

## ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER

### นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน มีผลใช้ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2017

#### นโยบาย/หลักการ

นี่คือนโยบายของ St. Vincent's Medical Center ("องค์กร") เพื่อรับรองถึงหลักปฏิบัติในทางสังคมเพื่อการช่วยเหลือแบบฉุกเฉินหรือตามความจำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ที่สถานประกอบการขององค์กร นโยบายนี้ได้รับการออกแบบเป็นพิเศษเพื่อเน้นย้ำถึงคุณสมบัติการได้รับสิทธิความช่วยเหลือทางการเงิน สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและต้องได้รับการดูแลรักษาจากองค์กร

1. ความช่วยเหลือทางการเงินทั้งหมดจะต้องสอดคล้องกับพันธหน้าที่ของเราและความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคลและการคำนึงถึงประโยชน์ต่อส่วนรวม ความห่วงใยที่เรามีเป็นพิเศษและความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับบุคคลที่ประสบภาวะยากจน และกลุ่มบุคคลด้อยโอกาสอื่น ๆ และพันธหน้าที่ของเราต่อความยุติธรรมในการจัดสรรและการช่วยเหลือเกื้อกูล
2. นโยบายนี้จะมีผลใช้กับบริการฉุกเฉินและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ขององค์กร รวมถึงบริการจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพเชิงพฤติกรรมที่เราได้ว่าจ้างไว้ นโยบายนี้จะไม่มีผลใช้กับการจัดการชำระเงินสำหรับขั้นตอนวิธีการทางเลือกหรือการดูแลรักษาแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การดูแลรักษาฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นทางการแพทย์
3. รายชื่อผู้ให้บริการที่ครอบคลุมอยู่ในนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน จะเป็นบัญชีรายชื่อผู้ให้บริการใด ๆ ที่ให้การดูแลรักษาภายในสถานประกอบการต่าง ๆ ขององค์กรซึ่งจะระบุไว้ว่าที่แห่งใดอยู่ภายใต้นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน และแห่งใดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ความครอบคลุม

#### คำจำกัดความ

ให้ถือใช้คำจำกัดความดังต่อไปนี้เพื่อวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้:

- **"501(r)"** หมายถึงมาตรา 501(r) ของประมวลกฎหมายเงินได้ภายในและระเบียบข้อบังคับที่ประกาศใช้ภายใต้ประมวลกฎหมายดังกล่าว
- **"จำนวนเงินที่ออกบิลโดยทั่วไป (Amount Generally Billed)"** หรือ **"AGB"** จะหมายถึงจำนวนเงินที่ออกบิลโดยทั่วไปสำหรับการดูแลรักษาแบบฉุกเฉินหรือที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ให้แก่บุคคลที่มีประกันสุขภาพครอบคลุมการดูแลรักษาดังกล่าว
- **"ชุมชน"** หมายถึงเมือง Bridgeport, Milford และ Shelton ใน Connecticut, และเมือง Fairfield, Easton, Monroe, Trumbull และ Stratford ใน Connecticut
- **"การดูแลรักษาแบบฉุกเฉิน"** หมายถึงการดูแลรักษาอาการทางการแพทย์ที่ปรากฏเห็นชัดได้จากอาการฉับพลันที่มีความรุนแรงเพียงพอ (รวมถึงอาการเจ็บปวดที่รุนแรง ความผิดปกติทางจิตเวช

และ/หรืออาการของการใช้สารเสพติด)

ซึ่งหากขาดการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างเร่งด่วนอาจจะส่งผลให้:

ก. สุขภาพของบุคคล

(หรือหากในกรณีของสตรีตั้งครรภ์จะหมายถึงสุขภาพของทารกที่ยังไม่เกิด) อยู่ในความเสี่ยงจากอันตรายที่ร้ายแรง หรือ

ข. เกิดความบกพร่องต่อการทำงานของร่างกาย หรือ

ค. อวัยวะหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติอย่างร้ายแรง หรือ

ง. หากในกรณีของสตรีตั้งครรภ์ที่กำลังมีอาการเจ็บท้องก่อนคลอด -

1.

หากมีเวลาไม่เพียงพอที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นได้อย่างปลอดภัยก่อนการคลอด หรือ

2.

การเคลื่อนย้ายดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของสตรีหรือทารกที่ยังไม่คลอด

• **"การดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์"**

หมายถึงการดูแลรักษาที่พิจารณาแล้วว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์

หลังจากผู้ให้บริการที่มีใบอนุญาตได้พิจารณาถึงประโยชน์ทางการแพทย์แล้ว

ในกรณีของการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยร้องขอและอยู่ภายใต้ความครอบคลุมของนโยบายนี้

ได้รับการพิจารณาโดยแพทย์ผู้ตรวจสอบแล้วว่าไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์

การพิจารณาดังกล่าวจะต้องได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้รับตัวเข้ารับรักษาหรือแพทย์ผู้ส่งตัวเช่นกัน

• **"องค์กร"** หมายถึง St. Vincent's Medical Center

• **"ผู้ป่วย"** หมายถึงบุคคลต่าง ๆ

ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบฉุกเฉินหรือการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ที่องค์กร

และบุคคลที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางการเงินของการดูแลรักษาผู้ป่วย

### **ความช่วยเหลือทางการเงินที่มีให้**

ความช่วยเหลือทางการเงินที่อธิบายไว้ในส่วนนี้จะจำกัดไว้ที่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน:

1. ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (Federal Poverty Level หรือ "FPL") จะมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือเป็นการกุศลเต็ม 100% ของส่วนที่ผู้ป่วยถูกเรียกเก็บค่าบริการ

เมื่อหักจากยอดที่บริษัทประกันได้ชำระให้แล้ว หากมี

2. ในขั้นต่ำสุดนั้น ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่า 250% ของ FPL แต่ไม่เกิน 400% ของ FPL จะได้รับส่วนลดตามสัดส่วนแบบลดหย่อนสำหรับส่วนที่ผู้ป่วยถูกเรียกเก็บค่าบริการ

เมื่อหักจากยอดที่บริษัทประกันได้ชำระให้แล้ว หากมี

ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับส่วนลดตามสัดส่วนแบบลดหย่อน

จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากไปกว่าค่าธรรมเนียม AGB ที่คำนวณไว้

ส่วนลดตามสัดส่วนแบบลดหย่อนจะระบุไว้ในเอกสารแนบ 1 ของนโยบายนี้

3. ผู้ป่วยที่แสดงถึงความต้องการทางการเงินและมีรายได้สูงกว่า 400% ของ FPL

อาจจะมีสิทธิ์ได้รับการพิจารณาภายใต้ "การตรวจสอบรายได้และทรัพย์สิน"

เพื่อรับส่วนลดบางส่วนของค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บเพื่อเป็นค่าบริการขององค์กร

ตามการประเมินข้อเท็จจริงของความสามารถในการชำระเงินของผู้ป่วย ในการประเมินเพื่อ

"ตรวจสอบรายได้และทรัพย์สิน" St. Vincent's Medical Center จะใช้ข้อมูลดังต่อไปนี้:

- a. ขนาดครัวเรือน
- b. รายได้ต่อปี
- c. ค่าใช้จ่ายครัวเรือน
- d. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์
- e. ค่าใช้จ่ายด้านคุณภาพ

ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับส่วนลดจาก "การตรวจสอบรายได้และทรัพย์สิน" จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากไปกว่าค่าธรรมเนียม AGB ที่คำนวณไว้

4. สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในแผนประกันสุขภาพบางแผนซึ่งพิจารณาว่าองค์กรนั้น "อยู่นอกเครือข่าย"  
องค์กรอาจจะลดหรือปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินที่อาจจะมีช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เมื่อได้ตรวจสอบข้อมูลประกันสุขภาพของผู้ป่วยและข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องและสถานการณ์อื่น ๆ ประกอบกัน
5. การมีคุณสมบัติได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือทางการเงินนั้น อาจได้รับการพิจารณาในช่วงเวลาใดก็ได้ของวงจรรายได้ และอาจจะรวมถึงการใช้ระบบการให้คะแนนแบบพึ่งสันนิษฐาน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติการได้รับสิทธิ์ แม้ว่าผู้สมัครจะไม่ได้กรอกใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน ("ใบสมัคร FAP") ให้สมบูรณ์ก็ตาม
6. การมีคุณสมบัติได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือทางการเงิน จะพิจารณาจากยอดคงเหลือใด ๆ ที่ผู้ป่วยที่มีความต้องการทางการเงินต้องชำระ
7. กระบวนการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในการอุทธรณ์ต่อการตัดสินใจขององค์กร เกี่ยวกับคุณสมบัติการได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือทางการเงินจะเป็นไปดังนี้:

ก.

ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวจะต้องทำหนังสือถึงคณะกรรมการอุทธรณ์การกุศลของ St. Vincent's Medical Center ("คณะกรรมการอุทธรณ์") เพื่ออุทธรณ์ถึงการตัดสินใจเรื่องความช่วยเหลือทางการเงิน การตัดสินใจเรื่องความช่วยเหลือทางการเงินจะรวมถึงคำแนะนำวิธีการยื่นคำร้องเพื่ออุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ

- ข. การอุทธรณ์ทั้งหมดจะได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการอุทธรณ์ และการตัดสินใจของคณะกรรมการอุทธรณ์ จะถูกส่งไปถึงผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ยื่นคำอุทธรณ์ในรูปแบบลายลักษณ์อักษร

### **ความช่วยเหลืออื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือทางการเงิน**

ผู้ป่วยที่ไม่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือทางการเงิน ดังที่อธิบายไว้ข้างต้น อาจยังมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือประเภทอื่น ๆ ที่องค์กรเสนอให้ หากสนใจรายการทั้งหมด ความช่วยเหลือประเภทอื่น ๆ เหล่านี้จะระบุไว้ ณ ที่นี้ แม้ว่าจะไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็น และไม่มีเจตนาเพื่อให้เป็นไปตามมาตรา 501(r) แต่เราได้รวบรวมไว้ให้เพื่อความสะดวกของชุมชนที่ St. Vincent's Medical Center ให้บริการอยู่

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือทางการเงิน จะได้รับส่วนลดตามอัตราส่วนลดที่มอบให้แก่ผู้ชำระเงินที่จ่ายเงินสูงสุดสำหรับองค์กรดังกล่าว ผู้ชำระเงินที่จ่ายเงินสูงสุดจะต้องมีจำนวนเป็นอย่างน้อย 3%

ของประชากรขององค์กรตามที่ประเมินตามปริมาณหรือรายได้สุทธิของผู้ป่วย หากผู้ชำระเงินหนึ่งคนมีคุณสมบัติไม่ได้ตามระดับปริมาณขั้นต่ำ ควรหารเฉลี่ยสัญญาของผู้ชำระเงินมากกว่าหนึ่งราย เพื่อให้มีการใช้เงินไขการชำระเงินสำหรับการหารเฉลี่ยบัญชีเป็นจำนวนอย่างน้อย 3% ของปริมาณของธุรกิจขององค์กรในปีที่กำหนด

2. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพและผู้ป่วยที่ทำประกันสุขภาพไว้ซึ่งไม่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิความช่วยเหลือทางการเงิน อาจจะได้รับส่วนลดสำหรับการชำระเงินในทันที ส่วนลดสำหรับการชำระเงินในทันทีจะนำเสนอให้เพิ่มเติมจากส่วนลดของผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ ดังที่อธิบายไว้ในย่อหน้าก่อน
3. กองทุน Free Bed - คือของขวัญที่มอบให้แก่องค์กรเพื่อบริจาค "เตียงว่าง" ที่จะนำไปใช้เพื่อให้การดูแลรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ที่ไม่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กองทุนนี้ไม่ใช่โปรแกรมของรัฐบาล แต่เป็นการบริจาคเพื่อการกุศลที่จัดการโดยองค์กร
4. กองทุนช่วยเหลืออื่น ๆ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงแต่ การให้เงินช่วยเหลือและมูลนิธิ St. Vincent's Medical Center Foundation, Inc. (Swim Across the Sound)

ในการได้รับสิทธิสำหรับกองทุน Free Bed และกองทุนความช่วยเหลืออื่น ๆ ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เฉพาะด้านของกองทุน ดูเอกสารแนบ 2

### **ข้อจำกัดของค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิความช่วยเหลือทางการเงิน**

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ถูกเรียกเก็บเงินเป็นการส่วนบุคคลมากกว่า AGB สำหรับการดูแลรักษาแบบฉุกเฉินและการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ และจะต้องไม่มากกว่าค่าธรรมเนียมสุทธิสำหรับการดูแลรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ ทั้งหมด องค์กรจะคำนวณอัตราร้อยละของ AGB หนึ่งตัวหรือมากกว่านั้น โดยใช้วิธีการ "คำนวณย้อนกลับ" และจะรวมถึงบริการที่มีค่าธรรมเนียมของ Medicare

และบริษัทประกันสุขภาพเอกชนทั้งหมดที่จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่องค์กร ทั้งหมดนี้จะปฏิบัติตามมาตรา 501(r) ขอรับสำเนาคำอธิบายการคำนวณและอัตราร้อยละ AGB ได้ฟรีโดยการติดต่อ Charity Financial Counselor ที่ St. Vincent's Medical Center หมายเลข 475-210-6257 ทำหนังสือไปส่งที่ 2800 Main Street, Bridgeport CT, 06606 Attention: Charity Financial Counselor หรืออีเมลไปที่ [Financial.Assistance@Stvincents.org](mailto:Financial.Assistance@Stvincents.org)

### **การสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและความช่วยเหลืออื่น ๆ**

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิความช่วยเหลือทางการเงินผ่านระบบการให้คะแนนแบบพึ่งสันนิษฐาน หรือโดยการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากการยื่นใบสมัคร FAP Application ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน ผู้ป่วยอาจจะถูกปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน หากผู้ป่วยแจ้งข้อมูลที่เป็นเท็จในใบสมัคร FAP Application หรือในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้คะแนนแบบพึ่งสันนิษฐาน ใบสมัคร FAP Application และคำแนะนำสำหรับใบสมัคร FAP จะมีอยู่ในระบบออนไลน์ที่

<https://www.stvincents.org/patients-visitors/financial-assistance> หรือโดยการติดต่อ Charity Financial Counselor ที่ St. Vincent's Medical Center หมายเลข 475-210-6257 ทำหนังสือไปส่งที่ 2800 Main Street, Bridgeport CT, 06606, Attention: Charity Financial Counselor หรืออีเมลไปที่ [Financial.Assistance@Stvincents.org](mailto:Financial.Assistance@Stvincents.org)

## **การออกบิลและการเก็บเงิน**

การดำเนินการที่องค์กรอาจต้องกระทำในกรณีที่ไม่มีชำระเงินตามที่อธิบายไว้ในนโยบายการออกบิลและการเก็บเงินฉบับที่แยกออกไป ขอรับสำเนานโยบายการออกบิลและการเก็บเงินได้ฟรี โดยการโทรติดต่อศูนย์บริการลูกค้าผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่หมายเลข 203-576-5384 ทำหนังสือส่งไปที่ 2720 Main Street, Bridgeport CT, 06606 Attention: แผนกบริการลูกค้า (Customer Service Department) หรือไปที่เว็บไซต์ <https://www.stvincents.org/patients-visitors/financial-assistance>

## **การตีความ**

นโยบายนี้มีจุดประสงค์เพื่อปฏิบัติตามมาตรา 501(r) ยกเว้นแต่ส่วนที่ได้อธิบายไว้เป็นการเฉพาะ นโยบายนี้ ร่วมกับระเบียบวิธีการที่มีทั้งหมด จะต้องได้รับการตีความและนำไปใช้ตามมาตรา 501(r) ยกเว้นแต่ส่วนที่ได้อธิบายไว้เป็นการเฉพาะ

**เอกสารแนบ 1**

**ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER**

**ส่วนลดตามสัดส่วนแบบลดหย่อน (SLIDING SCALE DISCOUNT)**  
มีผลใช้ ณ วันที่ 1 มกราคม 2019

- Patients between 0% FPL and 250% FPL will receive 100% assistance
- Patients between 251% FPL and 350% FPL will receive 80% assistance
- Patients between 351% FPL and 400% FPL will receive 70% assistance

## เอกสารแนบ 2

### **St. Vincent's Medical Center กองทุน Free Bed**

รายการด้านล่างคือบัญชีรายชื่อกองทุน Free Bed ของ St. Vincent's Medical Center หากคุณเชื่อว่าตนเองมีคุณสมบัติได้รับสิทธิ์จากหนึ่งในกองทุน Free Bed ที่มีรายชื่อดังกล่าว คุณสามารถเสนอขอความช่วยเหลือทางการเงินต่อ St. Vincent's Medical Center ได้ ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารของวงจรรายได้ (Revenue Cycle) จะมีอำนาจในการมอบสิทธิ์ในกองทุนสำหรับเตียงว่างให้ตามความจำเป็นทางการเงินและส่วนบุคคล หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงใบสมัคร กรุณาติดต่อที่ปรึกษาทางการเงินได้ที่หมายเลข 475-210-6257

#### **กองทุน Baker**

ให้บริการที่หน่วยงานดับเพลิงและตำรวจของ Bridgeport ผู้ป่วยต้องแสดงเอกสารรับรองว่าเขา/เธอเป็นสมาชิกของหน่วยงานดับเพลิงหรือตำรวจของ Bridgeport

#### **กองทุน Harral**

สมาชิกของเขตแพริช St. Augustine's ผู้ป่วยจะต้องแสดงจดหมายจากเขตแพริช St. Augustine's (Bridgeport, CT) เพื่อยืนยันสถานะการเป็นสมาชิกของผู้ป่วย

#### **กองทุน Hubbell**

ศิษย์เก่าของวิทยาลัย St. Vincent's College หรือโรงเรียนพยาบาลประจำโรงพยาบาล Bridgeport ที่อาศัยอยู่ใน Bridgeport และยังทำหน้าที่พยาบาลผู้ป่วย

#### **กองทุน Klein**

กองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็ก ต้องแสดงสำเนาใบสูติบัตรหรือใบรับรองใบรับรองความเป็นคริสต์ศาสนิกชนของผู้ป่วย

#### **กองทุน Ladies of Charity**

หนังสือยืนยันการเป็นสมาชิกในองค์กร Ladies of Charity

#### **กองทุน Conlin**

ความช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยรายได้ต่ำ ต้องแสดงหลักฐานพิสูจน์รายได้และสินทรัพย์ และหนังสือปฏิเสธจากแหล่งที่มาบุคคลที่สาม

#### **กองทุน Brodbeck**

บริการห้องฉุกเฉิน ต้องแสดงหลักฐานพิสูจน์รายได้และสินทรัพย์ และหนังสือปฏิเสธจากแหล่งที่มาบุคคลที่สามที่มี