

ЗАГОЛОВОК: ПОЛИТИКА И ПРОЦЕДУРЫ ДЛЯ ПРОГРАММЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ И СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ В СЕТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА САН-ФРАНЦИСКО	Отдел финансовых услуг для пациентов
Рецензенты Thomas Istvan, директор по финансовому обслуживанию пациентов, Tim Arnold, директор по расчетам с пациентами, Jenine Smith, менеджер по финансовым услугам для пациентов, Henry Lifton, заместитель городского прокурора	Дата создания документа: 14 декабря 2006 г. Даты внесения исправлений: 8 марта 2007 г., 12 сентября 2007 г., 14 декабря 2007 г., 22 июня 2008 г., 1 июня 2009 г., 15 июля 2009 г., 1 апреля 2011 г., 1 апреля 2012 г., 1 апреля 2014 г., 1 января 2015 г., 15 июля 2016 г., 1 декабря 2017 г., 3 августа 2019 г., 1 января 2023 г., 1 января 2024 г., 22 мая 2024 г.

I. ЦЕЛЬ

Целью данной политики является разработка руководящих принципов финансовой помощи в рамках программ благотворительной помощи и снижения размеров платежей, а также определение критериев соответствия требованиям Сети здравоохранения города Сан-Франциско (San Francisco Health Network, SFHN) в соответствии с положениями законов штата (Assembly Bills, AB) AB774, AB1020 и AB532 и законопроектом, принятым Сенатом (Senate Bill, SB) SB1276.

II. ПОЛИТИКА

Политика SFHN заключается в соблюдении всех федеральных, местных правил и правил штата о предоставлении финансовой помощи в рамках программ благотворительной помощи и снижения размеров платежей незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам, которые соответствуют требованиям и признаны не имеющими права на участие в федеральных программах/ программах штата и округа, поэтому обязаны оплачивать полученные услуги. Если какие-либо нормативные акты, действующие или будущие, противоречат настоящей политике, эти нормативные акты лишают данную политику юридической силы.

III. СФЕРА ДЕЙСТВИЯ

Действие данной политики распространяется на больницу общего профиля и центр травматологии имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), специализированные амбулаторные клиники, общественные пункты основной медицинской помощи, больницу и реабилитационный центр Laguna Honda (Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center), центры по

оказанию услуг в области психического здоровья (Behavioral Health Services), отдел охраны здоровья населения Департамента здравоохранения г. Сан-Франциско (Population Health Division of the San Francisco Department of Public Health, SFDPH). Данная политика применяется к услугам, не соответствующим критериям других пакетов или программ скидок, таких как пакет услуг по беременности и родам, пакет услуг по прерыванию беременности или другие пакетные программы, которые предоставляются пациентам по общим ставкам со значительными скидками ниже государственных ставок, и для которых не применяются дополнительные льготы. В документе рассматриваются все счета, которые должен оплатить пациент, дата оказания услуг в которых находится в пределах 12-месячного периода до момента подачи заявления. Счета, дата оказания услуг в которых находится вне пределов 12-месячного периода до момента подачи заявления, утверждаются отделом.

Действие данной политики не распространяется на оплату услуг врача неотложной помощи, стационарного лечения, радиологии и услуг процедурного кабинета, счета за которые выставляются и покрываются политикой и процедурами подразделения «Группа клинической практики Калифорнийского университета в Сан-Франциско (University of California, San Francisco, UCSF), группа оказывающая бизнес-услуги / действующая в качестве медицинской группы Больницы общего профиля города Сан-Франциско (UCSF Clinical Practice Group, Business Services/dba SFGH Medical Group)». Врач скорой помощи, как определено в разделе 127450 Кодекса здравоохранения и безопасности штата Калифорния (California Health & Safety Code), который оказывает неотложную медицинскую помощь в больнице неотложной помощи, также обязан по закону предоставлять скидки незастрахованным пациентам или пациентам с высокими медицинскими расходами, сумма которых может достигать 400 % от федерального прожиточного минимума (Federal poverty level, FPL).

IV. ИСТОРИЯ

- A. С 1 января 2007 г. для пациентов ZSFG и с 17 сентября 2007 г. для пациентов общественных пунктов первичной медицинской помощи (Community Primary Care, COPC) SFHN предоставляет доступ к программам благотворительной помощи и снижения размеров платежей для помощи незастрахованным или недостаточно застрахованным пациентам, которые имеют ограниченный доход до 350 % от федерального прожиточного минимума и не обладают правом на участие в программе со скользящим тарифом (Sliding Scale Program), государственных программах и на выплаты от других плательщиков, включая те, которые могут возникнуть из-за ответственности третьих лиц.
- С 1 ноября 2010 года в SFHN была запущена Программа повышенных медицинских расходов на случай катастроф (Catastrophic High Medical

Expense Program) для помощи незастрахованным или недостаточно застрахованным пациентам, которые не имеют право на участие в программе со скользящим тарифом, программах благотворительной помощи или снижения размеров платежей, медицинские расходы которых превышают 120 % годового дохода их семьи, и которые не обладают правом на участие в Программах благотворительной помощи и снижения размеров платежей, программе со скользящим тарифом, государственных программах или на выплаты от других плательщиков, включая выплаты, которые могут возникнуть из-за ответственности третьих лиц.

- В. С 1 января 2015 года больница ZSFG внесла изменения в данную политику в соответствии с законом SB1276, где предусмотрено указанное далее.
1. В число лиц с высокими медицинскими расходами входят лица, которые получают льготный тариф от больницы благодаря стороннему страхованию.
 2. Больница обсуждает с пациентом план оплаты с учетом дохода семьи пациента и основных расходов на проживание.
 3. Больница должна определить разумную формулу оплаты, при которой ежемесячные платежи не превышают 10 процентов дохода семьи пациента, исключая вычеты на основные расходы на проживание.
 4. Если больница и пациент не могут договориться о плане платежей, больница должна использовать указанную формулу, то есть из валового семейного дохода пациента вычесть 60 % на основные расходы на проживание, а затем рассчитать 10 % от оставшегося дохода, чтобы определить разумную сумму ежемесячного платежа. Больница выдает пациентам направление в Альянс потребителей медицинских услуг (Health Consumer Alliance, HCA) (телефон: (888) 804-3536) или в центр помощи пациентам/юридическую консультацию Bay Area (телефон: (855) 693-7285).
- С. С 3 августа 2019 г. в соответствии с Постановлением Комиссии здравоохранения города и округа Сан-Франциско (City and County of San Francisco's (City) Health Commission Resolution) № 19-8 в силу вступила обновленная редакция данной политики с перечисленными ниже поправками.
1. Суммы в рамках Программы благотворительной помощи были увеличены до 500 процентов, чтобы соответствовать требованиям FPL.
 2. Программа снижения размеров платежей была изменена и теперь включает в себя все уровни FPL, чтобы соответствовать требованиям FPL.

- 3. Критерии высоких медицинских расходов были отменены.
 - 4. Программа повышенных медицинских расходов на случай катастроф была отменена.
- D. С 1 января 2023 г. в эту политику будут внесены поправки в соответствии с документами AB1020: «Задолженность за услуги здравоохранения и справедливое выставление счетов» (Health Care Debt and Fair Billing) и AB532: «Политика справедливого выставления счетов» (Fair Billing Policies).
- E. С XX мая 2024 г. эта политика будет включать в себя специализированные амбулаторные услуги в области психического здоровья и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, через центры по оказанию услуг в области психического здоровья.

V. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- A. **Пособие для пациента, соответствующего финансовым требованиям** в отношении услуг, которые оказываются такому пациенту, означает пособие, которое назначается после взимания платы, в связи с тем, что была установлена его финансовая неспособность оплатить расходы.
- B. **Финансовая помощь** означает предоставление благотворительной помощи или льготных выплат пациентам, соответствующим финансовым требованиям.
- C. **Пациент, соответствующий финансовым требованиям, —** незастрахованный или недостаточно застрахованный пациент, имеющий обязательства по оплате, который соответствует критериям участия в программе благотворительной помощи или снижения размеров платежей.
- D. **Федеральный прожиточный минимум (FPL)** означает показатель дохода, который ежегодно публикуется Федеральным реестром Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services) в соответствии с подразделом (2) раздела 9902 части 42 Свода законов США. FPL зависит от размера семьи и дохода пациента и используется больницами для определения права на финансовую помощь.
- E. **Больница** означает ZSFG, специализированные амбулаторные клиники, общественные пункты первичной медицинской помощи, больницу и реабилитационный центр Laguna Honda, отдел здравоохранения населения SFDPH и центры по оказанию услуг в области психического здоровья.
- F. **Пациент** — лицо, которому были оказаны услуги, или его поручитель, если это разные лица.
- G. **Поручитель** — физическое или юридическое лицо, несущее

финансовую ответственность за оплату счета пациента.

- H. **Семья пациента** означает указанное далее в зависимости от возраста пациента.
1. Д=Для лиц в возрасте 18 лет и старше — это супруг (-а), домашний партнер, как это определено в разделе 297 Семейного кодекса, и дети-иждивенцы в возрасте до 21 года, независимо от того, проживают ли они в доме.
 2. Для лиц младше 18 лет — это родители, родственники-опекуны и другие дети родителей или родственников-опекунов в возрасте до 21 года.
- I. **Оплата за счет собственных средств** означает, что пациент не имеет стороннего страхового покрытия от медицинской страховой компании, плана медицинского обслуживания, Medicare или Medicaid, и чья травма не является травмой, за которую положена компенсация работникам, выплата по автомобильной страховке или выплата по другому виду страхования. как это определено и задокументировано больницей. К пациентам, которые оплачивают счета за счет собственных средств, могут относиться пациенты, получающие благотворительную помощь.
- J. **Незастрахованный пациент** — это пациент, у которого нет стороннего источника оплаты какой-либо части медицинских расходов, включая, среди прочего, коммерческое или другое частное страхование, спонсируемые государством программы медицинского страхования или ответственность третьих лиц, а также пациент, чьи льготы по всем потенциальным источникам оплаты были исчерпаны до поступления в больницу или оказания услуги.
- K. **Недостаточно застрахованный пациент** — это пациент, у которого есть сторонний источник оплаты части медицинских расходов, а оставшаяся часть относится к ответственности/обязательствам пациента. В эту категорию не входят пациенты, на которых распространяется покрытие Medi-Cal/Medicaid.

VI. УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОКРЫТИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

- A. Политика больницы по предоставлению финансовой помощи пациентам, соответствующим требованиям, которые проводят оплату за счет собственных средств, реализуется несколькими способами.
- i. Четкие и заметные уведомления размещаются в хорошо видимых для посетителей местах в залах ожидания отделения неотложной помощи ZSFG, залах ожидания для амбулаторных пациентов, главном вестибюле больницы ZSFG и вестибюле Центра оказания психиатрической помощи. Кроме того, они

публикуются на веб-сайте больницы <https://zuckerbergsanfranciscogeneral.org/>, где можно загрузить приложение программы благотворительной помощи и снижения размеров платежей.

- A. Политики и заявки на финансовую помощь (на английском языке) добавляются дважды в год, начиная с 01.01.2024, на веб-сайт Программы справедливого выставления счетов больниц (Hospital Fair Billing Program, HCAI), доступный по адресу;(<https://hcai.ca.gov/affordability/hospital-fair-billing-program/hospital-fair-pricing-policy-lookup/>).
 - B. Лицо, размещающее такие политики должно иметь соответствующие полномочия.
 - C. Представленные политики являются достоверными и точными копиями политик больницы.
- ii. Письменные уведомления предоставляются во время обслуживания вместе с Правилами и условиями госпитализации при эпизодических госпитализациях, в Справочнике пациента ZSFG, который выдается пациентам, поступившим в стационар, в Справочнике бенефициара по поведенческому здоровью, а также в качестве раздаточного материала для пациентов в амбулаторных клиниках. Уведомления должны содержать следующую информацию.
- A. Адрес веб-сайта Альянса потребителей медицинских услуг (Health Consumer Alliance, HCA)(<https://healthconsumer.org>) и сообщение об организациях, которые помогут пациенту разобраться в процессе выставления и оплаты счетов.
 - B. Сведения о программе Covered California.
 - C. Сведения о предполагаемом праве на участие в программе Medi-Cal, если больница участвует в программе Medi-Cal.
 - D. Адрес веб-сайт со списком больничных услуг, которые можно получить, как того требует федеральный закон.
- B. На электронном портале здравоохранения MyChart размещена информация о финансовой помощи и инструмент для предварительной оценки, там же можно отправить запрос финансовой помощи в отдел финансовых услуг для пациентов.
- C. Выписки по счетам пациентов включают в себя следующую информацию:
- i. Получение помощи в отношении выставления счетов.
 - ii. Запрос подробного счета.
 - iii. Запрос помощи при подаче заявления на медицинское обслуживание.

- iv. Запрос финансовой помощи. Итоговый счет пациента также будет содержать заявку на участие в программе благотворительной помощи и снижения размеров платежей.
- v. Обратиться в Альянс потребителей медицинских услуг можно через веб-сайт <https://healthconsumer.org/> или телефону (888) 804-3536, а в юридическую консультацию Bay Area — через сайт <https://baylegal.org/> или по телефону (855) 693-7285.
- vi. Просроченные счета передаются в коллекторское бюро (Bureau of Delinquent Revenue, BDR) Управления казначейства и сбора налогов (Office of the Treasurer and Tax Collector).

VII. ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ И ПОКРЫТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

- A. Специалисты по проверке права пациента на участие в программе собирают его демографические, финансовые и страховые данные, чтобы определить, имеется ли у пациента страховка для покрытия услуг, и является ли он незастрахованным или недостаточно застрахованным лицом с частичным покрытием. Они направляют незастрахованных или недостаточно застрахованных пациентов для записи на прием в отдел регистрации пациентов ZSFG или BHS или к финансовому консультанту в клинике, услуги которого могут предоставляться при наличии такого специалиста.
- B. Финансовые консультанты по вопросам доступа пациентов предоставляют незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам услуги по проверке страхового покрытия и помощь в подаче заявления в зависимости от программы или пакета услуг, на которые пациент имеет право согласно предварительной оценке.
- C. Ниже приведен перечень программ и пакетов.
 - i. Программа медикаментозной помощи при СПИДе (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).
 - ii. Программа лечения рака груди и шейки матки (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
 - iii. Служба защиты детей штата Калифорния (California Children Services).
 - iv. Программа компенсаций для жертв насилия штата Калифорния (California Victim Compensation Program).
 - v. Здоровье детей и профилактика инвалидности. Путь к медицинскому страхованию (Child Health & Disability Prevention Gateway to Health Coverage).
 - vi. Программа Covered California.
 - vii. Программа Every Woman Counts, программа выявления рака груди и шейки матки (Breast and Cervical Cancer Detection program).

- viii. Программа доступа, ухода и лечения в сфере планирования семьи (Family Planning Access, Care and Treatment Program).
 - ix. Программа Medi-Cal, в рамках которой соответствующие критериям жители штата Калифорния, имеющие ограниченный доход, могут получить бесплатную или недорогую медицинскую страховку.
 - x. Программа Hospital Presumptive Eligibility Medi-Cal, которая обеспечивает немедленный доступ к временным бесплатным услугам Medi-Cal, пока люди подают заявку на постоянное покрытие Medi-Cal.
 - xi. Программа Healthy San Francisco.
 - xii. Пакетная программа акушерства для дородового ухода и родов в ZSFG (OB Package Program for prenatal care and delivery at ZSFG).
 - xiii. Программа со скользящим тарифом Министерства здравоохранения (Department of Public Health Sliding Scale Program).
 - xiv. Программа Presumptive Eligibility Medi-Cal для беременных женщин.
 - xv. Программа VIP-пакета по прерыванию беременности.
- D. Когда финансовый консультант определяет, что пациент не имеет права на участие в программе или на использование пакета для покрытия услуг, он направляет пациента в отдел финансовой помощи пациентам ZSFG или BHS для подачи заявления на участие в программах финансовой помощи, которые могут снизить для него сумму, выплачиваемую из собственных средств.

VIII. ПРОГРАММЫ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

- A. Существует две (2) программы финансовой помощи: Программа благотворительной помощи и Программа снижения размеров платежей.
- B. Пациенты могут подать заявку на участие в программах благотворительной помощи и снижения размеров платежей, если им был выставлен счет с обязательствами по оплате, если пациент сотрудничал, но были исчерпаны все доступные варианты страхования, программ и ответственности третьих лиц для покрытия выставленных счетов за услуги. Ниже приведены некоторые обязанности пациентов в рамках сотрудничества.
 - i. Пациенты должны соблюдать требования и сообщать о любых коммерческих страховых планах или планах страхования, спонсируемых работодателем, для оплаты их услуг, включая подачу апелляции.

- ii. Пациенты должны предъявить все возможные иски относительно ответственности третьих лиц, а также иски о компенсации работникам и предоставить уведомление о любых выплатах по урегулированию таких исков.
 - iii. Пациенты, проинформированные о необходимости подать заявку на участие в государственной программе или использование больничного пакета, должны предоставить заполненное заявление с необходимыми подтверждениями, чтобы организация могла принять решение об их праве на участие в такой программе.
 - iv. Пациенты, которые получают чеки об оплате непосредственно от своей страховой компании за услуги, оказанные в рамках Сети здравоохранения г. Сан-Франциско, должны передать эти платежные операции в ведение отдела по расчетам с пациентами ZSFG или BHS, в зависимости от того, что применимо.
- C. Программы благотворительной помощи и снижения размеров платежей не могут применяться к услугам, соответствующим критериям других пакетов или программ скидок, таких как пакет услуг больницы по беременности и родам, пакет услуг по прерыванию беременности или другие пакетные программы, которые предоставляются пациентам по общим ставкам со значительными скидками ниже государственных ставок. На них не распространяются дополнительные скидки.
- D. Заявления на участие в программах благотворительной помощи и снижения размеров платежей подаются в одном приложении, но требования для этих программ различаются, как это описано в следующих разделах. Пациенты должны предоставить заполненное заявление и все необходимые подтверждения.
- i. Заполненное заявление необходимо подать в течение 12-месячного периода с даты оказания услуг в отдел финансовой помощи пациентам.
 - ii. Заявления, в которых дата оказания услуг находится вне пределов 12-месячного периода до момента подачи заявления, утверждаются отделом.
 - iii. Подтверждение для каждой программы, необходимо отправить в течение 30 дней с момента подачи заявления.
- E. Пациенты могут обратиться в соответствующий отдел финансовой помощи указанными далее способами.
- i. Позвонив в отдел финансовой помощи пациентам ZSFG по номеру (628) 206-3275 с понедельника по пятницу с 8:00 до 11:30 и с 13:00 до 17:00.
 - ii. Позвонив в отдел обслуживания участников программы оказания услуг в области психического здоровья по номеру (888) 246-3333.

- iii. Отправив сообщения в разделе запросов финансовой помощи через учетную запись пациента на портале MyChart.
- F. При отправке заявлений по почте необходимо использовать указанные далее адреса.
 - 1. Для ZSFG:
Zuckerberg San Francisco General Hospital
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave, Building 20
San Francisco, CA 94110
 - 2. Для BHS:
BHS Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

IX. ПРОГРАММА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ

A. Требования, выполнение которых необходимо для обладания правом на участие

- i. Доход семьи пациента не должен превышать 500 % от федерального прожиточного минимума.
- ii. Квалифицированные активы семьи пациента не могут превышать 250 долларов США на момент оказания услуги. Для расчета соответствующих активов при определении права на участие в программе не должны учитываться первые десять тысяч долларов (10 000 долларов США) денежных активов пациента, а также 50 % денежных активов пациента сверх первых десяти тысяч долларов (10 000 долларов США).

B. Подтверждение дохода

- i. Пациенты должны предоставить квитанции о заработной плате за последние три (3) месяца до даты подачи заявления или заполненную налоговую декларацию за последний год для всех источников дохода.
- ii. Это необходимо для всех членов семьи, соответствующих требованиям.
- iii. Пациенты со студенческой визой могут предоставить форму I-20 в качестве подтверждения.
- iv. Пациенты, не имеющие подтвержденного источника дохода, будут признаны не соответствующими требованиям.
- v. Пациенты, активно участвующие в программе округа или штата, не охватывающей даты оказания услуг, за которые выставляется счет, могут заменить подтверждение своего дохода указанным ниже образом, чтобы претендовать на участие в программе финансовой помощи.

1. Пациенты, для которых подтверждено активное участие в программе Medi-Cal, могут заменить подтверждение дохода текущим правом на участие в программе Medi-Cal.
 2. Пациенты, для которых подтверждено активное участие в программе Healthy San Francisco, могут заменить подтверждение дохода текущим участием в программе Healthy San Francisco.
 3. Пациенты, для которых подтверждено активное участие в программе медицинского обслуживания округа (County Medical Services Program, CMSP), могут заменить доход и активы текущим правом на участие в программе CMSP.
- vi. Информация, предоставленная пациентами для подтверждения права на доход, не должна использоваться для взыскания задолженности.

С. Подтверждение активов

- i. Пациент должен предоставить подтверждение ликвидных активов для всех применимых источников средств, включая выписки с банковского или брокерского счета за предыдущие три (3) месяца с даты подачи заявления. Это необходимо для всех членов семьи, соответствующих требованиям.
- ii. Активы, которые учитываются при проверке права на участие, включают в себя денежные средства; накопительные и сберегательные счета; фонды денежного рынка; депозитные сертификаты; недвижимое имущество, которое приносит доход или не является основным местом жительства; страхование ренты или пенсии; акции, облигации; и взаимные фонды. К активам, не подлежащим учету, относятся заявления об участии в пенсионных планах или планах отсроченных компенсаций, соответствующие требованиям Закона о внутреннем налогообложении (Internal Revenue Code), или в планах отсроченных компенсаций, не дающих права на получение льгот.
 - i. Информация, предоставленная пациентами для подтверждения активов, не должна использоваться для взыскания задолженности.
 - ii. Заявления без подтверждения активов, не будут приняты к рассмотрению для участия в Программе благотворительной помощи и будут рассматриваться только для участия в Программе снижения размеров платежей.

Х. ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЛАТЕЖЕЙ

А. Требования, выполнение которых необходимо для получения права на участие

- i. Пациенты, которые признаны не имеющими права на участие в программе благотворительной помощи из-за чрезмерного дохода, избытка активов, соответствующих критериям, или неспособности предоставить подтверждение для активов, соответствующих критериям, будут оцениваться для участия в программе снижения размеров платежей.
- ii. При оценке права на участие не применяются ограничения относительно федерального прожиточного минимума (FPL) или наличия активов.
- iii. FPL семьи пациента учитывается для определения действующей скидки.
- iv. Пациенты имеют право на получение скидки от больницы, если они помогают провести проверку покрытия со стороны третьих лиц, как описано в разделе VI.E выше.

В. Подтверждение дохода

- i. Пациенты должны предоставить квитанции о заработной плате за последние три (3) месяца до даты подачи заявления или заполненную налоговую декларацию за последний год для всех источников дохода. Это необходимо для всех членов семьи, соответствующих требованиям.
- ii. Пациенты, не имеющие подтвержденного источника дохода, будут признаны не соответствующими требованиям.
- iii. Пациенты, активно участвующие в программе округа или штата, не охватывающей даты оказания услуг, за которые выставляется счет, могут заменить подтверждение своего дохода указанным ниже образом, чтобы претендовать на участие в программе финансовой помощи.
 - a. Пациенты, для которых подтверждено активное участие в программе Medi-Cal, могут заменить подтверждение дохода текущим правом на участие в программе Medi-Cal.
 - b. Пациенты, для которых подтверждено активное участие в программе Healthy San Francisco, могут заменить подтверждение дохода текущим участием в программе Healthy San Francisco.
 - c. Пациенты, для которых подтверждено активное участие в программе медицинского обслуживания округа (County Medical Services Program, CMSP), могут заменить доход и активы текущим правом на участие в программе CMSP.

- d. Информация, предоставленная пациентами для подтверждения права на доход, не должна использоваться для взыскания задолженности.

XI. РЕШЕНИЕ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

- A. Одобрение
 - i. Если окончательная сумма остатка на счете после применения скидки будет одобрена, пациенты будут уведомлены об этом в письменной форме.
 - ii. Если после применения скидки останется какая-то сумма, пациентам будет выставлен счет на оплату со скидкой.
- B. Отказ
 - i. В случае отказа пациенты будут уведомлены в письменной форме с указанием причины отказа.
 - ii. Пациентам будут выставляться счета на оплату исходной суммы.

XII. ПРОЦЕСС РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

- A. Пациенты могут подать апелляцию относительно решения о праве на участие в программе благотворительной помощи или платежных скидок в письменной форме с указанием причины подачи апелляции в течение 15 рабочих дней с момента получения решения по заявлению.
- B. Апелляции необходимо направлять по адресу:
Для ZSFG:
Zuckerberg San Francisco General Hospital
1001 Potrero Ave, Ward 15 San Francisco, CA 94110
Attention: Jenine Smith, Patient Access Manager
Для BHS:
BHS Member Services Department
1360 Mission, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103
- C. Рассмотрение причины подачи апелляции и подтверждающая проверка будут проводиться в соответствии с квалификационными требованиями для каждой программы. Может потребоваться дополнительная информация и (или) проведение проверки.
- D. О решении относительно апелляции пациенты будут уведомлены в письменном виде.

XIII. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА

- A. Пациенты оцениваются с точки зрения их возможностей оплатить любую часть платежных обязательств из собственных средств.
- B. Для пациентов, которые не исключены из участия в программе, могут действовать ограничения. Из участия в программе исключаются указанные далее категории пациентов (им будет выставлен счет на полную оплату).

- i. Пациенты, которые не проживают в США.
- ii. Пациенты, получающие услуги, для которых действует компенсация работникам или покрытие ответственности третьими лицами.
- iii. Пациенты, чьи счета были переданы в коллекторское бюро.
- iv. Пациенты, получающие услуги, на которые распространяется действие пакета ОВ или VIP-пакета.
- v. Пациенты, которые получили прямую оплату от страховой компании за услуги и не передали эту оплату Сети здравоохранения г. Сан-Франциско.
- vi. Пациенты, чьи счета были переданы подрядчику DPH, консультантам по вопросам здоровья для получения права и помощи в возмещении страховки.

XIV. ПЛАНЫ ПЛАТЕЖЕЙ

- A. Планы платежей можно получить в отделе по расчетам с пациентами службы поддержки клиентов ZSFG (Patient Accounting Customer Service Department), отделе обслуживания участников программы предоставления услуг в области психического здоровья (BHS Member Services Department) или в коллекторском бюро (Bureau of Delinquent Revenue, BDR) Управления казначейства и сбора налогов (Office of the Treasurer and Tax Collector) города и округа Сан-Франциско в зависимости от условий плана оплаты и того, в какой организации открыт счет.
- B. Пациенты могут запросить план платежей в отделе по расчетам с пациентами ZSFG или отделе обслуживания участников программы BHS, если учетные записи не были переданы в BDR и план платежей соответствует следующим параметрам:
 - a. Ежемесячные платежи должны составлять минимум двадцать долларов США (20,00 доллара США).
 - b. Продолжительность плана платежей не может превышать двенадцать (12) календарных месяцев.
- C. План платежей при участии службы поддержки клиентов (Customer Service) может быть установлен следующими способами:
 - a. Пациенты могут составить свой собственный план платежей на портале для пациентов MyChart.
 - b. Пациенты могут обратиться в службу поддержки клиентов за помощью в составлении плана платежей.
 - i. Пациенты могут отправить сообщение через свою учетную запись на портале пациентов MyChart.
 - ii. По электронной почте.
 - Для ZSFG: SFHNPatientFinancialServices@sfdph.org
 - Для BHS: BHSMemberServices@sfdph.org

iii. По телефону.

- Для ZSFG: (628) 206-8448 с понедельника по пятницу с 8:00 до 11:30 и с 13:00 до 17:00.
- Для VHS: (888) 246-3333.

- D. Пациенты, планы платежей которых просрочены, получают выписки по счетам с уведомлением о просроченных платежах и необходимости провести платеж для пополнения счета.
- E. Пациенты могут обратиться в службу поддержки клиентов с просьбой о пересмотре плана платежей, если он соответствует требованиям отдела.
- F. Счета пациентов, которые первоначально или в ходе пересмотра запросили план платежей на сумму менее двадцати долларов США (20 долларов США) в месяц или на срок более двенадцати (12) календарных месяцев, будут переданы в BDR для оказания помощи. См. Политику и процедуры взыскания задолженности в коллекторском бюро Управления казначейства и сбора налогов города и округа Сан-Франциско по просроченным доходам Больницы общего профиля и центра травматологии имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско.

ССЫЛКИ

- Закон штата 1020 «Задолженность за услуги здравоохранения и справедливое выставление счетов», 2022 год (Health Care Debt and Fair Billing 2022).
- Закон штата 532 «Политика справедливого выставления счетов в сфере здравоохранения», 2021 год (Health Care Fair Billing Policies 2021).
- Поручитель группы клинической практики UCSF, группы оказывающей бизнес-услуги / действующей в качестве медицинской группы Больницы общего профиля города Сан-Франциско / Политика и процедуры в документе AB1020.
- Политика и процедуры взыскания задолженности в Управлении казначейства и сбора налогов города и округа Сан-Франциско по просроченным доходам Больницы общего профиля и центра травматологии имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско.
- Законопроект Сената 1276 «Здравоохранение: политика справедливого выставления счетов», 2014 год (Health care: fair billing policies 2014).
- Закон штата 774 «Больницы: политика справедливого ценообразования», 2007 год (Hospitals: fair pricing policies 2007).



**ГОРОД И ОКРУГ САН-ФРАНЦИСКО
КОЛЛЕКТОРСКОЕ БЮРО УПРАВЛЕНИЯ КАЗНАЧЕЙСТВА
И СБОРА НАЛОГОВ**

**БОЛЬНИЦА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ИМЕНИ МАРКА ЦУКЕРБЕРГА
Г. САН-ФРАНЦИСКО И БОЛЬНИЦА LAGUNA HONDA
ПОЛИТИКА И ПРОЦЕДУРЫ ВЗЫСКАНИЯ ЗАДОЛЖЕННОСТИ**

Оглавление

Введение.....	3
Обзор взыскания задолженности перед больницей.....	3
Передача на взыскание задолженности.....	3
I. Рабочий процесс начала взыскания задолженности.....	3
Процесс взыскания задолженности.....	4
II. Порядок оплаты.....	5
Благотворительные программы и программы скидок больницы.....	5
Medicare, Medi-Cal и частное медицинское страхование.....	6
III. Требования к выставлению счетов за медицинское страхование.....	6
.....	6
.....	6
.....	6
.....	6
Передача требования о взыскании задолженности в вышестоящую инстанцию — судебный иск....	7
IV. Действия относительно мелких исков.....	7
V. Гражданский иск.....	8
Дополнительные коллекторские агентства.....	8
VI. Услуги третьих лиц по взысканию задолженности.....	9
Возврат средств.....	9
VII. Возврат средств от коллекторских агентств.....	9
Требования кредитора по завещанию.....	10
VIII. Дело о наследстве отсутствует.....	10
.....	10
.....	10
.....	10
Банкротство.....	11
IX. Заявленная глава о банкротстве.....	11
Регистрация права на удержания залога через апелляционную комиссию по вопросам возмещения медицинских расходов и компенсаций работникам.....	12
X. Виды претензий.....	12
XI. Типы регистрации права на удержания залога.....	13
XII. Решение в пользу пациента не принято.....	14

Введение

Коллекторское бюро (Bureau of Delinquent Revenue, BDR), подразделение Управления казначейства и сбора налогов г. Сан-Франциско (Office of The Treasurer & Tax Collector, TTX), является официальным агентством по сбору платежей для города и округа Сан-Франциско и уполномочено взыскивать просроченные и непогашенные платежи и дебиторскую задолженность сроком не менее 90 дней просрочки. BDR собирает долг от имени Департамента здравоохранения (Department of Public Health, DPH), больницы общего профиля имени Марка Цукерберга г. Сан-Франциско (Zuckerberg San Francisco General Hospital, ZSFGH) и больницы Laguna Honda (Laguna Honda Hospital, LHH). ZSFGH и LHH — это больницы неотложной помощи общего профиля, имеющие лицензию в соответствии с разделом [§1250 Кодекса здоровья и безопасности] (далее каждая именуется — Больница).

Обзор взыскания задолженности перед Больницей

В этом документе описываются общие рабочие процессы и процедуры взыскания задолженности по медицинским счетам, переданным в коллекторское бюро. В BDR есть команда старших специалистов по взысканию задолженности и два руководителя, которые управляют повседневным процессом взыскания задолженности по медицинским платежам, переданным в BDR соответствующей Больницей. Весь персонал BDR обязан проходить ежегодный процесс тестирования и сертификации в рамках Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 года (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) и политики конфиденциальности. После того, как BDR исчерпало собственные возможности по взысканию задолженности, оно заключает контракт со сторонними коллекторскими агентствами, чтобы получить помощь в этом процессе. Сторонние коллекторские агентства также соответствуют требованиям HIPAA.

BDR не будет предпринимать каких-либо действий по взысканию задолженности до истечения 180 дней с даты, когда Больница впервые выставила счет пациенту. BDR следует всем руководящим принципам ZSFGH в отношении программ благотворительной помощи и льготных выплат в соответствии с положениями Законопроекта № 774 (AB774) и 1020 (AB1020), Политики льготных выплат и благотворительной помощи DPH, Программы со скользящим тарифом округа Сан-Франциско и Политики CAP. BDR и работающие с ним коллекторские агентства не осуществляют активное взыскание задолженности после истечения срока исковой давности в соответствии с [CCP § 345], который составляет 4 года с даты оказания услуги или последнего дня платежа по соглашению о плане платежей. Кроме того, больница, BDR и коллекторские агентства не передают негативную информацию в агентства кредитной информации. Хотя мы являемся частным коллекторским агентством, мы придерживаемся принципов Закона о справедливой практике взыскания долгов (Fair Debt Collection Practices Act, FDCPA) а также всех местных, федеральных правил и привилегий штата.

Передача на взыскание задолженности

В 1-ю неделю месяца Больница отправляет счета, которые соответствуют критериям передачи на взыскание задолженности.

Это счета:

- для которых прошло 181 дней или более с даты, когда пациенту был первоначально выставлен счет за больничные услуги;
- которые включают только остаток суммы, которую должен оплатить пациент (т. е. неоплаченные доплаты, совместное страхование, франшизы);
- относительно которых было отправлено последнее уведомление Больницы, включая первоначальное уведомление в BDR.

В рамках системы контроля соответствующие счета передаются в отдел «предварительного взыскания задолженности», где они проходят оценку, чтобы гарантировать, что процесс взыскания не начнется раньше, чем через 181 день с даты первой выписки по счету, указанной в файле назначения.

I. Рабочий процесс начала взыскания задолженности

Процесс взыскания задолженности через BDR предназначен для управления всем жизненным циклом взыскания задолженности. Наши сотрудники по взысканию задолженности проходят тщательное и регулярное обучение, чтобы тактично и профессионально обслужить пациентов в ходе проведения процедур по взысканию задолженности, правильно использовать передачу дела в вышестоящие инстанции, организовать розыск должника, определить его платежеспособность, проверить банкротство и условия завещания, а также подать судебный иск.

Ia. Кампании по передаче требований о взыскание задолженности: все неоплаченные счета загружаются в наше программное обеспечение для взыскания задолженности, и им присваивается идентификатор, который обозначает, что они относятся к счетам Больницы. Система передает учетную запись коллектору и связывает вновь переданные счета с другими обязательствами этого пациента, уже присутствующими в нашей системе. В этом случае по счету начинается этап разъяснительной работы.

Ib. Общий процесс разъяснительной работы: счета ставятся в очередь, чтобы сотрудники могли начать разъяснительную работу. BDR отправляет первоначальное уведомление о взыскании задолженности вместе с копией оригинального заключительного уведомления, переданного Больницей пациенту, в соответствии с разделом 127425(e) Кодекса здравоохранения и безопасности штата California. В первоначальном уведомлении BDR о взыскании задолженности будет указано, что BDR будет ждать не менее 180 дней с даты, когда пациенту был первоначально выставлен счет за больничные услуги, прежде чем подавать иск, и что BDR не будет передавать неблагоприятную информацию в кредитное агентство. Пациенту дается 30 дней на ответ, который может представлять собой запрос на подтверждение задолженности, полную оплату остатка, запрос на заключение соглашения о плане платежей или обсуждение других вариантов решения этой проблемы. Если получен запрос на подтверждение задолженности, пациенту предоставляется подробная справка и (или) подписанная форма условий приема, если таковая имеется.

Если ответ от пациента не поступил, и не были приняты соответствующие меры для урегулирования оплаты счета (например, соглашение о плане платежей), то пациенту будет отправлено окончательное уведомление. Одновременно будут предприняты попытки связаться с ним по электронной почте и телефону. Если в какой-то момент письмо вернется, как не доставленное, наши сотрудники проведут комплексный розыск должника, чтобы найти контактную информацию пациента. Если у нас отсутствует контакт с пациентом, мы продолжим заниматься переходом к следующему этапу процесса взыскания задолженности.

Обзор процессов начала взыскания задолженности и разъяснительной работы



Процесс взыскания задолженности

Процесс взыскания задолженности включает в себя другие распространенные методы взыскания задолженности, в том числе автоматический набор номера, розыск должника, определение условий оплаты и судебные иски. Кроме того, мы подаем обоснование претензий в делах о банкротстве, исках кредиторов, в делах о наследстве, исках по мелким суммам и связанных с ними взысканиях после вынесения решения, а также залоговом удержании в делах о претензиях третьих лиц. Пациенты также могут проверить свое право на участие в благотворительных и дисконтных программах, которые предоставляет больница.

II. Порядок расчетов

После установления контакта с пациентом BDR требует немедленной выплаты всей суммы задолженности. Для пациентов, которые не могут выплатить полную сумму, сотрудников обучают собирать информацию и определять, можно ли достичь соглашения об оплате.

Па. Оценка платежеспособности: пациента опрашивают о его финансовом положении. Сотрудник предложит пациенту заполнить форму финансового подтверждения. Пациент должен предоставить подтверждающую документацию в течение 30 дней с даты обращения. Когда вся документация будет готова, сотрудник окончательно подтвердит возможность оценки платежеспособности. В случае одобрения сотрудник согласуют схему оплаты, соответствующую ситуации пациента.

Пб. Подготовка соглашения об оплате: пациенту необходимо подписать соглашение о плане платежей, чтобы начать последний этап создания соглашения. Пациенту ежемесячно предоставляется уведомление с напоминанием, которое отправляется за 15 дней до следующего платежа по соглашению. В случае неисполнения обязательств пациенту будет предоставлена возможность исправить ситуацию и возобновить договоренности.

Порядок оплаты — общий график разъяснительной работы

Дни мероприятий	Действие	Триггер	Название уведомления	Описание уведомления
1	Активирован план платежей	Соглашение подписано	Письмо с планом платежей	Подтверждение договоренностей
за 15 дней до даты платежа	Отправка напоминания		Письмо с ежемесячным отчетом по счету	Ежемесячный отчет по счету
30	Срок оплаты			
30 дней после даты платежа (60-й день)	Отправка напоминания о плане платежей	Оплата не получена	Письмо-напоминание о плане платежей	Платеж (-и) не выполнен (-ы)
90	Отправка уведомления о неисполнении обязательств	Оплата не получена	Письмо о неисполнении обязательств по плану платежей	Уведомление об отмене плана платежей за 30 дней
105	Звонок вежливости или электронное письмо	Оплата не получена		

Платежи по медицинским счетам являются беспроцентными. Соглашение может быть скорректировано в зависимости от изменений финансового положения пациента, например, если у пациента снизился доход или был определен другой источник платежей (например, страховка или пациент подал иск против третьей стороны).

Благотворительные программы и программы скидок DPH

В рамках процесса сбора средств BDR будет проверять пациентов на участие в программах благотворительной помощи и снижения размеров платежей, предлагаемых DPH. Наши коллекторы проверят систему выставления счетов Больницы, чтобы получить обновленную информацию о статусе счета. Если пациент получил право на участие в одной из этих программ, BDR также скорректирует сумму, чтобы пациенту был выставлен соответствующий счет. После установления контакта с пациентом сотрудники используют данные программ благотворительной помощи или снижения размеров платежей DPH для оценки платежеспособности. Финансовая информация, полученная в ходе такой оценки, не будет использоваться BDR или коллекторскими агентствами для взыскания задолженности. Пациенты будут проверяться на их соответствие условиям следующих политик сокращения остатка и программ финансовой помощи BDR:

- Политика выставления счетов CAP (Политика CAP);
- Программы благотворительной помощи и снижения размеров платежей DPH;
- Программа со скользящим тарифом округа Сан-Франциско (Скользящий тариф).

Конкретные критерии для этих программ см. в Правилах и процедурах программы благотворительной помощи и снижения размеров платежей DPH (DPH Charity Care and Discount Payment Program Policies & Procedures).

Medicare, Medi-Cal и частное медицинское страхование

Если Больница обнаружит информацию о медицинском страховании, или пациент предоставит такую информацию, BDR может приостановить действие счета и согласовать с Больницей подачу иска страховщику о выплате. Сотрудники прошли обучение по выставлению счетов за медицинское страхование и будут работать с пациентом, чтобы получить информацию, необходимую Больнице для подачи иска в страховую компанию пациента (или в страховую компанию третьих лиц — см. раздел «Претензии к третьим лицам»). Если счет будет оплачен пациентом, страховая компания BDR будет требовать только ту сумму, которая определена с учетом ответственности пациента (т. е. доплата, франшиза, совместное страхование, доля стоимости).

III. Требования к выставлению счетов в рамках медицинского страхования

Для выставления счета в рамках медицинского страхования пациент должен предоставить доказательство покрытия на момент оказания услуги и подтверждение того, что его страховка включает в себя вид оказанных ему медицинских услуг. Если дата счета находится в пределах срока своевременной подачи заявки, который варьируется в зависимости от страховой компании и (или) типа страхового плана, сотрудник получает необходимые документы, которые предоставляются в Больницу для подачи претензии. Если пациент предоставляет информацию о медицинском страховании после истечения срока своевременной подачи заявки, то ему необходимо приложить письменное подтверждение от своей страховой компании о том, что она примет и обработает претензию по истечении такого срока. В большинстве случаев мы требуем от пациента предоставления одного или нескольких документов из перечисленных ниже:

- копия карты медицинского страхования;
- документ о льготах, в котором указаны период и тип покрытия;
- если применимо, письмо от страховой компании, подтверждающее, что она примет претензию, срок подачи которой истек.

Если пациент не может приложить подтверждение страхового покрытия, или предоставляет страховую информацию после окончания периода своевременной подачи заявки, ему будет выставлен счет на полную сумму полученных услуг. В этом случае пациент не будет иметь права на уменьшение остатка в соответствии с политикой CAP, а также программой со скользящим тарифом, программой благотворительной помощи или программой снижения размеров платежей DPH. Если пациент сотрудничает со своей медицинской страховой компанией в вопросах обеспечения страхового покрытия, сотрудник может предоставить ему дополнительное время и дать копию подробного заявления, чтобы помочь в получении оплаты по страховке.

IIIa. Medi-Cal. Если пациент является участником программы Medi-Cal, BDR или Больница могут подтвердить покрытие на период обслуживания на срок до 1 года с даты оказания услуги. Если срок подачи счета еще не истек, BDR координирует свои действия с Больницей для подачи претензии в Medi-Cal. Если тип покрытия включает в себя полученные услуги, но у пациента истек срок подачи заявки или прошел год, предусмотренный для проверки, мы потребуем от пациента предоставить доверенность (или форму MC-180), которая подтверждает период покрытия. В зависимости от типа страхового покрытия пациенту не потребуется оплачивать самостоятельно часть расходов, и счет может быть погашен.

IIIb. Medicare: если пациент является участником программы Medicare, и дата счета находится в пределах срока своевременной подачи заявки, BDR скоординирует свои действия с Больницей, чтобы подать запрос на оплату. Если тип покрытия включает в себя полученные услуги, но истек срок подачи заявки, мы попросим пациента предоставить подтверждение покрытия, которое должно включать в себя тип и период покрытия Medicare. Если покрытие подтверждено, пациенту не потребуется оплачивать самостоятельно часть расходов, и счет может быть погашен.

IIIc. Травмы, связанные с работой, и страховое покрытие: если пациент указывает, что лечение было связано с травмой, полученной во время выполнения работы, и что его работодатель обязан оплатить оказанную медицинскую помощь, мы потребуем предоставить информацию от службы страхования работников. BDR координирует подачу заявления в службу страхования работников. Если страховая компания одобрит требование об оплате, пациенту потребуется оплатить только свою долю расходов, если это применимо. Если претензия отклонена (т. е. полученная травма не признана производственной травмой), пациенту будет выставлен счет на максимальную сумму, установленную политикой CAP DPH.

Выставление счетов за медицинское страхование — общий рабочий процесс взыскания задолженности



Передача требования о взыскании задолженности в вышестоящую инстанцию — судебный иск

Если по истечении 180 дней с момента начала взыскания задолженности пациент не ответил на попытки BDR взыскать задолженность, или она не была погашена, BDR приступает к рассмотрению других вариантов взыскания задолженности пациента. BDR проводит комплексные исследования для поиска доходов, недвижимости и других финансовых активов. Если результаты показывают, что лучшим вариантом действий является получение судебного решения, например, если пациент, который не реагирует на запросы, имеет достаточно средств для оплаты или владеет активами, потенциально подходящими для выплаты, BDR может подать иск в суд мелких тяжб или, если причитающаяся сумма является существенной, гражданский иск. BDR также может подать иск в суд при других обстоятельствах, включая обеспечение долга судебным решением в рамках срока исковой давности.

IV. Действия в отношении мелких исков

Сотрудники BDR знают, как подавать иски в суд мелких тяжб. Прежде чем подать иск, BDR отправляет пациенту письмо с окончательным требованием, в котором четко указывается, что мы намерены подать иск, чтобы дать пациенту последнюю возможность связаться с BDR для урегулирования вопросов, связанных с непоплаченным счетом. Если пациент не оплачивает счет или не отвечает на это требование, назначенный сотрудник подает иск, согласует работу с пациентом в сроки, установленные судом, и активно добивается вынесения решения на слушании (независимо от наличия или отсутствия возражений ответчика). В поданном иске BDR будет ссылаться на все части раздела 1788.185 Гражданского кодекса.

IVa. Слушание дела: в спорных случаях сотрудник встречается с пациентом, который на момент встречи все еще может заключить соглашение о плане платежей или пройти проверку на соответствие требованиям программ благотворительной помощи или снижения размеров платежей DPH. Пациенту необходимо будет оплатить обработку на сервере в дополнение к сумме задолженности по счету. Любое соглашение, заключенное между коллектором и пациентом, вносится в протокол суда с целью получения решения в случае, если пациент не выполнит условия оплаты или не будет соответствовать требованиям программы благотворительной помощи или снижения размеров платежей DPH. Коллектор будет присутствовать на заседании для рассмотрения прогресса по делу, чтобы предоставить суду обновленную информацию.

IVb. Взыскание задолженности после вынесения решения: если BDR получит решение после окончания периода апелляции и решение станет окончательным, сотрудник приступит к действиям по взысканию задолженности после вынесения решения. Такие действия включают в себя подачу и регистрацию краткого изложения сути судебного решения, наложения ареста на заработную плату, банковские сборы, постановления о проведении экспертизы, перехват выплаты налоговых возмещений или выигрыша в лотерею, а также другие варианты взысканий при исполнении судебных решений, разрешенные законом. После получения решения пациент по-прежнему может заключить соглашение о плане платежей. Если такое соглашение будет одобрено, действия по взысканию задолженности после вынесения решения будут приостановлены. Согласно решениям начисляются проценты по разрешенной законом ставке, и они подлежат взысканию в течение 10 лет. Если решение не будет удовлетворено, BDR может продлить действие решения на срок до 30 лет. Как только решение будет удовлетворено, BDR подаст заявление об удовлетворении решения и предоставит его копию пациенту.

V. Гражданский иск

BDR может передать неоплаченные счета на большую сумму в юридический отдел Управления казначейства и сбора налогов для рассмотрения гражданского иска. Обычно ситуация требует передачи требования о взыскании задолженности в вышестоящую инстанцию, когда медицинская страховая компания отправила платеж непосредственно пациенту, а пациент решил не передавать этот платеж в Больницу (незаконное присвоение средств). Перед подачей иска пациенту отправляется требование об оплате, чтобы дать ему последнюю возможность принять соответствующие меры для урегулирования вопроса с оплатой счета. В иске, поданном юридическим отделом, ТТХ будет ссылаться на все части раздела 1788.185 Гражданского кодекса. Судебные издержки по иску включаются в судебное решение и взыскиваются с пациента. Когда будет вынесено решение по гражданскому иску, BDR предпримет необходимые действия по взысканию задолженности.

Передача требования о взыскании задолженности в вышестоящую инстанцию — судебный иск: общий рабочий процесс



Дополнительные коллекторские агентства

Из-за большого объема счетов в работе BDR заключает контракты со сторонними коллекторскими агентствами, которые имеют опыт взыскания муниципальных долгов, в том числе долгов за медицинские услуги окружных больниц. Счета с небольшой суммой или счета, по которым BDR исчерпало возможности по взысканию задолженности, могут передаваться сторонним агентствам для дополнительных действий по взысканию задолженности. Агентства также придерживаются требований и правил, установленных объемом работ по контракту, при администрировании коллекторских услуг, и проводят взыскание задолженности только в течение срока исковой давности. В рамках требований к обработке счетов мы ссылаемся на них, и агентства не сообщают о счетах в кредитные бюро.

VI. Услуги третьих лиц по взысканию задолженности

Поскольку BDR является официальным агентством по взысканию задолженности в городе и округе Сан-Франциско и представляет собой независимое агентство, коллекторские агентства, работающие по

контракту, являются вторичными по отношению к заданиям, которые им поручает BDR, и оказывают дополнительные услуги по взысканию задолженности. В рамках своих соглашений с коллекторскими агентствами BDR требует, чтобы такие агентства придерживались данной политики и процедуры взыскания задолженности в пользу Больницы. Эти услуги включают в себя розыск должника, исследование активов, стандартные действия по взысканию задолженности, такие как отправка уведомлений, звонки для взыскания задолженности, рассылка электронных и текстовых сообщений, а также подачу судебных исков в соответствующих случаях. При работе с медицинскими счетами и программами социальной помощи, в частности с уведомлениями, которые определяют приоритет возмещения и устанавливают механизм оплаты, коллекторские агентства следуют той же процедуре, что и BDR, описанной в разделе II выше. Коллекторские агентства также координируют свои действия с BDR в вопросах выставления счетов по медицинской страховке пациента в случае, если они получают достаточную информацию для подачи иска в страховую компанию пациента. Если сотрудники агентства считают, что подача иска является лучшим решением для взыскания задолженности, перед дальнейшими действиями агентство получает одобрение от BDR.

VIa. Разъяснительная работа по медицинским счетам: после того, как счета переданы в коллекторское агентство, действия с ними приостанавливаются до момента получения копии окончательного уведомления из Больницы. Как только такая копия будет получена, агентство отправит пациенту окончательное уведомление из Больницы вместе со своим первым уведомлением. Коллекторское агентство дает пациенту 30 дней на то, чтобы запросить подтверждение задолженности. При получении запроса на подтверждение коллекторские агентства координируют свои действия с BDR для получения необходимой документации, которая предоставляется пациенту.

VIb. Порядок расчетов: в отношении медицинских счетов, коллекторские агентства предлагают разные механизмы оплаты, чтобы помочь пациентам погасить просроченный счет. В случае неисполнения обязательств агентства предоставляют пациенту возможность сохранить договоренности, исправив ситуацию. Агентства отправляют пациенту уведомление или звонят по телефону, пытаясь убедить его выплатить просроченную сумму. Если пациент не решает проблему с невыполнением обязательств в течение 90 дней, агентство аннулирует соглашение об оплате и будет добиваться возмещения полной суммы. В некоторых случаях агентства могут погасить задолженность пациента с одобрения BDR.

VIc. Возврат средств: процедуры для этого случая см. в разделе «Возврат средств BDR» ниже.

Возврат средств

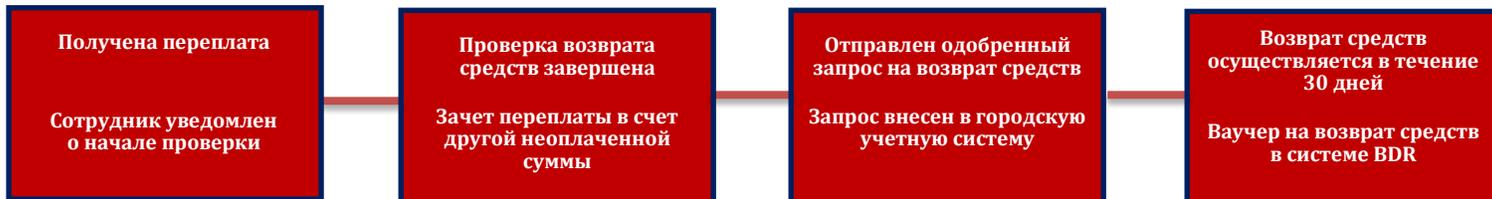
Если пациент заплатил больше положенной суммы, BDR осуществит возврат средств в течение 30 дней с даты переплаты, если у пациента нет других задолженностей. Сотрудник проведет тщательную проверку в системе BDR, чтобы убедиться в отсутствии других непогашенных сумм. Если у пациента обнаружится задолженность по другому счету, переплата будет сначала отнесена к этому счету. Если после переплаты пациент остается должным определенной суммой, возврат средств не производится. Все результаты проверки возврата средств документируются в системе BDR. Если у пациента нет других непогашенных остатков, сотрудник заполняет форму запроса на возврат средств, предоставляет необходимую подтверждающую документацию, получает одобрение руководителя, а затем отправляет утвержденный запрос в отдел обработки счетов BDR.

VII. Возврат средств от коллекторских агентств

Коллекторские агентства сначала зачисляют любую переплату в счет любой другой непогашенной задолженности пациента. Если все долги полностью погашены, агентство переведет переплату в BDR в течение 10 рабочих дней с момента получения. Собранные агентством средства передаются в BDR еженедельно путем банковского перевода с прилагаемым платежным файлом. В платежном файле суммы переплат помечены идентификационным кодом, и после предоставления файла возвраты распределяются по приоритету и обрабатываются в течение 30 дней с даты платежа, указанной в файле. Сотрудники отдела обработки счетов BDR будут координировать свои действия с коллекторами для проверки подсистемы на предмет наличия других непогашенных обязательств. Если непогашенные обязательства не обнаружатся, сотрудник будет действовать в соответствии с описанными выше процедурами возврата средств.

VIa. Выплата процентов при возврате средств: при возврате суммы, превышающей 5 долларов США, будут выплачиваться проценты по ставке 10 % годовых в соответствии с действующими положениями раздела 685.010 Гражданского процессуального кодекса штата Калифорния, включая возможные поправки.

Возврат средств BDR: общий рабочий процесс



Требования кредитора по завещанию

Если пациент скончался и не оплатил счета больницы, наши сотрудники проверяют, есть ли у пациента активное дело о завещании, поданное в суд первой инстанции. Если активное дело есть, и продолжается период подачи BDR иска кредитора по завещанию, то сотрудник выполнит перечисленные ниже действия.

- Подтвердит, что мы действуем в рамках срока для подачи иска (4 месяца с даты назначения исполнителя или личного представителя или 60 дней с момента направления кредиторам административного уведомления, в зависимости от того, какая дата наступит позже).
- Отправит требование кредитора, в котором будут указаны все обязательства пациента перед BDR, включая счета за медицинские услуги Больницы.
- Отправит запрос на специальное уведомление.
- Запланирует проверку счета каждые 30 дней, чтобы отслеживать ход распределения имущества, при необходимости обратится к управляющему недвижимостью.

Если медицинская страховка пациента остается действительной, сотрудник продолжит координировать свои действия с Больницей для обработки претензии. Требование кредитора будет изменено по мере необходимости с учетом любых полученных страховых выплат или корректировок, внесенных в счет, таким образом в это требование будет включена только та сумма, за которую пациент должен был бы нести ответственность. В зависимости от стоимости имущества BDR может при необходимости пойти на компромисс по иску. После удовлетворения требования кредитора BDR подает Отзыв запроса на специальное уведомление.

Если управляющий имуществом не оплатит сумму согласно требованию кредитора, BDR примет меры для получения от него причитающейся оплаты, включая передачу счета в юридический отдел ТТХ. Если управляющий отклонит требование кредитора, BDR передаст вопрос на рассмотрение в юридический отдел ТТХ. Юридический отдел ТТХ ответит на отказ соответствующим образом и проконсультирует BDR по поводу дальнейших действий.

VIII. Дело о наследстве отсутствует

Если в суде первой инстанции не возбуждено дело о наследстве, сотрудник проведет исследование, чтобы проверить факт наличия у пациента пережившего (-ей) супруга (-и) или поручителя (т. е. родителя несовершеннолетнего ребенка) для продолжения взыскания задолженности. Если у пациента нет пережившего (-ей) супруга (-и) или отсутствуют активы, управление которыми осуществляется в судебном порядке по наследству, BDR тщательно задокументирует систему сбора средств и аннулирует счета. Отказ от выплаты является эквивалентом списания счета как безнадежного.

Требования кредитора по завещанию: общий рабочий процесс взыскания задолженности



Банкротство

Если пациент подал заявление о банкротстве, BDR приостанавливает все действия по взысканию задолженности, чтобы выполнить требование об автоматическом приостановлении из-за банкротства. Даже если счет Больницы создан после подачи заявления, BDR будет соблюдать это условие, поскольку заявитель может внести изменения в заявление, включив в нее счета Больницы. Мы требуем, чтобы пациент предоставил контактную информацию своего адвоката по банкротству. Если у пациента нет адвоката, мы, как минимум, потребуем от него предоставить номер дела. Во время приостановки BDR не будет отправлять какие-либо уведомления или звонить пациенту, но будет отвечать на входящие запросы от пациента, уполномоченного представителя или юрисконсульта пациента. BDR расследует дело о банкротстве в системе Pacer. В соответствующих случаях, BDR предоставит подтверждение иска (Proof of claim, POC) по всем долгам, неоплаченным заявителем (пациентом), и будет следить за ходом дела в отношении последующих шагов. При необходимости представители юридического отдела ТТХ могут присутствовать на собрании кредиторов 341.

IX. Подано заявление о банкротстве

BDR может или не может предоставить подтверждение иска, и это обычно определяется поданным заявлением или конкретными уведомлениями, полученными в ходе банкротства. Чаще всего в практике BDR встречаются главы 7, 11 и 13. Если пациент подал заявку согласно главе 13 (план погашения) или главе 11 (реорганизация — обычно подается для предприятий), то мы подаем подтверждение иска и ждем, пока доверительный управляющий распределит платеж среди кредиторов, включая BDR. Могут иметься и другие долги с более высоким приоритетом, чем счета больницы, особенно если они не обеспечены судебным решением, поэтому оплата может проводиться не сразу, так как в первую очередь выплачиваются приоритетные долги. Если пациент подал заявку на защиту от банкротства в соответствии с главой 7 об отсутствии активов (ликвидация активов), BDR не может предоставить подтверждение иска, поскольку нет активов, подлежащих ликвидации. Если позже выясняется, что у пациента есть активы, которые могут быть ликвидированы, суд по делам о банкротстве обычно направляет уведомление кредиторам. В это время BDR может предоставить подтверждение иска.

IXa. Отказ от дела: пока дело находится в стадии рассмотрения и вынесения решения, BDR будет следить за его ходом. В течение этого периода активные действия для взыскания задолженности проводиться не будут. Если дело будет прекращено, что может произойти по ряду причин, BDR может возобновить стандартный процесс взыскания задолженности. Пациент все еще может иметь возможность повторно подать заявление о банкротстве. Если он это сделает, то BDR приостановит действия по взысканию задолженности в связи с приостановкой судопроизводства.

IXb. Прекращение обязательств: хотя некоторые задолженности, обрабатываемые BDR, не могут быть погашены в случае банкротства, больничная задолженность подлежит погашению. Если суд прекращает действие обязательств, пациент освобождается от ответственности. Сотрудник обязан тщательно задокументировать результаты дела о банкротстве в записях о счетах и присвоить соответствующим счетам код, который указывает на прекращение обязательств из-за банкротства. Код прекращения обязательств пометит счета как безнадежные, а остаток будет списан в убыток.

Таблица действий при банкротстве относительно больничных счетов

Действия и ответ BDR	Глава 7	Глава 11	Глава 13	Возобновление действий по взысканию задолженности
Автоматическая приостановка	X	X	X	Нет
Предоставление подтверждения иска*		X	X	Нет
Отслеживание дела	X	X	X	Нет
Отказ				Да
Прекращение обязательств				Нет

Подтверждение иска согласно главе 7 предоставляется в случае получения уведомления об активах от суда по делам о банкротстве.

Регистрация права на удержание залога через апелляционную комиссию по вопросам возмещения медицинских расходов и компенсаций работникам

Если пациент воспользовался медицинскими услугами Больницы в результате несчастного случая с потенциальной ответственностью третьей стороны (автомобильная авария является наиболее распространенным примером), он может подать иск к третьей стороне о возмещении ущерба, и ему может быть назначено возмещение ущерба в качестве компенсации. В соответствии с разделом 124.5 (а) — (f) Кодекса здравоохранения Сан-Франциско право на удержание залога прилагается к судебному решению, вынесенному в пользу пациента, и BDR будет иметь право взыскать сумму, подлежащую оплате по счетам больницы, связанным с этим инцидентом. Если пациент утверждает, что травмы были получены во время выполнения им функций, связанных с работой, и подает иск в Апелляционную комиссию по компенсациям работникам (Worker’s Compensation Appeals Board, WCAB), BDR подает заявление на удержание залога по этому иску, которое прилагается к возмещению (если таковое имеется), назначенному пациенту. Из-за суммы, времени и сложности рассмотрения таких претензий, включая случаи, когда у пациента также есть медицинская страховка для этих услуг, BDR может потребоваться предпринять ряд действий, некоторые из которых описаны ниже, чтобы защитить интересы и возможности Больницы получать оплату за медицинские услуги, относящиеся к ответственности пациента.

X. Виды претензий

Пациент может подать один из нескольких типов претензий, в результате которых Больница получит оплату за оказанные услуги. Пока эти претензии активны, пациент не сможет участвовать в программах благотворительной помощи или снижения размеров платежей DPH, а также не будет считаться соответствующим требованиям Политики CAP. Если пациент не получает компенсацию, в это время он может быть проверен на предмет участия в этих программах или соответствия требованиям Политики CAP. При заключении мирового соглашения ожидается, что пациент полностью оплатит больничные счета, связанные с инцидентом, или, если платежа недостаточно для покрытия всех медицинских услуг и других расходов, связанных с претензиями, договорится о компромиссе с BDR. Ниже перечислены наиболее распространенные претензии, с которыми сталкивается BDR.

- **Претензия одной стороны.** В качестве примера претензии одной стороны можно привести подачу пациентом иска в свою компанию по автострахованию. Поскольку в этом иске не участвует третья сторона, BDR не может зарегистрировать право на удержание залога на какой-либо платеж, выплаченный пациенту. Сотрудник продолжит стандартные действия BDR по взысканию

задолженности, описанные в разделе II выше.

- **Претензия к третьей стороне.** Это наиболее распространенный вариант. Пациент подает иск об ответственности третьей стороны в компанию по автострахованию. BDR будет иметь возможность зарегистрировать право на удержание залога.
- **Претензия WCAB:** пациент подает иск в WCAB по разным причинам, наиболее распространенной из которых является то, что работодатель пациента не имел достаточного страхового покрытия для оплаты медицинских услуг за травмы, связанные с работой, или он не согласен с тем, что травмы пациента связаны с работой. WCAB будет определять степень ответственности и любые компенсации. Этот порядок действий не ограничивает пациента получением компенсации только через WCAB. Пациент также может подать гражданский иск против своего работодателя. BDR будет иметь возможность зарегистрировать право на удержание залога как по гражданскому иску, так и по иску WCAB.

XI. Виды регистрации права на удержание залога

В зависимости от типа претензий и/или действий пациента, BDR будет регистрировать право на удержание залога для этих претензий или судебных исков, чтобы защитить интересы города. Сумма залога будет включать только сумму, определенную как ответственность пациента и связанную с инцидентом. Наиболее распространенными залогами, подаваемыми BDR, являются:

XIa. Страховое залоговое удержание (Insurance Lien, IAL). Как только BDR обнаружит страховую претензию в отношении третьей стороны, BDR уведомит страховую компанию о залоговом удержании. Информация о залоговом удержании направляется непосредственно в страховую компанию третьей стороны, как правило, на рассмотрение назначенного оценщика страховых убытков. Пациент может иметь или не иметь адвоката, представляющего его интересы, поэтому BDR обычно ведет переговоры об урегулировании залогового удержания с оценщиком страховых убытков. Нам либо отправляют отдельный платеж на согласованную сумму для погашения залогового удержания, либо нас указывают в качестве получателя платежа в чеке. Если нас указывают в качестве получателя платежа, BDR попросит пациента подписать подтверждение его обязательства оплатить залоговое удержание и подтвердить чек, чтобы пациент мог внести его на счет, а затем произвести платеж в пользу BDR.

XIb. Подтверждение медицинского залогового удержания (Acknowledgement of Medical Lien, AML): если пациента представляет адвокат для рассмотрения иска к третьей стороне, BDR получит письменное представление и разрешение, соответствующее требованиям HIPAA, на раскрытие информации и обсуждение залога с адвокатом пациента. AML можно отправить в дополнение к IAL, если третья сторона имеет покрытие по автострахованию. Если пациент согласен урегулировать претензию, BDR потребует оплату в полном объеме или договорится о залоге в зависимости от суммы, назначенной пациенту.

XIc. Иск подан в суд первой инстанции. Залоговое удержание для возмещения медицинских расходов (Medical Reimbursement Lien, ML): если пациент решит подать иск в суд первой инстанции, BDR подаст заявление о залоге на возмещение медицинских расходов по делу и будет вести дела с соответствующими сторонами. ML может быть подан в дополнение к IAL и (или) AML. Часто эти дела могут проходить через различные процедуры досудебного решения, такие как посредничество, конференции по урегулированию или арбитраж. Юридический отдел ТТХ будет готов по мере необходимости представлять BDR (как заявителя залога) и решать любые вопросы, касающиеся залога. Как только решение по делу будет принято, BDR обсудит оплату залога с адвокатом пациента.

XId. Претензия, поданная в WСAB — регистрация права на удержание залога через апелляционную комиссию по вопросам возмещения медицинских расходов и компенсаций работникам (Workers Comp Appeal Board, WCC): если пациент подает иск в WСAB, BDR регистрирует право на удержание залога и ведет дела со всеми сторонами. Если пациент также предъявляет иск к третьей стороне, BDR также выставит другие применимые залоговые права, как описано выше. Подобно гражданским делам, поданным в суд первой инстанции, WСAB также проводит досудебные разбирательства, на которых по мере необходимости будет присутствовать представитель юридического отдела ТТХ, чтобы представлять BDR и решать любые вопросы, касающиеся залогового удержания. Как только решение по делу будет принято, BDR проведет переговоры об оплате залога.

XII. Решение в пользу пациента не принято

Может быть установлено, что пациенту не причитается компенсация. Например, если будет установлено, что пациент виновен, имеет высокую степень вины в несчастном случае, не предоставил необходимые документы для вынесения решения по иску или установлено, что травмы не связаны с работой, то пациент может не получить компенсацию. Если пациент не получит компенсацию, BDR потребует подтверждения того, что решение по претензии принято, и компенсация не назначена. После получения подтверждения стандартный процесс взыскания задолженности возобновится. Затем пациент может быть проверен на соответствие требованиям программ благотворительной помощи или снижения размеров платежей DPH и (или) на возможность применения к его счетам политики CAP.

Таблица действий в отношении залоговых удержаний третьих лиц и WСAB

	Страхование пациентов только по претензиям одной стороны	Страховая претензия к третьим лицам	Подан гражданский иск	Подана заявка в Апелляционную комиссию по выплатам работникам	Возобновление действий по взысканию задолженности
Залог не отправлен	X				Да
Отправка IAL*		X	X		
Отправка AML*		X	X		Нет действий, пока претензия активна; никакого взыскания, если выплачена компенсационная выплата и залоговое удержание
Отправка ML*		X	X		
Отправка WCC*				X	Если травмы будут признаны производственными, взыскание будет применяться к требованию возмещения у ответственной стороны.

* Эти действия могут происходить одновременно, то есть, если возбуждено гражданское дело и дело в WСAB, в обоих исках будет присутствовать залоговое удержание; или, если иск переходит в гражданский иск, заявление на залоговое удержание будет подаваться в каждом случае.

По любым вопросам обращайтесь в BDR по адресу ttx.bdr@sfgov.org.

Заголовок: поручитель/AB1020	Политика и процедуры	Политика №: 1.21
Стр.: 21		Дата вступления в силу:
Подразделение: группа клинической практики UCSF, группа оказывающая бизнес-услуги / действующая в качестве медицинской группы SFGH		Утверждено: Менеджер отдела
Отдел: служба поддержки клиентов		Заменяет политику:
		Дата: 22.06.2022

В документе AB1020, связанном с медицинскими услугами, сказано указанное далее.

(B) Письменная политика в отношении выплат со скидкой также должна включать заявление о том, что врач скорой помощи, как это определено в разделе 127450, который оказывает неотложную медицинскую помощь в больнице, которая оказывает неотложную помощь, также обязан по закону предоставлять скидки незастрахованным пациентам или пациентам с высокими медицинскими расходами, которые находятся на уровне или ниже 400 процентов от федерального уровня бедности. Настоящее заявление не должно быть истолковано как заявление, которое налагает на больницу какие-либо дополнительные обязательства.

В политику SFGH Medical Group ранее были внесены поправки, чтобы привести ее в соответствие с политикой благотворительной деятельности AB774 ZSFG. Требования нашей текущей политики превосходят требования AB1020. В частности, наша политика основана на том, что % от федерального уровня бедности определяется финансовыми консультантами ZSFG. После того, как пациент получил право на благотворительную помощь в ZSFG, SFGH Medical Group применяет скидки в зависимости от финансовых потребностей пациента по ставкам, указанным в следующей таблице.

Диапазон FPL	Ответственность пациента	Корректировки медицинской группы SFGH
0–138 % FPL	0 %	100 % от баланса поручителя
139–200 % FPL	20 % от баланса поручителя	80 % от баланса поручителя
201–350 % FPL	25 % от баланса поручителя	75 % от баланса поручителя
351–500 % FPL	30 % от баланса поручителя	70 % от баланса поручителя
501–700 % FPL	35 % от баланса поручителя	65 % от баланса поручителя
701–1000 % FPL	40 % от баланса поручителя	60 % от баланса поручителя
1001 % + FPL	45 % от баланса поручителя	55 % от баланса поручителя