

ZASADY UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ

ASCENSION Health

CEL

W niniejszych Zasadach określono wymogi dotyczące zarządzania pomocą finansową w ASCENSION Health System.

ZASADY

Założeniem organizacji wymienionych poniżej (dalej „Organizacja”) jest zapewnienie sprawiedliwego dostępu do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej w placówkach należących do Organizacji. Założenie to odzwierciedla poniższy dokument opisujący zasady kwalifikacji do otrzymania pomocy finansowej przez pacjentów Organizacji, którzy potrzebują wsparcia finansowego.

Zasady te dotyczą wszystkich Organizacji należących do ASCENSION Health, takich jak Szpitale i Centra Medyczne:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center — Elk Grove
Saint Joseph Hospital — Chicago
St. Alexius Medical Center — Hoffman Estates
Ośrodki medyczne lekarzy zatrudnionych w placówkach

- A. W poszanowaniu godności każdego człowieka i w trosce o wspólne dobro solidaryzujemy się z osobami dotkniętymi ubóstwem lub inną trudną sytuacją życiową i dbamy o sprawiedliwy społecznie podział dóbr, czego wyrazem jest świadczona przez nas pomoc finansowa osobom potrzebującym.
- B. Poniższy zbiór zasad odnosi się do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej świadczonej przez Organizację, w tym do usług świadczonych przez zatrudnionych lekarzy oraz usług z zakresu zdrowia behawioralnego. Nie ma on jednak zastosowania do płatności za opiekę w innych niż nagłych przypadkach i inną niż niezbędna opiekę medyczną.

- C. Lista dostawców świadczących usługi zgodnie z zasadami udzielania pomocy finansowej zawiera spis wszystkich podmiotów działających w placówkach Organizacji, określający usługi, w przypadku których obowiązują zasady udzielania pomocy finansowej oraz te, w przypadku których pomoc finansowa nie zostanie udzielona.

DEFINICJE

Definicje dla niniejszych Zasad

- A. „**501(r)**” oznacza artykuł 501(r) amerykańskiego Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code) oraz przepisy obowiązujące na jego podstawie.
- B. „**Naliczana kwota zwyczajowa**” lub „**AGB**” oznacza zwyczajową wysokość opłaty za dane świadczenie w ramach opieki w przypadkach nagłych lub innej niezbędnej opieki medycznej, którą są obciążane osoby objęte ważnym ubezpieczeniem medycznym.
- C. „**Spoleczność**” oznacza stan Illinois. Fraza „Pacjenci będący częścią Społeczności” na potrzeby niniejszych Zasad odnosi się do mieszkańców stanu Illinois — osób zamieszkujących stan Illinois, które zamierzają pozostać w nim na czas nieokreślony, lecz fraza ta nie odnosi się do osób, które przenieśli się do Illinois w celu otrzymywania świadczeń medycznych. Pacjent zostanie również uznany za członka Społeczności Organizacji, jeżeli nagła i inna niezbędna opieka medyczna dla Pacjenta, jest kontynuacją opieki otrzymanej przez niego w innej placówce ASCENSION Health, w której zakwalifikował się on do otrzymania pomocy finansowej na taką opiekę.
- D. „**Opieka w przypadkach nagłych**” oznacza działania podejmowane w celu wyeliminowania objawów ostrych o ciężkim przebiegu (w tym ostrego bólu), które w przypadku braku natychmiastowej opieki medycznej mogą poważnie upośledzić funkcje organizmu, spowodować zaburzenia funkcji narządów lub części ciała, lub poważnie zagrażać zdrowiu osoby.
- E. „**Niezbędna opieka medyczna**” oznacza pomoc medyczną, która (1) jest stosowna, odpowiednia i istotna, by zapobiegać dolegliwościom Pacjenta i która pozwoli takie dolegliwości diagnozować i leczyć; (2) jest najbardziej odpowiednia i bezpieczna dla Pacjenta pod względem zakresu lub poziomu usług; (3) nie jest świadczona przede wszystkim dla wygody pacjenta, jego rodziny, lekarza lub opiekuna; oraz (4) z większym prawdopodobieństwem przyniesie Pacjentowi korzyść, a nie szkodę. Aby przyszła zaplanowana opieka została uznana za „niezbędną opiekę medyczną”, jej zakres i czas muszą zostać zatwierdzone przez dyrektora ds. medycznych Organizacji (lub osobę przez niego wyznaczoną). Decyzję o tym, czy opieka medyczna jest niezbędna musi podjąć dyplomowany lekarz świadczący taką opiekę Pacjentowi oraz, według uznania Organizacji, lekarz przyjmujący, lekarz kierujący lub/i dyrektor ds. medycznych lub inny lekarz opiniujący (w zależności od zalecanego rodzaju opieki). W sytuacji, gdy opieka świadczona Pacjentowi w ramach niniejszych zasad zostanie uznana przez lekarza opiniującego za niezasadną, taka opinia musi zostać potwierdzona również przez lekarza kierującego lub przyjmującego.
- F. „**Organizacja**” oznacza ASCENSION Health i jednostki objęte Zasadami udzielania pomocy finansowej wymienione w artykule II powyżej.
- G. „**Pacjent**” oznacza osobę objętą pomocą w ramach opieki w przypadkach nagłych lub innej niezbędnej opieki medycznej oraz osobę, która jest finansowo odpowiedzialna za opiekę nad pacjentem.
- H. **Proces domniemanej kwalifikacji**” oznacza wykorzystanie zewnętrznych źródeł informacji, takich jak rejestry publiczne, lub innych obiektywnych i dokładnych sposobów oceny kwalifikowalności pacjenta do uzyskiwania pomocy finansowej.
- I. **Nieubezpieczony pacjent**” to pacjent, który nie ma ubezpieczenia zdrowotnego i nie jest beneficjentem publicznego ani prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia zdrowotnego

czy innego programu ubezpieczenia zdrowotnego, takiego jak plan ubezpieczenia zdrowotnego o wysokim udziale własnym, odszkodowania pracowniczego, ubezpieczenia od wypadków lub ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

WYMAGANE PROCEDURY

A. Pomoc finansowa opisana w tym ustępie świadczona będzie wyłącznie Pacjentom będącym częścią Społeczności:

1. Pacjentom, których dochód jest niższy bądź równy 250% wartości federalnego progu ubóstwa (FPL, Federal Poverty Level), przysługuje ulga w wysokości całości opłat za opiekę medyczną, którymi Pacjent jest obciążony lub, jeśli ubezpieczyciel uiścił część opłat, w wysokości pozostałej należności, jeśli Pacjent kwalifikuje się na podstawie domniemanej kwalifikacji Pacjenta do uzyskania takiej pomocy (opisanej w paragrafie 5 poniżej) lub złoży wniosek o pomoc finansową („Wniosek”) w dniu lub przed 240. dniem od otrzymania pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala i jeśli taki Wniosek zostanie zatwierdzony przez Organizację. Pacjent będzie mógł uzyskać pomoc finansową w wysokości do 100% pełnej sumy, jeśli złoży wniosek po 240. dniu od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala, ale wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta ogranicza się do wysokości niezapłaconej przez Pacjenta sumy po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na jego konto. Pacjent uprawniony do otrzymania takiej pomocy finansowej nie będzie obciążony kwotą większą niż obliczona wartość AGB.
2. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, nieubezpieczeni Pacjenci, których dochód jest wyższy niż 250% wartości federalnego progu ubóstwa, ale nie przekracza 600% tej wartości, otrzymują wyliczaną przy użyciu skali ruchomej ulgę na opłaty za opiekę, którymi Pacjent jest obciążony. Ubezpieczonym Pacjentom, których dochód jest wyższy niż 250% wartości federalnego progu ubóstwa, ale nie przekracza 400% tej wartości, przysługuje wyliczana przy użyciu skali ruchomej ulga na opłaty, którymi Pacjent jest obciążony, zgodnie z opisem świadczeń zawartym w programie ubezpieczenia zdrowotnego. Ulgi te będą obowiązywać po złożeniu przez Pacjenta Wniosku w dniu lub przed 240. dniem od momentu otrzymania przez Pacjenta pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala i zatwierdzeniu Wniosku przez Organizację. Pacjent będzie mógł uzyskać ulgę wyliczaną przy użyciu skali ruchomej, jeśli złoży wniosek po 240. dniu od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala, ale wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta ogranicza się do wysokości niezapłaconej przez Pacjenta sumy po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na jego konto. Pacjent uprawniony do otrzymania takiej pomocy finansowej nie będzie obciążony kwotą większą niż obliczona wartość AGB.

Poniżej przedstawiono progi ulgi wyliczanej przy użyciu skali ruchomej: (FPL – federalny próg ubóstwa)

Skala ruchoma dla pacjentów nieubezpieczonych	%
0–250% FPL	100%
251–300% FPL	95%
301–400% FPL	90%

Skala ruchoma dla pacjentów ubezpieczonych	%
0–250% FPL	100%
251–300% FPL	95%
301–400% FPL	90%

3. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, Pacjentom, których dochód jest wyższy niż 600% (w przypadku Pacjentów nieubezpieczonych) i 400% (w przypadku Pacjentów ubezpieczonych) wartości federalnego progu ubóstwa, mogą ubiegać się o uzyskanie stosownych ulg w opłatach za usługi świadczone przez Organizację po przejściu procesu analizy zamożności (tzw. Means Test) w oparciu o całkowity dług medyczny Pacjenta. Pacjent będzie kwalifikował się do uzyskania pomocy finansowej po przejściu procesu analizy zamożności, jeżeli jego całkowity dług medyczny, także na rzecz lekarzy działających w organizacji ASCENSION Health i wszystkich innych podmiotów świadczących opiekę zdrowotną w nagłych przypadkach oraz inną niezbędną opiekę medyczną, będzie równy lub większy od dochodu brutto uzyskiwanego przez gospodarstwo domowe takiego Pacjenta. Poziom pomocy finansowej udzielanej zgodnie z analizą zamożności (tzw. Means Test) jest taki sam, jak w przypadku Pacjenta z dochodem na poziomie 600% (Pacjent nieubezpieczony) i 400% (Pacjent ubezpieczony) wartości federalnego progu ubóstwa zgodnie z ust. 2 powyżej, jeżeli taki Pacjent złoży wniosek w dniu lub przed 240. dniem od momentu wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala i wniosek ten zostanie zatwierdzony przez Organizację. Pacjent będzie mógł uzyskać ulgę wyliczaną na podstawie procesu analizy zamożności, jeśli złoży wniosek po 240. dniu od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala, ale wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta ogranicza się do wysokości niezapłaconej przez Pacjenta sumy po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na jego konto. Pacjent uprawniony do otrzymania takiej pomocy finansowej nie będzie obciążony kwotą większą niż obliczona wartość AGB. Dodatkowo, w przypadku nieubezpieczonych pacjentów, którzy kwalifikują się do ulgi wyliczanej przy użyciu skali ruchomej, o której mowa w ust. 2, windykacja sumy po 12 miesiącach będzie dodatkowo ograniczona do 20% wartości dochodu rodziny pacjenta.
4. Pacjent może nie kwalifikować się do pomocy finansowej opisanej w ustępach 1–3 powyżej, jeżeli na podstawie „Testów aktywów” okaże się, że ma aktywa wystarczające do pokrycia kosztów. Test aktywów polega na merytorycznej ocenie zdolności Pacjenta do dokonania płatności w oparciu o kategorie aktywów z wniosku FAP. Pacjent mający aktywa, których wartość przekracza 600% wartości federalnego progu ubóstwa, może nie kwalifikować się do pomocy finansowej.
5. Decyzja o udzieleniu pomocy finansowej może zostać podjęta w dowolnym momencie tzw. cyklu pozyskiwania dochodu (revenue cycle) i może opierać się o domniemaną kwalifikację do pomocy Pacjenta, którego niezapłacona suma w ciągu pierwszych 240 dni od momentu otrzymania pierwszego rachunku za opiekę przy wypisie ze szpitala jest wystarczająco wysoka, by uzyskać ulgę w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości opłat za opiekę medyczną, nawet jeśli Pacjent nie wypełnił wniosku o pomoc finansową („Wniosek FAP”). Ustalenie uprawnień do pomocy na podstawie domniemanej kwalifikacji dotyczy tylko tego zakresu opieki, dla którego przeprowadzana jest domniemana kwalifikacja.

Pacjentom spełniającym jedno z poniższych kryteriów będzie przysługiwać ulga w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości należnych opłat za opiekę medyczną: Pacjent jest bezdomny, Pacjent zmarł bez majątku, Pacjent został ubezwłasnowolniony i nie ma osoby, która działałaby w jego imieniu, Pacjent kwalifikuje się do programu Medicaid, z wyłączeniem dnia, w którym zapewniono mu usługi lub z wyłączeniem usług, których program nie pokrywa, Pacjent zapisał się do programu Medicaid w innym stanie, w którym Organizacja nie jest i nie zamierza być dostawcą usług, Pacjent jest zapisany do programu Medicaid, lecz przekroczył możliwy czas pobytu w placówce.

Do ulgi upoważnia również uczestnictwo w następujących programach: program żywieniowy dla kobiet, niemowląt i dzieci (ang. WIC, Women, Infants and Children Nutrition Program); program dożywiania SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program); program

darmowych lunchy i śniadań w Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program); program dodatków energetycznych dla rodzin o niskich dochodach (ang. LIHEAP, Low Income Home Energy Assistance Program); zapisanie się do zorganizowanego programu środowiskowego zapewniającego dostęp do opieki medycznej, w którym kryterium uczestnictwa jest niski dochód; oraz otrzymanie pomocy finansowej na usługi medyczne.

6. Organizacja może ograniczyć lub odmówić Pacjentowi pomocy finansowej, która inaczej zostałaby mu przyznana na podstawie przeglądu jego danych dotyczących ubezpieczenia oraz innych istotnych faktów i okoliczności, jeżeli objęty jest on planem ubezpieczeń nieuwzględniającym usługi świadczone przez Organizację.
7. Pacjent może złożyć odwołanie w związku z odrzuceniem wniosku o udzielenie pomocy finansowej, dostarczając Organizacji wszelkie dodatkowe dane w terminie czternastu (14) dni od otrzymania powiadomienia o odrzuceniu. Organizacja zapozna się dokładnie z każdym odwołaniem i wyda rozstrzygającą decyzję. Jeżeli potwierdzi ona zasadność wcześniejszego odrzucenia wniosku o udzielenie pomocy finansowej, Pacjent otrzyma stosowne powiadomienie na piśmie. Proces odwoływania się przez Pacjentów i ich rodzin od decyzji Organizacji podjętych w sprawie kwalifikacji do udzielenia pomocy finansowej jest następujący:

- a. Odwołania należy najpierw wysłać do rozpatrzenia do Biura Usług Finansowych dla Pacjentów.
- b. Następnie co miesiąc będzie odbywać się posiedzenie komisji w celu rozpatrzenia wszystkich odwołań. W skład komisji powinni wchodzić przedstawiciele Biura Usług Finansowych dla Pacjentów, Mission Integration, działu zarządzania przypadkami / usług społecznych oraz działu finansów / dyrektora finansowego.

Odwołania zostaną przekazane przed comiesięcznym posiedzeniem komisji wszystkim jej członkom w celu ponownego rozpatrzenia.

- c. Przedstawiciel Biura Usług Finansowych dla Pacjentów powinien być obecny na spotkaniu komisji, by omówić każdy przypadek i przekazać dodatkowe informacje od pacjentów.
- d. Komisja zapozna się z wnioskiem FAP wnioskodawcy, zwracając szczególną uwagę na zgłoszone przez niego w procesie odwoławczym dodatkowe informacje i uwagi.
- e. Komisja może rozpatrzyć odwołanie pozytywnie, odrzucić je lub odroczyć decyzję na jego temat. Komisja może odroczyć decyzję na temat odwołania, jeżeli podczas dyskusji na jego temat pojawiły się pytania wymagające zapewnienia dodatkowych informacji.
- f. Biuro Usług Finansowych dla Pacjentów pisemnie poinformuje pacjenta lub członków jego rodziny o decyzji w sprawie odwołania.

B. Inne formy wsparcia dla pacjentów, którym nie przysługuje pomoc finansowa

Pacjenci, którym nie przysługuje pomoc finansowa opisana powyżej, mogą kwalifikować się do otrzymania innych form wsparcia oferowanych przez Organizację. Przedstawione tutaj inne formy wsparcia nie odnoszą się do artykułu 501(r) i zostały zawarte w niniejszym dokumencie jedynie dla wygody zainteresowanych społeczności korzystających ze świadczeń Organizacji.

1. Nieubezpieczonym pacjentom, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, przysługuje ulga obliczana w oparciu o wartość ulgi przyznanej tzw. największemu płatnikowi Organizacji (highest-paying payor). Koszty poniesione przez największego płatnika Organizacji muszą pokrywać koszty usług dla co najmniej 3% populacji świadczeniobiorców Organizacji, przy czym odsetek ten mierzony jest liczbą pacjentów

albo przychodami brutto ze świadczeń dla pacjentów. Jeżeli żaden pojedynczy płatnik nie przekroczył poziomu wyznaczonego przez tę wartość minimalną, ulga powinna zostać naliczona na podstawie średniej wyciągniętej z wartości więcej niż jednej umowy płatniczej, których postanowienia obowiązują w odniesieniu do świadczeń przypadających na min. 3% przychodów Organizacji w danym roku.

2. Nieubezpieczeni i ubezpieczeni Pacjenci, którzy nie zakwalifikowali się do otrzymania pomocy finansowej mogą uzyskać ulgę za szybką spłatę zobowiązań. Ulga za szybką spłatę zobowiązań może przysługiwać jako dodatek do zniżki dla osób nieubezpieczonych, o której mowa w poprzednim paragrafie.

C. Ograniczenia wysokości opłat pobieranych od pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej

1. Pacjenci kwalifikujący się do otrzymania pomocy finansowej nie mogą zostać indywidualnie obciążeni kwotą wyższą niż wartość AGB opłaty za opiekę w przypadkach nagłych lub inną niezbędną opiekę medyczną ani kwotą wyższą od opłat brutto za wszystkie inne świadczenie medyczne. Organizacja wyznacza jedną wartość procentową AGB na podstawie tzw. metody retrospektywnej oraz z uwzględnieniem opłat Medicare za usługi i należności spłacanych przez prywatnych ubezpieczycieli medycznych, zgodnie z postanowieniami artykułu 501(r).
2. Bezpłatną broszurę zawierającą opis metod wyznaczania AGB i wartości procentowe AGB można uzyskać na stronie internetowej Organizacji, dzwoniąc pod numer 833-272-7585, pisząc wiadomość e-mail na adres Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org lub pisząc pod adres:

ASCENSION Health PFS

D. Wnioskowanie o pomoc finansową lub inne formy wsparcia

Pacjent może zostać objęty pomocą finansową w wyniku uznania domniemanej kwalifikacji do pomocy lub po złożeniu wypełnionego wniosku FAP o pomoc finansową. Wniosek FAP i instrukcje dotyczące wypełniania tego dokumentu są dostępne na stronie internetowej Organizacji, można je także uzyskać, dzwoniąc pod numer telefonu 833-272-7585, pisząc wiadomość e-mail na adres Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org lub pisząc na adres:

ASCENSION Health PFS

Wymogiem Organizacji będzie to, aby nieubezpieczony Pacjent skonsultował się z doradcą finansowym w celu ubiegania się o Medicaid lub inne programy pomocy publicznej, do których Pacjent jest potencjalnie uprawniony (z wyjątkiem przypadków, w których Pacjent kwalifikuje się i został zatwierdzony na podstawie domniemanej kwalifikacji do pomocy). Pacjentowi nie należy się pomoc finansowa, jeśli poda fałszywe informacje we wniosku FAP lub w związku z procesem uzyskiwania domniemanej kwalifikacji do pomocy, jeśli Pacjent nie zgodzi się na przeznaczenie wpływów z ubezpieczenia na opłacenie opieki lub bezpośrednią zapłatę należnej sumy za opiekę przez firmę ubezpieczeniową zobowiązaną do zapłaty takiej sumy, lub jeśli pacjent odmawia współpracy z doradcą finansowym w celu ubiegania się o Medicaid lub inne programy pomocy publicznej, do których Pacjent jest potencjalnie uprawniony (z wyjątkiem przypadków, w których Pacjent kwalifikuje się i został zatwierdzony na podstawie domniemanej kwalifikacji do pomocy). Organizacja uzna wniosek FAP wypełniony w okresie krótszym niż sześć miesięcy przed jakąkolwiek datą ustalania

kwalifikowalności podczas podejmowania decyzji na temat uprawnień do pomocy dla aktualnie przyjmowanej opieki. Organizacja nie będzie uznawać wniosków FAP wypełnionych w okresie dłuższym niż sześć miesięcy przed datą ustalenia kwalifikowalności.

E. Rozliczenia i windykacja

Środki, jakie Organizacja może powziąć w przypadku nieuiszczenia opłat są opisane w osobnym dokumencie dot. zasad rozliczania i windykacji. Bezpłatny egzemplarz zasad rozliczania i windykacji można uzyskać na stronie internetowej Organizacji, dzwoniąc pod numer 833-272-7585, pisząc wiadomość e-mail na adres Ascensionfinancialassistance@Ascensionhealth.org lub pisząc pod adres:

ASCENSION Health PFS

F. Interpretacja

Niniejszy dokument oraz odnoszące się do niego procedury należy interpretować i realizować w zgodzie z artykułem 501(r), z wyjątkiem fragmentów, w których wskazano inaczej.

ODNIESIENIA

- a. Zasady administracyjne w Ascension nr 600 — pomoc finansowa dla potrzebujących
- b. Wniosek o pomoc finansową
- c. Streszczenie prostym językiem Zasad pomocy finansowej (ang. FAP, Financial Assistance Policy)
- d. Lista dostawców objętych i nieobjętych zasadami udzielania pomocy finansowej
- e. Naliczane kwoty zwyczajowe