

# Bienvenida



**COLORADO**

Department of Health Care  
Policy & Financing

## Orden del día de la reunión

Tema	Hora
Bienvenida y repaso de fechas clave	5 min
¿Qué establece la ley HB 21-1198?	55 min
Información general sobre las normativas, los formularios y las tarifas del Departamento	55 min
Recordatorio de fechas clave	5 min

Para obtener más información sobre la ley HB 21-1198 Atención con descuento en hospitales visite:

- Página web: <https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care>
- Correo electrónico: [HCPF\\_HospDiscountCare@state.co.us](mailto:HCPF_HospDiscountCare@state.co.us)

# Fechas clave



- Presentación del proyecto de reglamento el 1 de marzo de 2022
- Reunión de la Junta de Servicios Médicos el 11 de marzo de 2022
- Sesión pública de revisión de la normativa el 21 de marzo de 2022
- Normativa final de la Junta de Servicios Médicos (MSB) el 8 de abril de 2022

Para obtener más información sobre la ley HB 21-1198 Atención con descuento en hospitales visite:

- Página web: <https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care>
- Correo electrónico: [HCPF\\_HospDiscountCare@state.co.us](mailto:HCPF_HospDiscountCare@state.co.us)

# Ley HB 21-1198

¿Qué establece la ley?

# ¿Qué establece la Ley? (1 de 5)

- Amplía los requisitos para la prestación de atención con descuento a los pacientes sin seguro y exige a los centros de asistencia sanitaria que examinen a un paciente sin seguro, si lo solicita.
- Se aplica a todos los hospitales generales de cuidados intensivos y a los hospitales rurales (también llamados "de acceso crítico"), a todos los servicios de urgencias gratuitos y a todos los profesionales sanitarios autorizados que trabajen en esos ámbitos
- Establece que los centros de asistencia sanitaria y los profesionales sanitarios autorizados no podrán negar la atención con descuento alegando que un paciente no solicitó ningún programa de prestaciones públicas ni negar el ingreso ni el tratamiento de un paciente porque carezca de seguro médico, pueda tener derecho a una cobertura con descuento, requiera tratamiento prolongado o tenga una factura médica impaga.

# ¿Qué establece la Ley? (2 de 5)

- Exige que los centros de asistencia sanitaria publiquen información sobre los derechos de los pacientes en el marco de la ley HB 21-1198 en las salas de espera de los pacientes, en la página web del centro de asistencia sanitaria y en el estado de cuentas de facturación del paciente, y que la información esté disponible en su lengua materna antes de que el paciente reciba el alta hospitalaria
- Exige que los centros de asistencia sanitaria comuniquen los datos al Departamento de Política y Financiamiento de la Atención Médica (HCPF) a fin de evaluar el cumplimiento de las prácticas de detección, atención con descuento, plan de pago y cobro por raza, origen étnico, edad y lengua materna
  - El Departamento deberá evaluar periódicamente el cumplimiento de las normas y notificar al centro de asistencia sanitaria o al profesional sanitario autorizado si no se cumplen
  - El centro de asistencia sanitaria o el profesional sanitario autorizado disponen de 90 días para presentar un plan de medidas correctivas al Departamento, y pueden solicitar hasta 120 días

# ¿Qué establece la Ley? (3 de 5)

- Exige a los prestadores que pongan un límite a las facturas de los pacientes con bajos ingresos:
  - el 4 % del ingreso familiar mensual del paciente en la factura del centro de asistencia sanitaria
  - el 2 % del ingreso familiar mensual del paciente en la factura de cada profesional sanitario autorizado que facture por separado al hospital
- Establece límites en los planes de pago
  - Se considera que la factura del paciente está pagada en su totalidad después del pago acumulado de 36 meses
- Establece la normativa referente a cuándo se puede remitir a los pacientes a los servicios de cobro
- No ofrece financiación a los centros de asistencia sanitaria para la puesta en marcha
- La atención con descuento en hospitales comienza el 1 de junio de 2022

# ¿Qué establece la Ley? (4 de 5)

Exige que el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica:

- Establezca los derechos del paciente a fin de que la ley HB 21-1198 se aplique a todos los centros de asistencia sanitaria y a los profesionales sanitarios autorizados
- Proyecte un proceso de selección y solicitud único y uniforme para todos los centros de asistencia sanitaria, que incluya el establecimiento de requisitos de conservación de documentos
- Defina una metodología que todos los centros de asistencia sanitaria deben utilizar para determinar el ingreso familiar mensual y que no debe tener en cuenta los bienes del paciente
- Identifique los documentos necesarios para determinar la elegibilidad según los ingresos para recibir atención con descuento, con la información mínima.
- Alinee los procesos de calificación de elegibilidad y de apelación del Programa de Atención a Indigentes de Colorado con la atención con descuento en hospitales



# ¿Qué establece la Ley? (5 de 5)

Exige que el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica:

- Defina un procedimiento de apelación de los pacientes en relación con la elegibilidad para la atención con descuento en hospitales
- Establezca un procedimiento para que los pacientes presenten una queja en relación con el incumplimiento al Departamento por teléfono, correo postal o en línea/por correo electrónico
  - El Departamento deberá efectuar la revisión en el plazo de 30 días a partir de la recepción de la queja
- Identifique las medidas que debe tomar un centro de asistencia sanitaria o un profesional sanitario autorizado antes de remitir a un paciente al servicio de cobro de deudas
- Fije anualmente las tarifas para la atención con descuento, limitadas a la tarifa más alta de Medicare o Medicaid
- Divulgue las normas antes del 1 de abril de 2022 y celebre al menos una reunión con las partes interesadas



**¿Preguntas?**

# **HB 21-1198: Normativas, formularios y tarifas del Departamento**

# Derechos del paciente

Los centros de asistencia sanitaria están obligados a exhibir los derechos del paciente (redactados por el Departamento):

- En las salas de espera de los pacientes,
- En un lugar visible de la página web del hospital,
- En la factura del paciente, y
- Poner la información a disposición del paciente antes de que reciba el alta hospitalaria en el idioma materno del paciente o del tutor

# Requisitos de elegibilidad

- Pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 250 % del nivel federal de pobreza
- Los pacientes no necesitan ser residentes legales ni de Colorado para poder optar a la atención con descuento en hospitales

# Exámenes de detección

Los centros de asistencia sanitaria están obligados a:

- Efectuar exámenes de detección a los pacientes de todas las opciones de asistencia sanitaria pública adecuadas (Health First Colorado, Emergency Medicaid, CHP+, Medicare) y otros programas que ofrecen descuentos (CICP, atención con descuento en hospitales, etc.)
  - Se debe examinar a los pacientes asegurados si solicitan un examen de detección
- Se deben utilizar las preguntas/el formulario de exámenes de detección que proporciona el Departamento

# Los pacientes sin seguro pueden optar por prescindir de los exámenes de detección

- Los centros de asistencia sanitaria están obligados a utilizar el formulario de exclusión voluntaria de los exámenes de detección redactado por el Departamento en el caso de todos los pacientes sin seguro médico que no deseen someterse a exámenes de detección
  - El formulario se deberá conservar archivado durante los seis años de ejercicio fiscal del estado posteriores a la fecha de su firma
- Los pacientes tienen derecho a solicitar un examen de detección en una fecha posterior, incluso si firmaron un formulario de exclusión voluntaria

# Solicitud

Los centros de asistencia sanitaria están obligados a:

- Utilizar la solicitud estandarizada elaborada por el Departamento
- Utilizar el método basado en el ingreso familiar que establece el Departamento
- Utilizar la documentación mínima que establece el Departamento
- Conservar las solicitudes archivadas durante seis años de ejercicio fiscal del estado



# Aviso de resolución

- En el plazo de 14 días a partir de la presentación de toda la documentación necesaria por parte del paciente, el centro de asistencia sanitaria debe notificar al paciente la resolución adoptada por el hospital en relación con la elegibilidad del paciente
  - La notificación debe incluir información sobre cómo apelar la decisión
  - La notificación se debe redactar en el idioma de preferencia del paciente



**¿Preguntas?**

# Tarifas de atención con descuento en hospitales (1 de 3)

- Las tarifas definidas por el Departamento "deben aproximarse y **no ser inferiores** al cien por ciento de la tarifa de **Medicare** o al cien por ciento de la **tarifa básica de Medicaid**".
- Los centros de asistencia sanitaria y los profesionales sanitarios no podrán facturar por encima de las tarifas que establece el Departamento
- Las tarifas se fijarán anualmente
- Las tarifas se publicarán en la página web del Departamento

# Tarifas de atención con descuento en hospitales (2 de 3)

- Tarifas para pacientes hospitalizados:
  - Tarifa básica del centro de Medicaid comparada con la tarifa básica del centro de Medicare
- Tarifas para pacientes ambulatorios:
  - Tarifa básica del centro de Medicaid comparada con la tarifa básica de procedimientos de Medicare
- Tarifas profesionales:
  - Tarifa básica de procedimientos de Medicaid comparada con la tarifa básica de procedimientos de Medicare

# Tarifas de atención con descuento en hospitales (3 de 3)

- Límites para el pago:
  - "El cuatro por ciento del ingreso familiar mensual bruto del paciente en la factura de un centro de asistencia sanitaria"
  - "El dos por ciento del ingreso familiar mensual bruto del paciente en la factura de **cada** profesional sanitario autorizado"
  - Se considera que la factura está totalmente pagada después de tener "treinta y seis meses acumulados" de pagos



**¿Preguntas?**

# Planes de pago (1 de 2)

- A los pacientes con derecho a recibir atención con descuento en hospitales se les deben ofrecer planes de pago de las facturas médicas
- Las cuotas mensuales tienen un límite
  - El 4 % del ingreso familiar mensual para gastos del centro de asistencia sanitaria
  - El 2 % del ingreso familiar mensual del paciente para cada profesional sanitario autorizado que facture por separado al hospital

# Planes de pago (2 de 2)

- Los planes de pago pueden ser de 36 meses como máximo
- Se considera que las facturas del paciente están pagadas en su totalidad después del pago acumulado de 36 meses



# Cobros

Antes de ceder las deudas de un paciente a una agencia de cobros o a un agente de compra de deudas, o antes de emprender cualquier medida extraordinaria para el cobro, los centros de asistencia sanitaria y los profesionales sanitarios autorizados deben:

- Comprobar la elegibilidad de los pacientes para recibir la cobertura de asistencia sanitaria pública y los programas de descuento, según lo dispuesto por la ley y la normativa
- Facturar a cualquier tercero pagador que sea responsable de proveer cobertura sanitaria al paciente, ya sea dentro o fuera de la red
- Dar a los pacientes una explicación en lenguaje sencillo de su factura e informarles de las posibles acciones para el cobro



**¿Preguntas?**

# Recursos de apelación

- Los centros de asistencia sanitaria deben informar a los pacientes de su derecho a apelar la decisión sobre elegibilidad
- Los pacientes tienen 30 días calendario a partir de la fecha de la notificación de la decisión para apelar
- Los centros de asistencia sanitaria tienen 15 días a partir de la fecha de la apelación del paciente para volver a determinar la elegibilidad
- Los pacientes pueden presentar un recurso de apelación ante el Departamento en el plazo de 15 días a partir de la notificación de la nueva resolución

# Quejas

- Los centros de asistencia sanitaria y los profesionales sanitarios autorizados deben informar a los pacientes que pueden presentar una queja directamente al Departamento y facilitar a los pacientes el correo electrónico, el número de teléfono y la dirección postal del Departamento

# Requisitos de información (1 de 2)

- A partir de junio de 2023, los centros de asistencia sanitaria deberán informar al Departamento con respecto a la atención con descuento en hospitales
- Los datos deben estar desglosados por raza, origen étnico, edad e idioma materno.

# Requisitos de información (2 de 2)

Los centros de asistencia sanitaria deben informar sobre:

- La cantidad de exámenes de detección efectuados, la cantidad de formularios de rechazo firmados y la cantidad de solicitudes procesadas
- La cantidad de planes de pago creados, la cantidad de planes de pago concluidos, la cantidad de cuentas remitidas a cobranzas y cuántas de ellas correspondieron a pacientes que rechazaron el examen o no completaron el proceso de solicitud frente a los que incumplieron los planes de pago establecidos
- Otra información sobre los pacientes que reúnen los requisitos, según lo determine el Departamento

# Medidas correctivas (1 de 2)

- El Departamento evaluará periódicamente los centros de asistencia sanitaria y los profesionales sanitarios autorizados para garantizar el cumplimiento
  - Si el Departamento comprueba que no cumplen con los requisitos, el Departamento notificará al centro de asistencia sanitaria o al profesional sanitario
- Los centros de asistencia sanitaria o los profesionales sanitarios autorizados tienen 90 días para presentar un plan de medidas correctivas que incluya medidas para informar al paciente sobre el incumplimiento y ofrecer una reparación económica

# Medidas correctivas (2 de 2)

- El Departamento puede exigir a un centro de asistencia sanitaria o a un profesional sanitario que no cumpla con sus obligaciones que adopte un plan de medidas correctivas hasta que el Departamento determine que cumple con sus obligaciones
- Si el Departamento determina que el incumplimiento del centro de asistencia sanitaria o del profesional sanitario es deliberado o premeditado, o si hay un patrón reiterado de incumplimiento, el Departamento puede imponer una multa
  - La multa máxima puede llegar a ser de hasta 5000 dólares por semana
  - El Departamento pondrá a disposición del público la información sobre el incumplimiento



## Recordatorio: Fechas clave

- Presentación del proyecto de reglamento el 1 de marzo de 2022
- Reunión de la Junta de Servicios Médicos el 11 de marzo de 2022
- Sesión pública de revisión de la normativa el 21 de marzo de 2022
- Normativa final de la Junta de Servicios Médicos (MSB) el 8 de abril de 2022

Para obtener más información sobre la ley 21-1198 Atención con descuento en hospitales visite:

- Página web: <https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care>
- Correo electrónico: [HCPF\\_HospDiscountCare@state.co.us](mailto:HCPF_HospDiscountCare@state.co.us)



# ¿Preguntas?

Para obtener más información sobre la ley 21-1198 Atención con descuento en hospitales visite:

- Página web: <https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care>
- Correo electrónico: [HCPF\\_HospDiscountCare@state.co.us](mailto:HCPF_HospDiscountCare@state.co.us)