

Instrukcja administracyjna

POLITYKA UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ

Numer polisy: 1.30

Strona 1 z 6

Cel: Centrum Medyczne Covenant (Covenant) zobowiązuje się do udzielania pomocy finansowej pacjentom, którzy mają potrzeby zdrowotne, lecz nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego, są ubezpieczeni poniżej wymaganej wartości, nie kwalifikują się do programów rządowych lub znajdują się w sytuacji finansowej, która nie pozwala im na opłacenie opieki medycznej. Covenant chce mieć pewność, że sytuacja finansowa nie będzie przeszkodą dla osób ubiegających się lub otrzymujących świadczenia zdrowotne. Covenant zapewni, bez dyskryminacji, doraźną pomoc medyczną i niezbędną opiekę lekarską wszystkim osobom, niezależnie od ich możliwości finansowych. Korzystając z niniejszej polityki udzielania pomocy finansowej i wymagań, Covenant będzie współpracował z pacjentami, którzy nie są w stanie płacić za usługi i nie kwalifikują się do zewnętrznej pomocy finansowej lub rządowych programów opieki zdrowotnej.

Zakres: Wszystkie placówki Covenant i podmioty w całości będące ich własnością.

Polityka: Pomoc finansowa będzie przeznaczona dla pacjentów, którzy kwalifikują się, w oparciu o swoją niezdolność do zapłaty, zgodnie z amerykańskimi federalnymi wytycznymi dot., ubóstwa i którzy spełniają kryteria przedstawione w niniejszej polityce. Pomoc finansowa nie jest uznawana, jako zamiennik dla odpowiedzialności osobistej. Oczekuje się, że pacjenci ubiegający się o pomoc finansową będą współpracować z wymogami Covenant w celu otrzymania pomocy finansowej. Pacjent jest odpowiedzialny za rzeczy takie jak, wypełnianie wniosków o inne rodzaje ubezpieczenia, wypełnienie Wniosku o udzielenie pomocy finansowej oraz przyczynienie się do kosztów opieki, w oparciu o ich zdolność do zapłaty. Polityka ma na celu zapewnienie identycznego poziomu opieki medycznej dla wszystkich potrzebujących pacjentów.

Definicje:

- **Rodzina:** Stosując definicję amerykańskiego biura spisu powszechnego, grupa dwóch lub więcej osób mieszkających razem i spokrewnionych z urodzenia, małżeństwa lub przez adopcję. Zgodnie z zasadami Amerykańskiego Urzędu Podatkowego, jeżeli pacjent deklaruje osobę zależną na swoim zeznaniu podatkowym, osoba ta może zostać uznana, jako osoba pozostająca na utrzymaniu, dla celów polityki pomocy finansowej.
- **Dochód gospodarstwa domowego:** Dochód gospodarstwa domowego jest określony za pomocą definicji amerykańskiego biura spisu powszechnego, które korzysta z następujących źródeł dochodu:
 - Zarobek/płaca, zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek dla osób pracujących, ubezpieczenie społeczne, zapomoga uzupełniająca, pomoc publiczna, wypłaty dla weteranów, świadczenia dla osób ocalałych, renta lub emerytura, odsetki, dywidendy, czynsz, należności licencyjne, przychody z majątków, alimenty, alimenty na dzieci, pomoc uzyskana spoza gospodarstwa domowego i inne różne źródła;
 - Świadczenia bezgotówkowe (tj. kartki żywieniowe czy dodatki mieszkaniowe) nie są liczone;
 - Określone na podstawie dochodu przed opodatkowaniem;

- Wyklucza zyski kapitałowe lub straty; i
- Jeżeli dana osoba mieszka z rodziną, zawiera dochody wszystkich członków rodziny mieszkających razem w ramach jednej rodziny. Lokatorzy nie są wliczani.
- Nieubezpieczony: Pacjent nie posiada żadnego ubezpieczenia ani pomocy osoby trzeciej ułatwiających spełnienie obowiązku zobowiązań płatniczych.
- Ubezpieczenie poniżej wymaganej wartości: pacjent posiada pewien poziom ubezpieczenia lub pomoc osoby trzeciej, ale nadal ma bieżące wydatki przekraczające jego/jej możliwości finansowe.
- Nagłe stany chorobowe: Zdefiniowane w rozumieniu działu 1867 ustawy o zabezpieczeniu społecznym (42 U.S.C. 1395dd).
- Pacjent osobiście pokrywający wydatki: Osoba otrzymująca usługi medyczne, która nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego ani innego płatnika, zobowiązującego się pokryć wydatki związane z udzielonymi usługami medycznymi.
- Wybrane usługi: Planowane wizyty, zabiegi lub procedury. Anulowanie lub odroczenie planowanej wizyty, zabiegu lub procedury nie będzie zagrażać życiu.
- Wartość naliczana zwyczajowo (ang. Amount Generally Billed): Wartość naliczana zwyczajowo (AGB) za usługi pomocy doraźnej lub inne niezbędne usługi medyczne, ustalana jest raz do roku w oparciu o metodę kontroli retrospektywnej, uznanej przez Amerykański Urząd Podatkowy.
 - Wartość naliczana zwyczajowo zostanie ustalona przy uwzględnieniu wszystkich roszczeń z poprzedniego okresu 12 miesięcy, które zostały opłacone w całości w placówce szpitalnej za usługi związane z leczeniem koniecznym przez Medicare na podstawie zasady ‘opłata za usługę’, łącznie ze wszystkimi prywatnymi ubezpieczycielami zdrowotnymi opłacającymi roszczenia. Może to obejmować współubezpieczenie, współpłacenie lub odliczenia. AGB za nagłą lub niezbędną opiekę medyczną udzieloną osobie kwalifikującej się na pomoc finansową, ustala się mnożąc opłaty brutto za leczenie przez procent opłat brutto (tzw. Procent AGB). Procent AGB jest ustalany przynajmniej raz do roku dzieląc sumę poszczególnych roszczeń opłaconych szpitalowi przez sumę powiązanych opłat brutto dla tych roszczeń.

Ograniczenia: Pomoc finansowa Covenant nie obejmuje wszystkich kosztów, które mogą być związane z usługami medycznymi. Poniżej przedstawiono przykłady produktów lub usług, które nie są zawarte w naszym programie pomocy finansowej:

- Transport i zakwaterowanie: pacjent jest odpowiedzialny za pokrycie kosztów związanych z transportem do i z placówki Covenant.
- Wybrane procedury medyczne, tj. procedury, które nie kwalifikują się, jako nagły stan medyczny lub nie są medycznie konieczne.
- Żywność (poza posiłkami podczas pobytu szpitalnego).
- Trwały sprzęt medyczny: Opieka społeczna może mieć ograniczone bony, aby pomóc w pokryciu kosztów związanych z trwałym sprzętem medycznym.
- Recepty wydane w aptekach nienależących do Covenant.

- Domowa opieka zdrowotna lub usługi udzielone przez podmioty nienależące do Covenant, nie są objęte niniejszą polityką. Kontynuacja opieki może zostać skoordynowana przez opiekę społeczną, lecz zgoda na pomoc finansową ogranicza się do usług świadczonych na miejscu i naliczonych przez podmiot należący do Covenant.

Proces: Pomoc finansowa jest dostępna dla osób, które są nieubezpieczone lub posiadają ubezpieczenie poniżej wymaganej wartości i nie są w stanie opłacić opieki medycznej, w oparciu o potrzeby finansowe (szczegóły dotyczące sposobu ustalania potrzeb finansowych są zawarte w niniejszej polityce). Udzielona pomoc finansowa jest oparta na indywidualnej sytuacji każdej osoby i nie będzie uwzględniać wieku, płci, rasy, statusu społecznego ani imigranta, orientacji seksualnej czy przynależności religijnej. Usługi kwalifikowalne w ramach tej polityki, zostaną udostępnione pacjentowi w progresywnej skali opłat, zależnie od wymogów finansowych określonych na podstawie federalnego progu ubóstwa (ang. Federal Poverty Levels FPL), obowiązujących w chwili złożenia wniosku. Skierowanie pacjentów do złożenia wniosku o pomoc finansową może zostać złożone przez każdego pracownika firmy Covenant lub personelu medycznego, w tym lekarzy, pielęgniarki, doradców finansowych, rejestratorów, pracowników społecznych lub menedżerów. Wniosek o pomoc finansową może zostać złożony przez pacjenta lub członka rodziny pacjenta, bliskiego znajomego lub współpracownika, z zastrzeżeniem obowiązujących przepisów dotyczących prywatności. Wniosek może zostać złożony przed, w trakcie lub po zrealizowaniu świadczeń.

Pomoc finansowa zostanie obliczona na podstawie metody kontroli retrospektywnej, aktualizowanej, co roku przez siedzibę biznesową Covenant (ang. Central Business Office). Aby się zakwalifikować, pacjent musi wykonać następujące czynności:

1. Otrzymać odmowę z Medicaid ze względu na zbyt wysoki dochód, odmowę od zespołu oceny medycznej Medicaid, odmowę alternatywnego i powiązanego programu, lub brak wyłączenia lub odmowy ze względu na niezakończenie procesu wnioskowego przez pacjenta. Wyjątki od tej zasady mogą być dozwolone jedynie przez Dyrektora Covenant lub Rejestrację Pacjenta (albo w przypadku Stowarzyszenia pielęgniarek wizytujących Covenant [ang. Covenant Visiting Nurse Association] Dyrektora zarządzającego lub osobę wyznaczoną).
 - i. Jeśli pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne Medicaid i ponosi odpowiedzialność za usługi nieobjęte ubezpieczeniem, Covenant rozważy czy te opłaty mogą zostać pokryte przez pomoc finansową.
2. Otrzymać wypełniony wniosek finansowy pacjenta wraz z dokumentacją uzupełniającą lub weryfikacją wewnętrzną.
3. Pacjent/gospodarstwo domowe musi spełnić wymagania Covenant dotyczące udzielania Pomocy finansowej.
 - i. Muszą spełnić wymóg potrzeb finansowych określony na podstawie indywidualnej oceny, zawierającej:
 - 1) Proces aplikacji. Pacjent lub jego sponsor może zostać zobowiązany do dostarczenia osobowych, finansowych i innych stosownych informacji wraz z dokumentacją uzupełniającą;
 - 2) Przegląd publicznie dostępnych danych, dostarczających informacje na temat zdolności pacjenta lub jego/jej sponsora do zapłaty (np. punktacja kredytowa lub oceny do zapłaty);
 - 3) Rozsądne starania podjęte przez Covenant dotyczące znalezienia innych źródeł płatności i pokrycia wydatków

- zarówno z prywatnych jak i publicznych programów płatniczych. Rozsądne starania podjęte, aby pomóc pacjentom złożyć stosowne wnioski na w/w programy;
- 4) Rozważenie dostępnych zasobów pacjenta jak również innych środków finansowych dostępnych pacjentowi; i
 - 5) Przegląd nieopłaconych rachunków pacjenta za uprzednio dostarczone świadczenia jak również historię płatności pacjenta.
4. Zidentyfikować nietypowe wydatki medyczne lub tragiczne wydarzenia w profilu finansowym pacjenta.
 - i. Dla celów niedyskryminacyjnej oceny, Covenant weźmie pod uwagę dochód gospodarstwa domowego-
 5. Lekarz prowadzący/kierujący musi określić, kiedy usługi są medycznie niezbędne dla pacjenta.

Gdy zostaną spełnione powyższe wymagania, stanie się, co następuje:

- Ostateczna decyzja zostanie podjęta w przeciągu siedmiu (7) dni kalendarzowych.
- Decyzja o udzielenie Pomocy finansowej będzie ważna na okres trzech (3) miesięcy od daty zatwierdzenia.
- Pomoc finansowa będzie dostępna na podstawie najlepszych dostępnych informacji, uzyskanych, gdy wszelkie próby skontaktowania się z pacjentem i uzyskania informacji finansowych zostały już wyczerpane. Decyzja może zostać podjęta podczas procesu zbierania informacji, jeśli wszelkie próby zebrania informacji zostały już wykorzystane.
- Jest preferowane, ale niewymagane, aby wniosek o Pomoc finansową i ustalenie potrzeb finansowych zostało wykonane przed wstępnie zaplanowaną, nie-awaryjną, medycznie wymaganą usługą. Potrzeba pomocy finansowej może zostać poddana ponownej ocenie w późniejszym czasie lub gdy zostaną ujawnione nowe informacje dotyczące kwalifikacji pacjenta na pomoc finansową.
- Wyznaczony program/dział jest odpowiedzialny za dostarczenie wszelkich niezbędnych informacji i dokumentacji dotyczących udzielania pomocy finansowej wszystkim uprawnionym pacjentom. Wyznaczony program jest odpowiedzialny za zapewnienie, że zostały spełnione wszystkie kryteria, zasiłek został wypłacony a regulacja przetworzona. Poziomy progów regulacji zostały określone na wniosku o udzielenie pomocy finansowej. Wszelkie dokumenty odnoszące się do pomocy finansowej są utrzymywane przez program wyznaczony w każdym programie/dziale. Klasyfikacja pomocy finansowej będzie rekomendowana przez Menedżera siedziby biznesowej Covenant i zatwierdzona przez odpowiednio upoważnionego administratora, uzgodnionego przez Dyrektora Revenue Cycle.
- Jeżeli pacjent nie jest w stanie wnieść znacznej opłaty ani zobowiązać się do planu zapłaty w celu uregulowania zdyskontowanego rachunku medycznego, wszystkie wybrane i nie pilne świadczenia szpitalne i usługi z nimi związane, mogą zostać odroczone.
- Fałszowanie informacji, kłamstwo lub niekompletna dokumentacja dostarczona przez pacjenta, sponsora pacjenta lub osobę odpowiedzialną może spowodować odmowę Pomocy finansowej.

- Biorąc pod uwagę powyższe, kwoty pobierane za nagłe wypadki i niezbędne usługi medyczne od pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej w ramach niniejszej polityki, nie będą większe niż zwykle rachunki wystawiane osobom pokrywającym te same usługi z posiadanego ubezpieczenia.

Powody odmowy: Covenant może odrzucić wniosek o udzielenie pomocy finansowej z różnych powodów, w tym, ale nie ograniczając się do:

- Wystarczające dochody.
- Wystarczający poziom aktywów.
- Pacjent jest niechętny do współpracy lub nie reaguje na próby współpracy podjęte przez pracowników placówki medycznej.
- Niekompletny wniosek o udzielenie pomocy finansowej pomimo wysiłków podjętych, aby współpracować z pacjentem.
- Oczekujące roszczenie ubezpieczeniowe lub z tytułu odpowiedzialności, które może być źródłem płatności.
- Wstrzymanie płatności ubezpieczenia lub/i fundusze z rozliczenia ubezpieczeniowego, łącznie ze składkami ubezpieczeniowymi przekazanymi pacjentowi na pokrycie świadczeń udzielonych przez Covenant, jak również roszczeń związanych z obrażeniami ciała lub/i wypadkami.

Windykacja wierzytelności: Zarząd Covenant ma politykę i procedury na windykację wierzytelności, łącznie z czynnościami, które mogą zostać podjęte przez szpital, jeśli pacjent nie opłaci rachunku. Te działania zawierają potencjalne informowanie agencji kredytowych. Polityka windykacji uwzględnia zakres, w jakim pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej, ich dobra wola w trakcie składania wniosków na programy rządowe lub pomoc finansową z Covenant, jak również wysiłki podjęte przez danego pacjenta, aby spełnić swoje umowy płatności z Covenant. Pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej i którzy w dobrej woli współpracują, aby uregulować swoje zdyskontowane rachunki medyczne, Covenant może zaoferować wydłużony plan płatności, nie będzie wysyłać nieopłaconych rachunków do zewnętrznych agencji kredytowych i zaprzestanie wszelkich czynności związanych z windykacją wierzytelności.

Covenant nie podejmie nadzwyczajnych czynności windykacyjnych takich jak, zajęcie wypłaty, zastawów na pierwotne nieruchomości czy innych czynności prawnych w stosunku do żadnego pacjenta, zanim nie podejmie wszelkich rozsądnych prób ustalenia czy dany pacjent nie podlega pod pomoc finansową w ramach tej polityki o udzielenie pomocy finansowej. Rozsądne wysiłki obejmują:

- Sprawdzenie poprawności kwoty nieopłaconych rachunków, które pacjent wciąż ma do uregulowania, i czy wszystkie źródła płatności przez strony trzecie zostały zidentyfikowane i rozliczone przez szpital;
- Próbę zaoferowania pacjentowi możliwości ubiegania się o pomoc finansową z wykorzystaniem wskazówek zawartych w danej polityce. Jeżeli pacjent nie spełnia wymagań aplikacyjnych szpitala, te wysiłki zostaną udokumentowane;
- Zaoferowanie pacjentowi planu płatności. Niemniej, jeśli pacjent nie uhonoruje warunków danego planu, zostanie to udokumentowane.

Nic w danej polityce nie przeszkodzi Covenant w dochodzeniu zwrotu od płatników strony trzeciej, rozliczenia odpowiedzialności cywilnej lub innych prawnie odpowiedzialnych osób trzecich.

Covenant nie będzie angażował się w nadzwyczajne działania windykacyjne zanim nie podejmie rozsądnych starań ustalających czy dany pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej w ramach danej polityki. Jeżeli pacjent nie dostarczy wniosku o udzielenie pomocy finansowej w przeciągu okresu zgłoszenia (120 dni po dacie wystawienia pierwszego wyciągu rozliczeniowego) Covenant może podjąć czynności windykacyjne przeciw pacjentowi. Czynności windykacyjne będą się toczyły na podstawie procesów w odrębnej polityce windykacyjnej (Numer polityki Covenant PTAG025, Wewnętrzna windykacja i odsyłanie nieściągalnych długów [ang. In-House Collections and Bad Debt Referral Policy]), która jest dostępna bezpłatnie w Covenant.

Jeżeli firma windykacyjna zidentyfikuje pacjenta, jako osobę spełniającą wymagania Covenant dotyczące pomocy finansowej, konto pacjenta może zostać rozważone, jako podlegające pod pomoc finansową w terminie do 120 dni po odesłaniu konta do czynności windykacyjnych (w terminie 240 dni od wysłania pacjentowi pierwszego wyciągu rozliczeniowego). Czynności windykacyjne zostaną wstrzymane na tych kontaktach a Covenant poinformuje pacjenta o wymogu dodatkowych informacji lub dokumentacji potrzebnej w procesie udzielenia pomocy finansowej. Jeżeli całe saldo konta zostanie uregulowane, konto zostanie zwrócone Covenant. Natomiast, jeżeli nastąpi częściowa regulacja, pacjent nie współpracuje z procesem udzielenia pomocy finansowej lub jeśli pacjent nie kwalifikuje się do pomocy finansowej, czynności windykacyjne zostaną wznowione.

Informowanie pacjentów i społeczeństwa o Polityce udzielania pomocy finansowej:

Covenant zobowiązuje się do udzielania pomocy finansowej uprawnionym pacjentom, którzy nie mają zdolności opłacenia usług medycznych. Placówki Covenant Medical Center i Covenant HealthCare System udostępnią niniejszą politykę wszystkim osobom korzystającym lub zamieszkującym dane regiony. Informacje będą również dostępne na stronie www.covenanthealthcare.com

Między innymi, dwujęzyczne podsumowanie zostanie zamieszczone w głównych punktach rejestracyjnych szpitala, zawierające wskazówki dotyczące uzyskania wydrukowanej wersji polityki jak również wniosku o udzielenie pomocy finansowej. Powiązane witryny będą zamieszczać dwujęzyczne podsumowanie danej polityki, oraz udostępnią kopię niniejszej polityki na stronach internetowych z możliwością darmowego pobrania. Osoby obsługiwane przez nasze placówki i zainteresowane uzyskaniem kopii danej polityki, mają taką możliwość w każdej powiązanej placówce Covenant lub na żądanie. Covenant również umieści zwykle podsumowanie niniejszej polityki w sprawozdaniach pacjentów.

Równouprawienie:

Covenant jest zobowiązany do przestrzegania wielu przepisów federalnych i stanowych, które zapobiegają dyskryminacji ze względu na rasę, płeć, wiek, religię, narodowość, stan cywilny, orientację seksualną, niepełnosprawność, służbę wojskową lub inne klasyfikacje chronione przez prawo federalne, stanowe lub lokalne.

Covenant nie rozważy: złej historii kredytowej, zasiłków umownych, postrzegalnych niedopłat za operacje, programów publicznych, spraw opłacanych przez wkład charytatywny, profesjonalnych zniżek grzesznościowych, pracy społecznej czy

programów pomocy albo statusu bezrobocia, jako sposobu określenia zapotrzebowania na pomoc finansową.

Wymogi regulacyjne:

W zakresie wdrażania niniejszej polityki, zarząd Covenant i ich obiektów musi spełnić wszystkie inne federalne, stanowe i lokalne przepisy, zasady i regulacje, które mogą mieć zastosowanie do działań prowadzonych na podstawie niniejszej polityki.

Poufność:

Pracownicy Covenant będą przestrzegać poufności i indywidualnej godności każdego pacjenta. Covenant będzie spełniać wszystkie wymagania HIPAA dotyczące obsługi osobistych informacji zdrowotnych.

Zatwierdzenie i weryfikacja Zarządu:

Niniejsza polityka została przyjęta przez Zarząd Dyrektorów Covenant Medical Center, Inc. (W dn. 22 lipca, 2013), i każdego roku zostanie poddana przeglądowi przez Zarząd Dyrektorów.

Powiązane polityki/procedury: Polityka dyskontowania opłat pacjentów

Data wejścia w życie: 07/01/01, 03/2004, 01/2007, 12/2008, 04/2009, 09/2012, 07/2013, 08/2014, 08/2015

Termin przeglądu: 01/2016

Zatwierdzono:

Edward Bruff – Wiceprezes /COO

Sierpień, 2015

Data