impuestos

4. Excluye ganancias o pérdidas de capital.
 5. Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia (los que no son familiares, como los compañeros de casa, no cuentan)
- F. Cargos brutos:** cargos totales a las tarifas establecidas en la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos
- G. Condiciones médicas de emergencia:** definidas en el sentido del artículo 1867 de la Ley de Seguro Social (42.U.S.C. 1395dd).
- H. Descuento de pago particular:** descuento aplicado a los montos adeudados de los pacientes por servicios no asegurados.
- I. Extranjero:** cualquier persona que no sea ciudadano o nacional (una persona que debe lealtad permanente a un estado) de los Estados Unidos.
- J. Sistema de salud:** The University of Kansas Health System
- K. Pautas Federales de Pobreza:** en febrero de cada año, el Gobierno Federal publica un nivel oficial de ingresos para la pobreza denominado Pautas Federales de Pobreza (FPG). Los niveles de beneficios de muchos programas de asistencia para personas de bajos ingresos se basan en estas cifras de pobreza. Para los fines de esta política, el Sistema de salud utilizará las Pautas Federales de Pobreza que se emiten cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Para ver la tabla de pautas para el año actual, consulte el Anexo.
- L. Pacientes financieramente indigentes:** los pacientes que (1) no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y (2) cuyos ingresos brutos son del 0 % al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza, se conocen como pacientes financieramente indigentes.
- M. Pacientes médicamente indigentes:** los pacientes que (1) no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y (2) cuyas responsabilidades médicas incurridas que se deben al sistema de salud son iguales o superiores al 50 % de su ingreso anual bruto, se conocen como pacientes médicamente indigentes.
- N. Pacientes fuera de la red:** los pacientes que (1) tienen cobertura de seguro para la que no hay un beneficio pagadero fuera de la red, (2) que fueron avisados antes de recibir los servicios que su compañía de seguros requiere que los servicios se proporcionen en un centro de atención médica diferente al Sistema de salud, y (3) que de todas maneras eligen recibir los servicios en el Sistema de salud a sabiendas de que serán responsables de todos los gastos resultantes de tal elección fuera de la red, se conocen como pacientes fuera de la red.
- O. Extranjero no residente:** un individuo con permiso otorgado por el gobierno de los Estados Unidos para ingresar a los Estados Unidos de forma temporal como no inmigrante para fines que incluyen turismo, negocios, educación, atención médica o empleo temporal.
- P. Residente extranjero permanente:** un extranjero admitido en los Estados Unidos como residente permanente legal. Un extranjero ilegal que ingresó a los Estados Unidos sin inspección no es un residente permanente. A los residentes permanentes legales se les otorga legalmente el privilegio de residir permanentemente en Estados Unidos.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Elegibilidad

La asistencia financiera se aplica únicamente a la responsabilidad del paciente, incluidos, entre otros, deducibles, copagos y coseguros, según determine el plan del paciente de acuerdo con los beneficios del plan de salud del paciente y las leyes estatales y federales aplicables, incluida la ley federal "Sin sorpresas". El otorgamiento de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estatus social, la orientación sexual o la afiliación religiosa. Las personas que no deseen recibir los beneficios de Medicare que califiquen para estos (por ejemplo, mayores de 65 años de edad), deben presentar un formulario 4029 del IRS completado. La elegibilidad para la asistencia financiera está determinada por el ingreso familiar, los activos y el tamaño de la familia del paciente. Los servicios elegibles bajo esta política se pondrán a disposición del paciente en una escala móvil de acuerdo con la necesidad financiera, según se determine en referencia a las FPG vigentes al momento de la determinación. Un paciente debe ser financieramente indigente o médicamente indigente en el momento de la solicitud. El descuento de asistencia financiera se basa en una escala móvil de entre 0 - 300 % de las FPG para el año en curso, de la siguiente manera:

Consideraciones adicionales:

- A. Nada en esta Política prohibirá al Sistema de salud de ofrecer descuentos adicionales o asistencia financiera más favorable que la establecida anteriormente según las circunstancias.
- B. Un paciente debe haber cumplido con todas las solicitudes de información de seguros, de modo que la falta de respuesta a las solicitudes de información de su compañía de seguros no es la razón de la falta de cobertura de los servicios que se solicitan a través de la FAP.
- C. Un paciente debe recibir servicios médicamente necesarios (por ejemplo, la elegibilidad no está disponible para servicios electivos, como cirugía estética). En general, las pautas de cobertura reflejarán las pautas de cobertura de Medicare.
- D. Los pacientes cuyo ingreso familiar supere el 300 % del FPG pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso según sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción del Sistema de salud.
- E. Tenga en cuenta que se harán modificaciones a los descuentos previamente realizados si existieran datos nuevos que indiquen que la información en la que se basó anteriormente era imprecisa.
- F. El Sistema de salud prestará asistencia financiera/caritativa a pacientes que reciban los servicios a través de un programa de indigencia de la comunidad (por ejemplo, WyJo Care, OB Package) con el cual el Sistema de salud haya celebrado un contrato de participación donde los servicios se prestarán como caridad, y también a pacientes víctimas de agresión sexual. Dicha participación es un criterio del Sistema de salud con estos programas de indigencia de la comunidad y también la decisión de prestar atención caritativa a las víctimas de agresión sexual.
- G. Los servicios que se definen y procesan por programas estatales/de Medicaid/de Medicare/de Sobra como un beneficio no cubierto (por ejemplo, códigos de remito 96, 204 o 256) pueden considerarse servicios caritativos por parte del Sistema de salud ya que esos programas estatales definen tales servicios como a cargo del paciente cuando no están cubiertos por el programa estatal según el cual se pagan los beneficios. El Sistema de salud también prestará asistencia financiera/caritativa cuando el programa estatal niegue la cobertura del servicio debido a que los días en el hospital excedan la cantidad de días definidos por el estado para los que proporcionan cobertura.
- H. Un paciente asegurado al que se le niegue la cobertura por haber agotado los servicios, por afecciones preexistentes, servicios que se consideren no cubiertos y por la responsabilidad legal del paciente por parte de la compañía de seguros/pagador o un asegurador que no tenga un contrato con el hospital que se niegue a pagar puede ser elegible para recibir asistencia financiera como se describe en las Secciones B y D indicadas a continuación y que se consideren seguro insuficiente.

Métodos por los cuales los pacientes pueden solicitar asistencia financiera

Las solicitudes de asistencia financiera se pueden hacer comunicándose con el departamento de Servicio al cliente por teléfono, correo electrónico, fax o correspondencia escrita o visitando el Departamento de servicios financieros para pacientes. The University of Kansas Health System requiere que se vuelva a solicitar la asistencia financiera o se hagan nuevas evaluaciones para determinar la necesidad de asistencia financiera cada 180 días. Para los casos de emergencia, la determinación de FAP se hará solo después de haber completado las exploraciones y evaluaciones médicas.

La necesidad de asistencia financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que implican la evaluación individual de la necesidad de asistencia financiera y puede:

- A. Incluir un proceso de solicitud, en el cual el paciente o el garante del paciente deben cooperar y presentar información personal, financiera y otra información y documentación relevante para determinar la necesidad de asistencia financiera, inclusive, entre otras:
 - 1. El solicitante debe entregar a los asesores financieros una copia de la declaración más reciente de impuesto a la renta federal del solicitante como se presentó (incluida una copia de los formularios W-2 del solicitante) o, si corresponde, verificación escrita de una agencia de bienestar público u otra agencia que certifique el estado de ingresos del solicitante.
 - 2. El solicitante debe entregar a los asesores financieros copias de los dos recibos de sueldo más recientes (es decir, talones de cheques).
 - 3. Los asesores financieros pueden obtener un informe crediticio para el solicitante.
- B. Incluir el uso de fuentes de datos públicamente disponibles y externas que den información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante del paciente (como calificación crediticia);
- C. Incluir los esfuerzos razonables del Sistema de salud para explorar fuentes de pago y cobertura alternativas y adecuadas de programas de pago públicos y privados, y asistir a los pacientes a solicitar tales programas;
- D. Tomar en cuenta los activos disponibles del paciente y demás recursos financieros disponibles para el paciente; y
- E. Incluir una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente para los servicios previamente prestados y los antecedentes de pagos del paciente

Cargos cobrados a los pacientes

Para los pacientes que no tienen seguro, el descuento de asistencia financiera se aplica a los cargos brutos por los servicios elegibles después de descontar primero el descuento por pago particular. En ningún caso se facturan los cargos brutos a un paciente que tiene asistencia financiera, sin un descuento correspondiente.

Elegibilidad presunta para asistencia financiera

Aparte de la evaluación de una solicitud formal de asistencia financiera descrita en (B) anteriormente, los pacientes pueden también considerarse elegibles para recibir asistencia financiera basándose en la evidencia proporcionada a través del uso de una herramienta de evaluación de un tercero. Se revisa la elegibilidad presunta para asistencia financiera para las cuentas sin seguro antes de calificar como deuda incobrable. La elegibilidad presunta para asistencia financiera solo está disponible para pacientes que no sean de Medicare únicamente. Los pacientes de Medicare no son elegibles y no se considerarán para la elegibilidad presunta para asistencia financiera.

Para calificar para un ajuste total o parcial conforme a la elegibilidad presunta para asistencia financiera, el paciente debe tener un nivel de pobreza federal no mayor al 300%. El nivel de pobreza federal se obtiene de la herramienta de evaluación de terceros y las cuentas que cumplen el criterio del estándar se ajustan al porcentaje basado en la escala móvil. Los ajustes de elegibilidad presunta para asistencia financiera se hacen en el saldo restante de la cuenta después de aplicar el descuento al pago particular a los cargos brutos.

La información obtenida de la herramienta de evaluación de terceros verificará el estado financiero del paciente y se puede usar como la fuente de documentación única para hacer la determinación de elegibilidad de asistencia financiera.

Relación con las políticas de cobranza

Después de otorgar la aprobación por el 100 % de la asistencia financiera, cesarán todos los esfuerzos para cobrar relacionados con ese monto. El Sistema de salud no trasladará ninguna cuenta con el 100 % de asistencia financiera aprobada a una agencia de cobranza ni la informará a una agencia crediticia. Se aplicarán los esfuerzos de cobranza normales a los saldos restantes después de aplicar todos los descuentos.

El Sistema de salud no impondrá esfuerzos de cobranza extraordinarios como el embargo de salarios, embargo sobre residencias primarias u otras acciones legales para ningún paciente sin primero hacer los esfuerzos razonables para determinar si es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política.

Comunicación del programa de asistencia financiera para pacientes y dentro de la comunidad

El Sistema de salud pondrá a disposición del público cómo acceder a la asistencia financiera. Los métodos para proporcionar esta información de asistencia financiera pueden incluir:

- A. Colocar letreros, información o folletos en los lugares adecuados del Sistema de salud (por ejemplo, el departamento de emergencias, áreas de registro organizadas, áreas de admisión de pacientes hospitalarios o ambulatorios, y la oficina comercial) indicando que el Sistema de salud ofrece asistencia financiera y describiendo cómo obtener más información sobre el programa.
- B. Colocar una nota con la factura y los estados de cuenta describiendo cómo solicitar información sobre la asistencia financiera.
- C. La información sobre el programa de asistencia financiera puede encontrarla en los estados de cuentas de facturación de los pacientes, el sitio web de The University of Kansas Health System o si visita los Servicios financieros para pacientes.

La remisión de los pacientes para la asistencia financiera puede hacerla cualquier miembro del personal del Sistema de salud o personal médico, lo que incluye, entre otros, médicos, enfermeros, asesores comerciales, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. Las solicitudes de asistencia financiera pueden hacerlas los pacientes, familiares, amigos cercanos o socios del paciente, de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables.

Las solicitudes para la asistencia financiera se responderán de manera rápida por escrito antes de los 14 días de recibida la solicitud completada correspondiente. Si se aprueba, la respuesta indicará la cantidad de asistencia financiera proporcionada y el saldo restante, si hubiera.

Excepciones

Para las excepciones, se puede solicitar documentación que compruebe tener dificultades para recibir asistencia financiera y se revisará caso a caso.

Requisitos normativos

El Sistema de salud cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos locales, estatales y federales que puedan aplicar a las actividades realizadas de acuerdo con esta política.

REFERENCIAS:

Esta sección se dejó en blanco intencionalmente.

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS:

Formulario de evaluación financiera de atención caritativa

REVISADO/APROBADO POR:

- Vicepresidente - Ciclo de ingresos, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Director - Admisión de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Gerente asesor financiero, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Director - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Director asistente - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Director - Ciclo de ingresos de médicos, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Controlador del Sistema de salud, Grupo de trabajo de autorización financiera
- Director - Servicios de ciclo de ingresos compartidos, Grupo de trabajo de autorización financiera

ANEXO A:

Consulte a continuación la tabla de las Pautas Federales de Pobreza actuales:

University of Kansas Health System

Pautas Federales de Pobreza para la asistencia financiera

	Pautas Federales de Pobreza (FPG) de 2023 para los 48 estados contiguos (los ingresos son montos brutos/antes de los impuestos)				
	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
1	\$ 14,580	\$ 21,870	\$ 29,160	\$ 36,450	\$ 43,740
2	\$ 19,720	\$ 29,580	\$ 39,440	\$ 49,300	\$ 59,160
3	\$ 24,860	\$ 37,290	\$ 49,720	\$ 62,150	\$ 74,580
4	\$ 30,000	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000	\$ 90,000
5	\$ 35,140	\$ 52,710	\$ 70,280	\$ 87,850	\$ 105,420
6	\$ 40,280	\$ 60,420	\$ 80,560	\$ 100,700	\$ 120,840

7	\$ 45,420	\$ 68,130	\$ 90,840	\$ 113,550	\$ 136,260
8	\$ 50,560	\$ 75,840	\$ 101,120	\$ 126,400	\$ 151,680
Descuento de asistencia financiera basado en el rango de las FPG					
Rango de las FPG	0 - 200 %		201 - 250 %	251 - 300 %	
Descuento de asistencia financiera	100 %		50 %	25 %	

ANEXO B:

Si el solicitante es elegible para la FAP (como se describe en esta política), la reducción o renuncia de los montos será autorizada por las personas del Sistema de salud adecuadas:

- A. Personal \$0.00 – \$2,999.99
- B. Gerente \$3,000.00 – \$74,999.99
- C. Director \$75,000.00 – \$174,999.99
- D. Vicepresidente \$175,000.00 y más

Adjuntos

[2023 Federal Poverty Level Guidelines.pdf](#)

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Autorizador	Fecha
	Jennifer Palmer: Administradora de la Política del Sistema de salud	01/2023
	Douglas Gaston: SVP y director financiero	01/2023
	Colette Lasack: VP, Operaciones del ciclo de ingresos	01/2023