ПОЛІТИКА ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois

МЕТА

Мета цієї політики — визначення вимог щодо надання фінансової допомоги в Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois.

ПОЛІТИКА

Політика організацій, перелічених нижче в цьому пункті (кожна з яких є «Організацією»), полягає в забезпеченні соціально справедливої практики надання невідкладної та іншої необхідної з медичної точки зору допомоги в установах Організації. Ця політика спеціально розроблена для визначення права на отримання фінансової допомоги пацієнтами, які її потребують і отримують медичну допомогу в нашій Організації

Ця політика застосовується до кожної з наведених нижче Організацій, що входять до складу Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois.
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Saint Joseph Hospital - Chicago
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
Alexian Brothers Behavioral Health Hospital — штатні лікарі

A. Уся фінансова допомога відображатиме нашу відданість і повагу до людської гідності та спільного блага, нашу особливу турботу та солідарність з людьми, які живуть у бідності, та іншими вразливими категоріями населення, а також нашу відданість принципам справедливого розподілу та відповідального управління.

B. Ця політика застосовується до всієї невідкладної та іншої необхідної з медичної точки зору допомоги, що надається Організацією, включаючи послуги штатних лікарів та послуги з психічного здоров’я. Ця політика не поширюється на оплату послуг, які не є невідкладною та іншою необхідною з медичної точки зору допомогою.

C. У переліку постачальників послуг, на яких поширюється Політика фінансової допомоги, наведено список усіх постачальників послуг, що надають медичну допомогу в закладах Організації, із зазначенням, на кого поширюється ця політика, а на кого — ні.

ВИЗНАЧЕННЯ

Визначення, що стосуються конкретної політики

A. «**501(r)**» — це розділ 501(r) Податкового законодавства та положення, прийняті відповідно до нього.

B. «**Сума, яку зазвичай виставляють до сплати**» або «**AGB**» означає, стосовно невідкладної та іншої необхідної з медичної точки зору допомоги, суму, яку зазвичай виставляють пацієнтам зі страховкою, яка покриває таку допомогу.

C. «**Спільнота**» означає штат Іллінойс. В цій Політиці «жити у Спільноті» означає бути резидентом штату Іллінойс, тобто особою, яка проживає в штаті Іллінойс і має намір залишитися жити в штаті Іллінойс на невизначений термін, а не особою, яка переїхала до штату Іллінойс з метою отримання медичних пільг. Пацієнт також вважається членом Спільноти Організації, якщо невідкладна та необхідна з медичної точки зору допомога, якої він потребує, є продовженням невідкладної та необхідної з медичної точки зору допомоги, отриманої в іншому закладі Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois, де Пацієнт отримав право на фінансову допомогу для отримання такої невідкладної та необхідної з медичної точки зору допомоги.

D. «**Невідкладна допомога**» — це послуги, спрямовані на лікування захворювання, яке проявляється гострими симптомами достатньої тяжкості (включаючи сильний біль), при цьому відсутність негайного медичного обслуговування може призвести до серйозних порушень функцій організму, серйозної дисфункції органу або частини тіла, чи поставити здоров'я людини під серйозну загрозу.

E. «**Необхідна з медичної точки зору допомога**» — це медичні послуги, які (1) є відповідними, узгодженими та необхідними для профілактики, діагностики або лікування захворювання Пацієнта; (2) є найбільш відповідними для захворювання Пацієнта за обсягом та рівнем та можуть бути надані безпечним чином; (3) не надаються в першу чергу для зручності Пацієнта, сім'ї Пацієнта, лікаря або опікуна; та (4) з більшою ймовірністю принесуть Пацієнту користь, ніж шкоду. Щоб майбутнє профілактичне обслуговування вважалося «необхідним з медичної точки», таке медичне обслуговування і час його надання потребує затвердження головним лікарем Організації (або його уповноваженою особою). Визначення необхідної з медичної точки зору допомоги повинно бути зроблено ліцензованим постачальником послуг, який надає медичну допомогу Пацієнту, і, на розсуд Організації, лікарем, який приймає Пацієнта, лікарем, який направив Пацієнта, та/або головним лікарем або іншим лікарем-експертом (залежно від типу рекомендованої допомоги). Якщо лікар-експерт визначить, що допомога, про яку просить Пацієнт, не є необхідною з медичної точки зору, це рішення також має підтвердити лікар, який прийняв Пацієнта або лікар, який направив його до нас.

F. «**Організація**» — це Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois та заклади, на які поширюється дія цієї Політики фінансової допомоги, як зазначено вище в Розділі II.

G. «**Пацієнт**» означає особу, яка отримує невідкладну та іншу необхідну з медичної точки зору допомогу в Організації, а також особу, яка несе фінансову відповідальність за медичне обслуговування Пацієнта.

H. **«Орієнтовна оцінка**» означає використання сторонніх джерел інформації, до яких можуть належати публічні реєстри, або інших об’єктивних і достатньо точних засобів оцінки права Пацієнта на отримання фінансової допомоги.

I. **«Незастрахований Пацієнт»** — це Пацієнт, який не має поліса медичного страхування і не отримує виплат з системи державного або приватного медичного страхуванням, з

програми медичної допомоги або з іншої програми медичного страхування, включаючи плани медичного страхування з високою франшизою, компенсацію працівникам, страхування цивільної відповідальності за нещасні випадки або іншу відповідальність перед третіми особами.

НЕОБХІДНІ ПРОЦЕДУРИ

A. Фінансова допомога, описана в цьому розділі, надається лише Пацієнтам, які проживають у Спільноті:

1. Пацієнти з доходом, меншим або рівним 250% від державного прожиткового мінімуму («FPL»), мають право на 100% знижку на ту частину витрат, за яку відповідає Пацієнт, після оплати страховиком (за наявності), якщо такий Пацієнт має право на знижку відповідно до орієнтовної оцінки (описаної в пункті 5 нижче.), або подає заявку на отримання фінансової допомоги («Заявка») на 240-й день після отримання першого рахунку після виписки Пацієнта або раніше, і ця Заявка буде схвалена Організацією. Пацієнт матиме право на отримання фінансової допомоги у розмірі до 100%, якщо він подасть Заявку пізніше 240-го дня з моменту отримання першого рахунку після виписки, але тоді сума фінансової допомоги, доступної для Пацієнта цієї категорії, обмежується сумою його заборгованості з урахуванням усіх платежів, вже здійснених на його рахунок. З Пацієнта, який має право на цю категорію фінансової допомоги, не стягують більше, ніж розраховані витрати AGB.

2. За умови дотримання інших положень цієї Політики фінансової допомоги, незастраховані Пацієнти з доходами, що перевищують 250% FPL, але не перевищують 600% FPL, отримають знижку за прогресивною шкалою на ту частину вартості наданих послуг. Пацієнти, які мають страховку і дохід яких перевищує 250% FPL, але не перевищує 400% FPL, отримають знижку за прогресивною шкалою на ту частину вартості наданих послуг, за яку відповідає Пацієнт, відповідно до роз'яснень страхового плану щодо страхових виплат. Такі знижки будуть застосовані після подання Пацієнтом Заявки не пізніше 240-го дня після виставлення Пацієнту першого рахунку після виписки та затвердження Заявки Організацією. Пацієнт матиме право на фінансову допомогу у вигляді знижки за прогресивною шкалою, якщо він подасть Заявку після 240-го дня після отримання першого рахунку після виписки, але тоді сума фінансової допомоги, доступної для Пацієнта цієї категорії, обмежується сумою його заборгованості з урахуванням усіх платежів, вже здійснених на його рахунок. З Пацієнта, який має право на цю категорію фінансової допомоги, не стягують більше, ніж розраховані витрати AGB.

   Знижка за прогресивною шкалою виглядає наступним чином: (FPL — державний прожитковий мінімум)

Прогресивна шкала для незастрахованих Пацієнтів	**%**
0% - 250% FPL	**100 %**
251% - 300% FPL	**95%**
301% - 400% FPL	**90%**
401% - 600% FPL	**85%**

Прогресивна шкала для застрахованих Пацієнтів	**%**
0% - 250% FPL	**100%**
251% - 300% FPL	**95%**
301% - 400% FPL	**90%**

3. За умови дотримання інших положень цієї Політики фінансової допомоги, Пацієнт з доходом, що перевищує 600% (для незастрахованих осіб) та 400% (для застрахованих осіб) від FPL, може мати право на отримання фінансової допомоги після «Перевірки матеріального становища для пільг/допомоги» для отримання певної знижки на оплату послуг Організації, виходячи із загальної суми медичного боргу Пацієнта. Пацієнт матиме право на фінансову допомогу відповідно до перевірки матеріального

становища для пільг/допомоги, якщо він має надмірну загальну медичну заборгованість, яка включає медичну заборгованість перед постачальниками медичних послуг у Alexian Brothers Health System, що діє під назвою філіали Ascension Illinois, та іншим постачальником медичних послуг, за невідкладну та іншу необхідну з медичної точки зору допомогу, яка дорівнює або перевищує сукупний дохід сім'ї Пацієнта. Рівень фінансової допомоги, що надається відповідно до перевірки матеріального становища для пільг/допомоги, є аналогічним тому, що надається пацієнту з доходом на рівні 600% (незастрахована особа) та 400% (застрахована особа) від FPL згідно з пунктом 2 вище, якщо такий Пацієнт подає Заявку не пізніше 240-го дня з моменту отримання першого рахунку після виписки Пацієнта та ця Заявка затверджується Організацією. Пацієнт матиме право на отримання фінансової допомоги зі знижкою після перевірки матеріального становища для пільг/допомоги, якщо він подасть Заявку після 240-го дня с моменту отримання першого рахунку після виписки, але тоді розмір фінансової допомоги, доступної для Пацієнта цієї категорії, обмежується неоплаченим залишком в обліковому записі Пацієнта з урахуванням усіх платежів, здійснених на користь Пацієнта. З Пацієнта, який має право на цю категорію фінансової допомоги, не стягують більше, ніж розраховані витрати AGB.
Крім того, для незастрахованих пацієнтів, які мають право на знижку за прогресивною шкалою, як зазначено в пункті 2, загальна сума стягнень за 12-місячний період додатково обмежується 20% від доходу сім'ї пацієнта.

4. Пацієнт може не мати права на отримання фінансової допомоги, описаної в пунктах 1-3 вище, якщо за результатами «Перевірки активів» буде встановлено, що такий Пацієнт має достатньо коштів для оплати. Перевірка активів включає в себе предметну оцінку платоспроможності Пацієнта на основі категорій активів, визначених у заявці на FAP. Пацієнт, чиї активи перевищують 600% від суми FPL, не має права на отримання фінансової допомоги.

5. Право на отримання фінансової допомоги може бути визначено на будь-якому етапі циклу надходження коштів і може включати використання орієнтовної оцінки для Пацієнта зі значним неоплаченим залишком протягом перших 240 днів з моменту першого рахунку після виписки Пацієнта, щоб визначити право на 100% благодійну допомогу, незважаючи на те, що Пацієнт не заповнив заявку на отримання фінансової допомоги («Заявка FAP»). Визначення відповідності критеріям на основі орієнтовної оцінки застосовується лише до випадку надання медичної допомоги, для якого проводиться ця оцінка.

   Пацієнти з одним з наступних критеріїв вважатимуться особами, які мають право на 100% благодійну допомогу: бездомні, померлі без майна**,** особа з інтелектуальною недієздатністю, у якої немає представника, який діє від імені пацієнта, наявність права на Medicaid, але не на дату надання послуг або на послуги без покриття, реєстрація в Medicaid в іншому штаті, де Організація не є і не має наміру ставати постачальником послуг, а також участь у Medicaid, але з вичерпанням обмежень щодо тривалості перебування в закладі.

   Додаткові обов'язкові категорії включають участь у наступних програмах: Програма харчування жінок, немовлят та дітей (WIC), Програма додаткової допомоги у харчуванні (SNAP), Програма безкоштовних обідів та сніданків штату Іллінойс, Програма допомоги малозабезпеченим громадянам з оплатою рахунків за електроенергію (LIHEAP), участь в програмі на базі громади, що забезпечує доступ до медичної допомоги, яка оцінює та документує обмежений фінансовий статус малозабезпечених громадян як критерій, отримання грантової допомоги на медичні послуги.

6. Пацієнту, який бере участь у певних страхових планах, що вважають Організацію «поза мережею», Організація може зменшити або відмовити у фінансовій допомозі, яка в іншому випадку була б доступна Пацієнту, на основі аналізу страхової

інформації Пацієнта та інших відповідних фактів та обставин.

7. Пацієнт може оскаржити відмову в праві на отримання Фінансової допомоги, надавши Організації додаткову інформацію протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з моменту отримання повідомлення про відмову. Всі апеляції будуть розглянуті Організацією для прийняття остаточного рішення. Якщо остаточне рішення підтвердить попередню відмову у Фінансовій допомозі, Пацієнту буде надіслано письмове повідомлення. Процес оскарження Пацієнтами та їхніми родинами рішень Організації щодо права на отримання фінансової допомоги є наступним:

    a. Апеляції повинні спочатку надходити до Фінансової служби пацієнта для розгляду та подальших запитань, якщо це необхідно.

    b. Після цього ці документи потрапляють до комітету, який збирається щомісяця для розгляду всіх апеляцій. До складу комітету мають входити представники відділу фінансових послуг для Пацієнтів, стратегічного відділу, відділу справ клієнтів/соціальних послуг та фінансів/фінансового директора.

       Апеляції роздаються членам комітету перед щомісячним засіданням комітету для ознайомлення.

    c. Представник відділу фінансових послуг для Пацієнтів повинен бути присутнім на засіданні комітету, щоб обговорити кожен випадок і надати додаткову інформацію, яку може надати пацієнт.

    d. Комісія розгляне Заявку на отримання FAP, приділяючи особливу увагу додатковій інформації та зауваженням, зробленим заявником у процесі апеляції. Комітет може схвалити, відхилити або відкласти апеляцію. Комітет може відкласти апеляцію, якщо йому знадобиться додаткова інформація на основі запитань, поставлених під час обговорення апеляції.

    e. Відділ фінансових послуг для Пацієнтів письмово повідомить Пацієнта або членів його сім'ї про результати розгляду апеляції.

B. **Інша допомога для Пацієнтів, які не мають права на фінансову допомогу**

Пацієнти, які не мають права на фінансову допомогу, як описано вище, все ще можуть претендувати на інші види допомоги, яку пропонує Організація. В цілях повноти викладу, ці інші види допомоги перераховані тут, хоча вони не базуються на потребах і не підпадають під дію 501(r), але включені сюди для зручності громади, яку обслуговує Організація.

1. Незастрахованим пацієнтам, які не мають права на фінансову допомогу, буде надана знижка на основі знижки, що надається платнику, який платить найбільше цій Організації. Платник, який платить найбільше, повинен становити щонайменше 3% від населення Організації, що вимірюється за обсягом або валовим доходом від пацієнтів. Якщо на одного платника не припадає цей мінімальний рівень обсягу, слід усереднити контракти кількох платників таким чином, щоб на умови оплати, які використовуються для усереднення, припадало щонайменше 3% обсягу бізнесу Організації за відповідний рік.

2. Незастраховані та застраховані Пацієнти, які не мають права на фінансову допомогу, можуть отримати знижку за швидку оплату. Знижку за швидку оплату можуть запропонувати додатково до знижки для незастрахованих осіб, описаної в попередньому абзаці.

C. **Обмеження на оплату для Пацієнтів, які мають право на Фінансову допомогу**

1. З Пацієнтів, які мають право на Фінансову допомогу, не будуть стягувати індивідуально плату за невідкладну та іншу необхідну з медичної точки зору допомогу у розмірі, що перевищує AGB або загальну суму витрат за всі інші види медичної допомоги. Організація розраховує один або декілька відсотків AGB, використовуючи метод «ретроспективного аналізу» і враховуючи плату за послуги Medicare та всіх приватних медичних страховиків, які виплачують страхові відшкодування Організації, відповідно до 501(r).

2. Безкоштовну копію опису розрахунку AGB та відсотків можна отримати: на сайті Організації, за номером 833-272-7585, за електронною поштою amitafinancialassistance@ascension.org або надіславши листа за адресою:

   Alexian Brothers Health System
   Attention: Financial Assistance Department
   PO Box 74008855
   Chicago, IL 60674-8855

D. **Звернення за Фінансовою допомогою та іншою підтримкою**

Пацієнт може отримати право на фінансову допомогу на основі відповідності вимогам орієнтовної оцінки або шляхом подання заявки на отримання фінансової допомоги, заповнивши Заявку FAP. Заявку FAP та Інструкцію щодо подання заявки FAP можна отримати: на сайті Організації, за номером 833-272-7585, за електронною поштою amitafinancialassistance@ascension.org або надіславши листа за адресою:

Alexian Brothers Health System
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

Організація вимагатиме від незастрахованих осіб співпрацювати з фінансовим консультантом для подачі заявки на Medicaid або інші програми державної допомоги, для яких пацієнт потенційно відповідає критеріям, щоб отримати право на фінансову допомогу (за винятком випадків, коли право на отримання допомоги було підтверджено на основі орієнтовної оцінки). Пацієнту може бути відмовлено у фінансовій допомозі, якщо він надасть неправдиву інформацію в заявці FAP або у зв'язку з процесом визначення відповідності вимогам орієнтовної оцінки, якщо пацієнт відмовиться передати страхові кошти або право на оплату безпосередньо страховою компанією, яка може бути зобов'язана оплатити вартість наданої допомоги, або якщо пацієнт відмовиться працювати з фінансовим консультантом для подачі заявки на Medicaid або інші програми державної допомоги, для яких пацієнт потенційно відповідає критеріям, щоб отримати право на фінансову допомогу (за винятком випадків, коли пацієнт відповідає критеріям, які були схвалені на підставі орієнтовної оцінки). Організація може розглянути заяву FAP, подану менш ніж за шість місяців до дати визначення відповідності критеріям, при прийнятті рішення про відповідність критеріям для поточного випадку медичного обслуговування.
Організація не розглядатиме заявки FAP, подані більш ніж за шість місяців до дати визначення відповідності критеріям.

E. **Виставлення рахунків та стягнення заборгованості**

Дії, які Організація може вжити у випадку несплати, описані в окремій політиці виставлення рахунків та стягнення заборгованості. Безкоштовну копію політики виставлення рахунків та стягнення заборгованості можна отримати: на сайті Організації, за номером 833-272-7585, за електронною поштою amitafinancialassistance@ascension.org або надіславши листа за адресою:

Alexian Brothers Health System
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

F. **Тлумачення**

Ця політика, разом з усіма потрібними процедурами, призначена для дотримання вимог, тлумачення та застосування відповідно до 501(r), за винятком окремих, спеціально зазначених випадків.

ДОВІДКОВА ЛІТЕРАТУРА

a. Адміністративна політика Ascension № 600 — Фінансова допомога для вразливих категорій населення
b. Форма заявки на отримання фінансової допомоги
c. Резюме Політики фінансової допомоги доступною мовою
d. Перелік постачальників послуг, на яких поширюється та не поширюється Політика фінансової допомоги
e. Суми, що зазвичай виставляються до оплати