

## GOV-11 — Kredyt i odbiór należności za usługi szpitalne

### Podstawowe uwagi

- University Hospitals (UH) jest organizacją charytatywną zapewniającą opiekę pacjentom bez względu na ich zdolność płatniczą. Wszyscy pacjenci, bez względu na swoją sytuację finansową, są traktowani z szacunkiem. Oczekuje się, że wszyscy pacjenci UH będą dotrzymywać swoich zobowiązań finansowych wobec UH.
- Niniejsze Zasady mają zastosowanie do wszystkich pacjentów, bez względu na posiadane ubezpieczenie lub jego brak.
- Niniejsze Zasady mają zastosowanie do wszystkich placówek szpitalnych UH<sup>1</sup> i podmiotów wskazanych w dokumencie Gov-2 – Dodatek nr 3: „Świadczeniodawcy zapewniający pomoc finansową („Jednostki rozliczeniowe UH”).
- Niniejsze Zasady mają zastosowanie tylko do usług świadczonych i rozliczanych przez Jednostki rozliczeniowe UH; ich zakres nie obejmuje honorariów pobieranych przez lekarzy ani inne podmioty świadczące opiekę zdrowotną. Jednostki rozliczeniowe UH nie są upoważnione do anulowania opłat lekarzy ani innych pracowników służby zdrowia.
- Niniejsze Zasady zawierają wskazówki dla Jednostek rozliczeniowych UH i niezależnych agencji windykacyjnych w następujących sprawach:
  - Spełnienie zobowiązań finansowych przez pacjentów;
  - Działania dotyczące nieuregulowanych lub częściowo uregulowanych zobowiązań pacjentów, podejmowane podczas pobytu pacjentów w szpitalu i po wypisie; oraz
  - Starania o uzyskanie należności nieopłaconych w całości w momencie wypisu.
- Jednostki rozliczeniowe UH dążą do stosowania spójnej procedury zarządzania płatnościami regulowanymi samodzielnie przez pacjentów i odbioru tych płatności. Jednostki rozliczeniowe UH stosują jednakowe zasady odbioru należności wobec wszystkich pacjentów opłacających część należności samodzielnie. Jednostki rozliczeniowe UH dokładają wszelkich starań, żeby z elastycznością podchodzić do sytuacji danej osoby.
- Wszystkie niezależne agencje działające w imieniu Jednostek rozliczeniowych UH mają obowiązek przestrzegać obowiązujących przepisów prawa publicznego, regulacji i wytycznych przewidzianych w niniejszych Zasadach.
- Niniejsze Zasady stosuje się razem z dokumentem UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej.
- W stosowanych zasadach i w sposobie zastosowania niniejszych Zasad Jednostki rozliczeniowe UH nie stosują dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, wyznanie, płeć, wiek, orientację seksualną, kraj pochodzenia i stan cywilny.

---

<sup>1</sup> Dla potrzeb niniejszych Zasad placówka szpitalna obejmuje wszystkie placówki szpitalne, które muszą być zarejestrowane przez Ohio Department of Health jako szpital.

## Zasady

1. **Zobowiązania pacjentów z tytułu usług wykonanych przez Jednostki rozliczeniowe UH podlegają ściągnięciu od wszystkich pacjentów. Kwoty należne od pacjentów kwalifikujących się do opieki charytatywnej zgodnie z dokumentem UH Gov-2 – Financial Assistance Policy rozlicza się w wysokości nieprzekraczającej ogólnie rozliczanych kwot (Amounts Generally Billed, AGB)<sup>2</sup>.**
2. **Przy ustalaniu terminu lub rejestracji w celu wykonania przez Jednostki rozliczeniowe UH usług innych niż w nagłych wypadkach i niewymagających pilnej realizacji, pacjenci muszą przedstawić potwierdzenie ochrony ubezpieczeniowej zapewnianej przez niezależne towarzystwo i (lub) podać informacje finansowe, które pomogą ustalić zdolność pacjenta do opłacenia wykonanych usług.**
  - 2.1. Jeśli pacjent nie ma ochrony ubezpieczeniowej zapewnianej przez niezależne towarzystwo lub zostanie uznany za osobę niezamożną w kontekście opieki medycznej i nie może opłacić kosztów zapewnionej mu opieki, może się kwalifikować do udzielenia pomocy finansowej przewidzianej w dokumencie UH Gov-2 – Financial Assistance Policy.
  - 2.2. Pacjent otrzymuje formularz wniosku o pomoc finansową i zostaje skierowany do doradcy ds. finansów, z którym można się skontaktować, korzystając z danych kontaktowych podanych we wniosku o pomoc finansową. Jeśli pacjent zostanie uznany za osobę kwalifikującą się do udzielenia pomocy finansowej, wszelkie dalsze kontakty w sprawie rozliczania i odbioru należności za usługi szpitalne przebiegają zgodnie z opisem czynności przewidzianych w niniejszych Zasadach i w dokumencie UH Gov-2 – Financial Assistance Policy.
3. **Informacje**
  - 3.1. UH umieszcza oznakowanie i zapewnia broszury dotyczące dostępności pomocy finansowej i innych programów pomocy społecznej dla pacjentów uzyskujących opiekę w Jednostkach rozliczeniowych UH. Informacje o tych programach są umieszczane w następujący sposób:
    - 3.1.1. Oznaczenia i materiały umieszcza się we wszystkich punktach rejestracji Jednostek rozliczeniowych UH i w punktach doradztwa finansowego.
    - 3.1.2. UH informuje o dostępności pomocy finansowej w broszurach dla pacjentów i rodziny, m.in. dotyczących przyjęć i rozliczeń.

---

<sup>2</sup> AGB jest wartością procentową obliczaną przez podzielenie Spodziewanego zwrotu przez sumę opłat w odniesieniu do wszystkich rodzajów ubezpieczenia łącznie. W obliczeniach uwzględnia się następujące rodzaje ubezpieczenia: Medicare, Anthem, Commercial, HMO, MMO, PPO i Managed Care. Z obliczeń wyraźnie wyłączone są: (HMO) dostępne w ramach Medicare, Medicaid (HMO) dostępne w ramach Medicaid, inne programy spodziewanych samodzielnych płatności, inni płatnicy z administracji publicznej i pacjenci regulujący płatności samodzielnie. Wartość AGB jest aktualizowana co roku 31 grudnia i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia kolejnego roku. Obliczona wartość stanowi podstawę ustalania opłat za usługi w kolejnym roku podatkowym.

- 3.1.3. UH umieszcza informacje o zasadach udzielania pomocy finansowej i o wariantach płatności w witrynie UH oraz zgodnie z dokumentem UH Gov-2 – Financial Assistance Policy.
- 3.2. UH zamieszcza informacje o dostępności programów pomocy finansowej, programów pomocy społecznej i wariantach planów wpłat w pierwszym rozliczeniu i we wszystkich innych pisemnych informacjach dotyczących odbioru płatności. W celu udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące rozliczeń UH umieszcza w rozliczeniu dane kontaktowe.

#### **4. Kaucje w momencie wykonywania usługi**

- 4.1. Zgodnie z Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (ustawa o opiece medycznej w nagłych wypadkach i aktywnej fazie porodu, „EMTALA”) i zasadami UH w zakresie EMTALA<sup>3</sup>, UH nie wymaga informacji dotyczących płatności ani informacji o statusie ubezpieczeniowym pacjenta przed jego zarejestrowaniem, wykonaniem kwalifikującego badania medycznego i ustabilizowaniem stanu pacjenta, gdy pacjent zgłasza się na szpitalny oddział ratunkowy w celu skorzystania z usług ratunkowych.
- 4.2. Usługi niewymagające pilnej realizacji, udzielane nie w nagłych wypadkach i nie niezbędne ze względów medycznych: jeśli lekarz prowadzący, wydając opinię zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą medyczną, po przeprowadzeniu odpowiedniego kwalifikującego badania medycznego ustali, że pacjent wymaga usług niewymagających pilnej realizacji, udzielanych nie w nagłych wypadkach lub nie niezbędnych ze względów medycznych, Jednostki rozliczeniowe UH mogą się zwrócić o wpłacenie kaucji przedrejestracyjnej za usługi szpitalne i ambulatoryjne na podstawie informacji od osoby trzeciej, pacjenta lub jego krewnych.
- 4.2.1. Jeśli zostanie ustalone, że pacjent nie może wpłacić wymaganej kaucji, pacjent jest kierowany do programu pomocy finansowej i otrzymuje formularz wniosku o pomoc finansową.

#### **5. Płatności, plany wpłat**

- 5.1. Po otrzymaniu rachunku od Jednostek rozliczeniowych UH lub dowolnego podmiotu UH należy dokonać płatności zasadniczo w pełnej wysokości.
- 5.2. Jednostki rozliczeniowe UH mogą zaproponować uzgodnienie planu wpłat, jeśli okaże się, że pacjent, jego krewni lub gwarant nie mogą dokonać płatności w pełnej wysokości.
- 5.2.1. Jeśli pacjent kwalifikuje się do udzielenia pomocy finansowej, plany wpłat uzgadnia się w sposób uwzględniający wszystkie wymagane czynności w ramach dokumentu UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej.

---

<sup>3</sup> Zasady w zakresie EMTALA przewidziane w CP-74 – CP 80; zasady te zostały przyjęte w charakterze zasad regulujących udzielanie w UH pomocy medycznej w nagłych wypadkach.

GOV-11 – Rozliczanie i odbiór należności za usługi szpitalne

Właściciel: Rada Dyrektorów UH

Data wersji: 29 grudnia 2015

Strona 3 z 8

Dokument bez weryfikacji – wersja drukowana obowiązuje tylko przez 24 godziny

- 5.2.2. Przed zaproponowaniem planu wpłat doradca ds. finansów omawia z pacjentem i (lub) jego krewnymi odpowiedni sposób uregulowania należności.
- 5.2.3. W miarę możliwości nowe należności włącza się do już ustalonych planów wpłat, a wysokość nowych płatności miesięcznych podlega ocenie pod względem racjonalności.
- 5.2.4. W wypadku pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów przyznania pomocy finansowej i nie mogą spłacić należności lub kumulacji należności w ciągu sześciu (6) miesięcy od daty powstania zobowiązania, Jednostki rozliczeniowe UH we współpracy z Wydziałem Finansów UH przedstawiają racjonalne plany nieoprocentowanych wpłat lub obniżki należności.
- 5.2.5. Pacjent musi ustnie, elektronicznie lub pisemnie zobowiązać się do spełnienia wszystkich wymagań niniejszej sekcji.
- 5.2.6. Jeden egzemplarz planu wpłat otrzymuje pacjent, a jeden jest przechowywany w Centralnym Sekretariacie (Central Business Office, CBO) Jednostek rozliczeniowych UH i innych podmiotów UH.

## **6. Pacjenci, którzy nie mogą spłacić należności – niezamożność w kontekście opieki medycznej**

- 6.1. Pacjenci z ograniczonym ubezpieczeniem zdrowotnym lub w trudnej sytuacji finansowej mogą w ramach niniejszych Zasad zostać uznani za osoby niezamożne<sup>4</sup> w kontekście opieki medycznej, jeśli:
  - 6.1.1. ich należność lub kumulacja należności może spowodować, że nie będą mogli spłacić salda należności;
  - 6.1.2. zobowiążą się podać niezbędne dane finansowe oraz wypełnią i podpiszą wniosek o pomoc finansową zgodnie z dokumentem UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej; oraz
  - 6.1.3. mieszkają w północno-wschodniej części stanu Ohio albo na obszarze opieki podstawowej lub rozszerzonej Jednostki rozliczeniowej UH i chcą skorzystać z leczenia w jednej z Jednostek rozliczeniowych UH.

## **7. Zestawienia dla pacjentów**

- 7.1. Pacjenci otrzymują comiesięczne zestawienia (pisma) dotyczące salda należności, do którego uregulowania są zobowiązani. Wszystkie zestawienia zawierają informacje ułatwiające pacjentom ubieganie się o świadczenia w ramach Medicaid lub HCAP albo o pomoc finansową na zasadach dokumentu UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej.

---

<sup>4</sup> Niezamożność w kontekście opieki medycznej ustala się przez odniesienie kosztów medycznych ponoszonych przez pacjenta do ich udziału w dochodach rodziny.

GOV-11 – Rozliczanie i odbiór należności za usługi szpitalne

Właściciel: Rada Dyrektorów UH

Data wersji: 29 grudnia 2015

Strona 4 z 8

Dokument bez weryfikacji – wersja drukowana obowiązuje tylko przez 24 godziny

- 7.2. Wobec pacjentów ze zobowiązaniami za usługi UH może stosować procedurę przedwindykacyjną. Procedura przedwindykacyjna UH obejmuje wysyłkę zestawień i pism do pacjentów. Może także obejmować kontakt telefoniczny z pacjentem, jeśli jest to możliwe. Procedurę przedwindykacyjną prowadzi się przez około dziewięćdziesiąt (90) dni w wypadku pacjentów, którzy nie kwalifikują się jako odbiorcy pomocy finansowej, i przez co najmniej sto dwadzieścia (120) dni w wypadku pacjentów, którzy kwalifikują się jako odbiorcy pomocy finansowej. W procedurze przedwindykacyjnej UH może korzystać z pomocy podmiotów trzecich.
- 7.2.1. Podczas procedury przedwindykacyjnej należność pozostaje w posiadaniu UH, co nie stanowi nadzwyczajnego działania windykacyjnego.
- 7.2.2. Po zakończeniu procedury przedwindykacyjnej UH te należności, wobec których nie udało się uzgodnić zadowalającej spłaty, nie uzyskano pełnej spłaty lub ustalono, że pacjent nie kwalifikuje się jako odbiorca pomocy finansowej, przejmuje ponownie CBO w celu ewentualnego uznania ich za nieściągalne.

## 8. Czynności windykacyjne

- 8.1. UH nie powierza windykacji należności podmiotom zewnętrznym ani nie podejmuje nadzwyczajnych działań windykacyjnych, zanim nie podejmie dostatecznych starań w celu ustalenia, czy pacjent spełnia kryteria przyznania pomocy finansowej zgodnie z dokumentem UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej. Dostateczne starania mogą obejmować:
- 8.1.1. Wysyłanie rozliczeń wraz z informacją o tym, jak uzyskać formularz wniosku o pomoc finansową;
- 8.1.2. Rozpatrzenie złożonego wniosku o pomoc finansową w terminie 240 dni od wysłania pacjentowi pierwszego (licząc od dnia wypisu) rachunku i wstrzymanie wszystkich standardowych czynności windykacyjnych do czasu wydania decyzji w sprawie pomocy finansowej;
- 8.1.3. Nawiązanie kontaktu bezpośredniego i rozpoczęcie wysyłania pism windykacyjnych, przy czym zawsze powinny one obejmować informacje dla pacjenta o tym, jak się ubiegać o pomoc finansową; lub
- 8.1.4. Zlecenie niezależnej agencji windykacyjnej dodatkowych czynności windykacyjnych, jednak z zastrzeżeniem, że agencja nie może podejmować nadzwyczajnych działań windykacyjnych do czasu odpowiedniego zawiadomienia zgodnie z częścią 7 poniżej;
- 8.1.5. Dostarczenie osobom indywidualnym pisemnego powiadomienia, które określa, że dla uprawnionych osób fizycznych dostępna jest pomoc finansowa, określa ECA, które Placówka szpitalna (lub inna upoważniona strona) zamierza podjąć, aby uzyskać płatność za opiekę, a także wyznacza termin, po upływie którego ECA zostaną podjęte (nie wcześniej niż 30 dni po dacie dostarczenia tego pisemnego powiadomienia);
- 8.1.6. W przypadku niekompletnego wniosku o pomoc finansową powiadomienie osoby fizycznej o tym, jak wypełnić wniosek o pomoc finansową oraz zapewnienie rozsądnej możliwości (nie mniej niż sześćdziesiąt (60) dni), aby to zrobić;

- 8.1.7. Zapewnienie danym osobom uproszczonego streszczenia zasad udzielania pomocy finansowej wraz z pisemnym powiadomieniem, że pomoc finansowa jest dostępna dla uprawnionych osób; a także
  - 8.1.8. Podjęcie uzasadnionych starań w celu ustnego powiadomienia danych osób o zasadzie pomocy finansowej oraz wniosku o pomoc finansową na co najmniej trzydzieści (30) dni przed podjęciem ECA.
- 8.2 Jeśli pacjent nie wpłaci przypadającej na niego części kwoty wskazanej w rozliczeniu, a UH przeprowadziła dostateczne starania, podejmując co najmniej dwa (2) dostateczne starania zgodnie z ppkt. 8.1 powyżej w celu ustalenia, czy pacjent spełnia kryteria przyznania pomocy finansowej, UH może podjąć nadzwyczajne działania windykacyjne (Extraordinary Collection Activities, ECA). UH nie może podjąć nadzwyczajnych działań windykacyjnych przed upływem stu dwudziestu (120) dni od daty pierwszego rozliczenia, licząc od dnia wypisu. Przed podjęciem nadzwyczajnych działań windykacyjnych UH przekazuje pacjentowi zawiadomienie na piśmie z trzydziestodniowym (30) wyprzedzeniem.
- 8.2.2. UH bierze pod uwagę następujące ECA:
  - 8.2.3. sprzedaż długu pacjenta innemu podmiotowi;
  - 8.2.4. zgłoszenie negatywnych informacji na temat dłużnika w biurze informacji kredytowej albo wywiadowni gospodarczej;
  - 8.2.5. opóźnienie opieki niezbędnej ze względów medycznych, objętej niniejszymi Zasadami, odmowa wykonania lub wymaganie płatności przed jej zapewnieniem oraz
  - 8.2.6. działania wymagające wszczęcia procedury prawnej lub sądowej:
    - 8.2.6.1. ustanowienie zastawu na majątku pacjenta;
    - 8.2.6.2. zajęcie rachunku bankowego albo dowolnego innego majątku osobistego dłużnika;
    - 8.2.6.3. wystąpienie z powództwem cywilnym przeciwko pacjentowi; albo
    - 8.2.6.4. zajęcie wynagrodzenia pacjenta.

Windykacja wszelkich należności pacjentów przez podmioty zewnętrzne ustaje, gdy pacjent złoży wniosek o pomoc finansową zgodnie z dokumentem UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej, do czasu rozpatrzenia tego wniosku i wydania decyzji. Jeśli podjęto ECA i zostanie ustalone, że pacjent spełnia kryteria przyznania pomocy finansowej, wszystkie podjęte ECA zostają zakończone na koszt UH.

- 8.3. UH zadba, żeby wszystkie agencje zewnętrzne miały kontrakt na prowadzenie działań windykacyjnych w jej imieniu. Kontrakt musi przewidywać, że agencja zewnętrzna zobowiązuje się przestrzegać zasad UH, ustawy w Fair Debt Collection Act (sprawie uczciwej windykacji długów) i wszelkich innych wymagań stanowych i federalnych. Agencje zewnętrzne zapewniają pacjentowi (jego krewnym) możliwość złożenia w UH zażalenia lub skargi w sprawie należności pacjenta wobec UH albo sposobu windykacji należności. UH musi być ponadto zawiadamiana o wszelkich uzasadnionych reklamacjach pacjenta (jego krewnych) dotyczących postępowania agencji windykacyjnej.
- 8.3.1. Agencje zewnętrzne przekazują wszystkie reklamacje pacjenta (jego krewnych) do UH w celu zbadania. UH omawia reklamacje z agencjami

zewnątrznymi i przeprowadza oceny. Mogą one obejmować analizę zapisów audio z rozmów pacjenta (jego krewnych) z windykatorami.

- 8.4. UH korzysta z usług windykacyjnych wyspecjalizowanych agencji i kieruje należności do odpowiedniej agencji windykacyjnej po tym, jak odpowiednie działania wewnętrzne zmierzające do ściągnięcia należności okażą się nieskuteczne. Wszystkie czynności windykacyjne przejmują agencja windykacyjna, której przekazano obsługę należności. Działania, metody i skuteczność agencji windykacyjnych są monitorowane przez CBO.
- 8.5. Windykacja wszelkich należności pacjentów ustaje, gdy pacjent złoży (kompletny lub niekompletny) wniosek o pomoc finansową zgodnie z dokumentem UH Gov-2 – Zasady udzielania pomocy finansowej, do czasu rozpatrzenia tego wniosku i wydania decyzji pozytywnej lub negatywnej. Jeśli wniosek o pomoc finansową jest niekompletny, pacjent ma 240 dni od pierwszego (licząc od dnia wypisu) rachunku na podanie UH kompletnych informacji potrzebnych do ustalenia, czy pacjent spełnia kryteria przyznania pomocy finansowej.
- 8.6. Należności uznaje się za nieściągalne z zastosowaniem właściwej oceny i odpowiednich podstaw, ponieważ sytuacja może wymagać adaptacji oficjalnych zasad do szczególnych okoliczności.

## **10. Domniemanie kwalifikowalności**

- 10.1. Można założyć, że pacjent spełnia kryteria przyznania pomocy finansowej, jeśli w okresie trzech (3) poprzedzających miesięcy otrzymał od Jednostek rozliczeniowych UH pomoc finansową.
- 10.2. Można założyć, że pacjent, który uzyskał wcześniej od Jednostek rozliczeniowych UH bezpłatną opiekę (obniżenie należności o 100%), spełnia kryteria uzyskania od Jednostek rozliczeniowych UH bezpłatnej opieki (obniżenia należności o 100%) w odniesieniu do wszystkich usług niezbędnych ze względów medycznych przez trzy (3) miesiące od daty pierwszej decyzji w sprawie pomocy finansowej.
  - 10.2.1 Pacjent, który uzyskał bezpłatną opiekę (obniżenie należności o 100%), nie może otrzymać pisemnej informacji o takim obniżeniu.
- 10.3. Można założyć, że pacjent, który uzyskał wcześniej od Jednostek rozliczeniowych UH obniżenie należności o mniej niż 100%, spełnia kryteria uzyskania od Jednostek rozliczeniowych UH takiego samego obniżenia należności w odniesieniu do wszystkich usług niezbędnych ze względów medycznych przez trzy (3) miesiące od daty pierwszej decyzji w sprawie pomocy finansowej.
  - 10.3.1 Jeśli pacjent uzyska obniżenie należności o mniej niż 100%, jest zawiadamiany na piśmie o przyznanej pomocy finansowej i otrzymuje informację o tym, jak się ubiegać o dodatkową pomoc finansową.
- 10.4. Jednostki rozliczeniowe UH mogą analizować raporty kredytowe i inne publicznie dostępne informacje, aby ustalić – zgodnie z obowiązującymi wymaganiami prawnymi – szacowaną wielkość gospodarstwa domowego i kwoty przychodu na podstawie kwalifikowalności do przyznania pomocy finansowej, gdy pacjent

nie złoży wniosku o pomoc finansową albo dokumentacji towarzyszącej.  
Pacjent, co do którego ustalono, że można założyć, iż spełnia kryteria przyznania pomocy finansowej, a który nie złożył wcześniej wniosku o pomoc finansową w ciągu ostatnich trzech (3) miesięcy, uzyskuje obniżenie należności o 100%.