

HUNTINGTON MEMORIAL HOSPITAL
ADMINISTRATIVNÍ ZÁSADY A POSTUPY

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| PŘEDMĚT: Zásady fakturace a vymáhání dlužných plateb od pacientů | ZÁSADA Č.: | STR 1 Z 5 |
| AUTORIZOVANÉ SVOLENÍ: | DATUM ÚČINNOSTI: 01/01/2016 | PŘEKONÁVÁ/NAHRAZUJE |

ÚČEL

Účelem tohoto dokumentu je zavést směrnice a postupy pro přímou fakturaci pacientům a postupy vymáhání neuhrazených dlužných plateb od pacientů.

ZÁSADA

Pacientům s účetní bilancí, kterou je třeba uhradit, bude vystavena faktura, buďto jim samým nebo jejich ručiteli, v souladu s ustanoveními zásad Huntingtonovy finanční asistence a postupů uvedených v těchto zásadách vymáhání dluhů. Účetní zůstatky pacientů mohou být výsledkem přidělených závazků po zaplacení pojistného plánu nebo vládního programu jako například Medicare, nebo závazků plynoucích ze skutečnosti, že je pacient nepojištěn. Všechny aktivity v oblasti fakturace a vymáhání dluhů budou probíhat v souladu se zákonem o čestné tvorbě cen nemocničních služeb (Hospital Fair Pricing Policies), Část 501(r) Kodexu pro vnitřní příjem a Zákona o čestných praktikách při vymáhání dluhů.

DEFINICE

I. FINANČNÍ ASISTENCE dříve označovaná jako CHARITATIVNÍ PÉČE, JE DEFINOVÁNA NÁSLEDOVNĚ:

Finanční asistence je finanční pomoc pacientovi nebo zodpovědné straně a nezahrnuje slevy běžně přiznávané pojištěncům, smluvní ceny dohodnuté s pojišťovnami, či jiné úpravy provedené až po vytvoření konečného zúčtování. Když je pacient schopen uhradit část své faktury, bude dána přednost odepsání části tohoto účtu v rámci částečné finanční asistence. Finanční asistence může zahrnovat také finanční asistenci pacientům, kteří vytvořili vysoké náklady na lékařskou péči definované jako roční náklady na zdravotní péči vyšší než 10% příjmu domácnosti.

Finanční asistence nemá být považována za náhradu osobní zodpovědnosti a od pacientů se očekává, že při žádosti o finanční asistenci budou postupovat podle postupu Huntington Memorial Hospital a přispějí na náklady na svou zdravotní péči dle své individuální platební schopnosti.

PLÁN PŘIMĚŘENÝCH PLATEB: znamená měsíční platby, které nepředstavují více než 10 procent příjmu rodiny pacienta za jeden měsíc s odečtením základních životních výdajů. "Základní životní výdaje" znamená výdaje na cokoli z následujícího: platba nájmu

nebo nákladů na bydlení včetně údržby domácnosti, jídlo a materiály pro domácnost, energie a telefonní připojení, ošacení, platby na lékařskou a zdravotní péči, pojistné, školné a náklady na péči o děti, výživa dítěte nebo manžela/manželky, přeprava a náklady na automobil, včetně pojistného, benzínu a oprav, splátky úvěrů, praní a čištění, a další mimořádné výdaje

II. PACIENTI S FINANČNÍ ASISTENCÍ JSOU DEFINOVÁNI NÁSLEDOVNĚ:

- A. Nepojištění pacienti (ti, kteří nemají pojištění i externího finančního ústavu, Medicare, Medicaid, nebo pacienti s úrazy nebo stavy, které je kvalifikují na pracovní kompenzaci nebo automobilové pojištění v případě úrazu), kteří nemají platební schopnost na základě kritérií popsanych v níže uvedené části Uplatnitelnost.
- B. Pojištění pacienti, jejichž pojistné plnění a platební schopnost nejsou adekvátní k uhrazení jejich kapesních výdajů.
- C. Pojištěný pacient neschopný uhradit část faktury z důvodu nevybraných spoluplateb, odpočtů a neuhraných služeb. .
- D. Pojištěný nebo nepojištěný pacient s vysokými náklady na lékařskou péči, jehož příjem domácnosti nepřesahuje 350 % federální hladiny chudoby, ale jehož kapesní náklady nebo výdaje na lékařskou péči přesahují 10% jeho příjmů za předcházející rok.
- E. Jakýkoli pacient, který prokáže neschopnost zaplatit, versus špatný dluh, což znamená neochotu pacienta platit.
- F. Nemocnice nebude svůj úsudek, že nějaký pacient nemá nárok na finanční asistenci, zakládat na informaci, o které má nemocnice důvod domnívat se, že je nespolehlivá, nesprávná, ani na informaci, která byla získána pod nátlakem nebo s použitím donucovacích prostředků.

III. OBYČEJNĚ ÚČTOVANÉ ČÁSTKY

OÚČ (obyčejně účtované částky) jsou definovány jako maximální částka, kterou pacient, který je kvalifikován v rámci zásad finanční asistence na charitu nebo jinou slevu, která se rovná průměrné částce historicky rovné procentu fakturovaných plateb za všechny služby spadající pod program Medicare za období předchozích dvanácti měsíců vypočtené podle IRC 501(r). Služby pacientům budou oceňovány na jistém procentu fakturovaných poplatků na sestupné škále odrážející různé úrovně využití služeb. Služby pacientům v domácí péči budou oceňovány na dovolenou částku Medicare průměrného pacienta v domácí péči, jakožto procento účtovaných poplatků za stejné dvanáctiměsíční období, jaké bylo zmiňováno u hospitalizovaného pacienta. Pro výpočet AGB, viz prosím přílohu A.

IV. MIMOŘÁDNÁ VYMÁHACÍ OPATŘENÍ (MVO)

Jak je definováno v Části 501(r) (6) Kodexu interního příjmu (Internal Revenue Code), MVO jsou aktivity související s vymáháním, které lze iniciovat proti pacientovi nebo ručiteli z důvodu neplacení, které zahrnují mimo jiné následující:

- A. Nahlašování negativních informací orgánům pro vymáhání dluhů

- B. Uvalení zástavního práva na majetek jednotlivce vyjma jak stanovují zákony státu v důsledku soudních výnosů nebo vyrovnání v rámci případu osobního úrazu
- C. Předběžné uzavření nemovitého majetku, jak je dovoleno v rámci státních a federálních regulací.
- D. Připojení nebo zabavení bankovního účtu nebo jiného osobního majetku jednotlivce
- E. Zahájení občanskoprávního sporu proti jednotlivci nebo příkaz k předvedení před soud
- F. Způsobení zatčení jednotlivce
- G. Odložení nebo odepření nezbytné lékařské péče z důvodu neplacení faktury za dříve poskytnutou péči spadající pod zásady finanční asistence nemocnice
- H. Požadavek na platbu před poskytnutím nezbytné lékařské péče z důvodu neuhrazených faktur za dříve poskytnutou péči
- I. Srážky ze mzdy jednotlivce
- J. Jisté formy prodeje dluhu pacienta jiné straně

Mimořádná vymáhací opatření nezahrnují zástavní právo prohlášené na základě rozsudku, vyrovnání či kompromisu dlužné ve prospěch jednotlivce následkem osobního úrazu, pro něž byly poskytnuty lékařské služby. ABG a protokol FAP se navíc nevztahují na trusty, nemovité statky, partnerství, asociace, korporace, LLC, vládní úřady, neziskové organizace nebo podniky, které přebírají dluhy daného jednotlivce. Avšak s ohledem na úkony v rámci těchto zásad bude zdravotnické zařízení považovat jakéhokoli jednotlivce, který přijal nebo musí přijmout zodpovědnost za jednotlivce podrobeného lékařské péči za ekvivalent prvního jednotlivce, kterému byla nemocnicí vystavena faktura za lékařskou péči.

POSTUPY

I. PRVOTNÍ FAKTURACE PACIENTA

- A. Pacienti bez pojistného nebo krytí od jakéhokoli státem hrazeného programu obdrží prvotní fakturační výpis pro pacienta 10 dní od data služby.
- B. Všechny poplatky účtované přímo pacientovi, který je nepojištěn, nebo jehož pojistné krytí je hrazeno ze státního programu, budou účtovány za nominální cenu nemocnice, nebo sníženou na částku, která bývá obvykle hrazena dle Medicare.
- C. Výkaz prvotní fakturace pacientovi bude obsahovat zjednodušenou verzi zásad poskytování finanční asistence nemocnice, včetně informací o tom, jak žádat o finanční asistenci.
- D. Pro pacienty mající primární pojistné krytí budou veškeré zůstatky zbývající po úhradě primárního pojistného, tj. odpočty, spoluplatby, spolupojistné, nekryté účtované částky, atd., pacientovi účtovány do deseti dní od primárních plateb pojistného.

- E. Výpisy z účtů pacientů se zůstatkem po uhrazení prvotní platby z pojistného budou obsahovat zjednodušené shrnutí zásad poskytování finanční asistence nemocnice, včetně informací o tom, jak žádat o finanční asistenci.
- F. Všichni pacienti mohou časem platit jakékoli dlužné částky a nemocnice se s nimi v dobré víře dohodne na plánu plateb. Nebude-li možno dospět k dohodě, nemocnice musí přijmout "plán přiměřených plateb" definovaný dle zákona.
- G. Prvotní fakturační výpis pro pacienta bude obsahovat kopii zjednodušené verze zásad poskytování finanční asistence a žádosti o výhody, kam patří i to, jak bude aplikována sleva na hrubou účtovanou částku.

II. FAKTURAČNÍ CYKLY VÝPISŮ

- A. Výpisy dlužné částky jsou vytvářeny každých 30 dní od data prvotního výpisu.
- B. Během prvních 60 dní po prvotní fakturaci samostatných plateb nemocnice vytvoří dva výpisy.
- C. Po 60 dnech bude účet nesplacené částky přidělen předběžnému výběřčímu k další aktivitě. Ačkoli je účet u předběžného výběřčího, budou provedeny dva odchozí hovory ručiteli, po nichž budou následovat dva další výpisy.
- D. Doba trvání aktivit předběžného výběru je stanovena na 56 dní a účet zůstává na aktivních účetních pohledávkách a není odepsán jako špatný dluh.
- E. Po dokončení cyklu předběžného výběru bude účet automaticky odepsán jako špatný dluh a předán jednomu ze dvou orgánů pro vymáhání dluhů předem určenému abecedním rozdělením příjmení ručitele. Žádný účet nebude přidělen orgánům pro vymáhání dluhu před uplynutím 150 dní od první fakturace pacientem ani v době zpracování žádosti o finanční asistenci.
- F. Pacienti s formálním plánem plateb budou dostávat měsíční výkaz aktuální splatné částky až do splnění plány plateb.

III. PŘIDĚLOVÁNÍ VÝBĚŘČÍHO ORGÁNU PROVINILÝM ÚČTŮM

- A. Pacienti zapojení do formálního platebního plánu a provádějící plánované měsíční platby nebudou mít přidělen výběřčí orgán, nedostanou-li se do problémů se splácením svých plateb.
- B. Je-li pacient kryt programem finanční asistence nemocnice s rozšířeným plánem plateb a platby nejsou plněny, musí nemocnice před přidělením účtu výběřčímu orgánu provést následující:
 - a. Pokus kontaktovat pacienta telefonicky
 - b. Poskytnout písemné upozornění, že plán může být zneplatněn
 - c. Informovat pacienta o příležitosti znovu si vyjednat platební plán a vyžádá-li si to pacient, pokusit se to udělat.
 - d. Oznámení a telefonát lze provést na poslední známé telefonní číslo a adresu pacienta.

- C. Po vydání konečného výpisu k provinilému účtu bude účet naposledy zkontrolován, aby se zjistilo, zda není přítomna nějaká nevyřízená žádost o finanční asistenci, načež bude přidělen výběrčímu orgánu.
- D. Huntington Hospital má smlouvy s několika externími výběrčími orgány, avšak ponechává si plné vlastnictví aktiv účtů a konečné rozhodovací slovo při řešení jakéhokoli účtu.
- E. Účty budou výběrčímu orgánu zasílány z důvodu, že pacient nehradí účet, nežádá o finanční asistenci a nekontaktuje nemocnici, aby se dohodl na způsobu platby.
- F. Pacienti, kteří poskytnou nesprávné demografické údaje a případy, kdy nemocnice nebude schopna určit platnou adresu pacienta, mohou být k vymáhání předány dříve než po 150 dnech.
- G. Najatý výběrčí orgán musí postupovat v souladu se zásadami finanční asistence nemocnice ve všech ohledech souvisejících s postupy a časovými harmonogramy žádosti o finanční asistenci, a vyjednáváním platebních plánů a pravidly účasti na MVO.
- H. MVO nebudou proti pacientovi iniciovány v rámci jeho prvních 150 dnů po odeslání prvního fakturačního výkazu; sem patří i negativní hlášení kreditním ústavům.
- I. Ne méně než 30 dní před zahájením jakéhokoli MVO bude pacient písemně informován. Třicetidenní výpovědní lhůta bude zahrnovat zjednodušenou verzi zásad finanční asistence. Pokus telefonicky kontaktovat ručitele bude proveden výběrčím orgánem v rámci třicetidenní výpovědní lhůty MVO. Výběrčí orgán zodpovídá za provedení tohoto upozornění před iniciací jakýchkoli MVO. Za činy výběrčího orgánu v konečném důsledku zodpovídá nemocnice.
- J. Bude-li žádost o finanční asistenci podána v době, kdy už účet bude u výběrčího orgánu, tento orgán pozastaví v době průběhu procesu této žádosti své aktivity vůči tomuto účtu.
- K. Jestliže se nemocnice dozví o jakémkoli ověřeném pojistném krytí Medi-Cal nebo jiném pojistném krytí, účet bude od tohoto orgánu odvolán a služba bude hrazena z pojistného.
- L. Platby provedené přímo ve prospěch nemocnice pro účty přidělené orgánu pro vymáhání dluhu budou každodenně nahlašovány onomu orgánu.
- M. Jakékoli právní úkony proti pacientovi, jako například uvalení zástavního práva, soudní pře, srážky ze mzdy, atd., musí schválit Ředitel finančních služeb pro pacienty, a orgán pro vymáhání dluhu musí dodržet řádnou třicetidenní lhůtu, než k takovým aktivitám přikročí.
- N. Všechny právní úkony v souvislosti s mimořádnými vymáhacími opatřeními (MVO) vykoná orgán pro vymáhání dluhu jménem ve prospěch nemocnice; nemocnice si ponechává plnou rozhodovací pravomoc nad veškerými právními úkony v souvislosti s MVO.
- O. Skutečnost, že nějaký pacient má těžce zadlužený účet, nebude použita jako důvod odepření nezbytných lékařských úkonů v nemocnici v budoucnu