

ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

AMITA HEALTH

ЦЕЛЬ

Цель этой Политики — описание требований для осуществления финансовой помощи в системе AMITA Health.

ПОЛИТИКА

Данная политика указанных далее в этом параграфе организаций (далее — «Организация») разработана с целью обеспечения социально справедливой практики оказания неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг входящими в Организацию медицинскими учреждениями. Данная политика разработана специально для определения критериев правомочности и способов предоставления финансовой помощи пациентам, которые нуждаются в такой финансовой помощи и получают медицинские услуги в Организации.

Эта политика применяется к каждой из следующих Организаций AMITA Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Holy Family Medical Center – Des Plaines
Mercy Medical Center - Aurora
Resurrection Medical Center
St. Francis Hospital - Evanston
Saint Joseph Hospital - Chicago
Saint Joseph Hospital - Elgin
Saint Joseph Medical Center - Joliet
Saints Mary and Elizabeth Medical Center
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
St. Mary's Hospital - Kankakee
Врачебный персонал

- A. Вся финансовая помощь является отражением нашего уважения к достоинству человека и общему благу, нашего особого внимания к людям, живущим за чертой бедности, и другим уязвимым группам, нашей солидарности с ними, а также нашей приверженности справедливому распределению благ и ответственному руководству.
- B. Данная политика применяется в отношении всех услуг неотложной медицинской помощи и другого необходимого по медицинским показаниям лечения, предоставляемых Организацией, в том числе услуг врачей и отделения охраны психического здоровья. Эта политика не распространяется на оплату за медицинское обслуживание вне рамок неотложной медицинской помощи, а также за другое необходимое обслуживание по медицинским показаниям.
- C. В Списке поставщиков, на услуги которых распространяется действие Политики предоставления финансовой помощи, перечислены все поставщики услуг, обеспечивающие медицинский уход в учреждениях Организации. В нем также указано, действует ли в отношении конкретного поставщика Политика предоставления

финансовой помощи или нет.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Определения, использованные в политике

- А. **«501(r)»** означает раздел 501(r) Налогового кодекса США и принятые в соответствии с ним нормативные правила.
- В. **«Обычно выставяемая сумма»** или **«AGB»** обозначает — в отношении к услугам неотложной медицинской помощи или другим необходимым по медицинским показаниям услугам — сумму, которая обычно выставяется для оплаты пациентам, имеющим страховку, покрывающую стоимость таких услуг.
- С. **«Сообщество»** означает штат Иллинойс. В этой Политике «проживание в сообществе» означает то, что человек является резидентом Иллинойсом, т.е. человеком, который живет в Иллинойсе и намерен продолжать здесь жить неопределенное количество времени, и не относится к человеку, который переехал в Иллинойс с целью получения льготного медицинского обслуживания. Пациент также может считаться членом Сообщества Организации, если неотложная и необходимая по медицинским показаниям помощь, которая требуется Пациенту, является всецело неотложной и необходимой по медицинским показаниям помощью, оказываемой в другом медицинском учреждении AMITA Health, в котором Пациент имеет право на получение финансовой помощи в случае такой неотложной ситуации и другой необходимой помощи по медицинским показаниям.
- Д. **«Неотложная медицинская помощь»** обозначает обслуживание для лечения заболевания, проявляющегося острыми симптомами такой выраженности (включая острую боль), что отсутствие немедленного медицинского вмешательства может привести к серьезному нарушению функций организма, серьезному нарушению функции любого органа или части тела или возникновению серьезной опасности для здоровья человека.
- Е. **«Необходимое обслуживание по медицинским показаниям»** — медицинское обслуживание, которое (1) подходит, соответствует и необходимо для профилактики, диагностики или лечения заболевания Пациента; (2) является наиболее подходящей помощью или уровнем обслуживания в соответствии с состоянием здоровья пациента, и не влечет опасных последствий; (3) не предоставляется исключительно для удобства Пациента, членов его семьи, врача или лица, осуществляющего уход; и (4), скорее всего, принесет Пациенту пользу, а не вред. Чтобы предстоящая плановая помощь считалась «необходимой по медицинским показаниям», медицинское обслуживание и сроки оказания помощи должны быть утверждены главным врачом Организации (или назначенным им лицом). Заключение о предоставлении пациенту необходимого обслуживания по медицинским показаниям должно осуществляться лицензированным поставщиком, оказывающим медицинскую помощь Пациенту, и, по усмотрению Организации, врачом приемного отделения, направившим пациента врачом и/или главным врачом или другим врачом-экспертом (в зависимости от вида рекомендуемой медицинской помощи). Если врачом-экспертом установлено, что медицинская помощь, за которой обратился Пациент и на которую распространяются положения этой политики, не является необходимой по медицинским показаниям, такое заключение также должно быть подтверждено врачом приемного отделения или направившим пациента врачом.
- Ф. **«Организация»** означает AMITA Health и учреждения, которые отображены в Политике финансовой помощи, определенной выше в Разделе II.
- Г. **«Пациент»** обозначает лицо, получающее неотложную медицинскую помощь и другие

необходимые по медицинским показаниям услуги в Организации, а также лицо, несущее финансовую ответственность за оказание медицинской помощи пациенту.

Н. «Оценка предположительной правомочности» означает использование сторонних источников информации, куда могут входить документы публичного характера или другие объективные и достоверные точные ресурсы для оценки права пациента на финансовую помощь.

И. «Незастрахованный пациент» означает пациента, который не имеет полиса медицинского страхования и не является бенефициаром в рамках государственной или частной программы медицинского страхования, пособия по болезни или других программ медицинского страхования, включая планы медицинского страхования с высокой франшизой, компенсацию работникам, страхование от несчастных случаев или другие обязательства перед третьими лицами.

НЕОБХОДИМЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

А. Финансовая помощь, описанная в данном разделе, предоставляется только Пациентам, проживающим в Сообществе:

1. Пациенты с доходом менее или равным 250% Федерального прожиточного минимума («FPL»), имеют право на скидку в размере 100% за ту часть платы, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такому Пациенту предоставлено право на получение помощи в соответствии с возможной рассчитываемой оценкой (как описано в пункте 5 ниже), или если он подаст заявление на предоставление финансовой помощи («Заявление») на 240-й день или ранее после выставления первого счета после выписки Пациента, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в размере до 100%, если Пациент подаст Заявление через 240 дней после выставления первого счета после выписки Пациента, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных для Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB.
2. Согласно другим положениям этой Политики финансовой помощи, незастрахованным пациентам с доходом от 250% до 600% FPL будет предоставлен льготный тариф по скользящей шкале в отношении доли стоимости предоставленных услуг. Пациентам со страховкой, доход которых составляет от 250 до 400% FPL будет предложен льготный тариф по скользящей шкале в отношении части стоимости предоставленных услуг, которую должен оплатить сам Пациент, согласно разъяснений выплат по медицинской страховке. Такой льготный тариф будет применен после подачи Заявления Пациентом на 240-й день или ранее после выставления первого счета после выписки Пациента, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент будет иметь право на частичную финансовую помощь по скользящей шкале, если он подаст Заявление спустя 240 дней после выставления первого счета после выписки Пациента, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных для Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB.

Размер частичной помощи по скользящей шкале рассчитывается следующим образом:
(FPL – Федеральный прожиточный минимум)

Скольльзящая шкала для незастрахованных пациентов	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

Скольльзящая шкала для застрахованных пациентов	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенту с доходом, превышающим 600% (для незастрахованных) и 400% (для застрахованных) от уровня FPL, может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам «проверки нуждаемости» в размере некоторой части от расходов пациента на предоставленные Организацией услуги, в зависимости от величины общей задолженности Пациента за медицинские услуги. Пациенту может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости, если у Пациента имеется обременительная общая задолженность за медицинские услуги, включая задолженность за медицинские услуги перед поставщиками медицинских услуг в AMITA Health и любым другим учреждением здравоохранения, за неотложную и другую необходимую помощь по медицинским показаниям, сумма которой равна или превышает общий доход семьи такого Пациента. Размер финансовой помощи, предоставляемой по результатам проверки нуждаемости, такой же, как и для Пациента с доходом в размере 600% (для незастрахованных) и 400% (для застрахованных) от уровня FPL, как указано в пункте 2 выше, если такой Пациент подаст Заявление на 240-й день или ранее после выставления первого счета после выписки Пациента, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент будет иметь право на частичную финансовую помощь по результатам проверки нуждаемости, если он подаст Заявление спустя 240 дней после выставления первого счета после выписки Пациента, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных для Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB.
- Кроме того, для незастрахованных пациентов, которые имеют право на применение к их долгу скольльзящей шкалы, установленной в пункте 2, при взимании оплаты на протяжении 12-месячного периода следует дополнительно использовать ограничение в 20% от семейного дохода пациента.
4. Пациенту может быть отказано в праве на получение финансовой помощи, указанной в пунктах 1-3 выше, если по результатам «проверки имущественного положения» у такого Пациента окажется достаточно средств для оплаты. Проверка имущественного положения включает в себя основательную оценку платежеспособности Пациента на основании категорий активов, указываемых в Заявлении FAP. Пациенту, активы которого превышают 600% от уровня FPL для такого Пациента, не предоставляется право на получение финансовой помощи.

5. Соответствие критериям для получения финансовой помощи может определяться на любом этапе цикла получения доходов и может включать в себя процедуру расчета вероятной оценки для Пациента, имеющего достаточный невыплаченный остаток в течение первых 240 дней после выставления первого счета после выписки Пациента, с целью решения о предоставлении ему права на получения 100%-ной благотворительной помощи, даже если Пациент не заполнил Заявление на получение финансовой помощи («Заявление FAP»). Определение соответствия критериям на основе вероятной оценки применяется только к оказанию того вида медицинской помощи, для которой выполняется такая вероятная оценка.

Пациенты, которые соответствуют одному или более из следующих критериев, будут признаны предварительно соответствующими условиям для 100% благотворительной помощи: бездомные, умершие без имущества, лица с психической недееспособностью, у которых нет официальных представителей, лицо с правом на Medicaid, но не на дату оказания услуги или для услуги, которая не покрывается страховкой, лицо, зарегистрированное в программе Medicaid, но в другом штате, где Организация не работает и не планирует оказывать услуги, и участник Medicaid, который исчерпал продолжительность госпитализации.

Дополнительные установленные категории включают участников следующих программ: Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC); Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP); Illinois Free Lunch and Breakfast Program; Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP); регистрация в общественных программах, которые обеспечивают медицинское лечение согласно оценке и фиксации ограниченного числа людей в тяжелом финансовом положении; и получение гранта на медицинские услуги.

6. Если Пациент участвует в определенных планах страхования, считающих Организацию «не входящей в сеть», Организация может уменьшить или отказать в финансовой помощи, которая в противном случае была бы доступна Пациенту на основании анализа страховой информации Пациента и других соответствующих фактов и обстоятельств.
7. Пациент имеет право обжаловать отказ в получении Финансовой помощи, предоставив дополнительную информацию Организации в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента получения извещения об отказе. Все апелляции будут рассмотрены Организацией для вынесения окончательного решения. Если в окончательном решении будет подтвержден предыдущий отказ в Финансовой помощи, Пациенту будет направлено письменное извещение. Процедура обжалования Пациентами и членами их семей решения Организации в отношении их права на получение финансовой помощи:
 - a. Обжалования следует сначала направить в Отдел финансовой помощи пациентам для рассмотрения и обсуждения уточняющих вопросов, если применимо.
 - b. Комитет по рассмотрению всех апелляций должен собираться ежемесячно. В комитет должны входить представители следующих отделов: отдел финансовой помощи пациентам, отдел стратегического планирования, отдел сопровождения клиентов и социального обслуживания, финансовый отдел.

Перед ежемесячным собранием комитета все его члены должны получить апелляции для рассмотрения.
 - c. Представитель отдела финансовой помощи пациентам обязан присутствовать на каждой встрече комитета, чтобы обсуждать каждый случай и предоставлять дополнительные сведения от пациента.

- d. Комитет рассмотрит заявление FAP заявителя, уделяя особое внимание дополнительной информации и сведениям, которые заявитель предоставит в процессе подачи апелляции.
- e. Комитет имеет право одобрить, отклонить апелляцию или вынести ее на рассмотрение. Комитет имеет право вынести апелляцию на рассмотрение, если потребуется дополнительная информация на основании вопросов, заданных во время обсуждения апелляции.
- f. Отдел финансовой помощи пациентам сообщит Пациенту или членам его семьи о результатах апелляции в письменном виде.

В. Другие виды помощи для Пациентов, не соответствующих критериям для получения Финансовой помощи

Пациенты, не соответствующие описанным выше критериям для получения Финансовой помощи, могут рассчитывать на получение других видов помощи, предоставляемой Организацией. Для полноты сведений здесь также перечислены другие виды помощи, хотя они предоставляются не на основании потребности в финансовой помощи, и на них не распространяются положения раздела 501(r). Эти виды помощи приведены в этом документе исключительно для сведения жителей региона, обслуживаемого Организацией.

1. Незастрахованным пациентам, которые не соответствуют критериям для получения финансовой помощи, предоставляется скидка, рассчитываемая на основании скидки, предоставляемой плательщику, производящему максимально высокие выплаты в адрес данной Организации. На долю плательщика, производящего максимально высокие выплаты, должно приходиться не менее 3% всей совокупности Организации по объему или валовым поступлениям от пациентов. Если на долю единственного плательщика не приходится такой минимальный объем, необходимо усреднить контракты нескольких плательщиков, чтобы на условия оплаты, используемые для усреднения, приходилось по меньшей мере 3% от объема операций Организации за такой отдельно взятый год.
2. Незастрахованные и застрахованные Пациенты, не имеющие права на финансовую помощь, могут получить скидку за своевременную оплату. Скидка за своевременную оплату может предоставляться дополнительно к скидке для незастрахованных лиц, как указано в предыдущем пункте.

С. Ограничения на выставляемые суммы к оплате Пациентами, соответствующими критериям для получения финансовой помощи

1. С Пациентов, соответствующих критериям для получения финансовой помощи, в индивидуальном порядке взимается сумма, не превышающая сумму AGB за услуги неотложной медицинской помощи и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не более общей суммы расходов за все прочие медицинские услуги. Организация рассчитывает одну или несколько процентных ставок AGB по ретроспективному методу «look-back», включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare (fee-for-service) и всех частных медицинских страховых компаний, которые производят выплаты по страховым искам Организации в соответствии с разделом 501(r).
2. Бесплатную копию расчетов AGB и процентных ставок можно получить на сайте Организации, позвонив по телефону 888-693-2252, направив письмо на электронную почту amitafinancialassistance@amitahealth.org, или написав по адресу:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. Подача заявления на получение финансовой помощи и других видов помощи

Право Пациента на получение финансовой помощи может быть определено на основе расчета его вероятной оценки или непосредственно на основе подачи им заполненной формы Заявления на FAP. Бланк Заявление FAP и инструкции по заполнению Заявления FAP можно получить на сайте Организации или позвонив по номеру 888-693-2252, написав на электронную почту amitafinancialassistance@amitahealth.org, или написав по адресу:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Организация требует, чтобы незастрахованное лицо обращалось к финансовому консультанту за помощью по оформлению заявления на участие в программе Medicaid или в других программах предоставления государственной помощи, на которую пациент потенциально имеет право, с целью определения соответствия критериям на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда соответствие критериям определяется и утверждается на основе его вероятной оценки). Пациенту может быть отказано в предоставлении финансовой помощи в случае предоставления им недостоверной информации в Заявлении на FAP или на основе его вероятной оценки, если пациент отказывается передать права на сумму страхового возмещения или право на оплату непосредственно от лица страховой компании, которая может иметь обязанности по оплате за оказанную помощь, или если пациент отказывается обращаться к финансовому консультанту за помощью по оформлению заявления на участие в программе Medicaid или в других программах предоставления государственной помощи, на которые пациент потенциально имеет право, с целью определения соответствия критериям на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда соответствие критериям определяется и утверждается на основе его вероятной оценки). При принятии решения о праве на получение помощи для конкретного случая оказания медицинской помощи Организация рассматривает Заявления на FAP, заполненные менее чем за шесть месяцев до любой даты определения соответствия критериям. Организация не рассматривает Заявления на FAP, заполненные более чем за шесть месяцев до даты определения соответствия критериям.

E. Выставление счета и взыскание оплаты

Меры, которые могут быть предприняты Организацией в случае неоплаты счетов, приведены в отдельной политике по выставлению счетов и взысканию оплаты. Бесплатную копию правил выставления счетов и взыскания оплаты можно получить на сайте Организации или позвонив по номеру 888-693-2252, написав на электронную почту amitafinancialassistance@amitahealth.org, или направив запрос по адресу:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Г. Толкование

Эта политика вместе со всеми применимыми процедурами соответствует положениям и подлежит толкованию и применению в соответствии с разделом 501(г), за исключением специально оговоренных случаев.

ССЫЛКИ

- a. Административная политика Ascension № 600 – Финансовая помощь для нуждающихся
- b. Форма Заявления на получение финансовой помощи
- c. Упрощенное резюме Политики финансовой помощи
- d. Список поставщиков медицинских услуг, которые входят и не входят в данную Политику финансовой помощи
- e. Обычно выставляемые суммы