

# Annexe A : DISPOSITIONS RELATIVES À L'AIDE FINANCIÈRE DU SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT), PARTICULIÈRES AUX RÈGLEMENTS DU DC

## ANNEXE A

### SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT)

#### DISPOSITIONS RELATIVES À L'AIDE FINANCIÈRE PARTICULIÈRES AUX RÈGLEMENTS DU DC

##### **OBJECTIF :**

L'objectif de cette annexe est d'énoncer les dispositions supplémentaires applicables au Sibley Memorial Hospital pour se conformer aux exigences du District de Columbia en matière de soins non compensés, comme indiqué au titre 22, chapitre 22-B44 de la réglementation municipale du DC. Pour les patients qui ne remplissent pas les critères d'admissibilité pour les soins non compensés, le Sibley Memorial Hospital (SMH) fournira une aide financière en appliquant des ajustements d'échelle mobile aux frais totaux conformément à la politique PFS035.

##### **POLITIQUE :**

SMH s'efforcera de bonne foi de fournir des services non compensés au niveau de conformité annuel requis par l'article 4404 du chapitre 22-B44 de la réglementation municipale du District de Columbia, titre 22 « Provision of Uncompensated Care » (fourniture de soins non compensés).

En aucun cas SMH ne refusera des services d'urgence à une personne au motif qu'elle n'est pas en mesure de payer les services. SMH peut faire sortir une personne qui a reçu des services d'urgence ou la transférer dans un autre établissement lorsque, selon le jugement raisonnable du personnel médical approprié, cette action est cliniquement appropriée et dans l'intérêt fondamental du patient et de l'hôpital.

SMH fournira aux personnes admissibles des soins non rémunérés conformément à l'article 4400.2 du chapitre 22-B44 des règlements municipaux du District de Columbia, titre 22, « Provision of Uncompensated Care » (fourniture de soins non rémunérés). Les soins non compensés à fournir seront basés sur ces règles ou sur les obligations contractuelles entre Sibley et le gouvernement du District de Columbia, selon la norme qui fournit la valeur monétaire la plus élevée.

Les soins non compensés sont définis dans la loi régissant les certificats de besoins (DC Code 44-401 dans la section des définitions). La loi définit les soins non compensés comme le coût des services de santé fournis aux patients pour lesquels l'établissement de santé n'est pas payé. Le terme « soins non compensés » comprend les créances irrécouvrables et les soins de bienfaisance, mais ne comprend pas les indemnités contractuelles.

Une créance irrécouvrable est une créance fondée sur les services médicaux fournis par un médecin ou un hôpital à un patient, dont le paiement est attendu, mais qui est considérée comme irrécouvrable après des efforts raisonnables de recouvrement, et qui n'est pas l'obligation d'une unité gouvernementale fédérale, étatique ou locale. Le terme « créance irrécouvrable » ne comprend pas les soins de bienfaisance.

Soins de bienfaisance : services médicaux et hospitaliers fournis aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer le coût des services, en particulier les personnes à faible revenu, non assurées et insuffisamment assurées, mais à l'exclusion des services considérés comme causés par des créances irrécouvrables ou classés dans cette catégorie.

### **CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX SOINS NON COMPENSÉS**

Une personne peut recevoir des soins non compensés si elle n'est pas en mesure de payer les services de santé et si elle remplit les conditions suivantes :

1. N'est pas couverte ou reçoit des services qui ne sont pas couverts par un assureur tiers ou un programme gouvernemental ;
2. Dispose d'un revenu annuel individuel ou familial ne dépassant pas 200 % du niveau de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level — FPL) ; et
3. Demande de services.

L'admissibilité financière pour les soins non compensés est calculée selon l'une des méthodes suivantes :

1. En multipliant par quatre (4) le revenu individuel ou familial de la personne, selon le cas, pour les trois (3) mois précédant la demande de soins non rémunérés ; ou
2. En utilisant le revenu réel de la personne ou de la famille, le cas échéant, pour les douze (12) mois précédant la demande de soins non compensés.

### **LES MONTANTS GÉNÉRALEMENT FACTURÉS**

Les montants généralement facturés aux personnes couvertes par l'assurance « AGB » seront calculés à l'aide de la « méthode de rétrospection », qui se définit comme toutes les demandes de soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires qui ont été intégralement payés à l'hôpital par Medicare et tous les assureurs de santé privés, ensemble en tant que payeurs primaires de ces demandes, dans chaque cas en tenant compte des montants payés à l'hôpital sous la forme de coassurance ou de franchise. SMH calculera le(s) pourcentage(s) AGB au moins une fois par an en examinant toutes les demandes d'indemnisation payées intégralement au cours d'une période de 12 mois précédente. Une fois déterminés, les pourcentages AGB seront mis en œuvre au plus tard 45 jours après la fin d'une période de 12 mois.

Les personnes admissibles à l'aide financière ne devront pas payer plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés aux personnes ayant une assurance couvrant ces soins.

### **EXIGENCES ANNUELLES EN MATIÈRE DE SOINS NON COMPENSÉS**

Aux fins de la présente politique et de l'annexe, les soins non compensés à fournir à SMH sont calculés comme suit :

Niveau de conformité annuel :

1. Un montant qui n'est pas inférieur à trois (3) pour cent des dépenses de fonctionnement annuelles de SMH, moins le montant des remboursements qu'il reçoit des titres XVIII et XIX de la loi sur la sécurité sociale (Medicaid et Medicare), sans tenir compte des indemnités contractuelles. En outre, SMH doit respecter toutes les obligations en matière de soins non compensés imposées par la loi dans le cadre d'une précédente convention de concession.
2. Si, au cours d'une année fiscale, SMH ne remplit pas son obligation annuelle en matière de soins non compensés, il s'efforcera de fournir des soins non compensés dans une mesure suffisante pour combler le déficit au cours d'une ou plusieurs années ultérieures, conformément à un plan de conformité approuvé par la State Health and Planning Development Agency (ci-après SHPDA), mais au plus tard trois (3) ans après l'année au cours de laquelle le déficit s'est produit.
3. Si SMH fournit des soins non compensés au cours d'un exercice financier pour un montant supérieur à son niveau de conformité annuel, SMH peut demander au directeur d'appliquer le montant excédentaire comme crédit à un déficit existant ou à son niveau de conformité annuel pour tout exercice financier ultérieur. Pour être admissible à un crédit, la valeur monétaire excédentaire par rapport au niveau de conformité annuel doit avoir été fournie conformément aux exigences du présent chapitre.

### **LA DÉTERMINATION ÉCRITE DE L'ADMISSIBILITÉ AUX SOINS NON COMPENSÉS**

1. En réponse à chaque demande de soins non compensés, SMH informera par écrit la personne qui demande les soins de sa détermination d'admissibilité à ces soins. L'avis est donné en personne au moment où les soins non compensés

sont demandés ou par courrier ordinaire à l'adresse de la personne qui demande le service fourni. Si la personne n'est pas admissible à recevoir l'avis en personne et n'a pas fourni d'adresse, SMH peut afficher dans son établissement, à un endroit bien visible, un avis indiquant que le statut d'admissibilité de la personne est disponible dans le bureau administratif de Sibley. SMH communique le contenu d'une décision écrite à toute personne dont SMH a des raisons de penser qu'elle ne peut pas la lire.

1. Le ou la premier(ère) vice-président(e)/directeur(trice) financier(e) est chargé(e) de la mise en œuvre de cette politique. Il/elle prépare un plan d'allocation qui répond aux exigences des règlements et surveille sa mise en œuvre. Le ou la premier(ère) vice-président(e)/directeur(trice) financier(e) prépare un rapport à l'attention de la SHPDA dans les 120 jours qui suivent la clôture de chaque exercice fiscal. Les documents étayant la décision de Sibley sont mis à la disposition du public et communiqués à la SHPDA.
2. Ces documents sont conservés par le ou la premier(ère) vice-président(e)/directeur(trice) financier(e) pendant une période de cinq (5) ans à compter de la date de la dernière entrée pour un exercice donné. Le ou la président(e) et le ou la trésorier(e) du conseil d'administration sont tenus informés périodiquement du respect de cette politique par Sibley.
3. Si une demande est soumise avant la prestation du service, SMH détermine l'admissibilité aux soins non compensés dans les cinq (5) jours ouvrables suivant une demande complète pour un service ambulatoire ou avant la sortie de l'hôpital pour un service hospitalier. Si la demande est introduite après qu'un service ambulatoire a été rendu par l'HSM ou après la sortie d'un patient hospitalisé, l'HSM détermine l'admissibilité avant l'achèvement du cycle de facturation suivant. Normalement, la décision est prise dans les cinq jours suivant la prochaine réunion prévue du comité d'assistance communautaire. SMH peut émettre une décision d'admissibilité conditionnelle. Cette décision indique les conditions que la personne demandant des soins non rémunérés doit remplir pour être admissible.
4. Toute décision écrite relative à l'admissibilité aux soins non rémunérés est communiquée sans délai au demandeur. Chaque décision d'admissibilité aux soins non compensés comporte les mentions suivantes :
  1. SMH fournira, sous conditions, ou ne fournira pas de soins non compensés ;
  2. Les soins non compensés ne seront pas facturés ;
  3. La date à laquelle la personne a demandé des soins ;
  4. La date à laquelle la détermination a été faite ;
  5. Le revenu annuel individuel ou familial, selon le cas, et la taille de la famille de la personne qui a demandé des soins non rémunérés ;
  6. La date à laquelle les services ont été ou seront fournis ; et
  7. Le motif du refus, le cas échéant.

### **PUBLICATION DE L'OBLIGATION DE SOINS NON COMPENSÉS :**

Avant le début de son année d'imposition, SMH publiera un avis de disponibilité de son obligation de soins non compensés dans un journal de grande diffusion dans le District de Columbia. Sibley soumettra également une copie de cet avis à la SHPDA. Le ou la vice-président(e) principal(e)/Directeur(trice) financier(ère) est responsable de la publication et de la soumission de cet avis. L'avis doit comprendre :

1. La valeur monétaire des soins non compensés que SMH a l'intention de mettre à disposition au cours de l'année fiscale ou une déclaration selon laquelle SMH fournira des soins non compensés à toutes les personnes incapables de payer pour un traitement et qui souhaitent bénéficier de soins non compensés ;
2. Une explication de la différence entre le montant des soins non compensés que SMH propose de mettre à disposition et le niveau de conformité annuel pour Sibley, le cas échéant ; et
3. Une déclaration indiquant si SMH a satisfait à toutes les obligations de soins non compensés en suspens pour les périodes de rapport précédentes, ou une déclaration indiquant qu'il s'acquittera, au cours d'une période donnée, de toute obligation en suspens.

### **L'AFFICHAGE D'UN AVIS DE DISPONIBILITÉ DE SOINS NON COMPENSÉS :**

Un avis annonçant la disponibilité de soins non compensés est également affiché à la vue de tous sur les sites d'enregistrement des patients, au service des admissions, au bureau d'affaires et au service des urgences. SMH affiche l'avis suivant :

1. « En vertu de la loi du District de Columbia, ce prestataire de soins de santé doit mettre ses services à la disposition de toutes les personnes de la communauté. Ce prestataire de soins de santé n'est pas autorisé à discriminer une personne en raison de son appartenance ethnique, de sa couleur, de sa religion, de son origine nationale, de son genre, de son âge, de son état civil, de son apparence personnelle, de son orientation sexuelle, de ses responsabilités familiales, de ses études, de son affiliation politique, de son handicap physique, de ses revenus, de son lieu de résidence ou de son entreprise, ou parce qu'elle est couverte par un programme tel que Medicare ou Medicaid ».
2. « Ce prestataire de soins de santé est également tenu de fournir un volume raisonnable de services gratuits ou à prix réduit aux personnes incapables de payer. Demandez au personnel si vous pouvez recevoir des services gratuitement ou à prix réduit. Si vous pensez que l'on vous a refusé des services ou un traitement gratuit ou à prix réduit sans raison valable, contactez le bureau des admissions ou le bureau commercial de ce prestataire de soins de santé, et appelez la State Health Planning and Development Agency par l'intermédiaire du Citywide Call Center au 1 202 727-1000 ».
3. « Si vous souhaitez déposer une plainte, des formulaires sont disponibles auprès de la State Health Planning and Development Agency ».

Cet avis comprendra également un résumé des critères d'admissibilité de Sibley pour les soins non compensés. Cet avis est publié en anglais et en espagnol et dans toute autre langue qui est la langue habituelle des ménages de dix (10) pour cent ou plus de la population du District de Columbia, selon les chiffres les plus récents publiés par le Bureau du recensement. Sibley communiquera le contenu de l'avis affiché à toute personne dont Sibley a des raisons de penser qu'elle ne peut pas lire l'avis.

### **L'AVIS ÉCRIT DE DISPONIBILITÉ DE SOINS NON COMPENSÉS :**

Au cours de toute période d'un exercice fiscal pendant laquelle des soins non rémunérés sont offerts à l'hôpital SMH, l'hôpital SMH informe par écrit de la disponibilité des services toute personne qui sollicite des services auprès de l'hôpital en son nom propre ou au nom d'une autre personne. SMH fournira cet avis écrit avant de fournir les services, sauf si la nature urgente des services rend l'avis préalable impossible. Dans les situations d'urgence, SMH transmet la notification écrite au patient dès que possible ou à son plus proche parent. Cet avis est donné au plus tard lors de la présentation de la première facture de services. Cet avis écrit individuel doit contenir les éléments suivants :

1. « En vertu de la loi du District de Columbia, ce prestataire de soins de santé doit mettre ses services à la disposition de toutes les personnes de la communauté. Ce prestataire de soins de santé n'est pas autorisé à discriminer une personne en raison de son appartenance ethnique, de sa couleur, de sa religion, de son origine nationale, de son genre, de son âge, de son état civil, de son apparence personnelle, de son orientation sexuelle, de ses responsabilités familiales, de ses études, de son affiliation politique, de son handicap physique, de ses revenus, de son lieu de résidence ou de son entreprise, ou parce qu'elle est couverte par un programme tel que Medicare ou Medicaid ».
2. « Ce prestataire de soins de santé est également tenu de fournir un volume raisonnable de services gratuits ou à prix réduit aux personnes incapables de payer. Demandez au personnel si vous pouvez recevoir des services gratuitement ou à prix réduit. Si vous pensez que l'on vous a refusé des services ou un traitement gratuit ou à prix réduit sans raison valable, contactez le bureau des admissions ou le bureau commercial de ce prestataire de soins de santé, et appelez la State Health Planning and Development Agency par l'intermédiaire du Citywide Call Center au 1 202 727-1000 ».
3. « Si vous souhaitez déposer une plainte, des formulaires sont disponibles auprès de la State Health Planning and Development Agency ».

Cet avis comprendra également un résumé des critères d'admissibilité de Sibley pour les soins non rémunérés, l'adresse du bureau où toute personne souhaitant bénéficier de soins non rémunérés peut en faire la demande, et indiquera que Sibley déterminera par écrit si la personne recevra ou non des soins non rémunérés, ainsi que la date ou le délai dans lequel la décision sera prise.

**DÉFINITION DE LA COMMUNAUTÉ DU SMH :**

SMH offre ses services, y compris les services requis en vertu des exigences statutaires du District de Columbia en matière de soins non compensés, « à toutes les personnes de la communauté ». Cette communauté s'étend aux personnes qui vivent ou travaillent dans la zone de service de l'hôpital ou nécessitant des services d'urgence, tout en étant en visite dans la zone de service. Sont spécifiquement exclues du programme d'assistance communautaire les personnes qui souhaitent bénéficier de services non urgents et qui résident manifestement en dehors de la zone de service de l'hôpital. La zone de service de l'hôpital comprend le district de Columbia et la majeure partie du Maryland et de la Virginie, avec des services limités aux résidents de la Virginie occidentale, du Delaware et de la Pennsylvanie. L'hôpital peut demander au demandeur de fournir des documents prouvant qu'il respecte la définition de la communauté de l'hôpital.

**RÉFÉRENCE :**

Règlements municipaux du DC Titre 22, chapitre 22-B, 4404, 4405 et 4406