



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

POLITYKA DZIAŁALNOŚCI

KATEGORIA:	FINANSE	KOD:	C-22
TEMAT:	POMOC FINANSOWA	WEJŚCIE W ŻYCIE:	12/2017
		ZASTĘPUJE WERSJĘ Z:	12/2016
		STRONA:	1 z 16

CEL:

Niniejszą politykę opracowano w celu zdefiniowania kryteriów, które będą stosowane przez: Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital oraz Loma Linda University Health Beaumont-Banning (dalej zwane łącznie LLUMC), aby spełnić wymagania przepisów stanowych i federalnych, w tym sekcji 501(r) Amerykańskiej Ustawy Podatkowej (Internal Revenue Code, IRC) z 1986 roku, z późniejszymi zmianami, oraz przepisów Kalifornijskiej Ustawy o Polityce Uczciwych Cen Usług Szpitalnych (California Hospital Fair Pricing Policies Act).

Kalifornijskie szpitale zapewniające opiekę w przypadkach nagłych muszą stosować politykę i praktyki zgodne z przepisami Stanu Kalifornia i sekcją 501(r) IRC, m.in. przygotować pisemny dokument określający politykę szpitala wobec zniżek i opieki charytatywnej dla kwalifikujących się finansowo pacjentów. Zadaniem takiej polityki jest sprostanie wymogom prawnym oraz zapewnienie zniżek i opieki charytatywnej kwalifikującym się finansowo pacjentom zgodnie z Polityką Pomocy Finansowej (Financial Assistance Policy, FAP) LLUMC.

ZAKRES POLITYKI:

Niniejsza polityka dotyczy pomocy finansowej dla pacjentów LLUMC w celu świadczenia im niezbędnych usług medycznych. Wszystkie wnioski o pomoc finansową składane przez pacjentów, rodziny pacjentów, lekarzy lub personel szpitalny zostaną rozpatrzone zgodnie z tą polityką. Polityka ta nie dotyczy usług lekarzy świadczonych na terenie LLUMC. Lekarze medycyny ratunkowej nie są zatrudnieni przez LLUMC i przyjęli odrębną politykę zniżek dla nieubezpieczonych pacjentów i pacjentów narażonych na wysokie koszty leczenia. (Lista usługodawców, których NIE dotyczy polityka FAP LLUMC, znajduje się na stronie <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>).

FILOZOFIA:

Jako organizacja przestrzegająca wartości chrześcijańskich, LLUMC dąży do zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów na terenie, na którym świadczy swoje usługi. Misją LLUMC jest kontynuowanie posłannictwa Jezusa Chrystusa i uleczenie człowieka jako całości. Misja LLUMC znajduje swoje odzwierciedlenie w FAP. Głównym i najważniejszym obowiązkiem LLUMC jest zapewnienie, że pacjenci uzyskają na czas odpowiednią opiekę medyczną, świadczoną z życzliwością i współczuciem oraz poszanowaniem prywatności, godności i decyzyjności pacjenta.

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 2 z 16

LLUMC regularnie świadczy usługi opieki szpitalnej pacjentom z Loma Linda i okolic. Podobnie jak większość uniwersyteckich szpitali klinicznych i specjalistycznych, LLUMC świadczy też usługi na poziomie regionalnym, aby sprostać złożonym potrzebom pacjentów, oraz regularnie przyjmuje pacjentów przenoszonych z innych szpitali. LLUMC oferuje też wiele wysoko wyspecjalizowanych programów leczenia, w tym programy autorskie. Aby móc lepiej sprostać potrzebom pacjentów, LLUMC stara się zapewnić dostęp do programów pomocy finansowej dla pacjentów nieubezpieczonych lub z ubezpieczeniem niepokrywającym danego leczenia, aby mogli opłacić koszty hospitalizacji. Do tych programów należą programy dopłat państwowych, opieki charytatywnej i opieki za obniżoną opłatą, zgodnie z definicjami zawartymi w tym dokumencie.

Przepisy Ustawy Federalnej o Opiece Medycznej w Przypadkach Nagłych i Opiece Okołoporodowej (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) zabraniają LLUMC podejmowania jakichkolwiek działań, mających na celu zniechęcić pacjentów do ubiegania się o pomoc medyczną, w tym wymagania opłaty od pacjentów potrzebujących ratunkowej opieki medycznej w przypadkach nagłych przed udzieleniem takiej opieki, oraz działań windykacyjnych, zakłócających świadczenie takiej opieki, bez żadnych wyjątków.

DEFINICJE:

Ogólna kwota rachunku (Amount Generally Billed, AGB):

Amerykański urząd skarbowy wymaga od LLUMC ustanowienia procedur, zgodnie z którymi pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej nie będą obciążani należnością większą niż AGB za usługi ratunkowej opieki medycznej i inne niezbędne usługi medyczne. W związku z tym wymogiem LLUMC wprowadza metodę prospektywną w oparciu o cennik Medicare.

Opieka charytatywna:

Wszelkie niezbędne usługi szpitalne na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, których przychód jest niższy niż 200% bieżącego progu ubóstwa, określanego na poziomie federalnym, oraz którzy kwalifikują się zgodnie z wymogami w polityce FAP LLUMC.

Opieka częściowo charytatywna za obniżoną opłatą:

Opłata ze zniżką jest definiowana w FAP jako opłata za opiekę świadczoną częściowo charytatywnie w postaci niezbędnych usług szpitalnych na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, którzy nie są ubezpieczeni lub których ubezpieczenie w innym przypadku nie powodowałoby obniżenia typowych i przyjętych stawek w LLUMC oraz 1) wnoszą o pomoc w opłaceniu rachunków szpitalnych, 2) osiągają przychód niższy niż 350% bieżącego progu ubóstwa, określanego na poziomie federalnym, 3) kwalifikują się zgodnie z wymogami w FAP LLUMC.

Opłaty brutto:

Łączna opłata, obliczona na podstawie pełnych stawek organizacji za usługi opieki świadczonej pacjentowi przed zastosowaniem wszelkich zniżek.

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 3 z 16

Kwalifikowany plan płatności:

Plany płatności ustanowione przez pacjentów, którzy zakwalifikowali się do opłaty zniżkowej zgodnie z FAP. Kwalifikowany plan płatności nie może nakładać odsetek na żadne z sald należnych od pacjenta/żyranta. Jeśli LLUMC i pacjent/żyrant nie mogą dojść do porozumienia w kwestii kwalifikowanego planu płatności, szpital przyjmuje opisaną w amerykańskiej Ustawie o BHP (Health & Safety Code), sekcja 127400 (i), formułę określania „Rozsądnego planu płatności”, zgodnego z definicją statutową.

Wytyczne dotyczące progu ubóstwa, określanego na poziomie federalnym (Federal Poverty Level FPL):

Pozwalają określić przychód brutto i wielkość rodziny, kwalifikujące do opieki charytatywnej lub zniżek za opiekę, opisanych w tej polityce. Wytyczne dotyczące FPL są okresowo aktualizowane przez Departament USA ds. Zdrowia i Usług dla Ludności.

Oszacowanie w dobrej wierze:

Kwota podana przez pracowników recepcji LLUMC, stanowiąca rozsądne oszacowanie kwoty, która będzie należna za usługi uzyskane przez pacjenta w LLUMC. Pracownicy recepcji dołożą wszelkich starań, aby dokonać oszacowania w dobrej wierze i podać je pacjentowi, jednak nie są oni w stanie w pełni przewidzieć, jakie usługi medyczne będą w dalszej perspektywie wymagane w opinii lekarza prowadzącego lub konsultantów.

Dział Obsługi Międzynarodowej:

Wszystkie przypadki świadczenia opieki charytatywnej obcokrajowcom muszą zostać przeanalizowane i zatwierdzone przez Komisję Międzynarodowej Działalności Charytatywnej zgodnie z corocznymi kryteriami budżetowania (patrz Polityka ZNV-51, *Dodatki Międzynarodowe* [Policy ZNV-51, *International Benefit*]). Przypadki przeanalizowane i zatwierdzone przez Komisję nie kwalifikują się do pomocy finansowej poprzez FAP.

Wymogi kwalifikacji do pomocy finansowej LLUMC:

Zależnie od indywidualnych czynników kwalifikacji pacjenta pomoc finansowa LLUMC może zostać przyznana w formie opieki charytatywnej lub opieki częściowo charytatywnej za obniżoną opłatą. Jeśli pacjent wnioskuje o opiekę charytatywną lub opiekę za obniżoną opłatą, lecz nie dostarczy informacji, które można racjonalnie uznać za niezbędne dla LLUMC do kwalifikacji, LLUMC może uznać, że kwalifikacja jest niemożliwa. Pomoc finansowa może nie zostać przydzielona, jeśli pacjent lub jego opiekun nie spełniają wymogów kwalifikacji opisanych w FAP LLUMC.

Konieczna opieka medyczna:

Oznacza usługi opieki zdrowotnej, zgodnie z definicją Kalifornijskiego Kodeksu Instytucji Pomocy Społecznej (California Welfare & Institutions Code), §14059.5. Usługa stanowi konieczną opiekę

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 4 z 16

medyczną, gdy jest racjonalnie niezbędna do ratowania życia, zapobieżenia poważnej chorobie lub niepełnosprawności albo uśmierzenia silnego bólu. Definicja ta nie dotyczy wybranych usług, dla których istnieją alternatywne, potwierdzone medycznie terapie. Usługi nieobjęte definicją to np.: 1) Usługi chirurgii kosmetycznej i plastycznej; 2) Leczenie niepłodności; 3) Korekcja wzroku; 4) Terapia protonowa; 5) Zabiegi robotyczne; 6) Ortotyka/protetyka; 7) Usługi surogatki; 8) Inne usługi, których celem jest wyłącznie zwiększenie komfortu pacjenta.

Rodzina pacjenta: poniższe będzie odnosić się do wszystkich przypadków podlegających FAP LLUMC:

1. W przypadku osób po 18 roku życia, małżonek lub partner, zgodnie z definicją w sekcji 297 Kalifornijskiego Kodeksu Rodzinnego (California Family Code), oraz zależne finansowo dzieci do 21 roku życia, niezależnie, czy mieszkają z rodzicami, czy nie.
 - 1.1 Partner: w Kalifornii związek partnerski zostaje stwierdzony, jeśli obie osoby złożą Deklarację Pozostawania w Związku Partnerskim (Declaration of Domestic Partnership) u Sekretarza Stanu w odpowiednim oddziale i, w momencie składania tej deklaracji, spełnione są następujące warunki:
 - a. Obie osoby mają to samo miejsce zamieszkania.
 - b. Żadna z tych osób nie pozostaje w związku małżeńskim ani partnerskim z żadną inną osobą, a ich ewentualne wcześniejsze związki zostały zakończone w świetle prawa.
 - c. Osoby te nie są ze sobą spokrewnione w sposób, który uniemożliwiłby im zawarcie związku małżeńskiego w tym stanie.
 - d. Obie osoby mają ukończone 18 lat.
 - e. Jedno z poniższych:
 - 1) Osoby są tej samej płci
 - 2) Przynajmniej jedna z tych osób spełnia kryteria Tytułu II Ustawy o Ubezpieczeniach Społecznych (Social Security Act) zgodnie z definicją w 42 Kodeksie Stanów Zjednoczonych (United States Code, U.S.C.), sekcja 402(a), dotyczące ubezpieczenia emerytalnego lub Tytułu XVI Ustawy o Ubezpieczeniach Społecznych (Social Security Act) zgodnie z definicją w 42 U.S.C., sekcja 1381, dotyczące seniorów. Niezależnie od innych postanowień w tej części, osoby płci przeciwnej nie mogą tworzyć związku partnerskiego, chyba że przynajmniej jedna z nich ukończyła 62 lat.
 - f. Obie osoby mają zdolność prawną do wyrażenia zgody na zawarcie związku partnerskiego.
2. W przypadku osób poniżej 18 roku życia rodzic, opiekun, krewny lub inne dziecko rodzica lub opiekuna, które nie ukończyło 21 roku życia.

A. OGÓLNE OBOWIĄZKI PACJENTA

1. Szczerłość: pacjenci muszą szczerze i otwarcie przekazywać wszystkie informacje wymagane przez LLUMC w ramach badania kwalifikacji do pomocy finansowej. Pacjenci muszą przekazać dokładną i autentyczną dokumentację, potwierdzającą spełnianie wymogów, która jest racjonalnie konieczna do zakwalifikowania za

pośrednictwem programu państwowej pomocy finansowej lub FAP LLUMC. Szczerłość wymaga ujawnienia wszystkich wymaganych informacji i przekazania kompletnej dokumentacji.

2. Aktywny udział w procesie kwalifikacji i poddanie się badaniu możliwości finansowych: wszyscy nieubezpieczeni pacjenci i pacjenci, którzy wnioskuje o pomoc finansową, muszą spełniać wymogi FAP. Przed opuszczeniem LLUMC pacjenci muszą sprawdzić, jakie dodatkowe informacje lub dokumenty zobowiązani są przekazać LLUMC. Pacjent ma obowiązek zapoznać się z terminami składania dokumentów w LLUMC i innych programach pomocy finansowej oraz ich przestrzegać.
3. Opłacanie wszelkich wymaganych kosztów własnych: pacjenci muszą mieć świadomość, że będą zobowiązani zapłacić część lub całość wymaganej kwoty w czasie świadczenia usługi. Kwoty te mogą obejmować między innymi:
 - 3.1 Współpłaty
 - 3.2 Udział własny
 - 3.3 Depozyty
 - 3.4 Udział w kosztach Medi-Cal/Medicaid
 - 3.5 Kwoty oszacowania w dobrej wierze
4. Dzielenie odpowiedzialności za skuteczność opieki szpitalnej: wszyscy pacjenci współdzielą odpowiedzialność za opiekę szpitalną, którą otrzymują. Obejmuje to stawienie się do kontroli, wykupienie recept i przestrzeganie innych zaleceń medycznych po wypisaniu ze szpitala. Pacjent ma też obowiązek zapewnić dokonanie wszelkich czynności niezbędnych do rozliczenia. Każdy pacjent lub członek jego rodziny musi współpracować i pozostawać w kontakcie z personelem LLUMC podczas świadczenia usług i po ich uzyskaniu.

B. PROCEDURY SZPITALNE i OBOWIĄZKI

1. Do pomocy w ramach FAP LLUMC kwalifikuje się każdy pacjent, którego przychód rodzinny jest niższy niż 350% bieżącego progu ubóstwa, określanego na poziomie federalnym, który nie jest ubezpieczony przez stronę trzecią lub którego ubezpieczenie nie zapewnia opłacenia wszystkich kosztów usług medycznych.
2. FAP LLUMC wymaga złożenia pojedynczego, ujednoliconego wniosku, dotyczącego zarówno opieki charytatywnej, jak i zniżki za opiekę. Procedura ma na celu umożliwienie każdemu wnioskodawcy uzyskanie maksymalnej pomocy finansowej, do jakiej się kwalifikuje. Wniosek o Pomoc Finansową (Financial Assistance Application, FAA) zawiera wszystkie informacje potrzebne szpitalowi do ustalenia, czy pacjent się kwalifikuje, które zostaną wykorzystane do zapewnienia pacjentowi lub członkowi

rodziny maksymalnej pomocy finansowej, do jakiej się kwalifikuje w ramach programów dopłat państwowych lub FAP LLUMC.

3. Spełniający kryteria pacjenci mogą się kwalifikować, a także ubiegać się o pomoc w ramach FAP LLUMC, postępując zgodnie z instrukcjami składania wniosków i dokładając wszelkich starań, aby dostarczyć LLUMC wszelkie dokumenty i informacje na temat swojego ubezpieczenia zdrowotnego, które pozwolą LLUMC ustalić, czy pacjent kwalifikuje się do refundacji w oparciu o dany program. Spełnienie kryteriów nie wystarczy, aby zostać zakwalifikowanym do pomocy w ramach FAP LLUMC. LLUMC musi przeprowadzić procedurę oceny wnioskodawcy i ustalić, czy się kwalifikuje, zanim możliwe będzie zagwarantowanie opieki charytatywnej lub zniżki na opiekę.
4. FAP LLUMC wymaga współpracy pacjenta, który może spełniać wymogi pełnej lub częściowej pomocy finansowej. Aby ułatwić uzyskanie na czas dokładnych informacji na temat finansów pacjenta, LLUMC stosuje wnioski FAA. Wszyscy pacjenci, którzy nie są w stanie wykazać, że koszty ich leczenia zostaną pokryte przez ubezpieczyciela będącego stroną trzecią, uzyskują możliwość wypełnienia FAA.
5. Pacjentom nieubezpieczonym oferuje się informacje, pomoc i porady na temat programów dopłat państwowych, których warunki mogą spełniać, oraz informacje dotyczące ubezpieczenia przez Covered California. Pacjenci nieubezpieczeni otrzymują też dane kontaktowe lokalnych programów pomocy prawnej dla konsumentów, które mogą pomóc w uzyskaniu refundacji.
6. Pacjenci, których ubezpieczenie jest niewystarczające, którzy osiągają przychód niższy niż 350% progu ubóstwa, określanego na poziomie federalnym, i którzy pozostają dłużni również po wypłacie ubezpieczenia, mogą także kwalifikować się do uzyskania pomocy finansowej. Każdy pacjent wnioskujący o pomoc finansową zostanie poproszony o wypełnienie FAA.
7. FAA należy wypełnić niezwłocznie, gdy okaże się, że pacjent może wymagać pomocy finansowej. Wniosek można wypełnić przed uzyskaniem usługi, podczas hospitalizacji lub po uzyskaniu usługi i wypisie ze szpitala.
8. Wypełniony FAA zawiera, co następuje:
 - 8.1 Informacje niezbędne LLUMC do określenia, czy przychody pacjenta są wystarczające, aby zapłacić za usługi;
 - 8.2 Dokumenty użyteczne w określeniu, czy pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej;
 - 8.3 Ścieżka audytu, dokumentująca zobowiązanie LLUMC do zapewniania pomocy finansowej.

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 7 z 16

9. Wypełnienie FAA nie jest wymagane, jeśli LLUMC podejmie niezależną decyzję, że posiadane informacje finansowe na temat pacjenta są wystarczające, aby podjąć decyzję o zakwalifikowaniu go do uzyskania pomocy finansowej. (Patrz sekcja E. SZCZEGÓLNE OKOLICZNOŚCI ŚWIADCZENIA OPIEKI CHARYTATYWNEJ)

C. KWALIFIKACJA: PEŁNA OPIEKA CHARYTATYWNA I ZNIŻKA ZA OPIEKĘ:

1. Zakwalifikowanie do pomocy finansowej pokrywającej w pełni lub częściowo koszty leczenia zależy wyłącznie od możliwości pacjenta i/lub możliwości jego rodziny do zapłacenia za leczenie. Zakwalifikowanie do pomocy finansowej nie zależy w żaden sposób od wieku, płci biologicznej, tożsamości płciowej, orientacji seksualnej, grupy etnicznej, kraju pochodzenia, statusu weterana, niepełnosprawności ani wyznawanej religii. Co prawda pomoc finansowa nie jest świadczona na zasadzie uznaniowej lub arbitralnej, jednak LLUMC zachowuje pełną decyzyjność, w obrębie przepisów prawa, aby ustanowić kryteria kwalifikacji i ocenić, czy pacjent dostarczył wystarczające dowody spełnienia tych kryteriów.
2. Podczas rejestracji LLUMC zapewni bezpośrednią pomoc w wypełnieniu FAA pacjentom lub członkom ich rodziny. Wypełnienie FAA i złożenie wybranych lub wszystkich wymaganych informacji dodatkowych może być konieczne do ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej.
3. Jako że LLUMC świadczy na rzecz społeczności lokalnej liczne usługi ratunkowe o mniejszej i większej pilności, podejmuje się wysiłki, aby ograniczyć obciążenie biurokacją w niektórych przypadkach. Wprawdzie koszty usług medycyny ratunkowej mogą być wysokie, jednak takie przypadki występują rzadziej niż wizyty wymagające mniej pilnej opieki. Jeśli opłata za wizytę w ramach opieki ratunkowej lub wizytę pilną nie przekracza 5000 \$, pacjent lub członek rodziny może zostać poproszony wyłącznie o złożenie wypełnionego i podpisanego FAA. W takich przypadkach oświadczenia podatkowe lub niedawne paski wypłaty mogą nie być wymagane. Jeśli jednak koszty przekraczają 5000 \$, pacjent lub członek rodziny musi przedstawić dowód przychodów w postaci kopii federalnego oświadczenia podatkowego lub kopii co najmniej dwóch ostatnich pasków wypłaty.
4. Konieczne może być dostarczenie przez pacjenta lub członka rodziny do LLUMC dokumentacji uzupełniającej. Instrukcje składania dokumentacji uzupełniającej zostaną przekazane pacjentowi w momencie ukończenia wypełniania FAA. Pacjent lub członek rodziny, który poprosi o pomoc w realizacji zobowiązań finansowych wobec LLUMC, powinien dołożyć wszelkich starań, aby przekazać informacje niezbędne LLUMC do podjęcia decyzji o zakwalifikowaniu do uzyskania pomocy finansowej. FAA i wymaganą dokumentację uzupełniającą należy złożyć w Biurze Obsługi Pacjenta (Patient Business Office). W instrukcjach wypełniania wniosku podana jest lokalizacja biura.

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 8 z 16

5. LLUMC zapewnia personel przeszkolony w analizowaniu FAA pod względem kompletności i dokładności. Wnioski są analizowane tak szybko, jak to tylko możliwe, a czas ich rozpatrzenia dostosowany jest do potrzeb pacjenta.
6. Czynniki uwzględniane przy ustalaniu, czy dana osoba kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej na podstawie tej polityki, mogą obejmować:
 - 6.1 Przychód rodziny na podstawie federalnego oświadczenia podatkowego, niedawnych pasków wypłaty lub innych odnośnych informacji przekazanych przez pacjenta w przypadku braku tych dokumentów;
 - 6.2 Wielkość rodziny.
7. Po zakwalifikowaniu do pomocy finansowej pacjent może uzyskać opiekę charytatywnie lub ze zniżką, zależnie od stopnia kwalifikacji pacjenta lub członka rodziny według kryteriów FAP. Kwalifikacji do pomocy finansowej dokonuje wyłącznie zatwierdzony personel LLUMC w następującej hierarchii stanowisk:
 - 7.1 Kierownik Biura Obsługi Pacjenta (Patient Business Office):
kwoty poniżej 50 000 \$
 - 7.2 Dyrektor Biura Obsługi Pacjenta (Patient Business Office):
kwoty poniżej 100 000 \$
 - 7.3 Dyrektor naczelny Biura Obsługi (Business Office):
kwoty poniżej 250 000 \$
 - 7.4 Wiceprezes, cykl przychodów: kwoty powyżej 250 000 \$
8. Po zakwalifikowaniu do pomocy finansowej zostanie ona przydzielona do określonych usług, wykonanych w określonych terminach, których dotyczył wniosek złożony przez pacjenta lub członka rodziny. W przypadku kontynuowania opieki nad pacjentem, którego rozpoznanie wymaga stałego świadczenia podobnych usług, LLUMC może podjąć niezależną decyzję o traktowaniu opieki całościowo, gdzie kwalifikacja będzie dotyczyć wszystkich kontynuowanych usług, świadczonych przez LLUMC. Jeśli istnieją inne kwoty, zaległe od danego pacjenta w momencie podjęcia przez LLUMC decyzji o kwalifikacji, kierownictwo LLUMC może podjąć niezależną decyzję o ich anulowaniu.
9. Zobowiązania pacjenta do pokrycia kosztów z ubezpieczenia Medi-Cal/Medicaid nie podlegają anulowaniu w żadnych okolicznościach. Jeśli jednak po pokryciu kosztów z ubezpieczenia Medi-Cal/Medicaid pozostaną jakiegokolwiek nieobjęte ubezpieczeniem lub z innego powodu nieopłacone koszty, pacjent może zostać objęty opieką charytatywną.

10. Pacjenci o przychodach pomiędzy 201% a 350% FPL nie będą obciążani większymi kosztami niż te, które Medicare zwykle opłaca w przypadku analogicznych usług. Dotyczy to wszystkich niezbędnych medycznych usług szpitalnych na rzecz pacjentów hospitalizowanych, ambulatoryjnych, leczonych przewlekle i uzyskujących usługi ratunkowe w LLUMC.
11. Pacjenci spełniający wymogi FAP będą obciążeni kosztami niższymi niż opłaty brutto.

D. PEŁNA OPIEKA CHARYTATYWNA I ZNIŻKA NA OPIEKĘ — KWALIFIKUJĄCE PROGI PRZYCHODU

PACJENCI NIEUBEZPIECZENI

1. Jeśli przychód rodziny nieubezpieczonego pacjenta jest mniejszy lub równy 200% ustalonego progu ubóstwa, określanego na podstawie bieżących wytycznych FPL, oraz pacjent spełnia wszystkie inne wymogi kwalifikacji do pomocy finansowej, pacjent zostaje zakwalifikowany do pełnej opieki charytatywnej.
2. Jeśli przychód rodziny pacjenta wynosi pomiędzy 201% a 350% ustalonego progu ubóstwa, określanego na podstawie bieżących wytycznych FPL, oraz pacjent spełnia wszystkie inne wymogi kwalifikacji do pomocy finansowej:
 - 2.1 Jeśli usługi nie są refundowane przez żadnego płatnika stanowiącego stronę trzecią, w związku z czym pacjent musiałby pokrywać pełne koszty leczenia, zobowiązania płatnicze pacjenta będą stanowić procent kosztów Medicare (pełna stawka kosztów Medicare, tj. wskaźnik płac, Indirect Medical Expenses (IME), Direct Medical Expenses (DME) itp. oraz zobowiązanie płatnicze pacjenta), które program Medicare zapłaciłby za usługę, gdyby pacjent był beneficjentem Medicare. Rzeczywista wartość procentowa, opłacana przez poszczególnych pacjentów, bazuje na skali przesuwnej, ukazanej w Tabeli 1 poniżej:

TABELA 1
Skala przesuwna zniżek

Wartość procentowa FPL rodziny	Zniżka względem wydatków M/Care	Wartość procentowa kosztów własnych pacjenta (OOP) (w M/Care)
201 – 260%	75%	25%
261 – 320%	50%	50%
321 – 350%	25%	75%

3. Jeśli przychód rodziny pacjenta jest większy niż 350% ustalonego progu ubóstwa, określanego na podstawie bieżących wytycznych FPL, oraz pacjent spełnia wszystkie inne wymogi kwalifikacji do pomocy finansowej:

3.1 Jeśli usługi nie są refundowane przez żadnego płatnika stanowiącego stronę trzecią, w związku z czym pacjent musiałby pokrywać pełne koszty leczenia, łączne zobowiązania płatnicze pacjenta będą równe opłacie brutto (pełna stawka kosztów Medicare, tj. wskaźnik płac, IME, DME itp. oraz zobowiązanie płatnicze pacjenta), którą program Medicare zapłaciłby za usługę, gdyby pacjent był beneficjentem Medicare.

PACJENT UBEZPIECZONY

1. Jeśli przychód rodziny pacjenta ubezpieczonego wynosi pomiędzy 201% a 350% ustalonego progu ubóstwa, określanego na podstawie bieżących wytycznych FPL, oraz pacjent spełnia wszystkie inne wymogi kwalifikacji do pomocy finansowej:

1.1 W przypadku uzyskania przez pacjenta usług refundowanych przez płatnika będącego stroną trzecią, dzięki czemu pacjent jest zobowiązany pokryć tylko część kosztów leczenia (tj. wnieść udział własny lub współpłatność), zobowiązanie płatnicze pacjenta będzie stanowiło kwotę równą różnicy między kwotą opłaconą przez ubezpieczyciela i kosztem Medicare (pełna stawka kosztów Medicare, tj. wskaźnik płac, IME, DME itp. oraz zobowiązanie płatnicze pacjenta), który program Medicare zapłaciłby za usługę, gdyby pacjent był beneficjentem Medicare (tj. jeśli ubezpieczyciel zapłacił więcej niż kwota Medicare, pacjent nie ma dalszych zobowiązań płatniczych, lecz jeśli ubezpieczyciel zapłacił mniej, niż wynosi kwota Medicare, pacjent zapłaci różnicę między kwotą opłaconą z ubezpieczenia i kosztem Medicare).

2. Jeśli przychód rodziny pacjenta jest większy niż 350% ustalonego progu ubóstwa, określanego na podstawie bieżących wytycznych FPL:

2.1 W przypadku uzyskania przez pacjenta usług refundowanych przez płatnika będącego stroną trzecią, dzięki czemu pacjent jest zobowiązany pokryć tylko część kosztów leczenia (tj. wnieść udział własny lub współpłatność), zobowiązanie płatnicze pacjenta będzie stanowiło kwotę równą różnicy między kwotą opłaconą przez ubezpieczyciela i opłatą brutto opłaconą przez Medicare za daną usługę, plus 20% (słownie dwadzieścia procent). Na przykład: jeśli ubezpieczyciel zapłacił więcej niż kwota Medicare plus 20%, pacjent nie ma dalszych zobowiązań płatniczych, lecz jeśli ubezpieczyciel zapłacił mniej niż kwota Medicare plus 20%, pacjent zapłaci różnicę między kwotą opłaconą z ubezpieczenia i kosztem Medicare plus 20%.

E. SZCZEGÓLNE OKOLICZNOŚCI ŚWIADCZENIA OPIEKI CHARYTATYWNEJ

1. Jeśli personel rejestracyjny LLUMC ustali, że pacjent jest bezdomny i nie ma możliwości uzyskania refundacji od strony trzeciej, pacjent zostanie automatycznie zakwalifikowany do pełnej opieki charytatywnej.
2. Jeśli pacjent umrze, nie mając możliwości uzyskania refundacji od strony trzeciej ani możliwego do identyfikacji majątku, wobec którego mogłoby być prowadzone postępowanie spadkowe, pacjent zostanie automatycznie zakwalifikowany do pełnej opieki charytatywnej.
3. Pacjent, którego upadłość ogłoszono wyrokiem federalnego sądu upadłościowego w ciągu ostatnich 12 (słownie dwunastu) miesięcy, kwalifikuje się do pełnej opieki charytatywnej. Pacjent lub członek rodziny dołączy do wniosku kopię wyroku sądu upadłościowego.
4. Pacjenci przyjmowani na oddziale ratunkowym, którym LLUMC nie może przekazać informacji o rachunku, mogą uzyskać odpis kosztów i pełną opiekę charytatywną (np. jeśli pacjent zostanie wypisany przed uzyskaniem informacji o rachunku). Wszystkie takie przypadki zostaną zaznaczone w uwagach do konta pacjenta jako niezbędna część procesu dokumentacji.
5. LLUMC uważa pacjentów kwalifikujących się do programu dopłat państwowych dla osób o niskich przychodach (np. Medi-Cal/Medicaid, California Children's Services i inne odnośne programy dopłat stanowych lub lokalnych dla osób o niskich przychodach) za automatycznie kwalifikujących się do pełnej opieki charytatywnej, jeśli program państwowy nie wypłaci refundacji. Na przykład: pacjenci, którzy kwalifikują się do Medi-Cal/Medicaid, jak również innych programów dopłat państwowych dla pacjentów o niskich przychodach (np. Child Health & Disability Prevention (CHDP) i niektóre California Children's Services (CCS)), zostają zakwalifikowani do pomocy finansowej w przypadkach, gdy program nie refunduje wszystkich usług lub wszystkich dni hospitalizacji. Zgodnie z FAP LLUMC tego typu nier refundowane koszty pacjentów kwalifikują się do pełnego odpisu kosztów, a pacjent uzyskuje opiekę charytatywną. Odpis kosztów dotyczy w szczególności opłat za odrzucone wnioski o hospitalizację lub dni opieki. Wszystkie Wnioski o Autoryzację Leczenia (Treatment Authorization Request, TAR), rozpatrzone odmownie w Medi-Cal/Medicaid i innych programach dopłat dla pacjentów o niskich przychodach, oraz inne odmowy (np. ograniczenie refundacji) kwalifikują pacjenta do opieki charytatywnej.
6. Każda ocena w ramach kwalifikacji do pomocy finansowej pacjentom programu Medicare musi obejmować racjonalną analizę wszystkich aktywów, pasywów, przychodów i wydatków, zanim możliwe będzie ustalenie, czy pacjent spełnia kryteria programu pomocy finansowej. Taką analizę zapotrzebowania na pomoc finansową należy przeprowadzić przed ukończeniem świadczenia usług w LLUMC.

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 12 z 16

6.1 Niezależnie od powyższych, ta część kosztów pacjentów Medicare, a) za które pacjent jest odpowiedzialny finansowo (kwoty współubezpieczenia i udziału własnego), b) które nie są refundowane przez ubezpieczyciela ani innego płatnika, w tym Medi-Cal/Medicaid, oraz c) które nie są refundowane przez Medicare jako złe długi, mogą zostać anulowane w ramach opieki charytatywnej, jeśli:

- a. Pacjent jest beneficjentem Medi-Cal/Medicaid lub innego programu zapewniania opieki medycznej pacjentom o niskich przychodach;
- b. Pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej z innych przyczyn, zgodnie z niniejszą polityką, lecz wtedy pomoc ogranicza się do odpisu kosztów w myśl tej polityki.

7. Pacjenci nieubezpieczeni, którzy osiągają przychód wyższy niż 350% bieżącego progu ubóstwa, określanego na poziomie federalnym, oraz doświadczą tragicznego zdarzenia medycznego, mogą kwalifikować się do pomocy finansowej. Pacjenci o wyższych dochodach nie kwalifikują się jednak do pełnej opieki charytatywnej ani do zniżek w przypadku opieki rutynowej. Przypadki tragicznych zdarzeń medycznych będą rozpatrywane indywidualnie. Ustalenie, czy doszło do tragicznego zdarzenia medycznego, zależy od kwoty należnej od pacjenta w ramach rachunków za usługi oraz oceny przychodów i aktywów pacjenta w momencie zdarzenia. Kierownictwo zachowuje rozsądną swobodę decyzji w przypadku kwalifikacji przypadku jako tragicznego zdarzenia medycznego. Zgodnie z ogólną wytyczną, jeśli koszty własne dowolnego pacjenta za uzyskane usługi przekraczają 200 000 \$, możliwa jest kwalifikacja przypadku jako tragicznego zdarzenia medycznego.

8. Wszelkie koszty przekazane z powrotem do LLUMC przez agencję windykacyjną, która ustaliła, że pacjent lub członek rodziny nie ma możliwości zapłacić rachunku, mogą kwalifikować do opieki charytatywnej. Dokumentacja niezdolności pacjenta lub członka rodziny do zapłacenia za usługi zostanie włączona do kartoteki opieki charytatywnej.

F. KRYTERIA PRZEKwalifikowania ze złych długów do opieki charytatywnej

1. Wszystkie zewnętrzne agencje windykacyjne zakontraktowane przez LLUMC, aby kontrolować uiszczanie należności i/lub złych długów, będą stosować następujące kryteria zmiany statusu należności ze złych długów na opiekę charytatywną:

1.1 Pacjent nie ma żadnego odnośnego ubezpieczenia (wliczając programy dopłat państwowych i innych płatników, będących stroną trzecią);

1.2 Pacjent lub członek rodziny uzyskuje ocenę kredytową i/lub behawioralną w zakresie dolnych 25 percentyli oceny zdolności kredytowej wykonanej dowolną metodą;

1.3 Pacjent lub członek rodziny nie dokonał wpłaty w ciągu 150 dni od daty wyznaczonej przez agencję windykacyjną;

1.4 Agencja windykacyjna ustaliła, że pacjent lub członek rodziny nie jest w stanie zapłacić, i/lub

1.5 Pacjent lub członek rodziny nie ma ważnego numeru ubezpieczenia społecznego lub nie ma stałego adresu zamieszkania, umożliwiającego ocenę kredytową.

2. Wszystkie koszty przekazane z powrotem przez agencję windykacyjną w celu przekwalifikowania złego długu na opiekę charytatywną zostaną ocenione przez personel rachunkowości LLUMC przed dokonaniem zmiany klasyfikacji w szpitalnym systemie księgowym i rejestrach.

G. POWIADOMIENIA DLA PACJENTA

1. Po podjęciu decyzji o kwalifikacji zostanie wysłane do pacjenta lub członka rodziny pismo z informacją o podjętej decyzji. Pismo z informacją o podjętej decyzji może być następującej treści:

1.1 Zatwierdzenie: pismo poinformuje o zatwierdzeniu kosztów, poziomie zatwierdzenia i ewentualnej należnej kwocie. Zostaną też przekazane informacje i instrukcje dotyczące dalszych czynności, jakie należy wykonać.

1.2 Odmowa: pismo wyjaśni pacjentowi przyczyny odmowy kwalifikacji na podstawie FAA. Zostanie też podana kwota, która obciąża pacjenta. Pismo będzie także zawierać dane kontaktowe i instrukcje dotyczące płatności.

1.3 Brak decyzji: wnioskodawca zostanie poinformowany o niekompletności FAA. Zostaną wskazane wszelkie brakujące informacje, które pacjent lub członek rodziny powinien dostarczyć LLUMC.

H. KWALIFIKOWANE PLANY PŁATNOŚCI

1. Kiedy LLUMC podejmie decyzję o zniżce, pacjent będzie mieć możliwość zapłacenia pozostałej kwoty w całości lub w postaci kwalifikowanego planu płatności o określonych terminach spłaty rat.
2. LLUMC omówi możliwe plany z każdym pacjentem, który poprosi o rozłożenie płatności na raty. Poszczególne plany płatności będą zależały od zdolności pacjenta do regulowania poszczególnych rat w terminie. Zgodnie z ogólną wytyczną plany płatności powinny być opracowywane w taki sposób, aby spłata nie przekraczała 12 miesięcy.
3. LLUMC będzie negocjować z pacjentem w dobrej wierze, nie ma jednak obowiązku zaakceptowania warunków spłaty zaproponowanych przez pacjenta. Jeśli LLUMC

i pacjent lub żyrant nie mogą dojść do porozumienia w kwestii kwalifikowanego planu płatności, szpital przyjmuje formułę określania rozsądnego planu płatności opisaną w Ustawie o BHP (Health & Safety Code), sekcja 127400(i). „Rozsądny plan płatności” oznacza wpłaty miesięczne w kwocie do 10 procent przychodu miesięcznego rodziny pacjenta, wyłączając potrącenia na niezbędne do przeżycia wydatki. W ramach wniosku o „Rozsądny plan płatności” LLUMC zbierze informacje na temat przychodu rodziny pacjenta i „wydatków niezbędnych do przeżycia”, zgodnie z definicją statutową. LLUMC korzysta ze standardowego formularza do zbierania takich informacji. Każdy pacjent lub żyrant, chcący ubiegać się o spłatę w formule „Rozsądny plan płatności”, musi złożyć wymagane informacje na temat przychodów i wydatków rodziny, chyba że przedstawiciel LLUMC zrzeknie się wniosku o te informacje.

4. Na należności od zakwalifikowanych pacjentów nie będą nakładane odsetki w czasie realizacji dowolnego z planów określonych w ramach FAP.
5. Po zatwierdzeniu planu płatności przez LLUMC brak spłaty kolejnych należnych rat w ciągu 90 dni spowoduje nieważność takiego planu. Obowiązkiem pacjenta lub żyranta jest skontaktowanie się z Patient Business Office LLUMC oraz poinformowanie o zmianie sytuacji życiowej i braku możliwości dotrzymania warunków planu płatności. W przypadku niedotrzymania warunków planu przez pacjenta LLUMC podejmie próbę skontaktowania się z pacjentem lub członkiem rodziny telefonicznie oraz przekaże odnośne powiadomienie na piśmie. Pacjent będzie mieć możliwość wynegocjowania odroczenia płatności, kontaktując się z Patient Business Office w ciągu 14 (słownie czternastu) dni od daty pisemnego powiadomienia o niedotrzymaniu warunków planu. Jeśli pacjent nie zwróci się o odroczenie płatności w ciągu 14 (słownie czternastu) dni, plan płatności zostanie uznany za nieważny i zostanie wszczęte postępowanie windykacyjne.
6. Preferencyjnie wszystkie plany płatności powinny być przetwarzane przez zewnętrznego usługodawcę elektronicznych transferów środków (electronic Funds Transfer, EFT). Jeśli jednak pacjent lub członek rodziny wyraża chęć spłacania rat w ramach planu bez korzystania z zewnętrznego usługodawcy EFT, LLUMC postara się przychylić do takiej prośby, o ile pacjent chce realizować poszerzony plan płatności gotówką, czekiem, kartą debetową lub kartą kredytową.

I. ROZWIĄZYWANIE SPORÓW

1. W przypadku wystąpienia sporu dotyczącego kwalifikacji do programu pomocy finansowej, pacjent może złożyć pisemny wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji LLUMC. Pisemny wniosek powinien zawierać pełne wyjaśnienie stanowiska pacjenta i uzasadnienie potrzeby ponownego rozpatrzenia decyzji. Do pisemnego wniosku powinna być dołączona dokumentacja uzupełniająca, stanowiąca potwierdzenie stanowiska pacjenta.

2. Wnioski będą rozpatrywane przez Dyrektora naczelnego Patient Business Office. Dyrektor naczelny uwzględni wszelkie podane na piśmie argumenty i wszelką dołączoną argumentację. Po przeanalizowaniu wniosku pacjenta Dyrektor naczelny przekaze pacjentowi na piśmie swoje spostrzeżenia i podjętą decyzję. Taka decyzja Dyrektora naczelnego będzie ostateczna. Pacjentowi nie przysługuje prawo do odwołania.

J. OGŁOSZENIE PUBLICZNE

1. LLUMC poda do wiadomości publicznej FAP, FAA, Podsumowanie Uproszczonym Językiem oraz Politykę Opłat i Windykacji. Te informacje zostaną wywieszone w licznie odwiedzanych obszarach świadczenia usług ambulatoryjnych LLUMC, w tym między innymi na oddziale ratunkowym, w biurze rachunkowym, przy recepcji pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych oraz w poczekalniach LLUMC. Powiadomienia zostaną również wywieszone przy kasach, w których pacjenci opłacają rachunki. Powiadomienia będą zawierać dane kontaktowe, pozwalające pacjentom uzyskać więcej informacji o pomocy finansowej i możliwości wnioskowania o taką pomoc.
 - 1.1 Powiadomienia te zostaną wywieszone w języku angielskim, hiszpańskim i innych językach wymaganych w IRC, sekcja 501(r).
2. Dodatkowo, Polityka Pomocy Finansowej FAP, Wniosek o Pomoc Finansową FAA, Podsumowanie Uproszczonym Językiem oraz Polityka Opłat i Windykacji będą dostępne na stronie internetowej: <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. Papierowe egzemplarze wzmiankowanych powyżej dokumentów można uzyskać bezpłatnie, na uzasadniony wniosek. LLUMC udzieli terminowej odpowiedzi na takie wnioski.

K. ZGŁASZANIE PEŁNEJ OPIEKI CHARYTATYWNEJ I ZNIŻEK NA OPIEKĘ

1. LLUMC będzie zgłaszać świadczoną opiekę charytatywną zgodnie z wymogami prawnymi Biura Stanowego Planowania i Rozwoju Opieki Zdrowotnej (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD), zgodnie z Podręcznikiem księgowania i raportowania dla szpitali (Accounting and Reporting Manual for Hospitals), wydanie drugie. Aby spełnić wymogi prawne, LLUMC będzie przechowywać dokumentację na piśmie dotyczącą kryteriów świadczenia opieki charytatywnej, a w przypadku poszczególnych pacjentów LLUMC będzie przechowywać dokumentację na piśmie dotyczącą każdorazowego przyznania opieki charytatywnej. Zgodnie z wymogami OSHPD opieka charytatywna świadczona pacjentom będzie rejestrowana według bieżących stawek za świadczone usługi.
2. LLUMC dostarczy OSHPD egzemplarz niniejszej polityki FAP, opisującej w formie pojedynczego dokumentu politykę świadczenia pełnej charytatywnej opieki

KATEGORIA: FINANSE

KOD: C-22

TEMAT: POMOC FINANSOWA

STRONA: 16 z 16

i przyznawania zniżek. FAP zawiera również: 1) opis procedur oceny spełnienia kryteriów i kwalifikacji; 2) ujednolicony wniosek o opiekę charytatywną i zniżkę za opiekę oraz 3) proces analizy zarówno opieki charytatywnej, jak i przyznawania zniżek. Te dokumenty będą dostarczane OSHPD co dwa lata lub za każdym razem, gdy zostanie do nich wprowadzona istotna zmiana.

L. INNE

1. Poufność: mamy świadomość, że potrzeba pomocy finansowej jest kwestią wrażliwą i bardzo osobistą dla osób ją otrzymujących. Wobec wszystkich osób wnioskujących i otrzymujących pomoc finansową zostanie zachowana poufność wniosków, przekazanych informacji i finansowania. Profil i dobór pracowników, którzy będą wdrażali tę politykę, powinien zostać opracowany w oparciu o te wartości.
2. Wymóg działania w dobrej wierze — LLUMC organizuje pomoc finansową dla kwalifikujących się pacjentów w dobrej wierze i polega na prawdziwości i kompletności informacji przekazanych przez pacjenta lub członka rodziny. Zapewnienie pomocy finansowej nie wyklucza prawa do wystawienia rachunku za wszystkie usługi, zarówno wstecznie, jak i w momencie świadczenia usług, jeśli zostanie dowiedzione, że pacjent lub członek rodziny celowo przekazał nieprawdziwe lub sfałszowane informacje. Dodatkowo LLUMC zastrzega sobie prawo do ubiegania się o zadośćuczynienie, na drodze cywilnej i karnej, od pacjenta lub członka rodziny, który celowo przekazał nieprawdziwe lub sfałszowane informacje, aby zakwalifikować się do pomocy w ramach FAP LLUMC.
3. Polityka Kredytowa i Windykacyjna — LLUMC wypracował Politykę Opłat i Windykacji, dostępną na stronie internetowej <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>. Wszystkie działania LLUMC w ramach oceny kredytowej pacjenta / strony odpowiedzialnej lub związane ze skierowaniem pacjenta / strony odpowiedzialnej do zewnętrznej agencji windykacyjnej będą zgodne z Polityką Kredytową i Windykacyjną.

ZATWIERDZONO: Wyższe kierownictwo szpitala, Zarząd LLUMC, Dyrektor Generalny LLUMC, Starszy Wiceprezes LLUMC ds. Finansów, Carolyn Marovitch