

Pagos por servicios relacionados con COVID-19 proporcionados a pacientes sin seguro de acuerdo con el fondo de ayuda para proveedores

A continuación, se ofrece una descripción general del reembolso de reclamos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) por pruebas y tratamiento a proveedores y centros de atención médica que prestan servicios al Programa para Personas Sin Seguro (el Programa), y se resumen nuestro análisis e interpretación de algunos términos y condiciones clave asociados con el Programa. Los términos y condiciones para la parte de la prueba de COVID-19 del Programa se pueden encontrar [aquí](#), y los términos y condiciones relacionados con la parte del tratamiento de COVID-19, [aquí](#). (Colectivamente nos referiremos a estos como los "Términos del programa").¹

En general, si bien algunos de los términos parecen ambiguos, no creemos que ninguno de los términos del Programa sea lo suficientemente preocupante como para que se aconseje a los centros de salud que no se inscriban ni finalmente participen en el Programa, especialmente dadas las circunstancias financieras actuales en las que se encuentran la mayoría de los centros de salud.

I. Descripción general del Programa

Los fondos del Programa para cubrir el tratamiento de la COVID-19 para los no asegurados son una de varias "asignaciones específicas" que el HHS tiene la intención de hacer bajo el Fondo de Ayuda para Proveedores, una asignación de \$100 mil millones autorizada en la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus ("CARES").² Los fondos del Programa para reembolsar las pruebas de COVID-19 para los no asegurados se obtienen en parte de \$1 mil millones asignados al HHS para este propósito en la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus.³

La Administración de Recursos y Servicios de Salud del HHS (HRSA), que delegó contractualmente algunas responsabilidades en UnitedHealth Group, está administrando el Programa. El 27 de abril, la HRSA publicó una guía informativa sobre el programa que aborda lo siguiente. La HRSA publicó una hoja informativa, [COVID-19, reembolso de reclamos a proveedores de atención médica y centros para pruebas y tratamiento de personas sin seguro](#); así como un documento adjunto, [Preguntas frecuentes sobre el Fondo de ayuda para proveedores de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus \(CARES\)](#).

¹ Los términos relacionados con el tratamiento y los relacionados con las pruebas son sustancialmente similares. La razón por la que hay dos conjuntos separados de términos y condiciones parece ser que la asignación para la parte de la prueba es de la legislación Las Familias Primero, y la asignación para la parte del tratamiento es de la Ley CARES. La principal diferencia entre los dos conjuntos de términos se relaciona con la definición de "no asegurado". La Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus, Pub. L. 116-127 (18 de marzo de 2020), Título V (que rige la parte de prueba de los fondos) incluía una definición específica del término "no asegurado", mientras que la disposición de la Ley CARES que crea el Fondo de Ayuda para Proveedores de \$100 mil millones (Pub. L. 116-136 (27 de marzo de 2020), Div. B, Título VIII) no.

² Ley CARES, Div. B, Título VIII. En la ley, el fondo se denomina Fondo de Emergencia de Salud Pública y Servicios Sociales.

³ Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus, Pub. L. 116-127 (18 de marzo de 2020), Título V

Las siguientes son algunas características básicas del Programa.

- a. Elegibilidad:** Los proveedores son elegibles para inscribirse en el pago de los servicios relacionados con la COVID para los no asegurados bajo el Programa si "han realizado pruebas de COVID-19 o han proporcionado tratamiento para personas sin seguro con COVID-19 a partir del 4 febrero de 2020." Los proveedores que están en la lista de personas/entidades excluidas del HHS o que CMS ha revocado su inscripción en Medicare no son elegibles para recibir fondos. No vemos ninguna indicación de que los proveedores deban estar inscritos en Medicare para poder recibir los fondos.
- b. Servicios:** El Programa pagará las "pruebas de calificación para COVID-19". Esto incluye visitas relacionadas con las pruebas que tienen lugar en un consultorio, atención de urgencia o sala de emergencias, o por medio de telesalud, así como la recolección de muestras, diagnóstico y pruebas de anticuerpos. En cuanto al tratamiento relacionado con la COVID-19, el Programa pagará lo siguiente, cuando la COVID-19 es el diagnóstico primario: visitas al consultorio (incluso a través de telesalud); atención y encuentros en otros entornos (sala de emergencias, hospitalización, consulta externa/observación, centro de enfermería especializada, instalaciones de cuidados intensivos a largo plazo (LTAC), salud en el hogar, equipo médico duradero (incluidos ventiladores y oxígeno); transporte en ambulancia terrestre de emergencia y no emergencia; y, una vez que estén disponibles, medicamentos aprobados por la FDA para la COVID-19. El Programa no cubrirá ningún servicio que normalmente no esté cubierto por Medicare ni ningún servicio (excepto ciertos servicios para mujeres embarazadas) cuando la COVID-19 no es el diagnóstico primario.
- c. Importe de pago:** HHS establece que los proveedores serán "reembolsados generalmente a las tarifas de Medicare, sujeto a los fondos disponibles". HHS además declara: "El reembolso se basará en las tarifas programadas de Medicare del año en curso, excepto cuando se indique lo contrario". Como se indica a continuación, ni los materiales informativos ni los términos ni las condiciones especifican el tipo o monto de pago para los centros de salud federalmente calificados (FQHC) bajo el Programa.
- d. Registrarse como proveedor del programa:** Según lo descrito por HRSA (reembolso de reclamos COVID-19 a médicos, y centros para pruebas y tratamiento de personas no aseguradas), los pasos necesarios para recibir el pago implicarán "inscribirse como proveedor participante, verificar la elegibilidad del paciente, enviar información del paciente, enviar reclamos y recibir el pago mediante depósito directo". En cuanto a "verificar la elegibilidad del paciente", los proveedores deben certificar que han confirmado que el paciente no tiene seguro (es decir, que el paciente no tiene un seguro individual o patrocinado por el empleador y "ningún otro pagador reembolsará [al proveedor] por prueba o atención de la COVID-19 para ese paciente"); y que acuerdan aceptar el reembolso del Programa como pago total y no facturar al paciente.

- e. **Revisión y auditoría posteriores a la reclamación:** Los proveedores deben aceptar los términos y condiciones del programa (consulte a continuación para analizar algunos términos clave) y reconocer que pueden estar sujetos a una revisión de auditoría posterior al reembolso. En particular, el HHS declara que todas las reclamaciones presentadas son finales y "no se aceptarán facturas provisionales ni reclamaciones corregidas"; esto es diferente de las políticas estándar de Medicare, donde las reclamaciones pueden corregirse después de la presentación. Todas las reclamaciones deben presentarse electrónicamente.
- f. **Fecha de vigencia:** Si bien los documentos del HHS no especifican claramente la fecha de vigencia del Programa con respecto a la cobertura de servicios ambulatorios, nos parece que el HHS tiene la intención de cubrir los servicios prestados a partir del 4 de febrero de 2020.
- g. **Plazos:** HHS permitió a los proveedores comenzar a inscribirse en el programa el lunes 27 de abril. HRSA y UnitedHealth Group comenzaron a brindar asistencia técnica el miércoles 29 de abril. HHS declara: "Los proveedores pueden comenzar a presentar reclamaciones el 6 de mayo y pueden esperar recibir reembolsos a mediados de mayo".

II. Análisis de términos y condiciones clave

Los proveedores deben aceptar numerosos términos y condiciones para poder participar en el Programa. La ley exige algunos términos y el HHS ha agregado otros de forma independiente.⁴⁴ Antes de presentar las reclamaciones (que comienza el 6 de mayo de 2020), los centros de salud deben revisar cuidadosamente los requisitos del Programa, así como todo el documento de términos y condiciones, para evaluar la potencial participación en el Programa. En particular, es importante que los centros de salud revisen los siguientes términos, ya que pueden tener implicaciones operativas:

a. Relación con otras fuentes de financiamiento

El cuarto punto en cada uno de los términos del Programa requiere que los destinatarios de los pagos del Programa certifiquen (1) que no utilizarán los pagos para reembolsar gastos o pérdidas que hayan sido reembolsados de otras fuentes o que otras fuentes estén obligadas a reembolsar; (2) que reembolsarán al Fondo de Ayuda para Proveedores si posteriormente reciben un pago que duplica los pagos del Fondo; y (3) que "no incluirán los costos por los cuales se recibió el Pago [en virtud del Programa] en los informes de costos ni buscarán el reembolso de la atención médica no compensada a través de programas federales o estatales por artículos o servicios por los cuales se recibió el Pago".

Bajo el cuarto término, los destinatarios deben certificar que renunciarán al "reembolso de atención médica no compensada a través de programas federales o estatales por artículos o servicios por los cuales se recibió el Pago". Un término posterior requiere que los destinatarios consideren que el pago del Programa "es el pago total de dicha atención o tratamiento".

⁴ Ley CARES, Div. B, Título VIII.

A diferencia de otros proveedores, muchos centros de salud han recibido múltiples fuentes de financiación en virtud de las diversas disposiciones legislativas de la COVID-19, incluida la Ley CARES, para apoyar la prestación de servicios relacionados con la COVID. Como tal, es importante que los centros de salud rindan cuentas por separado de todos los fondos gastados para cubrir los costos directos e indirectos de la prestación de servicios relacionados con la COVID para garantizar que no se reclamen los mismos costos en más de una fuente de financiamiento. Por el contrario, las diferentes fuentes de financiamiento e ingresos deben gastarse para que se complementen entre sí. Esto es particularmente importante cuando se considera que los costos asociados con la provisión de pruebas y tratamiento de la COVID-19 para personas sin seguro a menudo van más allá del alcance de los servicios clínicos y pueden incluir costos de instalaciones y tecnología (por ejemplo, equipos de telesalud; costos asociados con sitios de pruebas temporales).

Como se señaló anteriormente, el término del cuarto punto también requiere que los destinatarios de los pagos del Programa certifiquen que "no incluirán los costos por los cuales se recibió el Pago en los informes de costos". Los centros de salud generalmente informan sobre los costos de Medicare/Medicaid y todos los costos permitidos (independientemente del tipo de cobertura del paciente) relacionados con los tipos de servicios/actividades que cubre el programa correspondiente. Todas las actividades relacionadas con las pruebas y el tratamiento de la COVID-19 se incluirían en los informes de costos de Medicare y (según corresponda) de Medicaid FQHC; sin embargo, solo los costos atribuibles al programa relevante se cargan a ese programa, a través de un mecanismo de asignación como las visitas. En particular, desde la implementación del sistema de pago prospectivo (PPS) de Medicare FQHC, el informe de costos de Medicare es la base para el pago de solo una cantidad limitada de actividades clínicas. Creemos que la referencia a la omisión de costos en los informes de costos probablemente fue simplemente una redacción desleal, y no tuvo la intención de afectar las obligaciones de informes de costos de FQHC de Medicare y Medicaid de los centros de salud (si corresponde).

b. Método e importe del pago del proveedor de FQHC según el programa

El undécimo término del Programa establece: "El Secretario reembolsará al Destinatario en general al 100 por ciento de las tarifas de Medicare (incluidas las cantidades que se habrían debido al proveedor como costo compartido del paciente) por los artículos y servicios que el Demandado proporcionó a las personas sin seguro para las cuales el Beneficiario presenta reclamaciones al Fondo de ayuda".

La información difundida por HRSA y United Health Care (a la que HRSA ha delegado contractualmente algunas funciones del Programa) proporciona detalles sobre el pago de ciertos tipos de proveedores específicos, pero no enumera los FQHC. Por lo tanto, en este momento no está claro si los FQHC pueden inscribirse en el programa como Centros y si pueden facturar los servicios cubiertos a la tarifa PPS de FQHC (siempre que los servicios/encuentros tengan códigos de calificación); o si, en cambio, los FQHC se pagarían en una tarifa fija por servicios profesionales y de laboratorio (de manera similar a los grupos de médicos inscritos en la Parte B de Medicare).

Tenga en cuenta que es posible que, en algunos casos, el PPS de FQHC no sea el método más beneficioso de pago del Programa. Si la mayoría de la actividad clínica que el Programa probablemente cubriría para un centro de salud determinado (por ejemplo, las pruebas que generalmente no se administran en el contexto de una visita al proveedor principal) no es elegible para el encuentro, entonces una metodología de tarifa puede de hecho producir un mayor pago. Por lo tanto, es posible que, en el caso de algunos centros de salud, el pago de la Lista de honorarios de médicos de la Parte B sea de hecho más ventajoso que el pago de PPS bajo este Programa.

c. Requisitos de gestión financiera y retención de registros

El noveno término del Programa requiere que los destinatarios de los pagos del Programa cumplan con varias disposiciones de 45 C.F.R. Parte 75, que incluye gestión financiera y retención y acceso a registros. Estas disposiciones de responsabilidad son similares a las incluidas en la concesión de subvenciones de los centros de salud. Como se señaló anteriormente, dadas las múltiples fuentes de financiación proporcionadas a los centros de salud en virtud de las diversas disposiciones legislativas relacionadas con la COVID-19, es importante que los centros de salud tengan en cuenta cada fuente de financiación de acuerdo con sus términos y condiciones particulares. Además, los registros de los centros de salud con respecto al Programa deben ser claros acerca de la distinción a los fines de las auditorías anuales de los centros de salud según la Orientación Uniforme, etc.

d. No ciudadanos indocumentados

Algunos centros de salud han preguntado si los no ciudadanos indocumentados pueden calificar como "individuos sin seguro" cuyas pruebas y tratamiento de la COVID-19 pueden ser pagados por el Programa (consulte el primer término de la lista). Si bien no vemos ninguna prohibición expresa de incluir a los no ciudadanos indocumentados, creemos que, en la práctica, sería peligroso que los centros de salud facturaran al Programa por las pruebas y el tratamiento brindado a esta población. La orientación operativa de HRSA requiere que los participantes del Programa verifiquen la elegibilidad de los pacientes (es decir, su estado no asegurado) y proporcionen información sobre los pacientes al HHS. La detección y la divulgación de información sobre pacientes indocumentados podría colocar a esos pacientes en una posición vulnerable.

e. Prohibición de facturar a personas sin seguro

El duodécimo término de la lista establece: "El Beneficiario certifica que no participará en la 'facturación de saldos' ni cobrará ningún tipo de costo compartido por ningún artículo o servicio proporcionado a las Personas sin seguro que reciben atención o tratamiento para un diagnóstico positivo de COVID-19 por el cual el Beneficiario recibe un Pago del Fondo de Ayuda".

Esta disposición implica que los centros de salud no deben aplicar su cronograma de cargos y el cronograma de descuento de tarifas móviles (SFDS) (si corresponde) para determinar el pago directo que deben pagar las personas sin seguro cuyo tratamiento y atención se pagan bajo el Programa, y que el Programa debe considerarse efectivamente como un tercero pagador a los efectos de la aplicación de SFDS. Sin embargo, los términos del Programa no resuelven la cuestión de si, a los fines de los requisitos del programa HRSA, un centro de salud puede considerar efectivamente que las personas cuyo tratamiento se paga bajo el Programa están, por un lado, aseguradas (con un "asegurador" - el Programa - que no impone costos compartidos); o, por otro lado, personas sin seguro y con pago propio para las cuales el centro de salud estaría reduciendo las tarifas aplicables a \$0 (para pacientes que ganan ingresos anuales iguales o inferiores al 100% de las Pautas Federales de Pobreza ("FPG")) o renunciando a tarifas aplicables de forma individualizada (para pacientes que obtienen ingresos anuales superiores al 100% del FPG), a la luz de la disponibilidad de fondos del Programa.

En su última actualización del campo proporcionado el 4 de mayo de 2020, HRSA indicó que publicará Preguntas Frecuentes sobre la intersección del Programa y el centro de salud SFDS. Mientras tanto, los centros de salud que planean inscribirse en el Programa deben revisar sus políticas y procedimientos para reflejar que no tienen la intención de buscar ningún pago de bolsillo de personas sin seguro, que pagan por su cuenta y cuyos servicios de prueba/tratamiento se hayan cobrado al Programa, de conformidad con los requisitos legales, reglamentarios y programáticos del Programa del Centro de Salud que abordan la exención de tarifas.

En relación con esto, los proveedores también deben certificar que devolverán oportunamente a las personas no aseguradas las tarifas cobradas a la persona por la prueba o el tratamiento de la COVID-19, si esa atención se factura al Programa. Es especialmente importante que los centros de salud tengan esto en cuenta si tienen la intención de presentar reclamos al Programa por fechas de servicio retroactivas. Si los centros de salud cobraron tarifas a los pacientes no asegurados por los servicios facturados en última instancia al Programa, entonces las tarifas deben reembolsarse (o, si las tarifas se cobraron, pero no se recaudaron, el cargo debería revertirse en el sistema).