



Temat: Polityka przyznawania pomocy finansowej (opieki dobroczynnej) przez Providence – Alaska	Numer polityki: PSJH RCM 002 AK	
Wydział: Zarządzanie cyklem przychodów	<input checked="" type="checkbox"/> Zmieniona <input type="checkbox"/> Nowa <input type="checkbox"/> Poprawiona	Data: 1/1/2023
Sponsor wykonawczy: SVP Chief Revenue Cycle Officer	Właściciel polityki: Executive Director Financial Counseling	
Zatwierdzona przez: SVP Chief Revenue Cycle	Data wprowadzenia w życie: 4/1/2023	

Providence to katolicka organizacja non-profit zajmująca się opieką zdrowotną. Przyświeca jej misja służenia wszystkim, zwłaszcza biednym i wrażliwym, zgodnie ze jej najważniejszym wartościami, takimi jak współczucie, godność, sprawiedliwość, doskonałość i uczciwość oraz przekonaniem, że ochrona zdrowia jest prawem człowieka. Filozofią i praktyką każdego szpitala Providence są usługi ratunkowe i inne niezbędne z medycznego punktu widzenia dostępne od ręki dla osób ze społeczności, którym służymy, niezależnie od tego, czy są one w stanie za nie zapłacić.

ZAKRES:

Niniejsza Polityka dotyczy szpitali Providence Alaska w stanie Alaska i wszystkich ratunkowych, pilnych i innych usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia świadczonych przez szpitale Providence w stanie Alaska (z wyjątkiem medycyny eksperymentalnej i badawczej). Listę szpitali Providence objętych niniejszą polityką oraz ich omówienie można znaleźć w Załączniku A Lista placówek objętych programem. Termin „szpital” używany w niniejszej polityce dotyczy zakresu placówek opisanych w Załączniku A.

Niniejszą politykę należy interpretować w sposób zgodny z sekcją 501(r) przepisów IRC (Internal Revenue Code) z 1986 r. z późniejszymi zmianami. W przypadku konfliktu pomiędzy zapisami takich przepisów i niniejszą polityką, pierwszeństwo mają takie przepisy.

CEL:

Celem niniejszej polityki jest zapewnienie uczciwej, niedyskryminującej, skutecznej i jednolitej metody zapewniania pomocy finansowej (opieki charytatywnej) kwalifikującym się do niej osobom, które nie są w stanie zapłacić, w całości lub w części, za usługi ratunkowe i inne usługi szpitalne niezbędne z medycznego punktu widzenia, świadczone przez szpitale Providence.

Polityka ta została opracowana z intencją zgodności z wszystkimi przepisami federalnymi, stanowymi i lokalnymi. Niniejsza polityka oraz programy pomocy finansowej w niej opisane stanowią oficjalną Politykę pomocy finansowej (FAP) i Politykę ratunkowej opieki szpitalnej dla wszystkich szpitali będących własnością Providence, wydzierżawionych lub prowadzonych przez Providence.



OSOBY ODPOWIEDZIALNE:

Działy cyklu przychodów. Ponadto prowadzone będą regularne szkolenia dotyczące niniejszej polityki dla całego odpowiedniego personelu, który pełni funkcje związane z rejestracją, przyjęciami, doradztwem finansowym i obsługą klienta.

POLITYKA:

Providence zapewni usługi szpitalne za darmo lub ze zniżką zakwalifikowanym pacjentom o niskich dochodach, nieubezpieczonym lub ubezpieczonym w niewystarczającym zakresie oraz pacjentom o wysokich wydatkach medycznych, którzy są na poziomie nieprzekraczającym 350% federalnego poziomu ubóstwa w sytuacjach, gdy niemożność opłacenia usług stanowiłaby barierę w dostępie do opieki ratunkowej i innej szpitalnej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia oraz nie określono alternatywnej metody pokrycia tej usługi. Pacjenci muszą spełniać wymagania opisane w niniejszej polityce, aby zakwalifikować się do programu.

Szpitalne Providence z wyznaczonymi oddziałami ratunkowymi zapewniają, bez dyskryminacji, opiekę w nagłych przypadkach medycznych (w rozumieniu ustawy o ratownictwie medycznym i pracy) zgodnie z dostępnymi możliwościami, niezależnie od tego, czy danej osobie przysługuje pomoc finansowa. Przy podejmowaniu decyzji o pomocy finansowej Providence nie dyskryminuje na podstawie wieku, rasy, koloru skóry, wyznania, pochodzenia etnicznego, religii, pochodzenia narodowego, stanu cywilnego, płci, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub ekspresji płci, niepełnosprawności, statusu weterana lub stosunku do służby wojskowej ani na żadnej innej podstawie zakazanej przez federalne, stanowe lub lokalne przepisy prawa.

Szpitalne Providence z wyznaczonymi oddziałami ratunkowymi zapewnią ratunkowe medyczne badania przesiewowe i leczenie stabilizujące lub skierują i przeniosą osobę, o ile takie przeniesienie jest dopuszczalne zgodnie z przepisami 42 C.F.R. 482.55. Providence zabrania wszelkich działań, praktyk w zakresie przyjmowania pacjentów lub polityk, które zniechęcałyby osoby szukające ratunkowej pomocy medycznej, na przykład poprzez zezwolenie na działalność firm windykacyjnych, która zakłócałaby zapewnienie ratunkowej pomocy medycznej.

Lista specjalistów objętych polityką pomocy finansowej Providence: Każdy szpital Providence przygotowuje szczegółową listę tych lekarzy, grup medycznych i innych specjalistów świadczących usługi, którzy są i którzy nie są objęci niniejszą polityką. Każdy szpital Providence udostępni wspomnianą listę każdemu pacjentowi, który poprosi o jej egzemplarz. Listę świadczeniodawców można znaleźć również online na stronie Providence: www.providence.org/obp.

Wymagania kwalifikacyjne do pomocy finansowej: Pomoc finansowa dostępna jest zarówno dla ubezpieczonych, jak i nieubezpieczonych, pacjentów i gwarantów w sytuacjach, w których taka pomoc jest zgodna z niniejszą polityką oraz federalnymi i stanowymi przepisami prawa regulującymi dopuszczalne świadczenia dla pacjentów. Szpitalne Providence podejmą starania w uzasadnionym zakresie w celu określenia dostępności lub braku objęcia ubezpieczeniem przez podmiot zewnętrzny, w całości lub części, na opiekę świadczoną przez szpitalne Providence, przed podjęciem jakichkolwiek działań windykacyjnych wobec pacjenta.



Pacjenci nieubezpieczeni mogą otrzymać zniżkę dla osób nieubezpieczonych. Kwalifikujące się salda pomocy finansowej obejmują między innymi: samodzielny opłatę, opłaty za pacjentów objętych ubezpieczeniem od podmiotu niezwiązanego stosunkiem umownym, współubezpieczenie, udział własny i kwoty współpłacenia związane z ubezpieczonymi pacjentami. Kwoty udziału własnego i współubezpieczenia zgłoszone jako nieściągalny dług Medicare będą wyłączone z raportowania opieki charytatywnej.

Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową muszą wypełnić standardowy wniosek o pomoc finansową Providence. Następnie zostaną zakwalifikowani w zależności od bieżących potrzeb finansowych. Podejmiemy starania w rozsądnym zakresie w celu powiadomienia pacjentów i poinformowania ich o pomocy finansowej, zapewniając im odpowiednie informacje w trakcie przyjęcia i wypisu, na zestawieniu rozliczeniowym pacjenta, w dostępnych dla pacjenta obszarach rozliczeniowych, na stronie szpitala Providence, poprzez informację ustną w trakcie rozmów o płatności, a także na ogłoszeniach w obszarze szpitalnym i ambulatoryjnym, w tym obszarach, w których pacjenci są przyjmowani do szpitala lub rejestrowani oraz oddziale ratunkowym. Providence zachowa informacje wykorzystywane do określenia kwalifikowalności zgodnie ze swoimi zasadami przechowywania dokumentacji.

Ubieganie się o pomoc finansową: Pacjenci lub gwaranci mogą ubiegać się i składać wnioski o pomoc finansową, co jest darmowe i dostępne w placówce Providence lub w następujące sposoby: od personelu usług finansowych w ramach doradztwa pacjentowi w momencie wypisu lub wcześniej, że złożony jest wniosek o pomoc wraz z kompletną dokumentacją; pocztą lub przez stronę www.providence.org/obp, pobranie wniosku i przesłanie go wypełnionego wraz z dokumentacją. Wobec osób wnioskujących o pomoc finansową przeprowadzimy wstępną kontrolę, która będzie obejmowała wywiad na temat tego, czy pacjent wyczerpał inne źródła płatności zewnętrznej lub się do nich nie kwalifikuje oraz czy spełnia kryteria dla opieki charytatywnej.

Każdy szpital Providence zapewni dostępność wyznaczonego personelu do pomocy pacjentom w wypełnieniu wniosku o pomoc finansową oraz określenia kwalifikowania się do objęcia pomocą finansową Providence lub pomocą finansową z finansowanych przez rząd programów ubezpieczeniowych, o ile takie obowiązują. Dostępne są usługi tłumaczenia ustnego w celu odpowiedzi na wszelkie pytania i wątpliwości oraz pomoc w wypełnieniu wniosku o pomoc finansową.

Pacjent lub gwarant, którzy mogą się kwalifikować do ubiegania się o pomoc finansową, mogą przedstawić odpowiednią dokumentację dla Providence w celu wsparcia procesu kwalifikowania w dowolnym momencie po uzyskaniu informacji, że ich dochód znajduje się poniżej minimum federalnego poziomu ubóstwa (FPL) zgodnie ze stosownymi regulacjami federalnymi i stanowymi. Providence zawiesi wszelkie działania windykacyjne w oczekiwaniu na wstępną kwalifikację do pomocy finansowej, pod warunkiem, że pacjent lub jego gwarant współpracuje w ramach starań Providence w rozsądnym zakresie w celu przeprowadzenia wstępnej kwalifikacji.

Indywidualna sytuacja finansowa: Na podstawie dochodów, określonych typu aktywów i wydatków pacjenta zostanie przeprowadzona ocena indywidualnej sytuacji finansowej pacjenta. Providence rozpatrzy i zgromadzi informacje dotyczące majątku zgodnie z wymaganiami dotyczącymi raportowania kosztów Medicare dla ośrodków świadczących usługi Medicare i



Medicaid (CMS). Aktywa uwzględniane w procesie kwalifikowania do pomocy finansowej nie obejmują: (A) w przypadku pojedynczej osoby pierwszych 100 000 USD aktywów pieniężnych oraz 50% aktywów pieniężnych pacjenta powyżej pierwszych 100 000 USD; (B) w przypadku rodziny dwuosobowej lub większej pierwszych 100 000 USD aktywów pieniężnych rodziny oraz 50% aktywów pieniężnych pacjenta powyżej pierwszych 100 000 USD; (C) wszelkich udziałów w głównym miejscu zamieszkania; (D) planów emerytalnych i planów wynagrodzenia odrodzonego kwalifikujących się na podstawie przepisów Internal Revenue Code lub niekwalifikowanych planów odroczonego wynagrodzenia (E) jednego pojazdu silnikowego oraz drugiego pojazdu silnikowego, o ile ten jest niezbędny ze względów zatrudnienia lub medycznych; (F) wszelkich przedpłaconych umów pogrzebowych lub miejsc na cmentarzu; i (G) wszelkich polis ubezpieczeniowych na życie o wartości nominalnej 10 000 USD lub mniejszej. Za wartość wszelkich aktywów obciążonych karą za wcześniejsze wycofanie uznaje się wartość tych aktywów pomniejszoną o zapłaconą karę. Zapytania o informację ze strony Providence do stron odpowiedzialnych za weryfikację majątku będą ograniczone do takich, które są niezbędne w uzasadnionym zakresie i łatwo dostępne w celu oceny istnienia, dostępności i wartości majątku osoby i nie będą stosowane w celu zniechęcenia do złożenia wniosku o opiekę darmową lub ze zniżką. Podwójne formy weryfikacji nie będą wymagane. Do oceny aktywów pieniężnych wymagany będzie tylko jeden bieżący wyciąg z konta. W przypadku braku dostępnej dokumentacji Providence będzie opierać się na pisemnym i podpisanym oświadczeniu złożonym przez stronę odpowiedzialną. Wszelkie informacje o majątku pozyskane przez szpital w procesie oceny pacjenta pod kątem opieki charytatywnej nie będą wykorzystywane do działań windykacyjnych.

Kwalifikacje dochodowe: Do celów zakwalifikowania do opieki darmowej lub ze zniżką mogą zostać wykorzystane kryteria dochodowe oparte na federalnym progu ubóstwa. Szczegółowe informacje można znaleźć w Załączniku B.

Podejmowanie decyzji i zatwierdzenia: Pacjenci otrzymają powiadomienie o decyzji w kwestii zakwalifikowania FAP w ciągu 30 dni od złożenia kompletnego wniosku o pomoc finansową wraz z niezbędną dokumentacją. Każda decyzja o niezakwalifikowaniu się będzie zawierać wyjaśnienie podstawy odmowy. Po otrzymaniu wniosku działania windykacyjne zostaną wstrzymane do czasu wysłania pisemnej decyzji o kwalifikowaniu się do pacjenta. Providence nie będzie podejmować decyzji o kwalifikowaniu się do pomocy na podstawie informacji, które szpital uzna w rozsądnym zakresie za nieprawidłowe lub niewiarygodne.

Rozstrzygnięcie sporów: Pacjent może odwołać się od decyzji o niezakwalifikowaniu się do pomocy finansowej, dostarczając Providence odpowiednią dodatkową dokumentację w ciągu 30 dni od otrzymania powiadomienia o odmowie. Może okazać się konieczne, aby pacjent przedstawił istotną dodatkową dokumentację jako uzasadnienie swojego odwołania. Providence zawiesi wszelkie działania windykacyjne do czasu rozpatrzenia odwołania. Wszystkie odwołania będą rozpatrywane. W przypadku potwierdzenia odmowy pisemne zawiadomienie zostanie wysłane do gwaranta i stanowego departamentu zdrowia, jeżeli jest to wymagane i zgodnie z prawem. Ostateczny proces odwołania zakończy się w ciągu 10 dni od otrzymania odmowy ze strony Providence. Odwołania można wysyłać na adres Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

Dobroczynność oparta na przypuszczeniach: Providence może zezwolić pacjentowi na charytatywną korektę salda konta w inny sposób niż pełny wniosek o pomoc finansową. Takie ustalenia będą dokonywane na zasadzie domniemań przy użyciu uznanego w branży



narzędzia oceny finansowej, które ocenia zdolność do zapłaty na podstawie publicznie dostępnych danych finansowych lub innych, w tym między innymi dochodów gospodarstwa domowego, wielkości gospodarstwa domowego oraz historii kredytowej i płatności.

Pozostałe wyjątkowe okoliczności: Pacjenci, którzy kwalifikują się do programów na podstawie federalnego progu ubóstwa, takich jak Medicaid i inne sponsorowane przez rząd programy pomocy dla osób o niskim dochodzie, mogą również kwalifikować się do pomocy finansowej. Salda konta pacjenta wynikające z opłat, które nie podlegają zwrotowi z Medicaid ani innych sponsorowanych przez rząd programów pomocy dla osób o niskim dochodzie mogą kwalifikować się do pełnego lub częściowego charytatywnego odpisu, w tym między innymi niepodlegające zwrotowi opłaty za usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia związane z następującymi kwestiami:

- Odmowa pobytu w szpitalu
- Odmowa dni opieki szpitalnej
- Świadczenia nie objęte
- Odmowa uprzedniej autoryzacji
- Odmowy związane z ograniczonym zakresem

Katastrofalne wydatki medyczne: Providence według własnego uznania może zaoferować pomoc charytatywną w przypadku katastrofalnych wydatków medycznych. Sprawami takich pacjentów będziemy zajmować się indywidualnie.

Sytuacje kryzysowe: Pomoc finansowa może być dostępna według uznania Providence w czasie krajowych lub stanowych sytuacji kryzysowych, niezależnie od pomocy związanej z katastrofalnymi wydatkami.

Ograniczenie opłat dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej: Żaden pacjent kwalifikujący się do jednej z powyższych kategorii pomocy nie będzie osobiście odpowiedzialny za kwotę wyższą niż procent ogólnie naliczanych kwot (ADB) opłat brutto zgodnie z definicją podaną poniżej.

Rozsądny plan spłat: Jeżeli pacjent po zatwierdzeniu częściowej pomocy finansowej nadal ma należne saldo, Providence wynegocjuje ratalny plan spłat. Rozsądny plan spłat będzie obejmować miesięczne raty (bez odsetek i opłat za opóźnienie), które nie przekraczają 10 procent miesięcznego dochodu pacjenta lub rodziny, po odjęciu podstawowych kosztów życia ujętych przez pacjenta we wniosku o pomoc finansową.

Rozliczenia i windykacje: Wszelkie nieopłacone zaległości należne od pacjentów lub gwarantów po zastosowaniu odpowiednich zniżek mogą zostać przekazane do windykacji. Działania windykacyjne w zakresie niezapłaconych sald zostaną wstrzymane na czas podjęcia decyzji o kwalifikowalności do pomocy finansowej Providence. Providence nie prowadzi, nie umożliwia ani nie pozwala agencjom windykacyjnym na prowadzenie nadzwyczajnych działań windykacyjnych. Informacje na temat praktyk Providence w zakresie rozliczeń i windykacji kwot dłużnych od pacjentów można znaleźć w polityce szpitala Providence, która jest dostępna za darmo w rejestracji każdego szpitala Providence lub pod adresem: www.providence.org/obp.



Zwroty kosztów pacjentom: Jeżeli pacjent lub gwarant dokonali płatności za usługi, a następnie został uznany za osobę kwalifikującą się do opieki za darmo lub ze zniżką, wszelkie płatności poniesione za te usługi w okresie kwalifikowana się do pomocy FAP, które przekroczą kwotę objętą obowiązkiem zapłaty, zostaną zwrócone zgodnie z przepisami prawa stanowego.

Doroczna ocena: Niniejsza polityka pomocy finansowej (opieki charytatywnej) Providence będzie oceniana w ujęciu rocznym przez kierownictwo działu ds. cyklu przychodów.

WYJĄTKI:

Patrz zakres powyżej.

DEFINICJE:

Na potrzeby niniejszej polityki mają zastosowanie następujące definicje i wymagania:

1. Federalny poziom ubóstwa (FPL – Federal Poverty Level): FPL oznacza wytyczne dotyczące ubóstwa, które są okresowo aktualizowane w Rejestrze Federalnym Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych.
2. Ogólnie naliczane kwoty (AGB – Amounts Generaly Billed): Kwoty ogólnie naliczane za opiekę ratunkową i inną niezbędną z medycznego punktu widzenia pacjentom, którzy mają ubezpieczenie zdrowotne w niniejszej polityce nazywane są ogólnie naliczanymi kwotami albo AGB. Providence wyznacza odpowiedni procent AGB dla poszczególnych szpitali Providence, mnożąc opłaty brutto szpitala za opiekę w nagłych wypadkach lub opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia przez stałą wartość procentową opartą na rozszczeniach dopuszczalnych przez płatników Medicare lub komercyjnych. Arkusze informacyjne zawierające szczegółowe wartości procentowe AGB używane przez poszczególne szpitale Providence oraz sposób ich obliczania można uzyskać, wchodząc na stronę: www.providence.org/obp lub dzwoniąc pod numer 1-866-747-2455, aby poprosić o egzemplarz.
3. Nadzwyczajne działanie windykacyjne (ECA – Extraordinary Collection Action): Nadzwyczajne działania windykacyjne to działania wymagające procesu prawnego lub sądowego, obejmujące sprzedaż długu innej firmie lub zgłoszenie niekorzystnych informacji agencjom lub biurom informacji kredytowej. Działania, które wymagają w tym celu procesu prawnego lub sądowego, obejmują zastaw; egzekucję nieruchomości; zajęcie konta bankowego lub innej własności osobistej; wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko osobie fizycznej; działania prowadzące do aresztowania danej osoby; działania prowadzące do uwięzienia osoby za długi; i zajęcia wynagrodzenia.

MATERIAŁY REFERENCYJNE:

<i>Kodeks podatkowy – Internal Revenue Code, sekcja 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Ustawa o ratownictwie medycznym i pracy – Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd 42 C.F.R. 482.55 U 413.89</i>
<i>Wytyczne dotyczące działań charytatywnych Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali – American Hospital Associations Charity</i>



Guidelines

Wytyczne dotyczące zaangażowania Providence na rzecz osób nieubezpieczonych – Providence Commitment to the Uninsured Guidelines

Instrukcja dot. zwrotu kosztów przez świadczeniodawców – Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312



Załącznik A – Lista placówek objętych programem

Szpitaly Providence w stanie Alaska	
Providence Alaska Medical Center	Providence Kodiak Island Medical Center

Dla jasności niniejsza polityka dotyczy również wszystkich oddziałów szpitalnych i ambulatoryjnych oraz klinik objętych programem. Ponadto niniejsza polityka dotyczy pracowników placówek objętych programem, a także wszelkich podmiotów non-profit i charytatywnych z większościowym udziałem Providence lub kontrolowanych przez Providence lub noszących nazwę Providence oraz ich pracowników.

Załącznik B – Warunki kwalifikacji ze względu na dochód dla szpitali Providence w stanie Alaska

Jeżeli...	Wówczas...
Roczny dochód rodziny z uwzględnieniem liczby jej członków wynosi nie więcej niż 300% federalnego progu ubóstwa według aktualnych wytycznych,	Pacjent uznawany jest za osobę niezamożną finansowo i kwalifikuje się do pomocy finansowej w postaci odpisu 100% kwoty będącej odpowiedzialnością pacjenta.
Roczny dochód rodziny z uwzględnieniem liczby jej członków jest w zakresie od 301% do 350% federalnego progu ubóstwa według aktualnych wytycznych,	Pacjent kwalifikuje się do zniżki w wysokości 75% pierwotnych opłat z kwoty będącej odpowiedzialnością pacjenta.
Roczny dochód rodziny z uwzględnieniem liczby jej członków wynosi nie więcej niż 350% federalnego progu ubóstwa ORAZ pacjent poniósł wydatki medyczne za usługi objęte niniejszą polityką w szpitalach Providence na łączną kwotę z ostatnich 12 miesięcy przekraczającą 20% dochodu rodziny z uwzględnieniem liczby członków rodziny,	Pacjent kwalifikuje się do świadczenia dobroczynnego w wysokości 100% kwoty będącej odpowiedzialnością pacjenta.