

Temat: Providence Financial Assistance (Charity Care) Policy - Kalifornia	Numer polisy: PSJH RCM 002 CAL	
Dział: Zarządzanie cyklem przychodów	<input type="checkbox"/> Nowy <input checked="" type="checkbox"/> Zmienione <input type="checkbox"/> Napisał(a) recenzję	Data: 1/1/2022
Sponsor Wykonawczy: Kimberly Sullivan, SVP Chief Revenue Cycle Officer	Właściciel polisy: Dyrektor Wykonawczy, Doradztwo Finansowe	
Zatwierdzone przez: Providence Board of Directors	Data realizacji: 12/1/2021	

Providence jest katolicką organizacją non-profit zajmującą się opieką zdrowotną, kierującą się zaangażowaniem w swoją Misję służenia wszystkim, zwłaszcza tym, którzy są biedni i bezbronni, przez jej podstawowe wartości współczucia, godności, sprawiedliwości, doskonałości i uczciwości oraz przez przekonanie, że opieka zdrowotna jest prawem człowieka. Filozofią i praktyką każdego szpitala Providence jest to, że pojawiające się i medycznie niezbędne usługi opieki zdrowotnej są łatwo dostępne dla osób w społecznościach, którym służymy, niezależnie od ich zdolności do zapłaty.

ZAKRES:

Niniejsza polityka ma zastosowanie do wszystkich szpitali Providence w Kalifornii ("Providence") w Los Angeles, Orange, High Desert, Humboldt, Sonoma i Napa Counties w stanie Kalifornia oraz do wszystkich nagłych wypadków, pilnych i innych niezbędnych medycznie usług świadczonych przez szpitale Providence i NorCal Health Connect w Kalifornii (z wyjątkiem opieki eksperymentalnej lub dochodzeniowej). Listę szpitali Providence objętych tą polityką można znaleźć w Załączniku A Covered Facilities List.

Niniejsza polityka będzie interpretowana w sposób zgodny z sekcją 501 (r) Kodeksu Podatkowego z 1986 r., z późniejszymi zmianami, oraz, w odniesieniu do Szpitali Providence w Kalifornii, z Uczciwą Polityką Cenową Szpitala określoną w Kalifornijskim Kodeksie Zdrowia i Bezpieczeństwa (Sekcje 127400-127446). W przypadku kolizji między postanowieniami takich przepisów a niniejszą polityką, takie przepisy mają kontrolę.

CEL:

Celem tej polityki jest zapewnienie uczciwej, niedyskryminacyjnej, skutecznej i jednolitej metody udzielania pomocy finansowej (opieki charytatywnej) kwalifikującym się osobom, które nie są w stanie zapłacić w całości lub w części za niezbędne medycznie nagłe wypadki i inne usługi szpitalne świadczone przez szpitale Providence.

Intencją niniejszej polityki jest przestrzeganie wszystkich przepisów federalnych, stanowych i lokalnych. Niniejsza polityka i programy pomocy finansowej w niej zawarte stanowią oficjalną Politykę Pomocy Finansowej ("FAP") i Politykę Opieki Medycznej w Nagłych Wypadkach dla każdego szpitala będącego własnością, dzierżawionego lub obsługiwanego przez Providence.

POLITYKA:

Providence zapewni bezpłatne lub zdyskontowane usługi szpitalne dla wykwalifikowanych osób o niskich dochodach, nieubezpieczonych i niedostatecznie ubezpieczonych oraz pacjentów o wysokich kosztach leczenia, którzy są na poziomie lub poniżej 400 procent FPL, gdy zdolność do płacenia za usługi jest barierą w dostępie do medycznie niezbędnej opieki w nagłych wypadkach i innej opieki szpitalnej i nie zidentyfikowano alternatywnego źródła pokrycia. Pacjenci muszą spełniać wymagania kwalifikacyjne opisane w niniejszych zasadach, aby się zakwalifikować.

Szpitalne Providence z dedykowanymi oddziałami ratunkowymi zapewnią, bez dyskryminacji, opiekę nad nagłymi schorzeniami (w rozumieniu ustawy o ratownictwie medycznym i pracy) zgodną z dostępnymi możliwościami, niezależnie od tego, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy finansowej. Providence nie będzie dyskryminować ze względu na wiek, rasę, kolor skóry, wyznanie, pochodzenie etniczne, religię, pochodzenie narodowe, stan cywilny, płeć, orientację seksualną, tożsamość lub ekspresję płciową, niepełnosprawność, status weterana lub wojskowy lub jakąkolwiek inną podstawę zabronioną przez prawo federalne, stanowe lub lokalne przy podejmowaniu decyzji o pomocy finansowej.

Szpitalne Providence zapewnią badania przesiewowe w nagłych wypadkach i leczenie stabilizujące lub skierują i przekażą osobę, jeśli taki transfer jest odpowiedni zgodnie z 42 C.F.R 482.55. Providence zabrania wszelkich działań, praktyk przyjmowania lub polityk, które zniechęcałyby osoby do poszukiwania pomocy medycznej w nagłych wypadkach, takich jak zezwalanie na działania windykacyjne, które zakłócają świadczenie opieki medycznej w nagłych wypadkach.

Lista specjalistów podlegających Providence FAP: Każdy szpital Providence wyraźnie zidentyfikuje listę tych lekarzy, grup medycznych lub innych specjalistów świadczących usługi, którzy są i nie są objęci niniejszą polityką. Lekarze pogotowia ratunkowego, którzy świadczą usługi ratownictwa medycznego pacjentom w szpitalach Providence California, są zobowiązani przez prawo kalifornijskie do udzielania zniżek nieubezpieczonym pacjentom lub pacjentom o wysokich kosztach medycznych (zgodnie z definicją zawartą w Zasadach Wyceny Szpitala Określonych w Kalifornijskim Kodeksie Zdrowia i Bezpieczeństwa (Sekcje 127400-127446)), którzy są na poziomie lub poniżej 400% FPL. Każdy szpital Providence dostarczy tę listę każdemu pacjentowi, który zażąda kopii. Listę dostawców można również znaleźć online na stronach internetowych Providence:

www.providence.org.

Wymagania kwalifikacyjne dotyczące pomocy finansowej: Pomoc finansowa jest dostępna zarówno dla nieubezpieczonych, jak i ubezpieczonych pacjentów i gwarantów, jeśli taka pomoc jest zgodna z niniejszą polityką oraz przepisami federalnymi i stanowymi regulującymi dopuszczalne świadczenia dla pacjentów. Szpitalne Providence dołożą uzasadnionych starań, aby ustalić istnienie lub nieistnienie ubezpieczenia stron trzecich, które może być dostępne, w całości lub w części, dla opieki świadczonej przez szpitalne Providence, przed skierowaniem jakichkolwiek działań windykacyjnych u pacjenta. Nieubezpieczeni pacjenci mogą otrzymać nieubezpieczoną zniżkę. Kwalifikujące się salda pomocy finansowej obejmują między innymi: Płatność własna, opłaty dla pacjentów objętych ubezpieczeniem od podmiotu bez stosunku umownego, koasekuracja, odliczenie i kwoty współpłatności związane z ubezpieczonymi pacjentami. Kwoty podlegające odliczeniu i koasekuracji zgłoszone jako zły dług Medicare zostaną wyłączone ze zgłaszania opieki charytatywnej.

Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową muszą wypełnić standardowy wniosek o pomoc finansową Providence, a kwalifikowalność będzie oparta na potrzebach finansowych w tym czasie. Zostaną podjęte uzasadnione starania, aby powiadomić i poinformować pacjentów o dostępności pomocy finansowej poprzez dostarczanie informacji podczas przyjmowania i wypisu, na wyciągu rozliczeniowym pacjenta, w obszarach rozliczeniowych dostępnych dla pacjenta, na stronie internetowej szpitala Providence, poprzez ustne

powiadomienie podczas dyskusji na temat płatności, a także na oznakowaniu w dużych obszarach szpitalnych i ambulatoryjnych, takich jak przyjmowanie i oddział ratunkowy. Providence zachowa informacje wykorzystywane do określenia kwalifikowalności zgodnie ze swoimi zasadami prowadzenia dokumentacji.

Ubieganie się o pomoc finansową: Pacjenci lub poręczyciele mogą zażądać i złożyć wniosek o pomoc finansową, który jest bezpłatny i dostępny w ministerstwie Opatrzności lub w następujący sposób: doradzając personelowi usług finansowych pacjentów w momencie lub przed wypisem, że pomoc jest wymagana i składana wraz z wypełnioną dokumentacją; pocztą lub odwiedzając www.providence.org, pobierając i składając wypełniony wniosek wraz z dokumentacją. Osoba ubiegająca się o pomoc finansową zostanie przesiewowa, która obejmie sprawdzenie, czy pacjent wyczerpał lub nie kwalifikuje się do żadnych zewnętrznych źródeł płatności.

Każdy szpital Providence udostępni wyznaczony personel, aby pomóc pacjentom w wypełnieniu Wniosku o Pomoc Finansową i określeniu kwalifikowalności do pomocy finansowej Providence lub pomocy finansowej z programów ubezpieczeniowych finansowanych przez rząd, jeśli ma to zastosowanie. Usługi w zakresie tłumaczeń ustnych są dostępne w celu udzielenia odpowiedzi na wszelkie pytania lub wątpliwości oraz w celu udzielenia pomocy finansowej.

Pacjent lub gwarant, który może kwalifikować się do ubiegania się o pomoc finansową, może dostarczyć Providence wystarczającą dokumentację w celu poparcia ustalenia kwalifikowalności w dowolnym momencie, gdy dowie się, że dochód strony spada poniżej minimalnej FPL zgodnie z odpowiednimi przepisami federalnymi i stanowymi.

Indywidualna sytuacja finansowa: Dochody, aktywa pieniężne i wydatki pacjenta zostaną wykorzystane do oceny indywidualnej sytuacji finansowej pacjenta. Aktywa pieniężne nie obejmują programów emerytalnych lub odroczonej rekompensat kwalifikowanych na mocy Kodeksu Podatkowego ani niekwalifikowanych odroczonej rekompensat.

Kwalifikacje dochodowe: Kryteria dochodu, oparte na federalnym poziomie ubóstwa (FPL), mogą być wykorzystane do określenia kwalifikowalności do bezpłatnej lub niżkowej opieki. Szczegółowe informacje można znaleźć w załączniku B.

Ustalenia i zatwierdzenia: Pacjenci otrzymają powiadomienie o ustaleniu kwalifikowalności FAP w ciągu 30 dni od złożenia wypełnionego wniosku o pomoc finansową i niezbędnej dokumentacji. Po otrzymaniu wniosku nadzwyczajne działania windykacyjne będą podejmowane do czasu przesłania pacjentowi pisemnego oświadczenia o kwalifikowalności. Szpital nie będzie ustalał kwalifikowalności do pomocy na podstawie informacji, które szpital uważa za nieprawidłowe lub niewiarygodne.

Rozstrzygnięcie sporów: Pacjent może odwołać się od stwierdzenia niekwalifikowalności do pomocy finansowej, dostarczając odpowiednią dodatkową dokumentację do Providence w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o odmowie. Wszystkie odwołania zostaną rozpatrzone, a jeśli przegląd potwierdzi odmowę, pisemne powiadomienie zostanie wysłane do gwaranta i Departamentu Zdrowia Stanu, jeśli jest to wymagane i zgodne z prawem. Ostateczny proces odwoławczy zakończy się w ciągu 10 dni od otrzymania odmowy przez Providence. Odwołanie można przesłać na adres Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

Domniemana dobroczynność: Providence może zatwierdzić pacjenta na charytatywną korektę salda konta za pomocą środków innych niż pełny wniosek o pomoc finansową. Takie ustalenia będą dokonywane na zasadzie domniemania przy użyciu uznanego w branży narzędzia oceny finansowej, które ocenia zdolność

płatniczą na podstawie publicznie dostępnych danych finansowych lub innych, w tym między innymi dochodów gospodarstw domowych, wielkości gospodarstwa domowego oraz historii kredytowej i płatniczej.

Inne szczególne okoliczności: Pacjenci, którzy kwalifikują się do programów kwalifikowanych przez FPL, takich jak Medicaid, MediCal i inne sponsorowane przez rząd programy pomocy o niskich dochodach, są uważani za ubogich. Dlatego tacy pacjenci kwalifikują się do pomocy finansowej, gdy programy odmawiają zapłaty, a następnie uznają opłaty za obciążające pacjenta. Salda konta pacjenta wynikające z niezwróconych opłat kwalifikują się do pełnego odpisu charytatywnego. W tym między innymi niezbędne medycznie usługi związane z:

1. Odmowa pobytu w szpitalu
2. Odmówiono hospitalizacji w dniach opieki
3. Usługi nieobjęte ubezpieczeniem
4. Odmowy żądania autoryzacji leczenia (TAR)
5. Odmowy z powodu ograniczonego zasięgu

Katastrofalne koszty leczenia: Opatrzność, według własnego uznania, może udzielić pomocy charytatywnej w przypadku katastrofalnych kosztów leczenia. Pacjenci ci będą obsługiwani indywidualnie.

Czasy zagrożenia: Pomoc finansowa może być dostępna według uznania Providence w czasie stanu wyjątkowego lub państwowego, niezależnie od pomocy w przypadku katastrofalnych wydatków.

Ograniczenie opłat dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej: Żaden pacjent, który kwalifikuje się do którejkolwiek z wyżej wymienionych kategorii pomocy, nie będzie osobiście odpowiedzialny za więcej niż procent opłat brutto "Kwoty ogólnie rozliczone" (AGB), zgodnie z poniższą definicją.

Rozsądny plan płatności: Gdy pacjent zostanie zatwierdzony do częściowej pomocy finansowej, ale nadal ma należne saldo, Providence wynegocjuje umowę dotyczącą planu płatności. Rozsądny plan płatności składa się z miesięcznych płatności, które nie są większe niż 10 procent miesięcznego dochodu pacjenta lub rodziny, z wyłączeniem odliczeń z tytułu podstawowych kosztów utrzymania, które pacjent wymienił we wniosku o pomoc finansową. Plany płatności będą bezpłatne. Terminy planów płatności zostaną przedłużone dla pacjentów z oczekującymi odwołaniami od ubezpieczenia.

Rozliczenia i windykacje: Wszelkie niezapłacone salda należne od pacjentów lub poręczycieli po zastosowaniu dostępnych rabatów, jeśli takie istnieją, mogą być kierowane do windykacji. Działania windykacyjne na niespłaconych saldach zostaną wstrzymane do czasu ostatecznego ustalenia kwalifikowalności FAP. Providence nie wykonuje, nie zezwala ani nie zezwala agencjom windykacyjnym na wykonywanie jakichkolwiek nadzwyczajnych działań windykacyjnych przed: (a) podjęciem uzasadnionych wysiłków w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej; lub b) 180 dni po wysłaniu pierwszego oświadczenia pacjenta. Aby uzyskać informacje na temat rozliczeń Providence i praktyk windykacyjnych dla kwot należnych od pacjentów, zapoznaj się z polityką szpitala Providence, która jest dostępna bezpłatnie w punkcie rejestracji każdego szpitala Providence lub pod adresem: www.providence.org.

Zwroty pacjentów: W przypadku, gdy pacjent lub gwarant dokonał płatności za usługi, a następnie zostanie uznany za kwalifikującego się do bezpłatnej lub zniżkowej opieki, wszelkie płatności dokonane w związku z tymi usługami w okresie kwalifikującym się do FAP, które przekraczają obowiązek płatności, zostaną zwrócone, zgodnie z przepisami państwowymi.

Przegląd roczny: Ta polityka pomocy finansowej Providence (opieka charytatywna) będzie poddawana corocznemu przeglądowi przez wyznaczone kierownictwo cyklu przychodów.

WYJĄTKI:

Zobacz Zakres powyżej.

DEFINICJE:

Na potrzeby niniejszej polityki obowiązują następujące definicje i wymagania:

1. Federalny poziom ubóstwa (FPL): FPL oznacza wytyczne dotyczące ubóstwa aktualizowane okresowo w Rejestrze Federalnym przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych.
2. Kwoty ogólnie rozliczane (AGB): Kwoty ogólnie rozliczane za nagłe wypadki i inną medycznie niezbędną opiekę dla pacjentów w celu uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego są określane w polisie jako AGB. Providence Southern California i Providence Northern California z wyjątkiem Healdsburg korzysta z AGB, który jest określany przez pomnożenie opłat brutto szpitala za każdą nagłą lub medycznie niezbędną opiekę przez stały procent, który opiera się na roszczeniach dozwolonych w ramach Medicare. Healdsburg wykorzysta potencjalną metodę Medicare do określania AGB. Potencjalny AGB jest równy kwocie, która zostałaby zwrócona przez medicare fee-for-service, plus kwota, za którą pacjent byłby odpowiedzialny w formie współpłaty, koasekuracji i odliczeń, gdyby był beneficjentem Medicare w momencie świadczenia usługi. Arkusze informacyjne wyszczególniające procenty AGB używane przez każdy szpital Providence i sposób ich obliczania można uzyskać, odwiedzając następującą stronę internetową: www.providence.org lub dzwoniąc pod numer 1-866-747-2455, aby poprosić o kopię.
3. Nadzwyczajne działania windykacyjne (ECA): Agencje kredytów zbiorowego są definiowane jako działania wymagające postępowania sądowego lub sądowego, obejmujące sprzedaż długu innej stronie lub zgłaszanie niekorzystnych informacji agencjom lub biurom kredytowym. Działania, które wymagają w tym celu procesu prawnego lub sądowego, obejmują zastaw; wykluczenie nieruchomości; zajęcie lub zajęcie rachunku bankowego lub innego mienia osobistego; wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko osobie fizycznej; działania, które powodują aresztowanie danej osoby; działania, które powodują, że dana osoba podlega przywiązaniu do ciała; i zajęcie wynagrodzenia.
4. Wysokie koszty leczenia: Wysokie koszty leczenia to koszty określone w Hospital Fair Pricing Policies - California Health and Safety Code (sekcje 127400-127446), czyli: (1) roczne koszty z własnej kieszeni poniesione przez osobę w szpitalu Providence, które przekraczają 10 procent dochodu rodziny pacjenta w ciągu 12 miesięcy, (2) roczne wydatki z kieszeni, które przekraczają 10 procent dochodu rodziny pacjenta, jeśli pacjent dostarczy dokumentację kosztów leczenia pacjenta opłaconych przez pacjenta lub jego rodzinę w ciągu 12 miesięcy lub (3) niższy poziom określony przez szpital Providence zgodnie z polityką opieki charytatywnej szpitala Providence.

ODWOŁANIA:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 and 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>California Hospital Association Charity Guidelines</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>



Załącznik A – Lista obiektów objętych programem

Providence Hospitals in Southern California	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John's Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence St. Joseph Hospital Orange	Providence St. Jude Medical Center
Providence St. Mary Medical Center	Providence Mission Hospital Laguna Beach
Providence Mission Hospital Mission Viejo	

Providence Hospitals in Northern California	
Providence St. Joseph Hospital	Providence Redwood Memorial Hospital
Providence Santa Rosa Memorial Hospital	Providence Queen of the Valley Medical Center

NorCal Health Connect Hospitals	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital

Załącznik B - Kwalifikacje dochodowe dla szpitali Providence w Południowej Kalifornii

Jeśli...	Wtedy...
Roczny dochód rodziny, skorygowany o wielkość rodziny, wynosi lub mniej niż 300% aktualnych wytycznych FPL,	Pacjent jest zdeterminowany, aby być finansowo ubogim i kwalifikuje się do pomocy finansowej w 100% odpisu na kwoty odpowiedzialności pacjenta.
Roczny dochód rodziny, skorygowany o wielkość rodziny, wynosi od 301% do 400% obecnych wytycznych PR,	Pacjent ma prawo do zniżki w wysokości 81% od pierwotnych opłat od kwot odpowiedzialności pacjenta.
Jeśli roczny dochód rodziny, skorygowany o wielkość rodziny, jest równy lub niższy niż 400% FPL <u>ORAZ</u> pacjent poniósł całkowite koszty leczenia w szpitalach Providence w ciągu ostatnich 12 miesięcy przekraczające 20% rocznego dochodu rodziny, skorygowanego o wielkość rodziny, na usługi podlegające niniejszej polityce,	Pacjent jest uprawniony do 100% zasiłku charytatywnego na kwoty odpowiedzialności pacjenta.

Kwalifikacje dochodowe dla szpitali Providence w Północnej Kalifornii i szpitali NorCal Health Connect w Północnej Kalifornii

Jeśli...	Wtedy...
Roczny dochód rodziny, skorygowany o wielkość rodziny, wynosi lub mniej niż 300% aktualnych wytycznych FPL,	Pacjent jest zdeterminowany, aby być ubogim finansowo i kwalifikuje się do pomocy finansowej 100% odpisu na kwoty odpowiedzialności pacjenta.
Roczny dochód rodziny, skorygowany o wielkość rodziny, wynosi od 301% do 400% obecnych wytycznych PR,	Pacjent ma prawo do zniżki w wysokości 80% od pierwotnych opłat od kwot odpowiedzialności pacjenta.
Jeśli roczny dochód rodziny, skorygowany o wielkość rodziny, jest równy lub niższy niż 400% FPL <u>ORAZ</u> pacjent poniósł całkowite koszty leczenia w szpitalach Providence w ciągu ostatnich 12 miesięcy przekraczające 20% rocznego dochodu rodziny, skorygowanego o wielkość rodziny, na usługi podlegające niniejszej polityce,	Pacjent jest uprawniony do 100% zasiłku charytatywnego na kwoty odpowiedzialności pacjenta.