



POMOC FINANSOWA DLA PACJENTÓW

CEL

Szpital Gottlieb Memorial Hospital (GMH) to wspólnota osób służących innym członkom naszej społeczności w duchu Ewangelii poprzez niesienie pomocy medycznej ze współczuciem i z nastawieniem na wprowadzanie pozytywnych zmian. Zgodnie z naszymi zasadniczymi wartościami, zwłaszcza z zasadą „zaangażowania w pomoc osobom dotkniętym ubóstwem”, otaczamy opieką osoby w potrzebie ze szczególnym uwzględnieniem osób najbardziej bezbronnych, włączając osoby, które nie są w stanie płacić za usługi i osoby dysponujące ograniczonymi środkami, dla których opłacenie kosztów uzyskanej opieki zdrowotnej jest niezwykle trudne. GMH zobowiązuje się do:

- świadczenia wysokiej jakości usług medycznych ze współczuciem, godnością i poszanowaniem pacjentów, w szczególności osób dotkniętych ubóstwem oraz zaniedbanych przez nasze społeczności;
- opieki nad każdą osobą niezależnie od jej zdolności do płacenia za usługi; oraz
- pomocy pacjentom, którzy nie są w stanie zapłacić za część lub całość uzyskanej opieki.

Niniejsza procedura zawierająca wytyczne dotyczące wdrażania towarzyszącej jej polityki pomocy finansowej pozwala zachować równowagę między pomocą finansową a szerszym zakresem odpowiedzialności finansowej i określa wymagania GMH dotyczące pomocy finansowej w zakresie usług lekarskich, opieki w przypadkach nagłych i leczenia po uzyskaniu opieki w przypadkach nagłych, w zależności od tego, co ma zastosowanie.

PROCEDURA

GMH zobowiązuje się ustanowić i utrzymać procedurę pomocy finansowej dla pacjentów (ang. Financial Assistance to Patients, FAP), której zasady przedstawiono poniżej. Procedurę FAP opracowano w odpowiedzi na potrzeby pacjentów związane z pomocą finansową i wsparciem podczas korzystania z usług GMH. Procedura ma zastosowanie do wszystkich kwalifikujących się usług określonych w odpowiednich przepisach stanowych lub federalnych. Uprawnienie do uzyskania pomocy finansowej i wsparcia ze strony GMH jest określone indywidualnie z wykorzystaniem określonych kryteriów i oceniane po ustaleniu potrzeb pacjenta i/lub rodziny w zakresie opieki medycznej oraz ich zasobów finansowych i zobowiązań.

I. Kryteria kwalifikacji do uzyskania pomocy finansowej

- a. Usługi kwalifikujące się do objęcia wsparciem finansowym:
 - i. Wszystkie usługi konieczne ze względów medycznych, w tym usługi medyczne i usługi wsparcia zapewniane przez GMH, kwalifikują się do wsparcia finansowego.
 - ii. Usługi pomocy medycznej w przypadkach nagłych są świadczone na rzecz wszystkich pacjentów zgłaszających się na oddział przypadków nagłych GMH niezależnie od ich zdolności płatniczej. Pacjent uzyskuje taką pomoc medyczną do czasu ustabilizowania się jego stanu, a dopiero potem uzgadniane są warunki płatności.
 - iii. Gottlieb Memorial Hospital i lokalizacje satelickie: Wszystkie opłaty dla lekarzy kwalifikują się do pomocy finansowej i są objęte niniejszą polityką.
 - iv. Tylko opłaty dla określonych lekarzy są objęte niniejszą polityką. Listę lekarzy objętych niniejszą polityką zamieszczono w załączniku.
- b. Usługi niekwalifikujące się do objęcia wsparciem finansowym:
 - i. Usługi kosmetyczne i inne zabiegi planowe oraz usługi, które nie są konieczne ze względów medycznych.
 - ii. Usługi, których GMH nie świadczy lub nie rozlicza (*np.* usługi niezależnych lekarzy, prywatna opieka pielęgniarska, transport ambulansem itp.).
 - iii. Zgodnie z postanowieniami części II niniejszego dokumentu GMH podejmuje aktywne starania, aby pomóc pacjentom w składaniu wniosków do programów publicznych i prywatnych, takich jak Medicare, Medicaid, AllKids, State Children's Health Insurance Program lub do dowolnego innego programu, w przypadku którego istnieje uzasadniona podstawa, aby uznać, że nieubezpieczony pacjent może być uprawniony do uzyskania pomocy, co obejmuje zakup komercyjnego ubezpieczenia na giełdzie ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Exchange) na podstawie ustawy o przystępnej opiece zdrowotnej (Affordable Care Act). GMH może odmówić udzielenia wsparcia finansowego osobom niewspółpracującym w procesie składania wniosków do programów, które mogą umożliwić opłacenie usług opieki zdrowotnej świadczonych na rzecz tych osób.
 - iv. GMH może wykluczyć usługi objęte programem ubezpieczeniowym w placówce innego świadczeniodawcy, które jednak nie są objęte zakresem usług szpitali GMH, po podjęciu starań zmierzających do poinformowania pacjentów o ograniczeniach zakresu programu ubezpieczeniowego oraz pod warunkiem spełnienia zobowiązań nakładanych przez federalną ustawę o opiece medycznej w przypadkach nagłych i aktywnej fazie porodu (Emergency Medical Treatment and

Active Labor Act, EMTALA).

c. Wymagania dotyczące miejsca zamieszkania

- i. GMH zapewnia wsparcie finansowe pacjentom zamieszkałym na obszarach objętych świadczeniem usług i uprawnionym do uzyskania pomocy zgodnie z procedurą FAP GMH.
- ii. Gottlieb Memorial Hospital zapewnia wsparcie w zakresie pomocy finansowej pacjentom kwalifikującym się do tego programu i zamieszkałym w stanie Illinois. GMH zapewnia konieczną pomoc medyczną i leczenie wszystkim pacjentom zgłaszającym się ze stanem pilnym, nagłym lub zagrażającym życiu niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. Jednak GMH nie ma obowiązku zapewniać wsparcia w zakresie pomocy finansowej pacjentom, którzy wymagają takiej opieki i leczenia, ale nie są mieszkańcami stanu Illinois. Pacjenci są zobowiązani do potwierdzenia swojego zamieszkania w stanie Illinois poprzez dostarczenie do GMH ważnej dokumentacji, w tym:
 - ważnego zaświadczenia o dochodach zgodnie z częścią IV;
 - ważnej karty identyfikacyjnej lub prawa jazdy wydanego przez stan Illinois;
 - ostatniego rachunku za media;
 - umowy najmu;
 - dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - karty rejestracji wyborcy;
 - zaświadczenia o adresie pocztowym nieubezpieczonego pacjenta w stanie Illinois uzyskanego z urzędu lub z innego wiarygodnego źródła;
 - oświadczenia członka rodziny nieubezpieczonego pacjenta, który mieszka pod tym samym adresem i okazuje potwierdzenie zamieszkania w stanie Illinois;
 - pisma ze schroniska dla bezdomnych, domu przejściowego lub innej podobnej placówki potwierdzającego, że nieubezpieczony pacjent mieszka w tej placówce.
- iii. W ramach procedury FAP GMH może określić obszary świadczenia usług i włączyć informacje o obszarach świadczenia usług do projektu procedury i do szkoleń. Podstawę weryfikacji zamieszkania w obszarze świadczenia usług stanowi lista kodów pocztowych dostarczanych przez dział planowania strategicznego biura systemu opieki zdrowotnej (System Office), która to lista określa obszary świadczenia usług GMH. GMH weryfikuje obszary świadczenia usług w porozumieniu z lokalnym wydziałem ds. zasiłków społecznych (Community Benefit Department). GMH ustala uprawnienia na podstawie kodu pocztowego głównego miejsca zamieszkania pacjenta.
- iv. GMH zapewnia wsparcie finansowe pacjentom spoza swoich obszarów

świadczenia usług, którzy są uprawnieni do uzyskania pomocy w ramach FAP GMH i którzy zgłaszają się ze stanem pilnym, nagłym lub zagrażającym życiu.

- v. GMH zapewnia wsparcie finansowe pacjentom uznanym za potrzebujących leczenia przez programy lekarskich misji zagranicznych prowadzone przez aktywny personel medyczny, dla których wcześniej uzyskano zatwierdzenie od prezesa GMH lub osoby wyznaczonej.

d. Dokumentacja potrzebna do ustalenia wysokości dochodów

- i. Informacje dostarczone GMH przez pacjenta i/lub rodzinę powinny obejmować dochód z pracy, w tym wynagrodzenia i przychód z samozatrudnienia w ujęciu miesięcznym brutto; dochód niewypracowany, w tym alimenty, świadczenia emerytalne, dywidendy, odsetki i dochody z wszelkich innych źródeł; liczbę osób pozostających na utrzymaniu w gospodarstwie domowym; i inne informacje wymagane we wniosku FAP.
- ii. GMH podaje listę dokumentów pomocniczych, takich jak odcinki wypłaty, zwroty podatków i historia kredytowa wymagane do składania wniosku o pomoc finansową w ramach FAP lub wniosku FAP. GMH nie może odmówić wsparcia finansowego na podstawie pominięcia informacji czy dokumentacji, która nie jest konkretnie wymagana w ramach FAP lub formularza wniosku FAP.
- iii. GMH dostarcza pacjentom, którzy złożyli niekompletny wniosek FAP, pisemne powiadomienie wskazujące dodatkowe informacje i/lub dokumenty, które należy złożyć w ciągu 30 dni od daty pisemnego powiadomienia w celu uzupełnienia wniosku FAP. Powiadomienie zawiera dane kontaktowe na wypadek pytań dotyczących brakujących informacji. GMH może wszcząć nadzwyczajne działania windykacyjne (Extraordinary Collection Activity, ECA), jeśli pacjent nie złoży brakujących informacji i/lub dokumentów w ciągu 30 dni okresu przeznaczonego na ich złożenie, i po upływie co najmniej 120 dni od daty dostarczenia przez GMH pierwszego powypisowego zestawienia rachunków za opiekę. GMH musi rozpatrzyć wniosek FAP, jeśli pacjent dostarczy brakujące informacje/dokumenty, w ciągu 240-dniowego okresu składania wniosku (lub, jeśli później, w ciągu 30-dniowego okresu ponownego składania wniosku).
- iv. Dla celów ustalenia dochodów rodziny pacjenta wymagana jest weryfikacja jednego z niżej wymienionych dokumentów w ramach oceny na potrzeby analizy i zatwierdzenia uprawnień do opieki dobroczynnej lub pomocy finansowej:
 - kopia formularza W2, 1040 lub innych odpowiednich formularzy podatkowych złożonych za poprzedni rok;
 - kopie ostatnich trzech odcinków wypłaty od pracodawcy;
 - jeśli pacjent otrzymuje wynagrodzenie w gotówce, pismo od pracodawcy określające sumę wypłacaną tygodniowo;

- kopie czeku z urzędu ubezpieczeń społecznych (Social Security), jeśli pacjent otrzymuje takie świadczenie;
- kopia ostatniego wyciągu z konta bieżącego i/lub oszczędnościowego.

e. Ocena majątku pacjenta

- i. GMH ustala też progowy poziom majątku, powyżej którego majątek pacjenta/rodziny jest wykorzystywany do opłacenia usług medycznych, i zobowiązania, które są brane pod uwagę przy ocenie zasobów finansowych pacjenta.

Zasady ochrony określonych rodzajów majątku i ochrony określonych poziomów majątku muszą zostać określone w zasadach FAP GMH.

Chroniony majątek ważny z punktu widzenia tej procedury FAP obejmuje:

- 50% udziału w wartości głównego miejsca zamieszkania w wysokości do 50 tys. USD;
- pojazdy używane w celu prowadzenia działalności gospodarczej;
- narzędzia lub sprzęt używane w celu prowadzenia działalności gospodarczej; uzasadnione wyposażenie wymagane do prowadzenia działalności gospodarczej;
- mienie osobiste (odzież, artykuły gospodarstwa domowego, meble);
- indywidualne konta emerytalne, 401K, gotówkowe plany emerytalne;
- odszkodowania finansowe otrzymane w związku z niemedycznymi nagłymi wydarzeniami katastrofalnymi;
- nieodwołalne powiernictwo na cele związane z pogrzebem, przedpłacone plany pogrzebowe i/lub
- zarządzane na szczeblu federalnym/stanowym plany oszczędzania na studia.

Wszystkie pozostałe elementy majątku są uznawane za dostępne na potrzeby opłacenia wydatków medycznych. Dostępny majątek powyżej określonego progu może zostać wykorzystany na pokrycie wydatków medycznych lub alternatywnie GMH może uznać nadwyżkę dostępnego majątku jako dochód za bieżący rok przy ustalaniu poziomu zniżki do zaproponowania pacjentowi. Ochronie podlega minimalna kwota 5 tys. USD dostępnego majątku.

f. Wsparcie domniemane

- i. GMH zdaje sobie sprawę z tego, że nie wszyscy pacjenci są w stanie przedstawić kompletne informacje finansowe. Dlatego wydanie zgody na wsparcie finansowe może być rozpatrywane na podstawie odgraniczonych dostępnych informacji. Taka zgoda klasyfikowana jest jako „wsparcie domniemane”.

- ii. Model predykcyjny to jedno z uzasadnionych starań podejmowanych przez GMH w celu ustalenia, którzy pacjenci mogą kwalifikować się do uzyskania pomocy finansowej, zanim wszczęte zostaną działania windykacyjne, tj. odpisanie salda pacjenta jako należności nieściągalnej i przekazanie sprawy do firmy windykacyjnej. Model predykcyjny pozwala GMH w systematyczny sposób ustalać, że dany pacjent jest w trudnej sytuacji finansowej.
- iii. Przykłady przypadków domniemanych obejmują:
 - pacjentów zmarłych bez znanego majątku;
 - pacjentów bezdomnych;
 - pacjentów bezrobotnych;
 - usługi nieobjęte zakresem ubezpieczenia, ale konieczne ze względów medycznych, które są świadczone na rzecz pacjentów kwalifikujących się do publicznych programów pomocy;
 - pacjentów niewypłacalnych;
 - członków organizacji religijnych, którzy ślubowali ubóstwo i nie dysponują żadnymi zasobami ani indywidualnie, ani za pośrednictwem zakonu.

W przypadku pacjentów nieresponsywnych w proces składania wniosku FAP, należy użyć innych źródeł informacji, o ile są dostępne, w celu dokonania indywidualnej oceny potrzeb finansowych. Informacje te umożliwiają GMH podjęcie przemyślanej decyzji o potrzebach finansowych nieresponsywnych pacjentów.

- iv. Dla celów związanych z udzielaniem pomocy pacjentom w trudnej sytuacji finansowej mogą zostać wykorzystane usługi strony trzeciej w zakresie przeprowadzenia analizy informacji o pacjencie niezbędnej do oceny potrzeb finansowych. Analiza ta wykorzystuje uznany w branży opieki zdrowotnej model predykcyjny oparty na publicznie dostępnych bazach danych. Te publicznie dostępne dane pozwalają GMH ocenić, czy sytuacja pacjenta jest typowa w porównaniu z innymi pacjentami, którzy w przeszłości zostali zakwalifikowani do pomocy finansowej w tradycyjnym procesie składania wniosku. W przypadku braku informacji dostarczanych bezpośrednio przez pacjenta oraz po wyczerpaniu możliwości działań w kierunku potwierdzenia zdolności pokrycia kosztów model predykcyjny stanowi systematyczną metodę umożliwiającą przyznawanie domniemanego uprawnienia do pomocy pacjentom w trudnej sytuacji finansowej.
- v. Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do modelu predykcyjnego, może mimo tego w ustalonych terminach dostarczyć informacje pomocnicze i jego przypadek może zostać rozpatrzony w tradycyjnym procesie składania wniosku o pomoc finansową.
- vi. Konta pacjentów, których zakwalifikowano do wsparcia domniemanego, są rozliczane z wykorzystaniem kodów transakcji *domniemanego wsparcia*

finansowego, w sytuacji gdy konto to zostaje uznane za konto nieściągalnych należności i przed przekazaniem do windykacji lub odpisaniem salda jako należności nieściągalnej. Przyznana zniżka jest klasyfikowana jako wsparcie finansowe; konto pacjenta nie jest przekazywane do windykacji i nie jest włączane do kosztów GMH z tytułu należności nieściągalnych.

- i. GMH powiadamia pacjentów, których uznano za uprawnionych do kwoty niższej niż maksymalna pomoc dostępna w ramach FAP, że w ciągu 30 dni od otrzymania powiadomienia mogą ubiegać się o bardziej hojną pomoc dostępną w ramach FAP. Ustalenie, że pacjent jest uprawniony do kwoty niższej niż maksymalna, opiera się na statusie wsparcia domniemanego lub określeniu uprawnień pacjenta we wcześniejszej procedurze FAP. Ponadto GMH może wszcząć lub wznowić ECA, jeśli pacjent nie złoży wniosku o bardziej hojną pomoc w ciągu 30 dni od powiadomienia i jeśli upłynęło co najmniej 120 dni od daty dostarczenia przez GMH pierwszego powypisowego zestawienia rachunków za opiekę. GMH rozpatruje każdy nowy wniosek FAP złożony przez pacjenta w ciągu 240-dniowego okresu składania wniosku lub, jeśli później, w ciągu 30-dniowego okresu przeznaczanego na składanie wniosku o bardziej hojną pomoc.
- g. Termin ustalania uprawnień do pomocy finansowej
- i. Należy podjąć wszelkie starania w kierunku określenia uprawnień pacjenta do uzyskania wsparcia finansowego przed przyjęciem do szpitala, w trakcie przyjmowania do szpitala lub podczas świadczenia usług. Wnioski FAP są przyjmowane w dowolnym czasie w okresie składania wniosku. Okres składania wniosku rozpoczyna się w dniu uzyskania opieki i kończy się – w zależności od tego, co nastąpi później – albo 240 dni po pierwszym zestawieniu rachunków dla pacjenta po wypisaniu ze szpitala, albo:
 - wraz z końcem okresu, w którym pacjent uprawniony do kwoty niższej niż maksymalna dostępna pomoc na podstawie statusu wsparcia domniemanego lub na podstawie stwierdzenia uprawnienia we wcześniejszej procedurze FAP ma prawo złożyć wniosek o bardziej hojną pomoc finansową lub
 - wraz z upływem terminu wskazanego w pisemnym powiadomieniu, po którym można wszcząć ECA.
 - W indywidualnych przypadkach GMH może przyjąć i rozpatrzyć wniosek FAP złożony poza okresem składania wniosku pod warunkiem uzyskania upoważnienia zgodnie z ustalonymi poziomami zatwierdzania w GMH.
 - ii. GMH (lub inna upoważniona strona) zwraca każdą kwotę poniesioną przez pacjenta z tytułu opieki przekraczającą kwotę, za której opłacenie zgodnie z ustaleniem pacjent jest odpowiedzialny sam jako osoba uprawniona do FAP, chyba że taka przekraczająca kwota jest niższa niż 5 USD (lub każda inna taka kwota ustalona w powiadomieniu lub w innych wytycznych opublikowanych w biuletynie urzędu skarbowego (Internal Revenue Bulletin)). Zwrot płatności jest

wymagany tylko w przypadku epizodów opieki, których dotyczy wnioski FAP.

- iii. Rozstrzygnięcia dotyczące przyznania wsparcia finansowego dokonywane są po wyczerpaniu wszystkich starań w kierunku zakwalifikowania pacjenta do rządowej pomocy finansowej lub innych programów.
- iv. GMH podejmuje wszelkie starania, aby terminowo rozstrzygnąć kwestie wsparcia finansowego. Jeśli podejmowane są próby wykorzystania innych możliwości udzielenia wsparcia finansowego, GMH informuje pacjenta o tym procesie i oczekiwanym terminie rozstrzygnięcia oraz nie podejmuje działań windykacyjnych w trakcie takiego rozstrzygnięcia.
- v. Po ustaleniu kwalifikacji do wsparcia finansowego następane analizy sprawdzające kontynuację uprawnienia do kolejnych usług należy przeprowadzać po upływie uzasadnionego okresu określonego przez GMH.

h. Poziom wsparcia finansowego

- i. W toku oceny uprawnienia pacjenta do uzyskania wsparcia finansowego GMH przestrzega określonych poniżej wytycznych dotyczących dochodów. W celu określenia uprawnienia pacjenta do uzyskania wsparcia finansowego stosowana jest procentowa wartość zgodna z aktualizowanymi co roku wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL). Jednak należy wziąć pod uwagę inne czynniki, takie jak sytuacja finansowa pacjenta i/lub zdolność płatnicza ustalona w procesie oceny.
- ii. Jak wiadomo, lokalne warunki demograficzne i polityka pomocy finansowej oferowana przez innych świadczeniodawców w społeczności mogą narazić GMH na duże ryzyko finansowe i obciążenie finansowe, które mogłoby zagrozić długoterminowej zdolności GMH do świadczenia opieki o wysokiej jakości. GMH może zwrócić się do dyrektora finansowego Trinity Health o zgodę na wdrożenie progów niższych lub wyższych od zalecanych kwot.
- iii. Dochód rodziny mniejszy lub równy 200% kwoty określonej w wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa:
 - 100% zniżka na wszystkie opłaty jest przyznawana nieubezpieczonym pacjentom, których dochód rodziny jest mniejszy lub równy 200% kwoty określonej w najbardziej aktualnych wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa.
- iv. Dochód rodziny między 201% a 400% kwoty określonej w wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa:
 - Zniżka od łącznej wysokości opłat dla placówki równa średniej korekcie

umownej GMH za opiekę w przypadkach nagłych dla Medicare jest przyznawana pacjentom korzystającym z opieki w przypadkach nagłych, których dochód rodziny wynosi pomiędzy 201% a 400% kwoty określonej w wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa.

- Zniżka od łącznej wysokości opłat dla personelu równa korekcie umownej GMH za opiekę lekarską dla Medicare jest przyznawana pacjentom korzystającym z opieki ambulatoryjnej, których dochód rodziny wynosi pomiędzy 201% a 400% kwoty określonej w wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa.
 - Kwoty korekty umownej GMH za opiekę w przypadkach nagłych i opiekę lekarską dla Medicare są obliczane przy użyciu metody retrospektywnej polegającej na dorocznym obliczaniu przez biuro systemu opieki zdrowotnej lub GMH ilorazu sumy kwot zapłaconych za roszczenia przez pełne ceny (brutto) tych roszczeń przy uwzględnieniu roszczeń zapłaconych w okresie 12 miesięcy z 30-dniowym opóźnieniem daty zgłoszenia w stosunku do najbardziej aktualnej daty wypisu.
 - Pacjenci, których dochody wynoszą od 401% do 600% federalnego progu ubóstwa uzyskują korektę zniżkową, która jest korygowana corocznie według wzoru obowiązującego w stanie Illinois. Ponadto w GMH porównano zniżki dla szpitalnego wskaźnika kosztów do opłat wynoszącego 135% z kwotami powszechnie fakturowanymi i zastosowano wyższe zniżki dla pacjentów.
- v. Pacjenci, których dochód rodziny nie przekracza 200% kwoty określonej w wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa, są uprawnieni do uzyskania wsparcia finansowego w odniesieniu do kwot współpłaty, udziału własnego i współubezpieczenia, pod warunkiem że uzgodnienia umowne z ubezpieczycielem pacjenta nie zabraniają udzielania takiej pomocy.
- vi. Dla celów ustalenia dochodów rodziny pacjenta wymagana jest weryfikacja jednego z niżej wymienionych dokumentów w ramach oceny na potrzeby analizy i zatwierdzenia uprawnień do opieki dobroczynnej lub pomocy finansowej:
- kopia formularza W2, 1040 lub innych odpowiednich formularzy podatkowych złożonych za poprzedni rok;
 - kopie ostatnich trzech odcinków wypłaty od pracodawcy;
 - jeśli pacjent otrzymuje wynagrodzenie w gotówce, pismo od pracodawcy określające sumę wypłacaną tygodniowo;
 - kopie czeku z urzędu ubezpieczeń społecznych (Social Security), jeśli pacjent otrzymuje takie świadczenie;
 - kopia ostatniego wyciągu z konta bieżącego i/lub oszczędnościowego.

W przypadku niedostarczenia przez pacjenta odpowiedniej dokumentacji przeprowadzana jest analiza zdolności kredytowej pacjenta. Na podstawie informacji dostarczonych przez Trans Union są ustalane uprawnienia do uzyskania pomocy dobroczynnej. W przypadku stwierdzenia, że pacjent lub

członek jego rodziny złożył fałszywą dokumentację, wniosek o pomoc finansową jest unieważniany.

- vii. Wsparcie w przypadku ubóstwa z powodu wydatków medycznych / katastrofalnych okoliczności: Wsparcie finansowe jest udzielane również pacjentom dotkniętym ubóstwem z powodu wydatków medycznych. Ubóstwo z powodu wydatków medycznych to sytuacja, gdy osoba nie jest w stanie opłacić części lub całości rachunków medycznych, ponieważ wydatki na leczenie przekraczają określoną wartość procentową dochodu rodziny lub gospodarstwa domowego (na przykład z powodu katastrofalnych kosztów lub warunków) bez względu na to, czy osoba taka posiada dochód lub majątek, który w innej sytuacji przekroczyłby warunki uprawniające do bezpłatnej lub zniżkowej opieki zgodnie z FAP GMH. Koszty lub warunki katastrofalne mają miejsce w przypadku utraty zatrudnienia, śmierci głównego żywiciela rodziny, nadmiernych wydatków medycznych lub innych nieszczęśliwych wypadków. Ubóstwo z powodu wydatków medycznych / katastrofalne okoliczności są oceniane indywidualnie z uwzględnieniem sprawdzenia dochodów, wydatków i majątku pacjenta. Jeśli ubezpieczony pacjent zgłasza katastrofalne okoliczności i wnioskuje o pomoc finansową, wydatki medyczne za epizod opieki przekraczające 20% dochodu kwalifikują współpłatności i udział własny ubezpieczonego pacjenta do objęcia pomocą dobroczynną z powodu okoliczności katastrofalnych. Zniżki za opiekę w przypadku ubóstwa z powodu wydatków medycznych dla osób nieubezpieczonych są nie mniejsze niż średnia kwota korekty umownej GMH dla Medicare za świadczone usługi lub niż kwota konieczna do przywrócenia stosunku wydatków pacjenta z powodu katastrofalnych kosztów medycznych do jego dochodów wynoszącego 20%. Pomoc finansowa w przypadku ubóstwa z powodu wydatków medycznych i katastrofalnych okoliczności jest zatwierdzana przez dyrektora finansowego GMH i zgłaszana do dyrektora finansowego biura systemu opieki zdrowotnej.
- viii. Ponieważ wsparcie finansowe powinno być udzielane zgodnie z ustalonymi na piśmie kryteriami GMH, uznaje się, że sporadycznie może zaistnieć potrzeba przyznania dodatkowego wsparcia finansowego dla pacjentów na podstawie indywidualnego rozpatrzenia. Takie przypadki rozpatrywane indywidualnie są zatwierdzane przez dyrektora finansowego GMH i zgłaszane do dyrektora finansowego biura systemu opieki zdrowotnej.
- i. Księgowość i sprawozdawczość na potrzeby wsparcia finansowego
 - i. Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami księgowości wsparcie finansowe zapewniane przez GMH jest systematycznie i dokładnie dokumentowane w sprawozdaniach finansowych jako potrącenie od dochodu w kategorii „opieka dobroczynna”. Na potrzeby sprawozdań do działu ds. zasiłków społecznych (Community Benefit) opieka dobroczynna jest zgłaszana jako koszty szacunkowe związane ze świadczeniem usług „opieki dobroczynnej” zgodnie z zasadami

Katolickiego Towarzystwa Zdrowotnego (Catholic Health Association).

- ii. Obowiązują następujące wytyczne dokumentowania wsparcia finansowego w sprawozdaniach finansowych:
 - Wsparcie finansowe udzielane pacjentom zgodnie z zasadami programu wsparcia finansowego, w tym korekty kwot ogólnie przyjętych jako płatności za pacjentów posiadających ubezpieczenie, księguje się jako „odpis z tytułu opieki charytatywnej” (Charity Care Allowance).
 - Odpisy opłat za pacjentów, którzy nie zakwalifikowali się do wsparcia finansowego zgodnie z niniejszą procedurą i nie płacą za uzyskane usługi, księguje się jako „należności nieściągalne” (Bad Debt).
 - Zniżki z tytułu natychmiastowej płatności księguje się jako „odpis umowny” (Contractual Allowance).
 - Salda kont początkowo odpisane jako wierzytelności nieściągalne, a następnie odesłane przez firmę windykacyjną, przez którą pacjent został uznany za spełniającego kryteria wsparcia finansowego w oparciu o informacje uzyskane przez firmę windykacyjną, zostają przeklasyfikowane z „należności nieściągalnych” na „odpis z tytułu opieki charytatywnej”.

II. Pomoc pacjentom, którzy mogą kwalifikować się do objęcia ubezpieczeniem

- a. GMH podejmuje konstruktywne starania w celu udzielenia pomocy pacjentom w składaniu wniosków do programów publicznych i prywatnych, do których mogą się kwalifikować i które mogą pomóc im w uzyskaniu i opłaceniu usług opieki zdrowotnej. Pacjent może też uzyskać pomoc w zakresie opłacania składek na zasadach uznaniowych zgodnie z procedurą GMH „Opłacanie składki QHP i zobowiązań pacjentów”.
- b. GMH dysponuje zrozumiałymi pisemnymi procedurami pomagającymi pacjentom określić, czy kwalifikują się do programów pomocy publicznej lub FAP GMH.

III. Skuteczna komunikacja

- a. GMH zapewnia pacjentom doradztwo finansowe dotyczące ich rachunków za opiekę zdrowotną w związku z usługami uzyskanymi w GMH i informuje o dostępności takiego doradztwa.
- b. GMH szybko i uprzejmie odpowiada na pytania pacjentów o ich rachunki i wnioski o pomoc finansową.
- c. GMH stosuje proces fakturowania, który jest przejrzysty, zwięzły, poprawny i przyjazny dla pacjenta.
- d. GMH udostępnia informacje o opłatach za świadczone usługi w zrozumiałej formie.

- e. GMH wywiesza plakaty i udostępnia broszury zawierające podstawowe informacje o FAP w miejscach publicznych (przynajmniej w sali przypadków nagłych, o ile taka istnieje, oraz w obszarach, gdzie przyjmowani są pacjenci). Informacje są dostępne w izbie przyjęć i sali przypadków nagłych.
- f. W ramach procesu przyjmowania lub wypisywana GMH udostępnia pacjentom papierową kopię streszczenia FAP zredagowaną w prostym języku. Nie można uznać, że GMH nie podaje do wiadomości publicznej swojej procedury FAP w sytuacji, gdy osoba odmawia przyjęcia streszczenia w prostym języku, które zaproponowano jej podczas przyjmowania lub przed wypisaniem, lub jeśli oświadcza, że wolałaby otrzymać streszczenie w prostym języku drogą elektroniczną.
- g. GMH udostępnia pacjentom FAP streszczenie w prostym języku oraz formularz wniosku FAP na żądanie, w miejscach publicznych (przynajmniej w sali przypadków nagłych, o ile taka istnieje, oraz w obszarach, gdzie przyjmowani są pacjenci), pocztą lub na stronie internetowej GMH. Każda osoba posiadająca dostęp do internetu musi mieć możliwość otwarcia, pobrania i wydrukowania papierowej kopii tych dokumentów. Każdej osobie, która zapyta, jak znaleźć w internecie kopię FAP, formularz wniosku FAP lub streszczenie FAP w prostym języku, GMH podaje bezpośredni adres internetowy (URL) strony, na której opublikowane są te dokumenty.
- h. GMH sporządza listę indywidualnych lekarzy, grup lekarzy i wszelkich innych podmiotów świadczących usługi opieki w przypadkach nagłych lub opieki koniecznej ze względów medycznych w placówce GMH według nazwisk czy nazw użytych w celu zawarcia umowy ze szpitalem albo w celu wystawiania pacjentom rachunków za świadczoną opiekę. Alternatywnie placówka szpitalna może wskazać świadczeniodawców poprzez odniesienie do oddziału lub rodzaju usługi, jeśli odniesienie wyraźnie określa, które usługi i których świadczeniodawców obejmuje FAP GMH.
- i. Dokumenty te są udostępniane w języku angielskim i w głównym języku dowolnej populacji o ograniczonej znajomości języka angielskiego, która składa się z co najmniej 1000 osób lub stanowi co najmniej 5% społeczności obsługiwanej przez GMH, w zależności od tego, która z tych wielkości jest mniejsza.
- j. GMH podejmuje kroki w celu informowania o FAP członków społeczności obsługiwanej przez GMH. Takie kroki mogą obejmować na przykład dystrybucję ulotek streszczających zasady FAP w lokalnych urzędach i organizacjach non-profit zajmujących się potrzebami zdrowotnymi populacji o niskich dochodach w danej społeczności.
- k. GMH zamieszcza wyraźną pisemną uwagę na zestawieniu rachunków, która powiadamia i informuje odbiorców o dostępności pomocy finansowej w ramach FAP GMH oraz zawiera numer telefonu działu GMH, w którym można uzyskać informacje o FAP i

procesie składania wniosku FAP, jak również bezpośredni adres strony internetowej (URL), na której znajdują się FAP, formularz wniosku FAP i streszczenie FAP w prostym języku.

- l. GMH powstrzymuje się od wszczęcia ECA przez 120 dni od dostarczenia pacjentowi pierwszego powypisowego zestawienia rachunków za epizod opieki, w tym za ostatnie epizody opieki w przypadku zaległych rachunków, które nagromadziły się do zafakturowania na rzecz pacjenta. GMH zapewnia też, że wszystkie umowy z podmiotami współpracującymi prowadzącymi działalność windykacyjną zawierają klauzulę lub klauzule zabraniające wszczęcia ECA do 120 dni od dostarczenia pacjentowi pierwszego powypisowego zestawienia rachunków za epizod opieki, w tym za ostatnie epizody opieki w przypadku zaległych rachunków, które nagromadziły się do zafakturowania na rzecz pacjenta.
- m. GMH dostarcza pacjentom pisemne powiadomienie informujące, że dostępna jest pomoc finansowa dla uprawnionych pacjentów, wskazujące działania ECA, które GMH (lub inna upoważniona strona) zamierza wszcząć w celu uzyskania płatności za opiekę, i określające termin, po którym może zostać wszczęte działanie ECA, tj. nie wcześniej niż 30 dni od daty dostarczenia pisemnego powiadomienia. Do pisemnego powiadomienia GMH dołącza streszczenie FAP w prostym języku i podejmie uzasadnione starania, aby ustnie powiadomić pacjenta o FAP GMH oraz o tym, jak pacjent może uzyskać pomoc w procesie składania wniosku FAP.
- n. W przypadku odrzucania lub odmowy udzielenia opieki koniecznej ze względów medycznych, lub wymogu płatności za taką opiekę z powodu nieopłacenia przez osobę co najmniej jednego rachunku za wcześniej udzieloną pomoc objętą FAP GMH, GMH może powiadomić osobę o swojej FAP w okresie krótszym niż 30 dni przed wszczęciem działań ECA. Jednak aby skorzystać z tego wyjątku, GMH musi spełnić kilka warunków. GMH musi:
 - i. Dostarczyć pacjentowi formularz wniosku FAP (aby umożliwić pacjentowi niezwłoczne złożenie wniosku w razie konieczności) i powiadomić pacjenta na piśmie o dostępności pomocy finansowej dla uprawnionych osób i o ewentualnym terminie, po którym szpital nie przyjmie i nie rozpatrzy złożonego przez pacjenta wniosku FAP za wcześniej uzyskaną opiekę. Termin ten nie może być krótszy niż 30 dni od daty dostarczenia pisemnego powiadomienia lub 240 dni od daty dostarczenia pierwszego zestawienia rachunków za opiekę po wypisaniu ze szpitala, w zależności od tego, co nastąpi później. Dlatego, chociaż działanie ECA związane z odroczeniem lub odmową opieki może nastąpić bezpośrednio po dostarczeniu wymaganego pisemnego (i ustnego) powiadomienia, pacjentowi należy zapewnić co najmniej 30 dni od powiadomienia na złożenie wniosku FAP za wcześniej uzyskaną opiekę.
 - ii. Powiadomić pacjenta o FAP, dostarczając streszczenie FAP w prostym języku i ustnie powiadamiając pacjenta o FAP placówki szpitalnej oraz o tym, jak

pacjent może uzyskać pomoc w procesie składania wniosku FAP.

- iii. Rozpatrzyć wniosek w trybie przyspieszonym, aby zapewnić, że pomoc konieczna ze względów medycznych nie jest niepotrzebnie opóźniana po złożeniu wniosku.

Zmodyfikowane uzasadnione starania omówione powyżej nie są konieczne w następujących przypadkach:

- i. Jeśli upłynęło 120 dni od pierwszego powypisowego rachunku za wcześniej udzieloną opiekę i szpital GMH powiadomił już pacjenta o planowanych działaniach ECA.
 - ii. Jeśli szpital GMH ustalił już, że pacjent był uprawniony do FAP za wcześniej udzieloną pomoc na podstawie kompletnego wniosku FAP, lub ustalił na podstawie domniemania, że pacjent był uprawniony do FAP za wcześniej udzieloną pomoc.
- o. GMH dostarcza pisemne powiadomienie o braku długu, jeśli ustalono, że pacjent jest uprawniony do bezpłatnej opieki.
 - p. GMH dostarcza pacjentom, w przypadku których ustalono uprawnienie do uzyskania pomocy innej niż bezpłatna opieka, zestawienie rachunków wskazujące kwotę, którą pacjent jest winien za opiekę jako osoba uprawniona do FAP. Zestawienie opisuje też, jak ta kwota została ustalona lub jak pacjent może uzyskać informację dotyczącą sposobu ustalenia tej kwoty.

Uczciwe praktyki fakturowania i windykacji

- a. GMH wdraża praktyki fakturowania i windykacji zobowiązań płatniczych pacjenta, które są uczciwe, spójne i zgodne z przepisami stanowymi i federalnymi.
- b. GMH udostępnia wszystkim kwalifikującym się pacjentom krótkoterminowy plan płatności bez odsetek z ustalonym harmonogramem płatności na podstawie salda do zapłacenia na koncie. GMH oferuje też program kredytowy dla kwalifikujących się pacjentów.
- c. GMH posiada pisemne procedury przedstawiające w zarysie, kiedy i z czyjego upoważnienia dług pacjenta jest przekazywany do zewnętrznych działań windykacyjnych, które są zgodne z niniejszą procedurą.
- d. GMH lub firma windykacyjna mogą prowadzić następujące działania windykacyjne:
 - i. Komunikacja z pacjentami (rozmowy telefoniczne, pisemna korespondencja, faksy, wiadomości tekstowe, e-maile itp.) i ich przedstawicielami zgodnie z

ustawą o uczciwej windykacji należności(Fair Debt Collections Act) z wyraźnym wskazaniem GMH. Komunikacja z pacjentami jest również prowadzona w sposób zgodny z przepisami dotyczącymi prywatności zawartymi w HIPAA.

- ii. Nakłanianie do opłacenia części przybliżonego zobowiązania płatniczego pacjenta w czasie uzyskiwania usługi zgodnie z postanowieniami EMTALA i prawem krajowym.
 - iii. Zapewnianie nisko oprocentowanego programu kredytowego na potrzeby opłacenia zaległych długów dla pacjentów, którzy posiadają zdolność płatniczą, ale nie są w stanie zaspokoić krótkoterminowych wymogów płatniczych.
 - iv. Zgłaszanie zaległych długów do biur informacji kredytowych dopiero po zastosowaniu wszystkich aspektów tej procedury oraz po wdrożeniu uzasadnionych starań windykacyjnych zgodnie z FAP GMH.
 - v. Wszczywanie procesu sądowego przeciw osobom, które posiadają środki do pokrycia opłat, ale tego nie robią, lub które nie wyrażają chęci pokrycia opłat. Po zastosowaniu FAP GMH można wszcząć proces sądowy z powodu części niespłaconej sumy. Przed wszczęciem postępowania sądowego lub przystąpieniem do procesu sądowego w celu egzekwowania należności na podstawie wyroku sądowego (tj. zajęcie poborów, przesłuchanie dłużnika) konieczne jest uzyskanie zgody dyrektora generalnego / dyrektora finansowego Trinity Health lub GMH albo kierownika działu obsługi finansowej pacjentów w GMH.
 - vi. Ustanowienie zastawu na majątku osób, które posiadają środki do pokrycia opłat, ale tego nie robią, lub które nie wyrażają chęci pokrycia opłat. Po zastosowaniu FAP GMH zastaw może zostać ustanowiony z powodu części niespłaconej sumy. Ustanowienie zastawu wymaga zgody dyrektora generalnego / dyrektora finansowego Trinity Health lub GMH albo kierownika działu obsługi finansowej pacjentów dla GMH. Zastaw na głównym miejscu zamieszkania można zrealizować wyłącznie po sprzedaniu mienia i zabezpiecza on określoną wartość aktywów w mieniu, jak udokumentowano w niniejszej procedurze. GMH zaleca zabezpieczenie 50% wartości netto majątku do sumy 50 tys. USD.
- e. GMH (lub firma windykacyjna działająca w imieniu GMH) nie podejmuje wobec dłużnika działań takich jak nakaz aresztowania czy nakaz doprowadzenia. GMH zdaje sobie sprawę z tego, że sąd może nałożyć nakaz aresztowania lub wszcząć inne podobne działanie wobec pozwanego za niezastosowanie się do nakazu sądowego lub za inne naruszenia prawa odnośnie do działań windykacyjnych. W skrajnych przypadkach świadomego unikania i niedokonania płatności słusznie należnej kwoty, kiedy dostępne są odpowiednie zasoby, może zostać wydany nakaz sądowy; na ogół

GMH najpierw podejmuje starania, aby przekonać instytucje publiczne do niepodejmowania takich działań, i dopiero w razie niepowodzenia rozważa stosowność zaniechania starań windykacyjnych, aby uniknąć postępowania sądowego przeciw dłużnikowi.

- f. GMH (lub firma windykacyjna działająca w imieniu GMH) podejmuje wszystkie uzasadnione, dostępne kroki w celu cofnięcia działań ECA związanych z kwotami, które nie stanowią już długu pacjentów uprawnionych do FAP.
- g. GMH może mieć zatwierdzoną przez biuro systemu opieki zdrowotnej umowę z firmą windykacyjną, pod warunkiem że umowa taka spełnia następujące kryteria:
 - i. umowa z firmą windykacyjną musi być sporządzona na piśmie;
 - ii. ani GMH, ani firma windykacyjna nie mogą w żadnym momencie podjąć wobec dłużnika działań, takich jak nakaz aresztowania czy nakaz doprowadzenia;
 - iii. umowa musi określać standardy i zakres praktyk, które są stosowane przez zewnętrzne firmy windykacyjne w imieniu GMH i które muszą być zgodne z niniejszą procedurą;
 - iv. firma windykacyjna nie może wytoczyć procesu sądowego bez uzyskania pisemnej zgody GMH;
 - v. dział prawny Trinity Health musi zatwierdzić wszystkie warunki zatrudnienia adwokatów, którzy będą reprezentować GMH w ramach windykacji kont pacjentów;
 - vi. wszystkie decyzje co do sposobu zajmowania się roszczeniem przez prawnika dotyczące wniesienia powództwa, osiągnięcia kompromisu lub ugody odnośnie do roszczenia, odesłania roszczenia do GMH oraz wszelkich innych spraw związanych z rozstrzygnięciem roszczenia przez prawnika są podejmowane przez GMH w porozumieniu z działem prawnym Trinity Health;
 - vii. każdy wniosek o proces sądowy mający na celu egzekwowanie należności na podstawie wyroku sądowego (*tj.* poprzez zastaw, zajęcie, przesłuchanie dłużnika) musi zostać z wyprzedzeniem zatwierdzony na piśmie w odniesieniu do każdego konta przez odpowiedniego upoważnionego przedstawiciela GMH, co szczegółowo opisano w punkcie (IV)(d)(v);
 - viii. GMH musi zastrzec sobie prawo do przerwania działań windykacyjnych w dowolnym momencie w odniesieniu do dowolnego określonego konta oraz
 - ix. firma windykacyjna musi wyrazić zgodę na zwolnienie GMH z odpowiedzialności za jakiegokolwiek naruszenia warunków pisemnej umowy z

GMH.

V. Wdrożenie właściwej i spójnej polityki

- a. Przedstawiciele działu obsługi finansowej pacjentów i działu ogólnej obsługi pacjentów GMH informują członków personelu pracujących w ścisłym kontakcie z pacjentami (włączając osoby zajmujące się rejestracją i przyjmowaniem pacjentów, pomocą finansową, obsługą klientów, fakturowaniem i windykacją oraz pracujące w gabinetach lekarskich) o zasadach fakturowania i pomocy finansowej, polityce i praktykach windykacyjnych, oraz traktowaniu wszystkich pacjentów z godnością i szacunkiem niezależnie od tego czy są ubezpieczeni lub czy są w stanie zapłacić za usługi.
- b. GMH honoruje zobowiązania dotyczące wsparcia finansowego zatwierdzone zgodnie z poprzednimi wytycznymi dotyczącymi pomocy finansowej.

VI. Inne zniżki

- a. Zniżki z tytułu natychmiastowej płatności: GMH może opracować program zniżek z tytułu natychmiastowej płatności ograniczony do sald równych lub większych niż 200,00 USD, które to zniżki nie mogą wynosić więcej niż 20% należnego salda. Zniżka z tytułu natychmiastowej płatności jest oferowana w czasie świadczenia usługi i księgowana jako korekta umowna; nie może być księgowana jako pomoc charytatywna w sprawozdaniach finansowych.
- b. Zniżki z tytułu samodzielnej płatności: GMH stosuje standardową zniżkę z tytułu samodzielnej płatności, obniżając opłaty dla wszystkich zarejestrowanych pacjentów samodzielnie pokrywających koszty, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej (np. > 600% FPL) na podstawie najwyższej opłaconej komercyjnej stawki.
- c. Dodatkowe zniżki: Korekt przekraczających procentowe zniżki opisane w tej procedurze można dokonywać w indywidualnych przypadkach po ocenie ściągalności należności z konta i upoważnieniu zgodnie z ustalonymi poziomami zatwierdzania w GMH.

W przypadku gdy dowolne postanowienie niniejszej FAP koliduje z przepisami prawa obowiązującymi w stanie, w którym działa GMH, prawo stanowe ma pierwszeństwo przed kolidującym postanowieniem i GMH postępuje zgodnie z obowiązującym prawem stanowym.

ZAKRES/ZASTOSOWANIE

Niniejsza procedura ma zastosowanie do wszystkich podmiotów GMH prowadzących zwolnione od podatków licencjonowane szpitale. Organizacje GMH, które nie prowadzą zwolnionych od podatków licencjonowanych szpitali, mogą ustanowić własne procedury pomocy finansowej w odniesieniu do innych świadczonych usług opieki zdrowotnej i

zachęca się je do stosowania kryteriów podanych w niniejszej procedurze FAP jako wytyczne.

DEFINICJE

Okres składania wniosku rozpoczyna się w dniu uzyskania opieki i kończy się 240 dni po dostarczeniu pacjentowi pierwszego powypisowego zestawienia rachunków lub:

- i. wraz z upływem 30-dniowego okresu, w którym pacjent uprawniony do kwoty niższej niż maksymalna pomoc dostępna na podstawie statusu wsparcia domniemanego lub na podstawie stwierdzenia uprawnienia we wcześniejszej procedurze FAP, może ubiegać się o bardziej hojną pomoc finansową;
- ii. wraz z upływem terminu wskazanego w pisemnym powiadomieniu, po którym można wszcząć ECA.

Kwoty powszechnie fakturowane (amounts generally billed, AGB) to kwoty powszechnie fakturowane za pomoc w przypadkach nagłych lub inną pomoc konieczną ze względów medycznych dla pacjentów, którzy posiadają ubezpieczenie obejmujące taką opiekę. Wartość AGB za pomoc w przypadkach nagłych i za opiekę lekarską w GMH jest obliczana przy użyciu metody retrospektywnej polegającej na dorocznym obliczaniu przez biuro systemu opieki zdrowotnej lub GMH ilorazu sumy kwot zapłaconych za roszczenia Medicare przez pełne ceny (brutto) tych roszczeń przy uwzględnieniu roszczeń zapłaconych w okresie 12 miesięcy z 30-dniowym opóźnieniem daty zgłoszenia w stosunku do najbardziej aktualnej daty wypisu.

Opieka niżkowa oznacza częściową zniżkę od należnej kwoty w przypadku pacjentów kwalifikujących się do FAP.

Usługi medyczne przypadkach nagłych to usługi konieczne w stanach, które mogą zagrażać życiu lub mogą wynikać z poważnego urazu i wymagać natychmiastowej interwencji medycznej. Takie stany są ogólnie określone w ustawie o opiece medycznej w przypadkach nagłych i aktywnej fazie porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

Zespół kadry wykonawczej (Executive Leadership Team, ELT) oznacza grupę złożoną z kierownictwa najwyższego szczebla GMH.

Nadzwyczajne działania windykacyjne (Extraordinary Collection Actions, ECA) obejmują następujące działania podejmowane przez GMH (lub firmę windykacyjną działającą w imieniu GMH):

- Odraczanie lub odmowa udzielenia opieki koniecznej ze względów medycznych, lub wymóg płatności za taką opiekę z powodu nieopłacenia przez pacjenta co najmniej jednego rachunku za wcześniej udzieloną pomoc objętą FAP placówki szpitalnej. Jeśli GMH wymaga płatności przed zapewnieniem opieki osobie posiadającej co

najmniej jeden zaległy rachunek, zakłada się, że taki wymóg płatności wynika z nieopłacenia przez osobę zaległych rachunków, chyba że GMH może wykazać, że wymaga płatności od danej osoby na podstawie czynników innych niż nieuiszczenie przez nią rachunków z przeszłości i niezwiązanych z tym faktem.

- Zgłaszanie zaległych długów do biur informacji kredytowych.
- Wszczywanie procesu sądowego mającego na celu egzekwowanie należności na podstawie wyroku sądowego (tj. poprzez zastaw, zajęcie, przesłuchanie dłużnika).
- Ustanawianie zastawu na mieniu osób.

Rodzina zgodnie z definicją U.S. Census Bureau (Biura Spisowego Stanów Zjednoczonych) to grupa co najmniej dwóch osób mieszkających razem i spokrewnionych ze sobą poprzez urodzenie, małżeństwo lub adopcję. Jeśli pacjent twierdzi, że ktoś pozostaje na jego utrzymaniu w deklaracji podatkowej dotyczącej podatku dochodowego zgodnie z zasadami urzędu skarbowego (Internal Revenue Service), osoba taka może zostać uznana za pozostającą na utrzymaniu pacjenta dla celów określania uprawnień w ramach FAP GMH.

Dochód rodziny – W przypadku danej osoby dochód rodziny obejmuje dochód wszystkich dorosłych członków rodziny pozostających w gospodarstwie domowym. W przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia dochód rodziny obejmuje dochód roczny z ostatniego okresu 12 miesięcy lub poprzedniego roku podatkowego uzyskany przez rodziców i/lub ojczyma/macochę lub krewnych osoby otrzymującej opiekę, co potwierdzają odcinki wypłaty lub zeznanie podatkowe i inne informacje. Poziom dochodów można określić poprzez przeliczenie dochodu rodziny na okres pełnego roku do danej daty na podstawie aktualnej wysokości dochodów.

Polityka pomocy finansowej (financial assistance policy, FAP) oznacza pisemną politykę i procedurę spełniającą wymagania określone w §1.501(r)-4(b).

Wniosek FAP oznacza informacje wraz z towarzyszącą im dokumentacją, które pacjent składa w celu ubiegania się o pomoc finansową w ramach FAP GMH. GMH może uzyskiwać informacje od osoby na piśmie i/lub ustnie.

Wsparcie finansowe oznacza wsparcie (pomoc dobroczynną, zniżki itp.) zapewniane pacjentom, którzy mogliby mieć trudności z zaplaceniem pełnych kosztów usług koniecznych ze względów medycznych i świadczonych przez GMH, którzy spełniają kryteria uprawniające do takiej pomocy.

Bezpłatna opieka oznacza całkowitą zniżkę od należnej kwoty w przypadku pacjentów kwalifikujących się do FAP.

Dochód obejmuje wynagrodzenie z tytułu pracy, dochód z samozatrudnienia, zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowanie za wypadek przy pracy, płatności z urzędu ubezpieczeń społecznych (Social Security), pomoc publiczną, zasiłki dla kombatantów, alimenty, świadczenia dla osoby pozostającej przy życiu, emerytury, dochód emerytalny, regularne

płatności z tytułu ubezpieczenia i renty, dochód z nieruchomości i powiernictwa, wpływy z tytułu czynszu, odsetki/dywidendy i dochody z innych różnych źródeł.

Konieczność medyczna jest definiowana zgodnie z instrukcją świadczeniodawcy Medicaid (Medicaid Provider Manual) w stanie, w którym działa GMH.

Polityka to oświadczenie zawierające wytyczne o wysokim stopniu ogólności, które dotyczą kwestii o strategicznym znaczeniu dla GMH, lub oświadczenie, które dokładniej interpretuje dokumenty obowiązujące w GMH. Polityka systemowa może być polityką samodzielną lub lustrzaną wskazaną przez organ zatwierdzający.

Streszczenie FAP w prostym języku oznacza pisemne oświadczenie informujące pacjenta, że placówka szpitalna oferuje pomoc finansową w ramach FAP i obejmujące następujące informacje dodatkowe w języku prostym, zwięzłym i łatwym do zrozumienia:

- krótki opis warunków uprawniających i pomocy oferowanej w ramach FAP;
- streszczenie sposobu składania wniosku o pomoc w ramach FAP;
- bezpośredni adres internetowy (URL) oraz lokalizacje fizyczne, gdzie pacjent może uzyskać kopie FAP i formularza wniosku FAP;
- instrukcja informująca o tym, jak pacjent może uzyskać bezpłatną kopię FAP i formularza wniosku FAP drogą pocztową;
- dane kontaktowe, w tym numer telefonu i lokalizacja fizyczna biura placówki szpitalnej lub działu, który może dostarczyć informacji o FAP i zapewnić pomoc w procesie składania wniosku FAP;
- informacja o dostępności tłumaczeń FAP i formularza wniosku FAP oraz streszczenie FAP w prostym języku w innych językach, jeśli ma to zastosowanie;
- informacja, że pacjent upoważniony do FAP nie może być obciążony kwotą wyższą niż AGB za opiekę w przypadkach nagłych lub inną opiekę konieczną ze względów medycznych.

Procedura oznacza dokument mający na celu wdrożenie polityki lub opis konkretnych wymaganych działań lub procesów.

Obszar świadczenia usług to lista kodów pocztowych wyznaczająca obszar świadczenia usług przez GMH i „społeczność potrzebującą” usług podstawowej opieki zdrowotnej.

Standardy i wytyczne oznaczają dodatkowe instrukcje i porady towarzyszące wdrażaniu procedur, również te opracowane przez akredytowane lub profesjonalne organizacje.

Nieubezpieczony pacjent oznacza osobę, która nie jest ubezpieczona, nie jest objęta ubezpieczeniem strony trzeciej przez komercyjnego ubezpieczyciela będącego stroną trzecią, przez plan ERISA, federalny program opieki zdrowotnej (w tym m.in. Medicare, Medicaid, SCHIP i CHAMPUS), nie ma ubezpieczenia pracowniczego lub innej pomocy strony trzeciej w celu pokrycia całości lub części kosztów opieki, w tym roszczeń wobec stron trzecich, które to roszczenia są objęte ubezpieczeniem, do którego GMH ma prawo subrogacji, ale wyłącznie jeśli płatność zostanie faktycznie dokonana przez taką firmę

ubezpieczeniową.

Pilne usługi medyczne to usługi konieczne w przypadku stanu, który nie zagraża życiu, ale wymaga udzielenia pomocy medycznej w odpowiednim czasie.

ODPOWIEDZIALNY DZIAŁ

Dalsze wytyczne dotyczące tej procedury można uzyskać od wiceprezesa, w dziale obsługi finansowej pacjentów, w dziale doskonalenia przychodów (Revenue Excellence).

POWIĄZANE PROCEDURY I INNE MATERIAŁY

- Polityka pomocy finansowej GMH nr FIN-002: „Polityka pomocy finansowej” (FAP)
- Polityka doskonalenia przychodów GMH nr FIN-011: „Opłacanie składki QHP i zobowiązań pacjentów”
- Patient Protection and Affordable Care Act (Ustawa o ochronie pacjentów i przystępnej opiece zdrowotnej): punkt ustawy 501(r)
- Harmonogram H urzędu skarbowego (formularz 990)
- Ministerstwo Skarbu (Department of Treasury), Urząd Skarbowy (Internal Revenue Service): Additional Requirements for Charitable Hospitals (Dodatkowe wymagania dla szpitali dobroczynnych); zasada końcowa: tom 79, nr 250, część II, 26 CFR, część 1
- Polityka EMTALA GMH nr ED.E.6: „Emergency Medical Treatment and Active Labor Act & Medical Screening Exam” (Ustawa o opiece medycznej w przypadkach nagłych i aktywnej fazie porodu oraz sprawdzające badanie medyczne)