

Overlake Hospital Medical Center

Opieka dobroczynna/Zasady pomocy finansowej

Ważne od 1 kwietnia 2016 r.

Cel

Overlake Hospital Medical Center (OHMC) oraz Overlake Medical Clinics (OMC) świadczą niezbędne usługi opieki zdrowotnej wszystkim osobom ich potrzebującym, niezależnie od możliwości finansowych. W celu ochrony integralności operacji oraz wywiązania się z obowiązków, ustanawia się następujące kryteria świadczenia opieki dobroczynnej/ pomocy finansowej, zgodnie z wymogami Washington Administrative Code, Rozdział 246-453.

Przekazywanie do wiadomości publicznej

Zasady świadczenia opieki dobroczynnej/ pomocy finansowej przez OHMC i OMC należy podać do wiadomości publicznej w następujący sposób:

- A. Zawiadomienie informujące pacjentów, że OHMC i OMC świadczy pomoc dobroczynną/pomoc finansową należy umieścić w najważniejszych miejscach w szpitalu i przychodni, w tym na izbach przyjęć, na SOR oraz w ośrodkach pomocy doraźnej OMC. Zasady będą również opublikowane na stronie internetowej Overlakehospital.org.
- B. Jednocześnie OHMC i OMC udostępnią pisemną informację, w formie ulotki, wskazując te zasady pacjentom w czasie korzystania z usług. Także podczas korzystania z usług przez pacjentów takie informacje powinny być wyjaśniane ustnie. Jeśli z jakiegoś powodu, na przykład w sytuacji nagłej, pacjent nie zostanie poinformowany o istnieniu opieki dobroczynnej/pomocy finansowej przed podjęciem leczenia, należy go poinformować, gdy tylko będzie to możliwe.
- C. Pisemne informacje i wyjaśnienia ustne powinny być podawane w dowolnym języku, używanym przez ponad 1000 osób na głównym obszarze świadczenia usług przez OHMC i OMC; należy je też tłumaczyć pacjentom nieznającym języka angielskiego lub mającym ograniczoną znajomość tego języka i innym pacjentom, którzy nie mogą zrozumieć pisemnej informacji i/lub wyjaśnienia.
- D. OHMC i OMC przeszkolą personel mający kontakt z pacjentami z zakresu umiejętności zrozumiałego odpowiadania na pytania dotyczące opieki dobroczynnej/pomocy finansowej lub szybkiego kierowania takich pytań do odpowiedniego działu.
- E. Pisemne informacje na temat opieki dobroczynnej/zasad pomocy finansowej świadczonych przez OHMC i OMC należy przekazywać drogą pocztową, elektroniczną, telefonicznie lub osobiście, osobom proszącym o takie informacje.

Kryteria uprawniające

Opieka dobroczynna/pomoc finansowa są drugorzędne w stosunku do wszystkich innych środków finansowych, z których mogą korzystać pacjenci, w tym między innymi do grupowych lub indywidualnych planów medycznych, odszkodowań pracowniczych, Medicare, Medicaid lub programów pomocy medycznej, innych stanowych, federalnych lub wojskowych programów bądź w jakichkolwiek innych sytuacjach, w których inna osoba lub podmiot mogą mieć obowiązek prawny zapłacić za koszty usług medycznych. Pacjentom, których nie stać na usługi medyczne zostanie udzielona opieka dobroczynna/pomoc finansowa bez względu na rasę, narodowość lub status imigracyjny.

W tych sytuacjach, w których właściwe główne źródła płatnicze nie są dostępne lub pozostają należności po zapłacie z innych źródeł, pacjenci są objęci opieką dobroczynną/pomocą finansową w ramach zasad OHMC i OMC, w oparciu o następujące kryteria:

- A. Aby spełniać wymagania WAC 246-453-040 i WAC 246-453-050 oraz wymagania IRS 501R, OHMC i OMC przyjęły następujący model:
1. Pełna kwota należności dla OHMC i OMC zostanie uznana za podlegającą zasadom opieki dobroczynnej/pomocy finansowej w przypadku pacjenta, którego dochód rodziny brutto jest równy lub mniejszy niż 200% obecnego federalnego progu ubóstwa.
 2. Poniższy harmonogram płatności ruchomych stosuje się w celu ustalenia kwoty, jaka zostanie umorzona w przypadku pacjentów o dochodach od 201% do 400% obecnego federalnego progu ubóstwa. Rodziną jest grupa dwóch lub więcej osób związanych urodzeniem, małżeństwem lub adopcją, które mieszkają ze sobą; wszystkie takie osoby uważane są za członków jednej rodziny.
 3. Kwota, jaką dana osoba musi osobiście zapłacić po zastosowaniu wszystkich zniżek, ulg i zwrotów (w tym z tytułu ubezpieczeń i zasady pomocy finansowej szpitala nie mogą wynosić więcej niż kwoty zazwyczaj rozliczane dla osób, które mają ubezpieczenie obejmujące taką opiekę („AGB”). OHMC i OMC postanowiły korzystać z 12-miesięcznej metody retrospektywnej z uwzględnieniem mieszanki roszczeń w ramach zasady opłat za usługi obowiązującej w Medicare i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych, którzy płacą szpitalowi za roszczenia w celu określenia AGB.
 4. Zobowiązanie finansowe osoby odpowiedzialnej pozostaje po zastosowaniu dowolnego harmonogramu ruchomych opłat, płatnych w miesięcznych ratach w rozsądnym okresie, zgodnie z zasadami kontrolowania płatności własnych przez pacjentów. Konto osoby odpowiedzialnej nie zostanie przekazane firmie windykacyjnej, o ile wypłaty nie są pominięte lub nie będzie okresu braku aktywności na koncie i będzie brak zadowalającego kontaktu z pacjentem.
- Uwaga: Dochód jest zdefiniowany jako suma wpływów gotówkowych brutto, pochodzących z wynagrodzeń, zasiłków, świadczeń z ubezpieczenia społecznego, zasiłków strajkowych, świadczeń dla bezrobotnych lub rentowych, alimentów na dzieci, alimentów na małżonka i zysku netto z działalności gospodarczej i działań inwestycyjnych [Czy przychody z inwestycji znajdują się na wniosku o dobroczynność? Jeśli nie, czy to powinno się pojawić?] płatnych takiej osobie.

Procent zniżki w ramach opieki dobroczynnej/pomocy finansowej

| | Pacjent Należność Kwota | | | | | |
|----------|-------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | Procent zniżki (%) | | | | | |
| % z FPL | \$0-\$2,500 | \$2,501-\$5,000 | \$5,001-\$10,000 | \$10,001-\$25,000 | \$25,001-\$50,000 | \$50,001 i powyżej |
| 0-200% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 201-300% | 85% | 90% | 95% | 96% | 97% | Uwaga A |
| 301-400% | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | Uwaga B |

Uwaga A: 98% kosztów opieki dobroczynnej/pomocy finansowej zastosowany do pierwszych \$100.000 opłat. 100% opłaty za opiekę dobroczynną zastosowanej do dowolnej kwoty \$100.000

Uwaga B: 90% kosztów opieki dobroczynnej/pomocy finansowej zastosowany do pierwszych \$100.000 opłat. 100% opłaty za opiekę dobroczynną zastosowanej do dowolnej kwoty \$100.000

- B. OHMC i OMC mogą zaoferować opiekę dobroczynną w przypadkach katastrof (Catastrophic Charity), co oznacza, że OHMC i OMC mogą umorzyć kwoty jak w przypadku opieki dobroczynnej/pomocy finansowej udzielanych pacjentom z dochodem rodziny przekraczającym 200% federalnego progu ubóstwa, gdy okoliczności wskazują na poważne trudności finansowe lub osobiste straty, wykraczające poza ulgi przyznawane w przypadkach opieki dobroczynnej/pomocy finansowej w sposób opisany powyżej. W tych przypadkach, pacjenci powinni złożyć pisemny wniosek o przeprowadzenie kolejnego przeglądu oraz podać szczegóły sytuacji katastrofalnej. Decyzja o przyznaniu opieki dobroczynnej w przypadkach katastrof oraz o wysokości kwoty ulegającej umorzeniu spoczywa na Pricing Committee (komisja wyceny) OHMC i OMC, zgodnie z innymi obowiązującymi zasadami dotyczącymi zatwierdzenia celem przyznania prawa do zakupu/wydatku zasobów finansowych OHMC i OMC.
- C. Przepisy OHMC i OMC dotyczące opieki dobroczynnej/pomocy finansowej służą społeczności otrzymującej świadczenia z OHMC oraz OMC i w związku z tym pacjenci, którzy nie są mieszkańcami stanu Waszyngton będą uprawnieni do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej wyłącznie w przypadkach usług świadczonych na oddziale ratunkowym lub w wyniku bezpośredniego przyjęcia z oddziału ratunkowego. Ponadto usługi powinny być ustalone jako wymagające nagłej opieki przez lekarza z oddziału ratunkowego OHMC i OMC.
- D. Odstępstwa od wymogu stałego pobytu w stanie Waszyngton obejmują również uchodźców, azylantów i osoby ubiegające się o udzielenie azylu, które mają i mogą przedstawić dokumentację INS.
- E. Uprawnienie przyznane na wypełnionym wniosku jest ważne w przypadku usług otrzymanych w ciągu kolejnych 180 dni, licząc od daty zatwierdzenia wniosku.

Proces ustalania uprawnień

A. Ustalenie wstępne:

1. OHMC i OMC stosują proces wnioskowania w celu określenia uprawnień do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej. Wnioski o zapewnienie opieki dobroczynnej/pomocy finansowej będą przyjmowane ze źródeł takich jak lekarze, społeczność/grupy religijne, opieka społeczna, pracownicy działu usług finansowych, rodzina pacjenta i pacjent.
2. Podczas rejestracji pacjenta lub w dowolnym momencie po poinformowaniu pacjenta o istnieniu i dostępności opieki dobroczynnej/pomocy finansowej, OHMC i OMC dokona wstępnego ustalenia uprawnień na podstawie pisemnego lub ustnego wniosku o opiekę dobroczynną/pomoc finansową.
3. W oczekiwaniu na ostateczne ustalenie uprawnień, OHMC i OMC nie rozpocznie windykacji ani nie zażąda depozytów, pod warunkiem, że osoba odpowiedzialna będzie współpracować z OHMC i OMC w ich dążeniu do osiągnięcia ostatecznego ustalenia statusu nierekompensowanej opieki.
4. Jeśli OHMC i OMC dowiedzą się o czynnikach, które na mocy niniejszych zasad mogą kwalifikować pacjenta do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej, muszą poinformować pacjenta o takiej możliwości i dokonać wstępnego ustalenia, że takie konto należy traktować jako objęte opieką dobroczynną/pomocą finansową.
5. Ustalenie zakresu będzie zależeć od potrzeb finansowych w czasie świadczenia usług.

B. Ustalenie ostateczne:

1. Umorzenia Prima Facia W przypadku ustalenia przez personel szpitala, że osoby odpowiedzialnej nie stać na usługi medyczne, i szpital może ustalić, że dochód wnioskodawcy jest wyraźnie w zakresie uprawnień, OHMC i OMC mogą udzielić opieki dobroczynnej/pomocy finansowej wyłącznie na podstawie tego wstępnego ustalenia. Te same kryteria dotyczą zmarłych pacjentów, co do których OHMC i OMC nie mogą zidentyfikować współmałżonka, nieruchomości lub innych aktywów. W tych przypadkach, OHMC i OMC nie musi ukończyć pełnej weryfikacji dokumentacji, zgodnie z WAC 246-453-030 (3).
 2. Formularze, instrukcje i pisemne wnioski związane z opieką dobroczynną/pomocą finansową muszą być przekazywane pacjentom, gdy o to poproszą, gdy taka potrzeba istnieje lub gdy badanie sytuacji finansowej wskazuje potencjalną potrzebę. Do wszystkich wniosków, składanych przez pacjentów lub OHMC i OMC należy dołączyć dokumentację w celu sprawdzenia wielkości dochodu, podanego we wniosku.
 - a. Wnioskowanie o świadczenie opieki dobroczynnej/pomocy finansowej wymaga wypełnienia wniosku i przekazania jednego z następujących dokumentów:
 1. oświadczenia o potrąceniach W-2;
 2. 3 najbardziej aktualne odcinki wypłat;
 3. zeznanie podatkowe z ostatniego roku kalendarzowego;
 4. formularze zatwierdzenia lub odmowy przyznania uprawnienia do Medicaid i/lub finansowanej przez stan pomocy medycznej;
 5. formularze zatwierdzenia lub odmowy przyznania zasiłku dla bezrobotnych;
 6. pisemne oświadczenia od pracodawców lub opieki społecznej;
 7. pisma popierające od członków rodziny, którzy zapewniają wnioskodawcy utrzymanie.
 - b. Należności przekraczające \$15.000 będą sprawdzane pod kątem ewentualnego domniemanego uprawnienia do opieki dobroczynnej na podstawie raportu dotyczącego kredytu na opiekę zdrowotną (Healthcare Credit) dla pacjenta.
 3. W początkowym okresie wnioskowania, pacjent oraz OHMC i OMC mogą poszukiwać innych źródeł finansowania, w tym w Medical Assistance Administration i Medicare. OHMC i OMC nie mogą wymagać, aby pacjent wnioskujący o ustalenie statusu osoby, której nie stać na opiekę medyczną, poszukiwał finansowania w banku lub z innego źródła kredytowania.
 4. Zazwyczaj odpowiednim okresem, za jaki należy przedstawić dokumentację będą trzy miesiące przed datą złożenia wniosku. Jednakże, jeśli taka dokumentacja nie odzwierciedla bieżącej sytuacji finansowej wnioskodawcy, dokumentacja będzie wymagana tylko za okres po zmianie sytuacji finansowej pacjenta.
 5. W przypadku, gdy osoba odpowiedzialna nie jest w stanie przedstawić żadnego z wyżej podanych dokumentów, OHMC i OMC powinny polegać na pisemnych i podpisanych oświadczeniach osoby odpowiedzialnej, aby dokonać ostatecznego ustalenia uprawnień celem sklasyfikowania pacjenta jako osoby, której nie stać na opiekę medyczną. (WAC 246-453-030 (4)).
- C. OHMC i OMC umożliwią pacjentowi ubieganie się o opiekę dobroczynną/pomoc finansową w dowolnym momencie od wstępnego przyjęcia, uznając, że zdolność pacjenta do zapłaty przez dłuższy okres może ulec znacznej zmianie z powodu choroby lub trudności finansowych, powodujących konieczność skorzystania z usług dobroczynnych. Jeśli zmiana sytuacji finansowej ma charakter tymczasowy, OHMC i OMC może zdecydować o czasowym zawieszeniu płatności i nie rozpoczynać opieki dobroczynnej/pomocy finansowej.
- D. Świadczeniodawcy zewnętrzni

Overlake Imaging Associates, Puget Sound Physicians i Group Health Physicians akceptują ustalenia Overlake Hospital dotyczące bezpłatnej opieki (Uncompensated Care Determinations) i dostosują należności pacjentów w zależności od procentowej ulgi, mającej zastosowanie do wysokości ich

płatności. Inni, niezatrudnieni świadczeniodawcy medyczni związani ze świadczeniem usług w OHMC mogą akceptować ustalenia dotyczące dobroczynności, ale nie są do tego zobowiązani.

E. Przedział czasowy na ostateczne ustalenie i odwołanie

1. Każda osoba wnosząca o opiekę dobroczynną/pomoc finansową, która została wstępnie określona jako uprawniona do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej powinna otrzymać co najmniej trzydzieści (30) dni kalendarzowych albo tyle czasu, ile to będzie konieczne, aby zabezpieczyć i przedstawić dokumenty na poparcie swojego wniosku o opiekę dobroczynną/pomoc finansową, przed otrzymaniem ostatecznego ustalenia statusu pacjenta objętego bezpłatną opieką.
2. W ciągu czternastu (14) dni od daty otrzymania wszystkich materiałów wniosku i dokumentacji, OHMC i OMC powiadamia wnioskodawcę o ostatecznym ustaleniu.
3. Pacjent/ gwarant może odwołać się od ustalenia uprawnień do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej poprzez dostarczenie dodatkowej weryfikacji dochodów i wielkości rodziny dyrektorowi Revenue Cycle w ciągu trzydziestu (30) dni od daty otrzymania zawiadomienia
 - a. Pierwszy poziom odwołania obejmuje dostosowanie lokalu mieszkalnego do dochodu.
 - b. Odwołania drugiego poziomu będą rozpatrywane zgodnie z uznaniem Pricing Committee OHMC.
 - c. Zgodnie z WAC 246-453-020 (10), czas dokonania ostatecznego ustalenia uprawnienia do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej nie ma żadnego wpływu na określenie potrąceń z dochodu na płatności za opiekę dobroczynną/pomoc finansową, w odróżnieniu od złych długów.
 - d. Wszystkie działania windykacyjne ustają w oczekiwaniu na wynik postępowania odwoławczego

F. Jeśli pacjent zapłacił część lub całość rachunku za usługi medyczne i w późniejszym okresie stwierdzono, że był uprawniony do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej w czasie przekazywania płatności, w ciągu 30 dni od takiego ustalenia powinien otrzymać zwrot kwot przekraczających ustalone należności.

G. Właściwe powiadomienie o odmowie:

1. W przypadku odrzucenia wniosku pacjenta o opiekę dobroczynną/pomoc finansową, pacjent otrzymuje pisemne zawiadomienie o odmowie, które zawiera:
 - a. powody odmowy oraz podstawy takiej decyzji OHMC i OMC;
 - b. datę podjęcia decyzji;
 - c. instrukcje dotyczące odwołania lub ponownego rozpatrzenia.
2. Jeśli wnioskodawca nie dostarczy żądanych informacji i nie ma wystarczająco dużo informacji, aby OHMC i OMC ustaliły uprawnienia, powiadomienie o odrzuceniu wniosku zawiera również:
 - a. opis informacji, o które proszono, a które nie zostały przekazane, w tym datę skierowania prośby o takie informacje;
 - b. oświadczenie, że na podstawie dostępnych informacji OHMC i OMC nie mogą ustalić uprawnienia do opieki dobroczynnej/pomocy finansowej;
 - c. uprawnienie zostanie ustalone, jeśli w ciągu trzydziestu dni od daty zawiadomienia o odmowie, wnioskodawca dostarczy wszystkie wskazane, ale nie przekazane wcześniej informacje.
3. Pricing Committee analizuje wszystkie odwołania drugiego poziomu. Jeśli taka analiza potwierdza wcześniejszą odmowę udzielenia opieki dobroczynnej/pomocy finansowej, pisemne zawiadomienie zostanie wysłane do pacjenta/gwaranta oraz do Department of Health, zgodnie z prawem stanowym.

Proces zatwierdzenia

Po dokonaniu ustalenia i kwoty, wniosek oraz informacje towarzyszące zostaną przejrzane kolejno przez właściwe osoby, jak opisano poniżej:

- Inspektor Patient Financial Services do \$1,000
- Menedżer Patient Financial Services do \$10,000
- Dyrektor Revenue Cycle do \$100,000
- Wiceprezes Finance ponad \$100,000

Dokumentacja i ewidencja

- A. Poufność: Wszystkie informacje dotyczące wniosku pozostają poufne. Kopie dokumentów wspierających wniosek są przechowywane z formularzem wniosku.
- B. Dokumenty dotyczące przypadków opieki dobroczynnej są przechowywane zgodnie z zasadami przechowywania dokumentów.