

**HUNTINGTON HOSPITAL
ADMINISTRATIVE POLICY & PROCEDURE
SPRÁVNÍ ZÁSADY & POSTUPY**

PŘEDMĚT: ZÁSADY FINANČNÍ POMOCI	ZÁSADA Č.: 329	STRANA 1 ZE 17
AUTORIZOVANÝ SOUHLAS: Lisa Maqueira	DATUM ÚČINNOSTI: 01/01/2024	RUŠÍ/NAHRAZUJE Zásady finanční pomoci 2023

I. ÚČEL:

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., pod obchodním názvem Huntington Hospital a The Huntington Medical Foundation pod obchodním názvem Huntington Health Physicians (dále jen „Organizace“) se zavazují naplňovat potřeby zdravotní péče všech pacientů dané komunity, a to na základě následujících zásad:
- i. jednat se všemi lidmi spravedlivě, důstojně, s úctou a pochopením;
 - ii. poskytovat urgentní zdravotní péči všem bez ohledu na platební schopnost pacienta;
 - iii. pomáhat pacientům, kteří nemohou hradit zcela nebo částečně péči, která je jim poskytována.

Tyto Zásady dokládají závazek Organizace plnit její poslání, vize a zásady tím, že pomáhá v naší komunitě zajišťovat potřeby nepojištěných pacientů s nízkými příjmy a pacientů s nedostatečným pojištěním. V rámci plnění tohoto závazku poskytuje Organizace nezbytné zdravotní služby bezplatně nebo za sníženou cenu pacientům, kteří splňují podmínky podle těchto Zásad.

- b. Tyto Zásady obsahují pokyny k rozpoznání pacientů, kteří mohou mít nárok na finanční pomoc, a stanoví finanční kritéria, na jejichž základě se určí, kteří pacienti mají na finanční pomoc nárok.

II. ZÁSADY:

- a. **Definice.** Pojmy psané velkými písmeny použité v těchto Zásadách jsou definovány v části „Definice“ na konci těchto Zásad nebo při jejich prvním použití.
- b. **Na co se vztahují tyto Zásady.** Tyto Zásady se vztahují pouze na služby poskytované přímo Organizací. Na služby poskytované lékaři se tyto Zásady vztahují pouze v případě, že je poskytuje společnost Huntington Aligned Medical Group (dále jen „HAMG“) a Huntington Foundation Medical Group (dále jen „HFMG“). Nezahrnují pracoviště Organizace Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC a Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.
- c. **Zařízení, lékaři a další poskytovatelé, na které se tyto Zásady nevztahují, mohou využívat vlastní zásady finanční pomoci.** Přístup k finanční pomoci mohou svým pacientům umožnit i komunitní členové zdravotnického personálu Organizace (tj. poskytovatelé, kteří nejsou součástí

Organizace). Organizace na požádání zveřejní seznam informací týkajících se těchto lékařů s uvedením, zda konkrétní lékaři (nebo jejich zdravotnická skupina): (i) poskytují pacientům s nízkými příjmy, kteří nejsou pojištěni, odpovídající slevy z poplatků za odborné služby lékaře, které poskytuje Organizace, a to na základě kritérií stanovených v Zásadách; (ii) akceptují rozhodnutí Organizace o nároku pacienta na finanční pomoc; a (iii) dodržují všechny platné federální, státní a místní zákony, předpisy, nařízení a příkazy týkající se vymáhání pohledávek spotřebitelů. Organizace neodpovídá za správu programů finanční pomoci těmito lékaři ani za jejich fakturační postupy.

d. Pomoc s platbou účtu – kritéria přiznání nároku

- i. **Finanční pomoc.** Plná finanční pomoc bude poskytnuta pacientům, jejichž rodinné příjmy a majetek jsou nižší nebo činí 400 % federální míry chudoby (FPL) v aktuálním roce. Na zvýhodněnou péči mají nárok i pacienti s příjmem v rozmezí 401 až 600 % FPL. Přestože se v žádosti o finanční pomoc (dále jen „žádost“) uvádí majetek, při určování nároku na slevy se k němu nepřihlíží. V příloze B jsou uvedeny možnosti finanční pomoci, kterou může Organizace poskytnout.
- ii. **Pacienti před zahájením poskytování služeb (plánovaná/urgentní péče).** Pacienti, kteří jsou objednáni jako plánovaní hospitalizovaní pacienti nebo jako neurgentní ambulantní pacienti, musí mít předchozí souhlas s finanční pomocí od koordinátora finanční pomoci (Financial Assistance Coordinator) nebo jím pověřené osoby. Na schválení mají nárok pouze zákroky, které jsou z lékařského hlediska nezbytné. Finanční pomoc na plánované zákroky a na následnou péči po propuštění z nemocnice je omezena na pacienty, kteří žijí v oblasti poskytování služeb Organizací nebo je tato pomoc jinak schválena koordinátorem finanční pomoci nebo jím pověřenou osobou. Organizace si vyhrazuje právo neposkytovat předem finanční pomoc v souvislosti s navrhovanou neurgentní a jinou péčí, která není z lékařského hlediska akutní, z toho důvodu, že Organizace musí své finanční a klinické zdroje přidělovat uvážlivě.
- iii. **Další finanční zdroje a nezbytná spolupráce pacientů.** Pacienti, kterým byla schválena pomoc podle těchto Zásad, souhlasí s tím, že budou soustavně spolupracovat během procesu potřebného k získání proplacení služeb Organizace ze zdrojů třetích stran, jako jsou Kalifornské fondy pro oběti trestných činů (California Victims of Crime funds), Okresní traumatologický program (County Trauma Program), program Medi-Cal a plány zdravotní péče, které nabízejí úhrady prostřednictvím Kalifornské burzy zdravotních výhod (California Health Benefit Exchange) (dále jen „Burza“). Žádost pacienta o úhradu nákladů na zdravotní péči třetí stranou nevyklučuje nárok na pomoc podle těchto Zásad. Podmínkou finanční pomoci je, že pacient požádá o úhradu v rámci programu Medi-Cal, Zdravé rodiny (Healthy Families), případně Okresního traumatologického programu nebo případně o úhradu v rámci Burzy. Výše uvedené se vztahuje i na pacienty s bydlištěm mimo stát a jejich žádosti o Medicaid v rámci jejich státu.

Za účelem zjištění možného nároku na zdravotní péči se Organizace vhodným způsobem obrátí na místní okresní agentury, včetně programů Zdravé rodiny, burzy Covered California, Medi-Cal nebo jiných programů.

Organizace je oprávněna vystavit vyúčtování jakémukoli pojistiteli třetí strany poskytujícímu pacientovi pojistné krytí, včetně jakéhokoli zdroje zákonné odpovědnosti

vůči třetím stranám. Zdravotním pojišťovněm a plánům zdravotní péče je zakázáno snížit úhradu pohledávky Organizaci, i když se Organizace v souladu s těmito Zásadami zřekla celého poplatku nebo jeho části.

- iv. **Samoplátcí.** Organizace na základě svých předchozích zkušeností a stávajícího pojistného stavu vychází z předpokladu, že pacienti, kteří nejsou pojištěni, si pojištění nemohou dovolit. Organizace má za to, že tito pacienti mají nárok na programy finanční pomoci, a všem takovým pacientům poskytne následující pomoc, pokud se pacient nedomluví na poskytování jiných služeb Organizací. Sleva, která není pacientovi vyúčtována, je nehrazenou péčí, kterou Organizace vykáže v souladu s pokyny uvedenými v Příručce pro úhrady poskytovatelů v Centrech pro služby Medicare a Medicaid Services, kapitola 15-2, oddíl 4012.

1. Pacientům, kteří jsou samoplátcí, se automaticky vystaví účet se slevou pro Organizaci (viz příloha C).
2. Na tyto slevy mají samoplátcí nárok bez nutnosti podávat Žádost. Tato finanční pomoc se nevztahuje na plánované zákroky, pokud Organizace a pacient neuzavřou konkrétní dohodu.

- v. **Pacienti bez zdravotního pojištění (jinak bez nároku na slevu).** Pacienti, kteří nemají dostatek prostředků na zdravotní péči (Medically Indigent), ale kteří jinak nemají nárok na finanční pomoc podle těchto Zásad, mohou přesto požádat o finanční pomoc v souladu s postupem stanoveným v těchto Zásadách. Žádost o finanční pomoc z důvodu nedostatku prostředků na zdravotní péči musí schválit koordinátor finanční pomoci nebo jím pověřená osoba podle vlastního uvážení.

- e. **Správa finanční pomoci.** Organizace používá jednorázovou, jednotnou Žádost pacienta o finanční pomoc. Tento proces je navržen tak, aby každý žadatel měl možnost získat maximální finanční pomoc, na kterou má nárok. Každý pacient, který žádá o finanční pomoc, bude požádán o vyplnění Žádosti.

- i. **Jak podat žádost.** Proces podání Žádosti může iniciovat pacient nebo kterýkoli zaměstnanec Organizace tak, že se obrátí na: oddělení Samoplátcí (Self Pay), Zákaznický servis na čísle (323) 866-8600.

Tento proces zahrnuje následující:

1. Pacienti obdrží Žádost spolu s přihláškou do programu Medi-Cal a informacemi o úvěrovém poradenství.
2. Pomoc s vyplňováním formulářů nabízejí žadatelům následující oddělení: Samoplátcí, Zákaznický servis (Customer Service), Registrace (Registration), Příjem (Admitting) a ED.
3. Žádost lze vyplnit ústně s pomocí pracovníků Organizace, i když je nutné, aby ji pacient nebo jeho zástupce podepsal.

- ii. **Přezkum Žádosti**

1. **Rozhodnutí.** Při výpočtu kritérií pro nárok na pomoc se jako měřítko používá aktuální FPL.

2. **Rozhodnutí spřízněných subjektů a schválených komunitních partnerů.** Pacientům, jejichž žádosti o finanční pomoc schválili v nedávné době některé spřízněné subjekty nebo komunitní partneři Organizace, může Organizace podle svého uvážení schválit finanční pomoc ve zrychleném režimu. Organizace uvědomí pacienty žádající o finanční pomoc, zda je takový zrychlený režim schvalování možný.
 3. **Majetek.** Majetek se při přiznání nároku zohledňuje pouze v souladu s definicí uvedenou v těchto Zásadách.
 4. **Příjem** za dílčí období se zahrne do pracovních listů na základě anualizovaných údajů.
 5. **Srážky.** Posuzují se i další finanční závazky včetně životních nákladů a dalších položek přiměřené a nezbytné povahy.
 6. **Maximální hotové výdaje pacienta.** Veškeré platby od pacienta za služby hrazené na základě těchto Zásad jsou omezeny na částku nepřesahující Obecně účtovanou částku (AGB).
 7. **Opětovné posouzení.** Organizace může nárok na pomoc opětovně posoudit, pokud nastane některá z následujících skutečností:
 - a. Změní se výše příjmu pacienta.
 - b. Změní se velikost rodiny pacienta.
 - c. Pokud dojde ke zjištění, že některá část Žádosti o finanční pomoc je nepravdivá nebo zavádějící, může být původní finanční pomoc zpětně zamítnuta.
- iii. **Předložení požadované dokumentace.** Organizace požaduje od pacientů, kteří žádají o finanční pomoc, různé dokumenty k prokázání jejich nároku na pomoc. Mezi takové dokumenty mimo jiné patří:
1. Vyplněná Žádost.
 2. Dokladem o výši příjmu může být:
 - a. výplatní páska za aktuální období,
 - b. daňové přiznání za předchozí rok, nebo
 - c. písemné vysvětlení.
 3. Dokladem o majetku může být:
 - a. kopie bankovních výpisů za předchozí měsíc (všechny stránky),
 - b. výpisy z vkladového účtu (Money Market account),
 - c. akcie,
 - d. dluhopisy,
 - e. depozitní certifikáty,

- f. makléřské účty (nevztahuje se na dokumenty týkající se důchodového připojištění, plánů odloženého odměňování – kvalifikovaných i nekvalifikovaných podle zákoníku Federálního daňového úřadu (IRS)),
 - g. potvrzení o nezaměstnanosti, dávkách sociálního zabezpečení nebo dávkách pro osoby se zdravotním postižením.
- iv. **Předložení vyplněné Žádosti.** Pokud pacient předloží vyplněnou Žádost během Lhůty pro Žádost, Organizace provede následující:
1. Přijme neprodleně veškerá přiměřeně dostupná opatření k pozastavení nebo zrušení opatření ECA vůči pacientovi za účelem získání úhrady za péči. Tato přiměřeně dostupná opatření obecně zahrnují mimo jiné doporučení agenturám vymáhajícím pohledávky, aby ukončily vymáhání pohledávek, opatření vedoucí ke zrušení rozsudku proti pacientovi, zrušení zabavení majetku a zástavního práva na majetek pacienta a odstranění jakýchkoli nepříznivých informací, které byly nahlášeny agentuře podávající informace o úvěruschopnosti zákazníka nebo úvěrové společnosti, ze zprávy o úvěruschopnosti pacienta.
 2. Rozhodne v přiměřené lhůtě o nároku na poskytnutí pomoci nebo sdělí, zda je Žádost neúplná nebo zda vyžaduje doplňující informace.
 3. Neprodleně písemně vyrozumí pacienta o rozhodnutí o přiznání nároku, včetně případné pomoci, na kterou má pacient nárok, a důvodu takového rozhodnutí.
 4. Pokud má pacient nárok na finanční pomoc, Organizace ho písemně vyrozumí o nároku, dostupné pomoci, důvodech jejího přiznání a termínech hrazených služeb.
 - a. Pokud pacientovi nevznikne žádná povinnost, není třeba podnikat žádné další kroky kromě vrácení zaplacených částek, jak je uvedeno v oddíle „Vrácení peněz“. V případě nedoplatku na účtu musí Organizace uvědomit pacienta o částce, kterou pacient dluží za péči, a vysvětlit mu, jakým způsobem může získat další informace o účtu.
 - b. Jakmile je pacientovi přiznána finanční pomoc, nebude mu za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči účtována vyšší částka, než je AGB.

Schvalování nároku na pomoc mohou provádět pouze osoby výslovně pověřené Organizací. V současné době je touto osobou viceprezident a vedoucí finančního a daňového oddělení nebo jimi pověřená osoba.
- v. **Rozhodovací dopis.** Poté, co pacient předloží úplnou žádost a požadovanou dokumentaci, zašle mu Organizace dopis, v němž uvede rozhodnutí, zda je žádost schválena, nebo ne. Dopis musí obsahovat následující informace:
1. Jasně rozhodnutí o způsobilosti pacienta na finanční pomoc.
 2. Pokud byl pacient shledán nezpůsobilým pro finanční pomoc, jasné prohlášení se zdůvodněním, proč byla finanční pomoc pacientovi zamítnuta.

3. Pokud byl pacient shledán nezpůsobilým z důvodu úkonu, který nebyl z lékařského hlediska nezbytný, ošetřující lékař provádějící tento úkon to před zamítnutím musí potvrdit.
 4. Pokud byla pacientovi schválena finanční pomoc, musí být uvedeno jasné vysvětlení nižšího účtu a poučení o tom, jak může pacient získat další informace týkající se přiměřeného platebního plánu, je-li to relevantní.
 5. Kontaktní údaje Organizace, včetně oddělení, kontaktního jména a místa, kde se pacient může proti rozhodnutí nemocnice odvolat.
 6. Informace o reklamčním programu týkajícím se faktur od nemocnic Odboru pro přístup ke zdravotní péči a informace (HCAI).
 7. Informace o Health Consumer Alliance.
- vi. **Pacienti s neúplnými informacemi pro podání Žádosti.** Chybějící finanční údaje o pacientovi, které nemá Organizace k dispozici, nevylučují nárok na finanční pomoc. Při hodnocení všech faktorů týkajících se klinické, osobní a demografické situace pacienta a případně dalších podkladů (včetně informací, které mohou být poskytnuty jinými charitativními organizacemi) může Organizace rozhodnout, že pacientovi přízná nárok na finanční pomoc, a to na základě důvodných předpokladů týkajících se příjmů pacienta.
- vii. **Neúplná Žádost.** Pokud pacient podá neúplnou Žádost, Organizace jej musí neprodleně písemně vyrozumět o tom, jaké doplňující informace a/nebo doklady jsou k Žádosti zapotřebí, a uvést kontaktní údaje pro zpracování Žádosti. Pokud pacient následně Žádost doplní o požadované informace ve Lhůtě pro Žádost (nebo v delší lhůtě, kterou určí Organizace), bude Žádost považována za úplnou.
- viii. **Doplněná neúplná Žádost.** Pokud pacient, který ve Lhůtě pro Žádost podal neúplnou Žádost, Žádost následně doplní v přiměřené lhůtě stanovené pro vyjádření se k žádostem o doplňující informace a/nebo dokumentaci, bude se mít za to, že pacient předložil úplnou Žádost, a Organizace vynaloží přiměřené úsilí, aby rozhodla, zda má pacient nárok na poskytnutí pomoci, a to pouze v případě, že podnikne další kroky požadované těmito Zásadami v souvislosti s vyplněnými Žádostmi.
- ix. **Pravidlo proti zneužití Žádostí s pochybnými údaji.** Organizace nesmí učinit rozhodnutí o tom, že pacient nemá nárok na finanční pomoc, na základě informací, o nichž má důvod se domnívat, že jsou nespolehlivé nebo nesprávné, nebo na základě informací získaných od pacienta pod nátlakem nebo za použití nátlakových praktik. Nátlaková praktika zahrnuje i odložení nebo odepření urgentní zdravotní péče pacientovi, dokud pacient neposkytne informace nutné pro rozhodnutí, zda má nárok na finanční pomoc na tuto odloženou nebo odepřenou péči.
- x. **Vyřizování neúplných Žádostí.** Organizace může při rozhodování o finanční pomoci přihlídnout k tomu, že pacient nepředložil odpovídající a nezbytnou dokumentaci. Organizace však bude postupovat přiměřeně a na základě dostupných informací učini nejlepší možné rozhodnutí.

- xi. **Předpokládaný nárok na pomoc.** Organizace může rozhodnout, že pacient má nárok na poskytnutí finanční pomoci na stávající služby na základě informací, které získala nebo vyhodnotila, aniž by pacient musel poskytnout všechny informace požadované v rámci obvyklého postupu podávání Žádosti nebo na základě skutečnosti, že pacient nemá zdravotní pojištění. Rozhodnutí Organizace může spočívat v tom, že bude vycházet ze svého předchozího rozhodnutí, z informací poskytnutých jiným poskytovatelem péče o pacienta nebo z obecného posouzení informací, které mají pracovníci Organizace k dispozici. V takových případech Organizace (a) oznámí pacientovi důvody pro rozhodnutí o předpokládaném nároku a způsob, jakým může pacient požádat o štedřejší pomoc dostupnou podle těchto Zásad; (b) poskytne pacientovi sto dvacet (120) dnů na požádání o štedřejší pomoc; a pokud pacient podá úplnou Žádost o štedřejší pomoc, pak určí, zda má pacient nárok na větší slevu, a učiní další kroky stanovené těmito Zásadami ohledně vyplněných Žádostí. Pacienti, kteří jsou samoplátci a využívají slevy popsané v těchto Zásadách, obdrží toto oznámení prostřednictvím Přehledu napsaného ve srozumitelném jazyce (viz příloha A) vytištěného na jejich výpisech.
- xii. **Pokud se pacient zbaví svých práv, nezbavuje tím Organizaci povinnosti vynaložit přiměřené úsilí.** Získání ústního nebo písemného zřeknutí se práv ze strany pacienta, například podepsaného prohlášení, že si pacient nepřeje požádat o pomoc podle těchto Zásad nebo dostávat informace, které mají být pacientům podle těchto Zásad poskytovány, samo o sobě neznamená, že pacient nemá nárok na pomoc a nesplňuje požadavek na vynaložení přiměřeného úsilí za účelem zjištění, zda pacient má nárok na pomoc, předtím, než dojde k zahájení opatření ECA vůči pacientovi.
- xiii. **Splátkové kalendáře.** Pokud je rozhodnuto, že pacient má nárok na finanční pomoc, a má nedoplatek, má možnost zaplatit prostřednictvím splátkového kalendáře s plánovaným termínem splatnosti. Organizace s pacientem projedná možnosti splátkového kalendáře a vypracuje splátkové kalendáře s termíny splatnosti, které zpravidla nepřesáhnou dobu delší dvanácti (12) měsíců a jsou bezúročné. Další informace viz Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.
- xiv. **Řešení sporů.** V případě, že dojde ke sporu ohledně nároku na finanční pomoc, může pacient podat Organizaci písemné odvolání k opětovnému posouzení. Písemné odvolání musí obsahovat vysvětlení důvodů sporu a příslušné podklady. Odvolání neprodleně přezkoumá vedoucí oddělení služeb zákazníkům a provozu Organizace a pacientovi předloží písemné rozhodnutí. V případě, že se pacient domnívá, že i po prvním odvolání spor nadále trvá, může písemně požádat viceprezidenta a vedoucího finančního a daňového oddělení o přezkum a konečné písemné rozhodnutí.
- xv. **Důvěrnost informací uvedených v Žádosti.** Všechny informace získané od pacientů, kteří žádají o přiznání nároku podle těchto Zásad, uchovává Organizace jako informace důvěrného charakteru. Informace o příjmech a majetku získané v rámci Žádosti a schvalovacího procesu musí být uloženy v souboru, který je veden odděleně od informací, které mohou být použity k vymáhání dlužných částek.
- xvi. **Lhůta pro vyplnění Žádosti (dále jen „Lhůta pro Žádost“).** Na vyplnění Žádosti mají pacienti dvě stě čtyřicet (240) dnů. Lhůta pro Žádost začíná běžet dnem, kdy byla

péče, která je předmětem Žádosti, poskytnuta poprvé (v případě více termínů poskytnutí služby se použije termín zahájení poslední léčby).

f. Doba trvání

- i. Počáteční finanční pomoc pro pacienta, na kterou má finanční nárok pro schválené období, platí po dobu šesti (6) měsíců od data podání úplné Žádosti. Na konci počátečního schváleného období může být na Žádost pacienta jeho nárok opětovně posouzen. Na základě rozhodnutí Organizace může být schváleno další šestiměsíční (6) období, aniž by bylo nutné podávat novou Žádost. Po uplynutí dvanácti (12) měsíců musí pacient vyplnit novou Žádost. Počínaje datem schválení poslední Žádosti budou z otevřených kvalifikovaných účtů odepisovány prostředky na finanční pomoc v závislosti na výši poskytnuté pomoci. Na základě postupného odepisování by byly kvalifikované účty na dalších šest (6) měsíců oprávněné k odpisu finanční pomoci.

g. Oznámení, písemná sdělení a prohlášení

- i. Informace týkající se finanční pomoci poskytuje Organizace formou následujících oznámení a informací:
 1. Tyto Zásady.
 2. Přehled Zásad ve srozumitelném jazyce. Přehled napsaný srozumitelným jazykem je jasný, stručný a snadno pochopitelný dokument, který informuje pacienty a další osoby o tom, že Organizace nabízí finanční pomoc podle těchto Zásad. Přehled napsaný srozumitelným jazykem musí být vypracován tak, aby obsahoval relevantní informace včetně informací vyžadovaných státními a federálními zákony, jako jsou požadavky na oprávněnost nároku a pomoc nabízenou v rámci těchto Zásad, dále stručný přehled toho, jak o pomoc podle těchto Zásad požádat, a informace o získání dalších informací a pomoci, včetně kopií v jiných jazycích.
 3. Žádost.
 4. Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.
- ii. Tyto materiály musí být k dispozici v různých formách, a to včetně následujících:
 1. **Webové stránky.** Zásady finanční pomoci, Žádost o finanční pomoc a Přehled zásad finanční pomoci ve srozumitelném jazyce se nacházejí na webových stránkách této Organizace. Odkazy na tyto materiály jsou rovněž zveřejněny na webových stránkách.
 2. **E-mail nebo tištěné kopie.** O kopie všech materiálů uvedených v těchto Zásadách lze požádat na oddělení Samoplátci, Zákaznický servis, a to na telefonním čísle (323) 866-8600.
 3. **Informační nápisy.** Přehled ve srozumitelném jazyce musí být vyvěšen na těchto místech: oddělení urgentního příjmu (Emergency Department), oddělení příjmu (Admitting Department), fakturační oddělení (Billing Department), centralizované a decentralizované registrační prostory a další ambulantní zařízení, včetně observačních oddělení.

- iii. **Oznámení o registraci a vyúčtování.** Při registraci a vyúčtování obdrží pacienti řadu informací a sdělení. Viz například Zásady Organizace pro vymáhání pohledávek.
 - iv. **Oznámení komunitě.** Organizace vyvíjí řadu snah o širokou propagaci svých programů finanční pomoci, například rozesíláním informací cílovým komunitním organizacím nebo využíváním jiných způsobů, jak upozornit komunitu na dostupnost programů finanční pomoci, kterou Organizace nabízí.
- h. **Překladačské a tlumočnické služby.** Komunikace s pacienty musí probíhat v souladu s požadavky Organizace. Bez omezení výše uvedeného musí být oznámení, formální sdělení a nápisy podle těchto Zásad v angličtině a v dalších jazycích vyžadovaných státními a federálními zákony. Těmito dalšími jazyky jsou čínština, perština, vietnamština, arabština, čeština, ruština, arménština, korejština a španělština. Kromě toho se pacienti mohou obrátit na Organizaci a požádat o spojení s tlumočnickými službami pro komunikaci a překlad dokumentů souvisejících se Zásadami do jiných cizích jazyků a amerického znakového jazyka (ASL). Rovněž kopie těchto dokumentů mohou být pacientům poskytnuty vytištěné velkým písmem nebo ve zvukové podobě, a to na žádost předloženou oddělení služeb pro pacienty.
- i. **Nezbytnost lékařského ošetření / klinická zjištění.** Posouzení nezbytnosti lékařského ošetření každého pacienta vychází z klinického posouzení bez ohledu na pojištění nebo finanční situaci. V případech, kdy u pacienta nastane urgentní zdravotní stav, dojde k vyhodnocení finančních ujednání až po provedení příslušného lékařského screeningového vyšetření a poskytnutí nezbytných stabilizačních opatření v souladu se všemi platnými státními a federálními zákony.
- j. **Vrácení peněz.** Organizace uhradí pacientům částky, které zaplatili nad rámec dlužných částek dle těchto Zásad, včetně zaplacených úroků, a to v sazbě deset procent (10 %) ročně. Pokud je dlužná částka pacienta nižší než 5,00 \$ (nebo jiná taková částka stanovená finančním úřadem), není Organizace povinná částku pacientovi uhradit ani zaplatit úroky. Organizace pacientovi vrátí peníze do 30 dnů.
- k. **Vymáhání pohledávek.** Další informace o postupu při vymáhání pohledávek naleznete v Zásadách vymáhání pohledávek.
- l. **Podávání zpráv.** Organizace předkládá tyto Zásady Odboru HCAI každý druhý rok do 1. ledna, nebo do třiceti (30) dnů od provedení jejich aktualizace. Pokud od předchozího předložení Zásad k žádným významným změnám nedošlo, oznámí Organizace tuto skutečnost Odboru HCAI do třiceti (30) dnů před 1. lednem následujícího dvouletého termínu stanoveného Organizací pro podávání zpráv. Významné změny obsahují všechny změny, které by mohly ovlivnit nárok pacientů na slevu nebo jakoukoli jinou ochranu stanovenou federálními a státními požadavky. Každé předložení zásad Odboru HCAI musí pod trestem křivé přísahy obsahovat osvědčení o certifikaci (viz Příloha D), které obsahuje následující údaje: (i) potvrzení, že předkladatel je řádně oprávněn zásady předložit a (ii) předložené zásady jsou pravdivými a správnými kopiemi zásad Organizací.
- III. **Reklamační program týkající se faktur od nemocnic (Hospital Bill Complaint Program).** Pokud se pacienti domnívají, že jim byla neprávem odepřena finanční pomoc, mohou podat stížnost v rámci programu Hospital Bill Complaint Program státu Kalifornie. Chcete-li se dozvědět více informací nebo podat stížnost, navštivte webové stránky Odboru HCAI nebo HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

IV. Další pomoc. U pacientů, kteří potřebují pomoc se zaplacením účtu, existují bezplatné organizace na ochranu spotřebitelů, které pacientům pomohou porozumět procesu účtování a placení. Další informace pacienti získají na telefonním čísle 888 804 3536 organizace Health Consumer Alliance nebo na webových stránkách healthconsumer.org.

V. SCHVÁLENÍ SPRÁVNÍ RADOU A PRŮBĚŽNÝ PŘEZKUM:

Tyto Zásady, Zásady vymáhání pohledávek a všechny podstatné změny těchto Zásad musí schválit správní rada Organizace. Tyto Zásady spolu se Zásadami vymáhání pohledávek a stavem vymáhání pohledávek Organizace pravidelně přezkoumává, aby bylo zajištěno, že slouží pacientům a komunitě co nejlépe. Administrativní změny Příloh uvedených v oddíle VII těchto Zásad však může provést vedení bez schválení správní radou, pokud tyto změny nejsou v rozporu s touto Zásadou (např. jazykové úpravy, změny zohledňující provozní postupy, kterými se Zásady provádí, aktualizace v souladu se změnami platných zákonů, nařízení nebo pokynů IRS a aktualizace zohledňující nejnovější Pokyny ke stanovení federální chudoby).

VI. DEFINICE

- a. **Obecně účtovanými částkami („AGB“)** se rozumí částky obecně účtované za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči pacientům, kteří mají pojištění hradící takovou péči, jež jsou stanoveny v souladu s ustanovením 26 C.F.R. §1.501, odst. (r)-5(b). Další informace o tom, jak Organizace provádí výpočet AGB a každoroční aktualizace procentních hodnot AGB, jsou uvedeny v příloze C těchto Zásad a budou součástí výkazů zpřístupněných veřejnosti na internetových stránkách Odboru pro přístup ke zdravotní péči a informace státu Kalifornie na adrese <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Žádostí** se rozumí Žádost Organizace o finanční pomoc.
- c. **Majetkem** se rozumí pouze „peněžní aktiva“. Patří sem aktiva, která jsou snadno směnitelná za hotovost, jako jsou bankovní účty a veřejně obchodovatelné akcie. Penzijní připojištění, plány odloženého odměňování (kvalifikované i nekvalifikované podle daňového řádu) se neberou v úvahu. Do majetku se nezapočítává: prvních deset tisíc dolarů (10 000 \$) peněžních aktiv pacienta a padesát procent (50 %) peněžních aktiv pacienta nad prvních deset tisíc dolarů (10 000 \$).
- d. **Komunitními partnery** se rozumí podpůrné vztahy s dalšími komunitními agenturami.
- e. **Nezbytnými životními náklady** se rozumí náklady na některé z následujících položek: nájemné nebo splátky za bydlení a jeho údržbu, potraviny a potřeby pro domácnost, dodávky energií a telefon, ošacení, platby za zdravotní a stomatologickou péči, pojištění, škola nebo předškolní zařízení, výživné na děti nebo manžela/manželku, výdaje na dopravu a auto, včetně pojištění, paliva a oprav, splátky, praní a úklid a další mimořádné výdaje.
- f. **Mimořádnými opatřeními k vymáhání pohledávek („ECA“)** se rozumí opatření k vymáhání pohledávek, která Organizace neprovede dříve, než vynaloží přiměřené úsilí, aby zjistila, zda má pacient nárok na finanční pomoc podle těchto Zásad. Opatření ECA jsou konkrétně popsána v Zásadách vymáhání pohledávek.
- g. **Rodinou** se rozumí následující: (1) V případě osob starších 18 let, manžel/manželka, druh/družka a nezaopatřené děti mladší 21 let, ať už žijí v domácnosti, nebo ne. (2) V případě

osob mladších 18 let, rodič, pečující příbuzní a další děti rodiče nebo pečujícího příbuzného, které jsou mladší 21 let.

- h. **Federální míra chudoby** („FPL“) je ukazatel, který se používá k určení chudoby ve Spojených státech a který pravidelně zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb („DHHS“) na svých internetových stránkách <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- i. **Pacientem s nárokem na finanční pomoc** se rozumí pacient, který požádal Organizaci o finanční pomoc a vyplnil a předložil Žádost. Na základě přezkumu Žádosti se prokáže, že pacient má nárok na finanční pomoc a Žádost se schválí v souladu s těmito Zásadami, nebo Organizace rozhodne, že podle těchto Zásad má na finanční pomoc pacient předpokládaný nárok.
- j. **Finanční pomocí** se rozumí ujednání podle těchto Zásad, na základě kterých jsou zdravotní služby poskytovány pacientovi bezplatně, nebo za sníženou cenu. Snížené poplatky se zpravidla uplatňují na základě splátkového kalendáře nebo automatické slevy pro pacienty, kteří jsou samoplátci.
- k. **Vysokými náklady na zdravotní péči** se rozumí roční hotové výdaje pacienta, jehož rodinný příjem překračuje hranice, které Organizace stanovila pro poskytnutí finanční pomoci. Tyto náklady se posuzují, pokud se jedná buď: (i) o náklady vynaložené pacientem v nemocnici Organizace, které přesahují nižší z těchto částek: současný příjem rodiny pacienta nebo příjem rodiny za předchozích dvanáct (12) měsíců, nebo (ii) hotové výdaje na zdravotní péči, které přesahují deset procent (10 %) příjmu rodiny pacienta, pokud pacient předloží doklady o výdajích na zdravotní péči, které pacient nebo jeho rodina zaplatili za předchozích dvanáct (12) měsíců.
- l. **Nedostatkem prostředků na zdravotní péči** se rozumí situace pacienta, který nemůže zaplatit za služby z důvodu neočekávané nákladné péče, ale který podle těchto Zásad nemá nárok na finanční pomoc.
- m. **Lékařsky nezbytnými** se rozumí zdravotní služby, které jsou nezbytné a klinicky vhodné pro hodnocení, diagnostiku nebo léčbu pacienta v souladu s obecně uznávanými standardy lékařské praxe a nejsou primárně určeny pro pohodlí pacienta nebo poskytovatele.
- n. **Splátkovým kalendářem** se rozumí písemná dohoda mezi Organizací a pacientem, na jejímž základě Organizace nabídla a pacient přijal možnost splácet své závazky v měsíčních splátkách nepřesahujících 10 % příjmu rodiny pacienta za měsíc, s výjimkou srážek na nezbytné životní náklady.

VII. ODKAZY

Státní a federální zákony, na které se při tvorbě těchto Zásad odkazuje, zahrnují mimo jiné:

- i. Ustanovení § 501, odst. (r)(3) daňového zákoníku USA (U.S. Internal Revenue Code).
- ii. Kalifornský zákoník o zdraví a bezpečnosti (California Health & Safety Code Section), § 127400–127462 (Zásady spravedlivých cen pro nemocnice a Zásady spravedlivých cen pro lékaře na pohotovosti (Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies)).
- iii. Zákon Sněmovny Kalifornie č. 1020 (California Assembly Bill): Dluhy ve zdravotnictví a spravedlivé účtování (Health Care Debt and Fair Billing), účinný od 1. ledna 2022.

- iv. Zákon Sněmovny Kalifornie č. 532 (California Assembly Bill): Zásady spravedlivého účtování (Fair Billing Policies), účinné od 1. ledna 2022.
- v. Pokyny Úřadu generálního inspektora (Office of General, „OIG“), Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb týkající se finanční pomoci nepojištěným a nedostatečně pojištěným pacientům a předpisy IRS.
- vi. Veškeré prováděcí předpisy a pokyny agentur týkající se výše uvedeného.

VIII. SEZNAM PŘÍLOH

- A. Přehled finanční pomoci – přehled ve srozumitelném jazyce
- B. Sleva v rámci finanční pomoci
- C. Obecně účtované částky
- D. Osvědčení o certifikaci



PŘEHLED O FINANČNÍ POMOCI A OCHRANĚ PŘED NEČEKANÝMI ÚČTY

V rámci svého poslání se Pasadena Hospital Association, Ltd., pod obchodním názvem Huntington Hospital a The Huntington Medical Foundation pod obchodním názvem Huntington Health Physicians (dále jen „Organizace“) zavazují poskytovat komunitě přístup ke kvalitní zdravotní péči a zacházet se všemi svými pacienty důstojně, s pochopením a úctou. To zahrnuje poskytování služeb zdarma nebo za výrazně snížené ceny, jak je stanoveno v našich Zásadách finanční pomoci (dále jen „Zásady“), pacientům s nárokem na pomoc, kteří si nemohou dovolit za péči zaplatit. Naším pacientům také nabízíme různé splátkové kalendáře a možnosti, jak vyhovět jejich finančním potřebám, i když nárok na finanční pomoc nemají. Tento dokument představuje náš přehled zásad ve srozumitelném jazyce (dále jen „Přehled“).

Pomoc s platbou účtu

Finanční pomoc je poskytována pacientům, kteří podstupují z lékařského hlediska nezbytné zákroky a jejichž příjem a peněžní aktiva (společně „příjem“) dosahují úrovně 400 % federální míry chudoby (FPL) pro aktuální rok nebo jsou nižší. Pacienti, jejichž příjem se pohybuje v rozmezí 401–600 % FPL, mají rovněž nárok na zvýhodněnou péči. Slevy poskytované pacientům se stanovují na základě klouzavé stupnice v závislosti na velikosti rodiny, výši příjmu a statutu pojištění. Finanční pomoc v souvislosti s volitelnými nebo neurgentními zákroky nebo péčí po propuštění z nemocnice je omezena na pacienty, kteří žijí v místě, kde Organizace poskytuje služby, a kteří získali předchozí souhlas viceprezidenta, vedoucího finančního a daňového oddělení nebo jimi pověřené osoby. Pokud pacient nemá nárok na zcela bezplatné služby, ale má nárok na slevu podle Zásad, nebudou mu účtovány vyšší částky, než jaké Organizace obecně účtuje za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči.

Lékaři a služby

Zásady se vztahují pouze na služby poskytované Organizací a zahrnují pouze služby lékařů, pokud je poskytuje Huntington Aligned Medical Group („HAMG“) a Huntington Foundation Medical Group („HFMG“). Nezahrnují pracoviště Organizace Randall Breast Center, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC a Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

Jak podat žádost

Pacienti, kteří žádají o bezplatnou nebo zvýhodněnou péči podle Zásad, musí vyplnit žádost o finanční pomoc (dále jen „Žádost“) a předložit všechny požadované dokumenty. Organizace provede přezkum Žádosti a dokumentace.

Bezplatné kopie tohoto Přehledu, Zásad nebo Žádosti jsou k dispozici v angličtině, čínštině, perštině, arménštině, vietnamštině, arabštině, češtině, ruštině, korejštině a španělštině. Pokud chcete požádat o kopie nebo získat další informace včetně odpovědí na otázky týkající se procesu získání finanční pomoci:

- obraťte se na zástupce u přepážky pro registraci nebo příjem;
- zavolejte na telefonní číslo 323 866 8600 na oddělení služeb pro pacienty;

- přejděte na webovou stránku Organizace huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/.

Pokud máte zdravotní postižení a potřebujete, aby vám byl zpřístupněn alternativní formát výše uvedených materiálů, nebo pokud hovoříte jiným jazykem, než jaké jsou uvedeny v seznamu, obraťte se na oddělení služeb pro pacienty. Zde vám nabídnou alternativní formát nebo vás spojí s naším oddělením tlumočnických služeb, kde získáte další pomoc.

Ujednání pro samoplátce

Pacientům, kteří nemají nárok na bezplatnou nebo zvýhodněnou péči podle těchto Zásad, mohou pomoci jiné programy této Organizace. Pacienti, kteří nejsou pojištěni, mohou získat výraznou slevu podobnou slevám, které poskytujeme v rámci plánů pojištění řízené zdravotní péče u vybraných služeb.

Regulační oznámení pro vymáhání pohledávek

Některé nesplacené účty postupujeme agenturám pro vymáhání pohledávek třetích stran. Tyto agentury musí dodržovat všechny kalifornské a federální zákony a také zásady a postupy Organizace. Další informace o vymáhání pohledávek získáte u Federální obchodní komise (Federal Trade Commission) na telefonním čísle 877-FTC-HELP (877-382-4357). V případě, že je váš účet postoupen agentuře pro vymáhání pohledávek a nastanou problémy, obraťte se na naše oddělení služeb pro pacienty na telefonním čísle 323 866 8600, kde vám poskytnou pomoc.

Ochrana před nečekanými účty za zdravotní péči

Všichni pacienti jsou chráněni před nečekanými účty za zdravotní péči. Přečtěte si „Upozornění pro pacienty – Vaše práva a ochrana proti nečekaným účtům za zdravotní péči“ na našich webových stránkách huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies.

Reklamační program týkající se faktur od nemocnic (Hospital Bill Complaint Program)

Pokud se domníváte, že vám byla neprávem odepřena finanční pomoc, můžete podat stížnost v rámci programu Hospital Bill Complaint Program státu Kalifornie. Další informace získáte na webových stránkách HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov, kde můžete také podat stížnost.

Další pomoc

Pomoc se zaplacením účtu – Existují bezplatné organizace na ochranu spotřebitelů, které vám pomohou porozumět procesu účtování a placení. Další informace získáte na telefonním čísle 888 804 3536 organizace Health Consumer Alliance nebo na webových stránkách healthconsumer.org.

Další zdroje a informace:

- Pacienti mohou mít nárok na státní programy pomoci, jako je Medi-Cal, nebo na dotované pojištění prostřednictvím Kalifornské burzy zdravotních výhod (Covered California). V kanceláři Patient Financial Advocate (dále jen „PFA“) jsou k dispozici pracovníci, kteří odpovídají na dotazy pacientů a poskytují pomoc při podávání Žádostí u těchto programů. Telefonní číslo kanceláře PFA je 310 423 5071.
- S dotazy týkajícími se komerčního zdravotního pojištění se obraťte na telefonní číslo 1-800-CEDARS-1 (1 800 233 2771).
- Informace o cenách Organizace a nástroji pro nákup zdravotnických služeb najdete na adrese huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care.

Příloha B – Sleva v rámci finanční pomoci

Sleva v rámci finanční pomoci Pokyny ke stanovení federální chudoby

Sleva pro nepojištěné osoby	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
Sleva pro nedostatečně pojištěné osoby	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Jednotka o velikosti rodiny	FPL roční plat					
1	14 580 \$	58 320 \$	65 610 \$	72 900 \$	80 190 \$	87 480 \$
2	19 720 \$	78 880 \$	88 740 \$	98 600 \$	108 460 \$	118 320 \$
3	24 860 \$	99 440 \$	111 870 \$	124 300 \$	136 730 \$	149 160 \$
4	30 000 \$	120 000 \$	135 000 \$	150 000 \$	165 000 \$	180 000 \$
5	35 140 \$	140 560 \$	158 130 \$	175 700 \$	193 270 \$	210 840 \$
6	40 280 \$	161 120 \$	181 260 \$	201 400 \$	221 540 \$	241 680 \$
7	45 420 \$	181 680 \$	204 390 \$	227 100 \$	249 810 \$	272 520 \$
8	50 560 \$	202 240 \$	227 520 \$	252 800 \$	278 080 \$	303 360 \$
Za každou další osobu přičtete	5 140 \$					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Poznámka: Poslední revize dodatku 1/16/2023

Příloha C – Obecně účtované částky

Obecně účtované částky („AGB“) znamenají částky obecně účtované za urgentní nebo jinou nezbytnou zdravotní péči pacientům, kteří mají pojištění pokrývající takovou péči, stanovené v souladu s ustanovením 26 C.F.R. § 1.501, odst. (r)-5(b).

Organizace použije metodu zpětného pohledu pro stanovení maximální částky, která by byla vyúčtována hospitalizovanému pacientovi majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhradu hospitalizace v rámci systému Medicare a komerční sazby za hospitalizaci. V zájmu dalšího zvýhodnění hospitalizovaného pacienta s nárokem na pomoc použije pro tuto část péče Organizace při stanovení jeho odpovědnosti nižší z hodnot AGB nebo úhradu Medicare MS-DRG.

Organizace použije metodu zpětného pohledu při určování maximální částky, která by byla účtována ambulantnímu pacientovi majícímu nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhrady ambulantní péče v rámci systému Medicare a komerční sazby za ambulantní péči.

Organizace použije metodu zpětného pohledu při určování maximální částky, která by byla účtována pacientovi na pohotovosti, který má nárok na pomoc, a to s použitím průměrné sazby pro úhradu za pohotovost v rámci systému Medicare a komerční sazby za pohotovost.

Výpočet sazeb pro úhradu nákladů za hospitalizaci, ambulantní léčbu a pohotovost se provádí nejméně jednou ročně na základě posledních uzavřených účtů Medicare a komerčních účtů za posledních 12 měsíců.

Nabytí účinnosti od 11/07/2022

Organizace	Slevy pro nepojištěné samoplátce	Náhrada AGB %
Pohotovost	82 %	18 %
Hospitalizace	82 %	18 %
Ambulantní péče	81 %	19 %

Nabytí účinnosti od 07/01/2023

Organizace	Slevy pro nepojištěné samoplátce	Náhrada AGB %
Pohotovost	82 %	18 %
Hospitalizace	82 %	18 %
Ambulantní péče	82 %	18 %

Příloha D – Osvědčení o certifikaci



Osvědčení o certifikaci Zásady finanční pomoci

Tyto Zásady budou předloženy Odboru pro přístup ke zdravotní péči a informace (HCAI). Dále budou zpřístupněny na webové stránce Organizace.

Organizace pod trestem křivé přísahy potvrzuje následující skutečnosti:

1. Osoba předkládající tyto Zásady je řádně oprávněna předkládat tyto Zásady jménem Organizace.
2. Tyto předložené Zásady jsou pravdivou a správnou verzí Zásad, k nimž je uvedeno toto osvědčení.

DocuSigned by:

Lisa Maqueira

50A5E2AB0750407...

Lisa Maqueira

Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

12/8/2023 | 12:59 PM PST

Date