

## ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER

### ZASADY ROZLICZANIA I WINDYKACJI

Ze skutkiem na dzień 1 lipca 2018 r.

#### ZAŁOŻENIA / ZASADY

St. Vincent's Medical Center („Organizacja”) wdraża zgodnie z zasadami udzielania pomocy finansowej (Financial Assistance Policy, FAP) sprawiedliwą społecznie praktykę świadczenia opieki w nagłych przypadkach lub koniecznej z medycznego punktu widzenia. Zasady rozliczania i windykacji obejmują przede wszystkim sposoby świadczenia pomocy finansowej Pacjentom znajdującym się pod opieką Organizacji.

W poszanowaniu godności każdego człowieka i w trosce o wspólne dobro solidaryzujemy się z osobami dotkniętymi ubóstwem lub inną trudną sytuacją życiową i dbamy o sprawiedliwy społecznie podział dóbr, czego wyrazem są stworzone przez nas zasady rozliczania i windykacji. Pracownicy i przedstawiciele Organizacji działać będą zawsze zgodnie z polityką i wartościami placówki sponsorowanej przez Kościół Katolicki, traktując wszystkich Pacjentów oraz ich rodziny z godnością, szacunkiem i współczuciem.

Poniższy zbiór zasad odnosi się do wszystkich świadczeń opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej świadczonej przez Organizację, w tym do usług świadczonych przez zatrudnionych lekarzy oraz usług z zakresu zdrowia behawioralnego. Nie stosuje się on jednak do zasad płatności w zakresie zabiegów planowych.

#### DEFINICJE

1. „**501(r)**” oznacza artykuł 501(r) amerykańskiego Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code) oraz przepisy obowiązujące na jego podstawie.

2. „**Okres zgłoszeniowy**” oznacza okres, podczas którego formularz wniosku o udzielenia pomocy finansowej powinien zostać złożony w Organizacji. Okres zgłoszeniowy rozpoczyna się z dniem złożenia wniosku lub w dniu rozpoczęcia świadczenia opieki i kończy się z dniem wyszczególnionym w dokumencie określającym termin zakończenia okresu składania wniosku.

3. „**Zakończenie okresu składania wniosku**” oznacza pisemne powiadomienie wyszczególniające ostateczny termin, po którym Organizacja nie będzie dłużej przyjmowała i rozpatrywała wniosków o udzielenie pomocy finansowej zgłoszonych (lub wypełnionych) przez Pacjenta, obejmujących uprzednio otrzymaną opiekę. Wyszczególniony termin nie będzie wcześniejszy niż (a) trzydzieści (30) dni liczonych od momentu otrzymania pisemnego powiadomienia, (b) 240 dni liczonych od chwili otrzymania pierwszej faktury za świadczoną uprzednio opiekę już po wypisaniu ze szpitala, lub (c) w przypadku Pacjentów, których zakwalifikowano do otrzymania ewentualnej pomocy finansowej mniejszej niż 100% pełnej sumy, ostateczny termin nie będzie wcześniejszy niż koniec okresu odpowiedniego do zgłoszenia wniosku o udzielenie pomocy finansowej, jak opisano w niniejszych zasadach.

Dokument ten może zostać dostarczony w postaci osobnego pisemnego powiadomienia lub jako część innego powiadomienia przekazanego Pacjentowi.

4. „**Nadzwyczajne działania windykacyjne**” lub „**działania ECA**” oznaczają jedną z następujących czynności windykacyjnych podlegających ograniczeniom na mocy artykułu 501(r):

- a. Sprzedaż długu Pacjenta stronom trzecim, chyba że nabywca podlega pewnym ograniczeniom opisanym poniżej.
- b. Dostarczanie niekorzystnych informacji o Pacjencie agencjom sporządzającym sprawozdania dotyczące kredytów konsumenckich lub biuram kredytowym.
- c. Odraczenie lub odmowa opieki medycznej, lub wymóg dokonania płatności przed rozpoczęciem jej świadczenia, spowodowane nieuregulowaniem rachunku(ów) za uprzednio świadczone usługi medyczne w ramach polityki udzielania pomocy finansowej.
- d. Działania wymagające wszczęcia procesu sądowego, z wyjątkiem roszczeń związanych z ogłoszeniem upadłości lub wystąpieniem szkód osobowych. Działania te obejmują m.in.
  - i. stosowanie prawa zastawu wobec własności Pacjenta,
  - ii. przejmowanie niespłaconej własności Pacjenta,
  - iii. egzekucję lub zajęcie środków na rachunku bankowym Pacjenta lub jego własności,
  - iv. wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko Pacjentowi, oraz
  - v. zajęcie wynagrodzenia Pacjenta.

ECA nie obejmują żadnego z poniższych działań (nawet, jeśli wyłożone wcześniej kryteria zastosowania ECA zostaną w większości spełnione):

- a. sprzedaż długu Pacjenta, gdy przed sprzedażą sporządzono prawnie wiążącą, pisemną umowę z nabywcą długu, zgodnie z którą
  - i. zabrania się nabywcy podejmowania działań ECA w celu ściągnięcia należności za otrzymaną opiekę;
  - ii. zabrania się nabywcy pobierania odsetek z długu przekraczających stawkę określoną w ustępie 6621(a)(2) Kodeksu Podatkowego, obowiązującą w chwili sprzedaży długu (lub inną kwotę odsetek określoną w ogłoszeniach zamieszczanych w Biuletynie Podatkowym);
  - iii. Organizacja może domagać się zwrotu długu lub otrzymać ten zwrot, jeżeli Organizacja lub nabywca stwierdzi, iż Pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej; oraz
  - iv. wymaga się od nabywcy zastosowania procedur wyszczególnionych w umowie, które chronią Pacjenta przed koniecznością zapłaty nabywcy lub Organizacji łącznej kwoty większej niż ta, którą Pacjent jest zobowiązany pokryć osobiście w ramach polityki udzielania pomocy finansowej, jeżeli zakwalifikowano go do otrzymania takiej pomocy, a jego dług nie został zwrócony Organizacji lub też nie ubiegała się ona o jego zwrot;

- b. każde prawo zastawu, do którego Organizacja jest upoważniona w zakresie dozwolonym przez prawo stanowe dotyczące postępowań, uregulowań lub zobowiązań względem pacjenta na skutek szkód osobistych będących powodem świadczonej Pacjentowi opieki; lub
- c. zgłoszenie roszczeń w jakimkolwiek postępowaniu dotyczącym ogłoszenia upadłości.

5. „**FAP**” oznacza zasady udzielania pomocy finansowej wdrożone w Organizacji, które zapewniają pomoc finansową uprawnionym Pacjentom i wspierają realizację misji Organizacji oraz Ascension Health w zgodzie z artykułem 501(r).

6. „**Wniosek FAP**” oznacza wniosek o udzielenie pomocy finansowej.

7. „**Pomoc finansowa**” oznacza pomoc udzielaną Pacjentom Organizacji zgodnie z zasadami udzielania pomocy finansowej obowiązującymi w Organizacji.

8. „**Organizacja**” oznacza St. Vincent’s Medical Center, będące częścią Ascension Health. Aby uzyskać więcej informacji, podzielić się opinią, złożyć zapytanie lub wnieść odwołanie, skontaktuj się ze wskazanym poniżej biurem lub każdym biurem wymienionym w odpowiedniej notcie informacyjnej Organizacji:

Patient Financial Services  
Customer Service Call Center Manager  
203-576-5374  
2720 Main Street, Bridgeport CT, 06606  
Attention: Customer Service

9. „**Pacjent**” oznacza osobę otrzymującą opiekę w ramach Organizacji lub inną osobę odpowiedzialną finansowo za tą opiekę (w tym członkowie rodziny i opiekunowie).

## **SPOSOBY ROZLICZANIA I WINDYKACJI**

Organizacja stosuje uporządkowaną procedurę regularnego wystawiania faktur za świadczone usługi i komunikację z Pacjentami. W razie niespłacenia należności za świadczoną przez Organizację usługę, Organizacja ma prawo podjąć działania zmierzające do ściągnięcia tych należności, w tym próby kontaktu z Pacjentem przez telefon, drogą elektroniczną i osobiście, a także stosując jedno (1) lub więcej działań ECA podlegających ograniczeniom wyszczególnionym w niniejszej polityce dotyczącej rozliczeń i windykacji.

Zgodnie z artykułem 501(r), niniejsza polityka dotycząca rozliczeń i windykacji określa wszystkie niezbędne działania, które organizacja powinna podjąć w celu ustalenia kwalifikowalności Pacjenta do otrzymania pomocy finansowej w ramach jej FAP przed podjęciem jakichkolwiek nadzwyczajnych działań windykacyjnych, czyli działań ECA. Po dokonaniu takich ustaleń Organizacja może podjąć jedno lub więcej działań ECA w sposób opisany w niniejszym dokumencie.

1. Rozpatrywanie wniosku FAP. Pacjent może złożyć wniosek o udzielenie pomocy finansowej w każdym momencie w ramach okresu zgłoszeniowego z wyjątkiem sytuacji opisanych poniżej. Organizacja nie przyjmie wniosków FAP po zakończeniu okresu zgłoszeniowego, chyba że wymagane to będzie wyjątkowo na mocy artykułu 501(r). Ustalanie kwalifikowalności Pacjenta do otrzymania pomocy finansowej odbywać się będzie zgodnie z następującymi ogólnymi kryteriami.

- a. Wypełniony wniosek FAP. W przypadku Pacjentów, którzy złożą wypełniony wniosek FAP w okresie zgłoszeniowym, Organizacja w odpowiednim czasie odwoła działania ECA podjęte w celu ściągnięcia należności za świadczoną opiekę, ustali kwalifikowalność Pacjenta do otrzymania pomocy finansowej i wystosuje pisemne zawiadomienie w sposób opisany poniżej.
- b. Orzeczenie o potencjalnej kwalifikowalności. Jeżeli pacjent potencjalnie kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej mniejszej niż pełna kwota pomocy dostępnej w ramach FAP (np. kwalifikowalność została ustalona na podstawie wniosku złożonego w związku z uprzednio świadczoną opieką), Organizacja powiadomi Pacjenta o podstawie takiego orzeczenia i umożliwi mu złożenie wniosku o pełniejszą pomoc finansową w odpowiednim okresie czasu i przed podjęciem ECA.
- c. Zawiadomienie i rozpatrzenie sprawy niezłożonego wniosku. Jeżeli wypełniony wniosek FAP nie zostanie złożony lub kwalifikowalność nie zostanie ustalona zgodnie z kryteriami potencjalnej kwalifikowalności FAP, Organizacja nie podejmie działań ECA przez co najmniej 120 dni od chwili wystawienia pierwszej faktury już po wypisaniu Pacjenta ze szpitala. Jeżeli opieka świadczona była Pacjentowi wielokrotnie, zawiadomienia mogą zostać wysłane zbiorczo. W takim wypadku rama czasowa ustalona zostanie na podstawie daty świadczenia ostatniej usługi zdrowotnej wymienionej w zawiadomieniu zbiorczym. Przed podjęciem jednego (1) lub więcej działań ECA w celu ściągnięcia należności za opiekę świadczoną Pacjentowi, który nie złożył wniosku FAP, Organizacja podejmie następujące kroki:
  - i. Dostarczy Pacjentowi pisemne zawiadomienie o możliwości uzyskania pomocy finansowej po spełnieniu kryteriów kwalifikowalności do takiej pomocy, wyszczególni działania ECA, które zostaną podjęte w celu ściągnięcia należności za świadczoną opiekę oraz ustali ostateczny termin, po którym takie działania zostaną rozpoczęte; nie będzie on wcześniejszy niż 30 dni liczonych od chwili otrzymania pierwszego zawiadomienia;
  - ii. Dostarczy Pacjentowi podsumowanie zasad FAP napisane prostym językiem;
  - iii. Podejmie próby ustnego powiadomienia Pacjenta o FAP i procedurach składania wniosku FAP.
- d. Nieprawidłowo wypełniony wniosek FAP. W przypadku Pacjentów, którzy w okresie zgłoszeniowym złożyli nieprawidłowo wypełniony wniosek FAP, Organizacja wystosuje pisemne zawiadomienie wraz ze wzorem prawidłowo wypełnionego wniosku. Pacjent zobowiązany zostanie do jego zwrotu w terminie trzydziestu (30) dni. Wszystkie podjęte działania ECA zostaną w tym czasie

zawieszono, a pisemne powiadomienie zawierać będzie również (i) listę dodatkowych danych i/lub dokumentów wymaganych w ramach FAP bądź wzór wniosku FAP potrzebnego do zakończenia procedury aplikacyjnej, a także (ii) odpowiednie dane kontaktowe.

- e. Zakończenie okresu składania wniosku FAP. Organizacja może zakończyć okres zgłoszeniowy, wręczając Pacjentowi pisemne powiadomienie o zakończeniu okresu składania wniosków.

2. Ograniczenia związane z odroczeniem lub odmową opieki. W sytuacji, gdy na skutek nieuiszczenia należności za wcześniej świadczoną opiekę w ramach FAP Organizacja zamierza odroczyć lub odmówić Pacjentowi opieki medycznej, lub też wymaga dokonania płatności przed rozpoczęciem jej świadczenia w sposób określony w FAP, Pacjent otrzyma wniosek FAP oraz pisemne zawiadomienie przypominające, że pomoc finansowa dostępna jest dla wybranych pacjentów. Pacjent może również otrzymać powiadomienie o zakończeniu okresu składania wniosków.

### 3. Powiadomienie o orzeczeniu.

- a. Orzeczenie. Po otrzymaniu wypełnionego wniosku o udzielenie pomocy finansowej Organizacja oceni kwalifikowalność Pacjenta do otrzymania takiej pomocy i powiadomi go pisemnie o rozstrzygającej decyzji w terminie czterdziestu pięciu (45) dni kalendarzowych. Powiadomienie zawierać będzie ustaloną kwotę, którą Pacjent zobowiąże się zapłacić. W razie odrzucenia wniosku o udzielenie pomocy finansowej Pacjent otrzyma powiadomienie wyjaśniające powody takiej decyzji oraz instrukcje dotyczące składania odwołań lub próśby o ponowne rozpatrzenie wniosku.
- b. Zwrot pieniędzy. Organizacja dokona zwrotu pieniędzy za wydatki na opiekę poniesione przez Pacjenta przekraczające kwotę, którą pacjent zobowiązany jest zapłacić osobiście w ramach FAP, jeżeli kwota ta jest większa niż 5\$.
- c. Zaniechanie działań ECA. W zakresie, w jakim Pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej w ramach FAP, Organizacja podejmie wszelkie dostępne środki zmierzające do zaniechania każdego działania ECA skierowanego przeciwko Pacjentowi w celu ściągnięcia należności za świadczoną opiekę. Takie dostępne środki obejmują zwykle m.in. cofnięcie pozwu przeciwko Pacjentowi, zrzeczenie się prawa zatrzymania lub zajęcia jego własności, bądź też usunięcie niekorzystnych informacji z raportów kredytowych Pacjenta, zgłoszonych wcześniej agencjom sporządzających sprawozdania dotyczące kredytów konsumenckich lub biurom kredytowym.

4. Składanie odwołania. Pacjent może złożyć odwołanie w związku z odrzuceniem wniosku o udzielenie pomocy finansowej, dostarczając Organizacji wszelkie dodatkowe dane w terminie czternastu (14) dni od otrzymania powiadomienia o odrzuceniu. Organizacja zapozna się dokładnie z każdym odwołaniem i wyda rozstrzygającą decyzję. Jeżeli potwierdzi ona zasadność wcześniejszego odrzucenia wniosku o udzielenie pomocy finansowej, Pacjent otrzyma

stosowne powiadomienie na piśmie. Złożone odwołanie nie wydłuża i nie anuluje procedury składania wniosku w ramach polityki dotyczącej rozliczeń i windykacji.

5. Zawiadomienie o zamiarze windykacji. Przed przekazaniem długu zewnętrznej firmie windykacyjnej bądź wszczęciem postępowania przeciwko Pacjentowi, obejmującego również jego majątek, w celu ściągnięcia należności za opiekę świadczoną w Organizacji, Organizacja ustali, czy Pacjent jest nieubezpieczony i czy kwalifikuje się do uzyskania dofinansowania na korzystanie z łóżka szpitalnego w sposób opisany w FAP. Nieubezpieczony Pacjent oznacza każdą osobę prawnie odpowiedzialną za jedno- lub wielokrotne poniesienie kosztów hospitalizacji i której dochód jest równy lub niższy niż dwieście pięćdziesiąt procent (250%) wysokości wskaźnika ubóstwa, oraz która (A) złożyła wniosek o zwrot kosztów opieki medycznej lub zdrowotnej w ramach programu Medicaid i nie została zakwalifikowana do otrzymania takiej pomocy z powodu niespełnienia kryteriów dochodu lub innych, oraz która (B) nie kwalifikuje się do uzyskania zwrotu kosztów za świadczone usługi szpitalne w ramach programu Medicare lub CHAMPUS, bądź innego programu ubezpieczeń zdrowotnych, takiego jak Medicaid, dostępnego na terenie innego stanu, państwa lub wspólnoty, lub też w ramach innego programu zdrowotnego, umowy od następstw nieszczęśliwych wypadków lub programu świadczeń finansowanych z funduszy państwowych albo prywatnych i obejmujących m.in. odszkodowania i nagrody pracownicze, a także ugody lub pozwy związane z roszczeniami, procesami lub postępowaniami wynikającymi z wypadków samochodowych bądź rzekomego zaniedbania.

6. Windykacja. Biorąc pod uwagę wyżej opisane procedury, Organizacja może podjąć działania ECA przeciwko nieubezpieczonemu lub niedoubezpieczonemu Pacjentowi z zaległym długiem za pomocą procedur ustalania, rozpatrywania oraz monitorowania jego rachunków i planów płatności.

- a. Organizacji lub podmiotowi trzeciemu działającemu w jej imieniu pod żadnym pozorem nie wolno inkasować od nieubezpieczonego Pacjenta kwoty wyższej niż koszty poniesione za świadczone usługi. „Koszty poniesione za świadczone usługi” to wysokość opłat za leczenie szpitalne w chwili wystawienia rachunku, pomnożona o aktualny stosunek kosztów do opłat określony w najnowszym rocznym sprawozdaniu finansowym Organizacji, dostępnym w Biurze Dostępu do Opieki Zdrowotnej Departamentu Zdrowia Publicznego.
- b. Organizacja, której działalność podlega wymienionym w tym dokumencie ograniczeniom, może wykorzystać zewnętrzną, renomowaną firmę zajmującą się windykacją długów nieściągalnych lub innego dostawcę usług w celu rozpatrzenia zaległego długu, a taka agencja lub dostawca działać będzie zgodnie z postanowieniami artykułu 501(r), dotyczącego podmiotów trzecich, oraz postanowieniami Statutów Generalnych stanu Connecticut, ustępy 19a-673 i 19a-673b.

7. Zaprzestanie działań windykacyjnych po zakwalifikowaniu dłużnika do uzyskania dofinansowania na pobyt w szpitalu lub inne usługi. Jeżeli w trakcie działań windykacyjnych Organizacja lub podmiot trzeci występujący w jej imieniu, w tym komornik lub firma

windykacyjna zajmująca się długiem konsumenckim, uznają, że pacjent kwalifikuje się do otrzymania dofinansowania na pobyt w szpitalu, usługi po obniżonej cenie lub darmowe, bądź też na każdy inny program pozwalający uniknąć lub ograniczyć odpowiedzialność za dług, działania windykacyjne podejmowane przez Organizację lub podmiot trzeci występujący w jej imieniu zostaną szybko zaprzestane, a dokumenty windykacyjne przekazane zostaną Organizacji w celu ustalenia kwalifikowalności. Żadne działania windykacyjne nie zostaną wznowione przed dokonaniem takich ustaleń.