

POLITIKA FINANSIJSKE POMOĆI

ASCENSION HEALTH

SVRHA

Svrha ove Politike jeste da se definiraju zahtjevi za administriranje finansijske pomoći u sistemu organizacije ASCENSION Health.

POLITIKA

Organizacije navedene ispod ovog paragrafa (naziv „Organizacija“ se odnosi na svaku od njih) vode se politikom da obezbijede socijalno pravednu praksu za pružanje hitne i druge medicinski neophodne njege u ustanovama Organizacije. Ova politika je osobito osmišljena da bi se reguliralo ispunjavanje uvjeta za finansijsku pomoć za pacijente koji trebaju finansijsku pomoć i koji dobijaju njegu od Organizacije.

Ova politika važi za svaku od sljedećih organizacija u okviru sistema ASCENSION Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Saint Joseph Hospital - Chicago
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
Angažirane liječničke ordinacije

- A. Sva finansijska pomoć će biti odraz naše posvijećenosti poštovanju ljudskog dostojanstva pojedinaca i zajedničkom dobru, našoj posebnoj brizi za osobe koje žive u siromaštvu i druge osjetljive osobe i solidarnosti sa njima, kao i našoj posvijećenosti distributivnoj pravdi i usmjeravanju.
- B. Ova pravila važe za svu hitnu i medicinski neophodnu njegu koju pruža Organizacija, uključujući usluge zaposlenih liječnika i usluge duševnog zdravlja. Ova pravila ne važe za naplate njege koja ne spada u hitnu i drugu medicinski neophodnu njegu.
- C. Na listi pružatelja usluga obuhvaćenih Politikom finansijske pomoći navedeni su svi pružatelji usluga koji pružaju njegu u ustanovama Organizacije i navedeno je koji su obuhvaćeni politikom finansijske pomoći a koji nisu.

DEFINICIJE

Definicije specifične za Politiku

- A. „**501(r)**“ označava odjeljak 501(r) Zakona o unutrašnjim prihodima (Internal Revenue Code) i propisa koji su objavljeni u okviru njega.
- B. „**Iznos koji se obično obračunava**“ (Amount Generally Billed) ili „**AGB**“ označava, u vezi sa hitnom i medicinski neophodnom njegom, iznos koji se obično naplaćuje pojedincima koji imaju osiguranje koje pokriva takvu njegu.
- C. „**Zajednica**“ označava državu Illinois. „Živjeti u Zajednici“, za potrebe ove Politike, znači imati prebivalište u državi Illinois – biti osoba koja živi u Illinoisu i koja namjerava neograničeno ostati da živi u Illinoisu, ali ne neko ko se preselio u Illinois kako bi dobio zdravstvene olakšice. Pacijent će se takođe smatrati članom Zajednice Organizacije ako je hitna ili medicinski neophodna njega koju pacijent treba nastavak hitne i medicinski neophodne njege koju je dobio u drugoj ASCENSION Health ustanovi gdje se Pacijent kvalificirao za finansijsku pomoć za tu hitnu ili medicinski neophodnu njegu.
- D. „**Hitna njega**“ označava njegu radi liječenja nekog medicinskog stanja koje se manifestuje akutnim simptomima koji su dovoljno ozbiljni (uključujući jak bol) da odsustvo trenutne medicinske pažnje može dovesti do ozbiljnog oštećenja tjelesne funkcije, ozbiljne disfunkcije tjelesnog organa ili dijela tijela, ili dovesti zdravlje pojedinca u ozbiljnu opasnost.
- E. „**Medicinski neophodna njega**“ označava njegu koja je (1) primjerena i dosljedna i važna za prevenciju, postavljanje dijagnoze ili liječenje Pacijentovog stanja; (2) najprimjerenija opskrba ili nivo usluge za stanje Pacijenta koji se može bezbjedno pružiti; (3) ne pruža se prvenstveno radi ugodnosti Pacijenta, Pacijentove porodice, ljekara ili njegovatelja; i (4) vjerovatnije će biti korisna a ne štetna za Pacijenta. Kod dodatne planirane njege nakon „medicinski neophodne njege“, njegu i vrijeme njege mora odobriti direktor medicinskih poslova Organizacije (ili njegov predstavnik). Da li neka njega medicinski neophodna mora odrediti licencirani pružatelj usluga koji pruža zdravstvenu njegu Pacijentu i, po nahođenju Organizacije, ljekar koji je primio pacijenta, ljekar koji je uputio pacijenta i/ili direktor medicinskih poslova ili drugi ljekar koji vrši reviziju (u zavisnosti od vrste njege koja se preporučuje). U slučaju da ljekar koji vrši reviziju utvrdi da njega koju traži Pacijent koji je obuhvaćen ovim pravilima nije medicinski neophodna, to mora potvrditi i ljekar koji je pacijenta primio ili uputio.
- F. „**Organizacija**“ označava ASCENSION Health i pravna lica koja su obuhvaćena ovom Politikom finansijske pomoći kako su formulirana u odjeljku II.
- G. „**Pacijent**“ označava one osobe koje dobijaju hitnu i medicinski neophodnu njegu u Organizaciji i osobu koja je finansijski odgovorna za njegu pacijenta.
- H. „**Presumptivno bodovanje**“ označava korištenje nezavisnih izvora informacija, što može obuhvatiti javnu evidenciju, ili druga objektivna i razumna precizna sredstva za procjenu da li pacijent ispunjava uvjete za finansijsku pomoć.
- I. „**Neosigurani pacijent**“ označava pacijenta koji nema zdravstveno osiguranje i nije korisnik javnog ili privatnog zdravstvenog osiguranja, zdravstvenih beneficija ili drugog programa zdravstvenog osiguranja, uključujući planove zdravstvenog osiguranja sa velikim odbicima, naknade za radnike, osiguranje odgovornosti u slučaju nezgode ili odgovornosti treće strane.

POTREBNE PROCEDURE

A. Finansijska pomoć koja je opisana u ovom odjeljku ograničena je na Pacijente koji žive u Zajednici:

1. Pacijenti sa prihodom manjim ili jednakim 250% savezne granice siromaštva („SGS“) ispunjavat će uvjete za popust od 100% na dio zaduženja za koje je odgovoran Pacijent nakon uplate od strane osiguravatelja, ako ga ima, ako se utvrdi da taj Pacijent ispunjava uvjete u skladu sa presumptivnim bodovanjem (opisano u paragrafu 5 u nastavku) ili pošalje prijavu za finansijsku pomoć („Prijava“) do 240. dana nakon izdavanja prvog računa prilikom otpuštanja Pacijenta iz ustanove a Organizacija odobri Prijavu. Pacijent će ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć u iznosu do 100% ako Pacijent pošalje Prijavu posle 240. dana od prvog računa prilikom otpuštanja, ali je tada iznos finansijske pomoći koja je dostupna Pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na Pacijentov neplaćeni dug nakon uzimanja u obzir svih uplata obavljenih u ime Pacijenta. Pacijentu koji ispunjava uvjete za ovu kategoriju finansijske pomoći neće biti naplaćeno više od izračunatog AGB zaduženja.
2. U zavisnosti od drugih odredbi ovih Pravila finansijske pomoći, neosigurani Pacijenti sa prihodima većim od 250% SGS, ali ne većim od 600% SGS, dobit će popust na kliznoj skali na taj dio zaduženja za pružene usluge. Pacijenti koji imaju osiguranje i prihod veći od 250% SGS, ali ne veći od 400% SGS, dobit će popust na kliznoj skali na onaj dio zaduženja za pružene usluge za koji je, prema objašnjenju beneficija plana osiguranja, odgovoran Pacijent. Ti popusti će se primjenjivati nakon što Pacijent dostavi Prijavu do 240. dana nakon Pacijentovog prvog računa prilikom otpuštanja iz ustanove i Organizacija odobri Prijavu. Pacijent će ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć na kliznoj skali ako Pacijent pošalje Prijavu posle 240. dana od prvog računa prilikom otpuštanja, ali je tada iznos finansijske pomoći koja je dostupna Pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na Pacijentov neplaćeni dug nakon uzimanja u obzir svih uplata obavljenih u ime Pacijenta. Pacijentu koji ispunjava uvjete za ovu kategoriju finansijske pomoći neće biti naplaćeno više od izračunatog AGB zaduženja.

Popusti na kliznoj skali su sljedeći: (SGS – prihod koji predstavlja saveznu granicu siromaštva)

Klizna skala za neosigurane pacijente	%
0% - 250% SGS	100%
251% - 300% SGS	95%
301% - 400% SGS	90%
401% - 600% SGS	85%

Klizna skala za osigurane pacijente	%
0% - 250% SGS	100%
251% - 300% SGS	95%
301% - 400% SGS	90%

3. Shodno drugim odredbama ove Politike finansijske pomoći, Pacijenti sa prihodom većim od 600% (za neosigurane) i 400% (za osigurane) SGS mogu ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć po „testu sredstava“ u vidu određenog popusta na zaduženje Pacijenta za usluge Organizacije na osnovu ukupnog duga Pacijenta za zdravstvenu njegu. Pacijent će ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć prema testu sredstava ako Pacijent ima prekomjeran ukupan dug, koji obuhvata dug za zdravstvenu njegu pružateljima zdravstvene zaštite u okviru organizacije ASCENSION Health i svakom drugom pružatelju zdravstvene zaštite koji je jednak ili veći od bruto prihoda domaćinstva tog Pacijenta. Nivo finansijske pomoći koja se pruža na osnovu testa sredstava isti je kao onaj koji se daje pacijentu sa prihodom koji iznosi 600% (za neosigurane) i 400% (za osigurane) SGS po gornjem paragrafu 2, ako takav Pacijent dostavi Prijavu do 240.

dana nakon prvog računa prilikom otpuštanja Pacijenta iz ustanove i Organizacija odobri Prijavu. Pacijent će ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć po testu sredstava ako takav Pacijent pošalje Prijavu posle 240. dana od prvog računa prilikom otpuštanja, ali je tada iznos finansijske pomoći koja je dostupna Pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na Pacijentov neplaćeni dug nakon uzimanja u obzir svih uplata obavljenih u ime Pacijenta. Pacijentu koji ispunjava uvjete za ovu kategoriju finansijske pomoći neće biti naplaćeno više od izračunatog AGB zaduženja.

Osim toga, za neosigurane pacijente koji se kvalificiraju za popust na kliznoj skali kao što je definirano u paragrafu 2, naplate dugovanja u 12-mjesečnom periodu dodatno će biti ograničene na 20% porodičnog prihoda pacijenta.

4. Moguće je da pacijent ne ispunjava uvjete za finansijsku pomoć opisanu u gornjim paragrafima 1 do 3 ako se prema „test sredstava“ smatra da taj Pacijent ima dovoljno kapitala za plaćanje. Test sredstava obuhvata nezavisnu procjenu Pacijentove mogućnosti da plati na osnovu kategorija kapitala koje se mjere u prijavi po PFP. Pacijent s takvim kapitalom koji je veći od 600% iznosa SGS možda neće ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć.
5. Ispunjavanje uvjeta za finansijsku pomoć se može utvrditi u bilo kom trenutku u ciklusu prihoda i može obuhvatiti korištenje presumptivnog bodovanja za Pacijenta sa dovoljno velikim neplaćenim dugom u roku od prvih 240 dana od prvog računa izdatog Pacijentu prilikom otpuštanja iz ustanove kako bi se utvrdilo da li Pacijent ispunjava uvjete za 100% dobrotvornu njegu bez obzira na to što Pacijent nije popunio prijavu za finansijsku pomoć („Prijava po PFP“). Utvrđivanje ispunjavanja uvjeta na osnovu presumptivnog bodovanja primjenjuje se samo na epizodu njege za koju je presumptivno bodovanje provedeno.

Kod Pacijenata koji ispunjavaju jedan ili više sljedećih kriterija presumptivno će se utvrditi da ispunjavaju uvjete za 100% dobrotvornu njegu: beskućništvo, preminuo bez nepokretne imovine, mentalna nesposobnost bez nikoga ko bi nastupao u ime pacijenta, ispunjavanje uvjeta za program Medicaid, ali ne na dan pružanja usluga ili za uslugu koja nije obuhvaćena, prijavljivanje za Medicaid u drugoj državi u kojoj Organizacija nije i ne namjerava postati pružatelj usluga i sudjelovanje u programu Medicaid, ali uz prekoračenje svih ograničenja dužine boravka.

Dodatne mandatne kategorije obuhvataju prijavljivanje u sljedećim programima: Program za ishranu žena, beba i djece (WIC); Program pomoći za dodatnu ishranu (SNAP); Program besplatnog ručka i doručka države Illinois, Program pomoći za plaćanje računa za električnu energiju za domaćinstva sa niskim prihodima (LIHEAP); prijavljivanje u organiziranom programu u zajednici koji omogućava pristup zdravstvenoj njezi u kojem se kao kriterij procjenjuje i dokumentuje ograničeni status niskog prihoda, kao i dobivanje finansijske pomoći za zdravstvene usluge.

6. Kod Pacijenta koji sudjeluje u određenim planovima osiguranja za koje Organizacija smatra da su „izvan mreže“, Organizacija može smanjiti i uskratiti finansijsku pomoć koja bi inače bila dostupna Pacijentu na osnovu pregleda informacija o osiguranju Pacijenta i drugih relevantnih činjenica i okolnosti.
7. Pacijent se može žaliti na svaku odluku o neispunjavanju uvjeta za Finansijsku pomoć tako što će Organizaciji dostaviti dodatne informacije u roku od četrnaest (14) kalendarskih dana od prijema obavještenja o odluci o neispunjavanju uvjeta. Organizacija će pregledati sve žalbe prije donošenja konačne odluke. Ako se konačnom odlukom potvrdi uskraćivanje Finansijske pomoći. Pacijentu će biti poslato pismeno obavještenje. Proces kojim se Pacijenti i porodice mogu žaliti na odluke Organizacije u vezi sa ispunjavanjem uvjeta za finansijsku pomoć je sljedeći:
 - a. Žalbe najprije prima odsjek Finansijskih usluga za pacijente, pregleda ih i postavlja dodatna pitanja, ako je primjenljivo.

- b. Zatim se na mjesečnoj osnovi sastaje odbor koji pregleda sve žalbe. Odbor se treba sastojati od predstavnika odsjeka finansijskih usluga za pacijente, integracije u misiju, upravljanja slučajevima/socijalnih usluga i finansijska/finansijskog direktora.

Žalbe se trebaju razdijeliti članovima odbora prije mjesečnog sastanka odbora kako bi ih pregledali.

- c. Predstavnik odsjeka finansijskih usluga za pacijente treba biti prisutan na sastanku odbora radi razgovora o svakom slučaju i davanja dodatnih informacija koje je pacijent eventualno dostavio.
- d. Odbor će pregledati Prijavu po PFP podnosioca prijave uz osobitu pažnju za dodatne informacije i napomene podnosioca prijave u procesu podnošenja prijave.
- e. Odbor može odobriti, osporiti ili odložiti donošenje odluke o prijavi. Odbor može odložiti donošenje odluke o prijavi ako na osnovu pitanja postavljenih tokom razgovora o prijavi treba dodatne informacije.
- f. Odsjek finansijskih usluga za pacijente će saopštiti odluku pacijentu ili članovima porodice u pismenom obliku.

B. Druga pomoć za pacijente koji ne ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć

Pacijenti koji ne ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć, kao što je prethodno opisano, i dalje se mogu kvalificirati za druge vrste pomoći koje nudi Organizacija. U interesu potpunosti, te druge vrste pomoći su navedene ovdje, iako se ne zasnivaju na potrebi i nije predviđeno da podliježu odjeljku 501(r), ali su uvršteni ovdje radi pogodnosti za zajednicu kojoj Organizacija služi.

1. Neosigurani pacijenti koji ne ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć dobit će popust na osnovu popusta koji se daje uplatitelju sa najvećim iznosom za plaćanje za tu Organizaciju. Uplatitelj sa najvećim iznosom uplate mora činiti najmanje 3% populacije organizacije mjereno obimom ili bruto prihodima pacijenata. Ako jedan uplatitelj na dostiže ovaj minimalni nivo ili obim, treba uprosječiti ugovore više uplatitelja tako da uslovi plaćanja koji se koriste za uprosječavanje čine najmanje 3% obima poslovanja Organizacije za danu godinu.
2. Neosigurani i osigurani Pacijenti koji ne ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć mogu dobiti brzi popust za plaćanje. Brzi popust za plaćanje se može ponuditi uz popust za neosigurane pacijente opisan u prethodnom paragrafu.

C. Ograničenja zaduženja za pacijente koji ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć

1. Pacijentima koji ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć se pojedinačno neće naplaćivati više od AGB-a za hitnu i drugu medicinski neophodnu njegu i ne više od bruto zaduženja za svu drugu zdravstvenu njegu. Organizacija zaračunava AGB od jednog ili više procenata koristeći „retroaktivni“ metod i uključuje naknadu za uslugu organizacije Medicare i svih privatnih zdravstvenih osiguravatelja koji dostave potraživanja Organizaciji, sve to u skladu sa odjeljkom 501(r).
2. Besplatan primjerak opisa izračunavanja i procenat(I) AGB mogu se pribaviti na veb-sajtu Organizacije, pozivanjem broja 833-272-7585, slanjem e-pošte na Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org ili dopisa na adresu:

ASCENSION Health PFS

D. Prijavljivanje za finansijsku pomoć i drugu pomoć

Pacijent može ispuniti uvjete za finansijsku pomoć kroz presumptivno bodovanje ili prijavom

za finansijsku pomoć tako što će poslati popunjenu Prijavu po PFP. Prijava po PFP i uputstva za popunjavanje Prijave po PFP mogu se pribaviti na veb-sajtu Organizacije ili pozivanjem broja 833-272-7585, slanjem e-poruke na Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org ili dopisa na adresu:

ASCENSION Health PFS

Organizacija će tražiti od neosiguranih da se u saradnji sa finansijskim savjetnikom prijave za Medicaid ili druge javne programe pomoći za koje se smatra da bi pacijent mogao ispunjavati uvjete kako bi se kvalificirao sa finansijsku pomoć (izuzev u slučajevima kada pacijent ispunjava uvjete i odobrava se putem presumtivnog bodovanja). Pacijentu se može uskratiti finansijska pomoć ako Pacijent dostavi lažne informacije u Prijavi po PFP ili u vezi sa postupkom presumtivnog bodovanja ispunjavanja uvjeta, ako pacijent odbije prenijeti iznose od osiguranja ili pravo na direktne uplate od osiguravajuće kompanije koja može imati obavezu plaćanja za pruženu njegu, ili ako pacijent odbije sarađivati sa finansijskim savjetnikom da bi se prijavio za Medicaid ili druge javne programe pomoći za koje se smatra da pacijent potencijalno ispunjava uvjete kako bi se kvalificirao za finansijsku pomoć (izuzev u slučajevima gdje pacijent ispunjava uvjete i bude odobren kroz presumtivno bodovanje). Organizacija može razmatrati Prijavu po PFP koja je dovršena manje od šest mjeseci prije datuma donošenja odluke o ispunjavanju uvjeta pri utvrđivanju ispunjavanja uvjeta za aktuelnu epizodu njege. Organizacija neće razmatrati Prijavu po PFP dovršenu više od šest mjeseci prije bilo kog datuma utvrđivanja ispunjavanja uvjeta.

E. Obračun i naplata dugovanja

Mjere kojima Organizacija može pribjeći u slučaju neplaćanja opisane su zasebnim pravilima za obračun i naplatu dugovanja. Besplatan primjerak pravila za obračun i naplatu dugovanja može se pribaviti na veb-sajtu Organizacije, pozivanjem broja 833-272-7585, slanjem e-pošte na Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org ili dopisa na adresu:

ASCENSION Health PFS

F. Tumačenje

Ova pravila, zajedno sa svim primjenljivim procedurama, trebaju biti u skladu i tumačit će se i primjenjivati u skladu sa odjeljkom 501(r), izuzev gdje je posebno naznačeno drugačije.

REFERENCE

- a. Administrativna pravila organizacije Ascension br. 600 – Finansijska pomoć za ljude kojima je potrebna
- b. Obrazac za prijavljivanje za finansijsku pomoć
- c. Rezime Politike finansijske pomoći na običnom jeziku
- d. Lista pružatelja njege koji su obuhvaćeni i nosu obuhvaćeni politikom finansijske pomoći

e. Iznosi koji se obično obračunavaju