

Oponerse a las decisiones de alta hospitalaria

CANHR es una organización privada sin fines de lucro 501 (c) (3) dedicada a mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de los consumidores de atención a largo plazo en California.

Introducción

Las estancias hospitalarias son momentos difíciles para los pacientes y sus familias, especialmente para aquellos que necesitan atención a largo plazo al momento dado de alta. Cada vez más, las estadías cortas en el hospital representan un tremendo desafío para las familias que tienen que organizar la atención post-hospitalaria muy rápidamente y al mismo tiempo atender la enfermedad y las necesidades emocionales de su ser querido. Los hospitales han requerido deberes para ayudar a los pacientes y sus familias a encontrar y organizar la atención necesaria, sin embargo, algunos lo hacen mejor que otros y estos deberes a menudo se ven comprometidos por el deseo (generalmente financiero) de dar de alta a los pacientes rápidamente. Es posible que descubra que es de vital importancia conocer sus derechos y cómo ejercerlos. Esta hoja informativa describe los requisitos federales y de California para la planificación de descarga segura; Cobertura de Medicare y derechos de apelación; y formas de prevenir una descarga prematura o inapropiada.

Requisitos del Hospital Antes del Traslado a un Centro de Salud

Antes de que un hospital pueda transferir a un paciente a otro centro de salud, el hospital debe hacer arreglos para la admisión con el centro de salud receptor. (22 Cal. Código de Regulaciones. Sección 71717 (f) (1)) El hospital también debe tener una determinación del médico del paciente de que la transferencia no creará un peligro para el paciente. (22 Cal. Código de Regulaciones. Sección 71717 (f) (2)) Además, el hospital debe dar al paciente o a la persona legalmente responsable del paciente un mínimo de 24 horas de anticipación y, si es necesario, asesoramiento para la atención post-hospitalaria. (22 Cal. Código de Reg. Artículo 71717(f)(3); Código de Salud y Seguridad Sección 1262.5 (b))

Los hospitales deben permitir que los pacientes designen a un "cuidador familiar," como un pariente, amigo o vecino, que será notificado cuando se escriba una orden de alta y puede ayudar en la planificación del alta. (Código de Salud y Seguridad Sección 1262.5(d))

Medicare

Durante una estadía en el hospital, los beneficiarios de Medicare tienen derechos importantes para recibir la atención médica que necesitan. Usted tiene estos derechos ya sea que esté inscrito en el plan original de Medicare o en un plan de salud de Medicare.

Los hospitales tienen un fuerte incentivo financiero para dar de alta a los pacientes de Medicare lo más rápido posible. Medicare generalmente paga a los hospitales tarifas planas según el tipo de problema médico que se está tratando. Si el hospital gasta menos dinero en su atención de lo que paga Medicare, obtiene ganancias y viceversa.

Para protegerlo de ser dado de alta demasiado rápido, Medicare le otorga el derecho de apelar las decisiones de alta hospitalaria. También requiere que el hospital proporcione cualquier servicio de planificación de alta que necesite.

Sus Derechos a Medicare

En o cerca de la admisión, un hospital debe darle el [Mensaje Importante de Medicare](#). Este aviso de Medicare explica que usted tiene el derecho:

- Para recibir servicios cubiertos por Medicare, incluidos los servicios hospitalarios necesarios y los servicios que pueda necesitar después del alta, si su médico lo ordena. Usted tiene derecho a conocer estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y saber quién pagará por ella.
- Apelar si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto. El aviso también explica cómo presentar una apelación.

Notificarle Sus Derechos

Para asegurarse de que esté informado sobre sus derechos de alta de manera oportuna, los hospitales generalmente deben darle el Mensaje Importante de Medicare dos veces, una vez al momento de la admisión y otra antes del alta.

El hospital primero debe darle el Aviso Importante de Medicare en o cerca de la admisión, pero a más tardar dos días después de la admisión. En ese momento, debe pedirle que firme y fecha el aviso. El hospital debe darle la copia original del aviso firmado y guardar una copia para sus registros.

Antes de que le den el alta, el hospital debe darle otra copia del Mensaje Importante de Medicare. Debe darle este aviso con la mayor anticipación posible a su alta, pero no más de 2 días antes de la fecha planificada de alta. El segundo aviso no es necesario durante estancias hospitalarias muy cortas si se le dio el aviso original dentro de los dos días posteriores a la fecha de alta planificada.

Si el hospital le da el segundo aviso en la fecha de su alta, debe entregárselo a usted en persona. Sin embargo, si no puede entender el mensaje, el hospital debe entregarlo a su representante y pedirle que él o ella lo firme. Su representante puede ser alguien que tenga la autoridad legal en su nombre, un familiar o un amigo/a cercano/a.

Apelar las Decisiones de Alta Hospitalaria

Su hospital, médico o plan de salud de Medicare le informará de la fecha prevista de alta. Si cree que no está listo para salir del hospital, informe a su médico y al personal del hospital de inmediato sobre sus inquietudes. Pídale a su médico que defienda sus intereses. A veces, los hospitales y los planes de salud presionan a los médicos para que organicen altas rápidas.

Debe solicitar una apelación si sus inquietudes sobre la alta anticipada no se resuelven. **Puede permanecer en el hospital y Medicare continuará cubriendo su estadía mientras presente la apelación antes de que lo den de alta.** Una vez que apele, no tendrá que pagar por los servicios que reciba durante la apelación (excepto por cargos como copagos y deducibles)

Es mejor presentar su apelación en o justo antes de la fecha prevista de aprobación de la gestión. Pida una "Apelación Rápida". Su representante, como un agente legal o un miembro de la familia, puede presentar una apelación en su nombre.

Para presentar su apelación, llame a LIVANTA al 1-877-588-1123. Livanta es una "Organización de Mejora de la Calidad" (QIO), una organización privada que trabaja bajo contrato con Medicare para manejar ciertas apelaciones y otros asuntos. Díglele a Livanta por qué se opone a la descarga planificada y proporcione cualquier información que respalde su apelación. Para obtener más información sobre Livanta o apelaciones, visite [el sitio web de Livanta](http://www.livanta.org).

Después de presentar su apelación, el hospital (o su plan de salud de Medicare) debe darle un Aviso Detallado de alta que explique las razones por las que cree que está listo para ser dado de alta. El hospital enviará una copia de sus registros médicos a Livanta para su revisión.

Estas apelaciones se completan rápidamente. Livanta le notificará a usted y al hospital de su decisión, generalmente dentro de un día después de recibir la información necesaria.

- Si Livanta descubre que usted no está listo para ser dado de alta, Medicare continuará cubriendo su estadía en el hospital.
- Si Livanta descubre que está listo para ser dado de alta, Medicare continuará cubriendo sus servicios hasta el mediodía del día después de que Livanta le notifique su decisión.

Livanta debe notificarle su decisión por teléfono y por escrito. La notificación por escrito describirá opciones adicionales para la apelación.

Servicios de Planificación de Alta Médica

Los hospitales certificados por Medicare deben ayudar a los pacientes a organizar la atención necesaria después del alta. Este servicio, llamado planificación del alta, generalmente es proporcionado por el trabajo social del hospital o el departamento de planificación del alta.

Póngase en contacto con el departamento de planificación de alta tan pronto como sea posible después de la admisión. Hablar sobre la ayuda y la atención se necesitará después del alta. Pida recomendaciones y ayuda para organizar la atención y los servicios necesarios. Solicite una copia de su plan de alta por escrito y busque cambios si es necesario.

Los hospitales certificados por Medicare deben:

- Tener un proceso efectivo de planificación del alta que se centre en los objetivos y las preferencias de tratamiento del paciente e incluya al paciente y sus cuidadores / personas de apoyo como socios activos en la planificación del alta para la atención posterior al alta;
- Identificar, en una etapa temprana de la hospitalización, a los pacientes que necesitan planificación del alta;
- Realizar evaluaciones de planificación del alta para pacientes identificados, así como para otros pacientes a solicitud del paciente, el representante del paciente o el médico del paciente;
- Preparar evaluaciones de planificación del alta de manera oportuna para garantizar que se tomen las disposiciones apropiadas para la atención post-hospitalaria antes del alta;
- Evaluar la necesidad del paciente de servicios después de salir del hospital, como cuidados paliativos, servicios de salud en el hogar y en la comunidad, y determinar su disponibilidad para el paciente;
- Discutir los resultados de la evaluación con el paciente o representante;
- Desarrollar e implementar un plan de alta a solicitud del médico de un paciente;
- Asegurar que los planes de alta sean consistentes con los objetivos y preferencias de tratamiento del paciente y proporcionen una transición efectiva del hospital a la atención posterior al alta;
- Reevaluar y modificar los planes de aprobación de la gestión según sea necesario;
- Transferir o referir al paciente, junto con la información médica necesaria, a instalaciones, agencias o servicios ambulatorios apropiados para la atención de seguimiento, de acuerdo con las necesidades y preferencias del paciente;
- Utilice personal profesional para prestar servicios de planificación del alta.

Estos requisitos se encuentran en el Título 42, Código de Regulaciones Federales, Sección 482.43 y el Título 42, Código de los Estados Unidos, Sección 1395x(ee). Los requisitos adicionales de planificación del alta hospitalaria de California se establecen en las Secciones 1262.5 -1262.6 del Código de Salud y Seguridad de California.

De Altas para Pacientes que Necesitan Atención a Largo Plazo

Si necesita servicios de atención a largo plazo, el hospital debe proporcionarle información de contacto de al menos una agencia u organización pública o sin fines de lucro dedicada a proporcionar información o servicios de referencia a opciones de atención a largo plazo basadas en la comunidad. Esta información debe incluir información de contacto de la agencia del área sobre el envejecimiento que atiende a su condado de residencia, centros locales de vida independiente u otra información apropiada para sus deseos y necesidades. Sección 1262.5(h) del Código de Salud y Seguridad de California.

Además, el hospital debe proporcionar una lista de agencias locales de salud en el hogar, centros de enfermería especializada y otros tipos de proveedores de atención a largo plazo si sus servicios están indicados. El hospital debe identificar las instalaciones y agencias en el área geográfica en la que reside o en un área que usted solicita y respetar sus preferencias siempre que sea posible. Título 42 Código de Regulaciones Federales, Sección 482.43(c).

Usted es libre de elegir instalaciones y agencias de acuerdo con sus preferencias y de la cobertura de salud. Los hospitales deben compartir los datos pertinentes para ayudarlo a tomar decisiones informadas al seleccionar una instalación o una agencia. También deben identificar proveedores de atención médica afiliados, así sabrá si el hospital tiene un interés económico en la derivación. Título 42, Código de Regulaciones Federales, Sección 482.43(a)&(c).

El hospital no puede obligarlo a ir a ninguna instalación en particular y debe, cuando sea posible, respetar las preferencias que usted y su familia expresan. Título 42, Código de Regulaciones Federales, Sección 482.43(c)(2).

Si lo derivan a un centro que tiene un historial de atención deficiente o está demasiado lejos, informe al hospital sus inquietudes. No tiene que ir a una instalación que no pueda satisfacer sus necesidades o que esté lejos. Pídale al hospital que lo ayude a obtener la admisión a instalaciones en el área de su elección que cumplan con sus estándares de atención. Si desea que Medicare o Medi-Cal lo ayuden a pagar su atención, ahora o en el futuro, limite su búsqueda a instalaciones que estén certificadas por estos programas.

El hospital debe permitirle quedarse si necesita servicios de centro de enfermería especializada pero no hay una cama disponible en su área. Medicare cubre las estadías en el hospital hasta que se encuentre una cama de centro de enfermería especializada. Título 42, Código de Regulaciones Federales, Secciones 424.13 y 412.42.

Visite las instalaciones bajo consideración y determine si satisfacen sus necesidades y expectativas. Consulte las hojas informativas de CANHR sobre cómo elegir un hogar de ancianos y cómo elegir un centro de vida asistida si corresponde.

Denegación de una Propuesta de una Dada de Alta

Si no está satisfecho con una colocación de alta propuesta, explique sus inquietudes al personal del hospital, por escrito si es posible. Pida hablar con el Gerente de Riesgos del hospital y hágales saber que no está satisfecho con su plan de alta.

Si un hospital propone un alta inapropiada, usted puede negarse a ir. Aunque no puede permanecer en un hospital indefinidamente, el hospital no puede dar de alta a alguien que necesita atención a largo plazo hasta que organice una atención de seguimiento segura y adecuada. La política estatal de California y algunas ordenanzas locales prohíben a los hospitales dar de alta a sus pacientes a refugios para personas sin hogar o a las calles.

Recuerde, si el hospital está proponiendo transferir al paciente a un centro de salud, como un hogar de ancianos, debe "tener arreglos" hechos para la admisión. Si el paciente deja en claro al centro de salud

receptor que el paciente rechazará la admisión, no firmará un acuerdo de admisión y no pagará ningún servicio, es poco probable que el hospital pueda afirmar que se han hecho los arreglos.

Presentación de Quejas

Llame a Livanta al 1-877-588-1123 sobre quejas del hospital, incluidos problemas de alta y problemas de calidad de la atención.

También puede presentar quejas hospitalarias ante la agencia de licencias de California, el Departamento de Salud Pública de California (CDPH). Para presentar una queja, comuníquese con la oficina de distrito de la División de Licencias y Certificación del CDPH para su área.

Recursos Adicionales

Comuníquese con su oficina local del Programa de Consejería y Defensa del Seguro Médico (HICAP) para obtener ayuda con las inquietudes de Medicare. Llame al 1-800-434-0222 para conectarse automáticamente con la oficina de HICAP en su condado de California o visite el sitio web de California Health Advocates para obtener información sobre Medicare e HICAP en California.

El Center for Medicare Advocacy publica un paquete de autoayuda sobre los derechos de apelación de alta hospitalaria.

También puede comunicarse con Medicare directamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o encontrar recursos en su sitio web en www.medicare.gov.