

PRAVILNIK O FINANCIJSKOJ POMOĆI

AMITA HEALTH

SVRHA

Svrha ovog Pravilnika je odrediti zahtjeve za upravljanje financijskom pomoći u sustavu AMITA Health.

PRAVILNIK

Pravilnik organizacija navedenih ispod ovog odlomka (od kojih je svaka "Organizacija") osiguravaju društveno pravednu praksu za pružanje hitne i druge medicinski nužne skrbi u objektima Organizacije. Ovaj je pravilnik posebno osmišljen za rješavanje pitanja podobnosti za financijsku pomoć za pacijente koji trebaju financijsku pomoć i primaju skrb od Organizacije.

Ovaj se pravilnik primjenjuje na svaku od sljedećih Organizacija u okviru 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
Ordinacije zaposlenih liječnika

- A. Sva financijska pomoć odražavat će našu predanost i poštovanje prema individualnom ljudskom dostojanstvu i općem dobru, našoj posebnoj brizi i solidarnosti s osobama koje žive u siromaštvu i drugim ugroženim osobama, kao i našu predanost pravednoj raspodjeli blagostanja i dobrom upravljanju.
- B. Ovaj se pravilnik odnosi na sve hitne i druge medicinski nužne usluge koje pruža Organizacija, uključujući usluge zaposlenih liječnika i bihevioralno zdravlje. Ovaj se pravilnik ne odnosi na naknade za skrb koja nije hitna i na drugu medicinski potrebnu skrb.
- C. Popis pružatelja usluga obuhvaćenih pravilnikom o pružanju financijske pomoći nudi popis svih pružatelja usluga koji pružaju skrb u ustanovama Organizacije kojim se određuje tko je obuhvaćen pravilnikom o pružanju financijske pomoći, a tko nije.

DEFINICIJE

Definicije koje se odnose na Pravilnik

- A. "**501(r)**" označava Odjeljak 501(r) Zbornika zakona o unutarnjim prihodima i propisa koji su donijeti prema njemu.
- B. "**Općenito naplaćen iznos**" ili "**AGB**" označava, u odnosu na hitnu ili drugu medicinsku nužnu skrb, iznos koji se obično naplaćuje osobama koje imaju osiguranje koje pokriva takvu skrb.
- C. "**Zajednica**" označava Saveznu državu Illinois. "Živjeti u Zajednici", za potrebe ovog Pravilnika, znači biti stanovnik savezne države Illinois - osoba koja živi u Illinoisu i koja namjerava ostati živjeti u Illinoisu na neodređeno vrijeme, ali ne i netko tko se preselio u Illinois radi primanja zdravstvenog osiguranja. Pacijent će se također smatrati članom Zajednice Organizacije ako je hitna i medicinski potrebna skrb koju pacijent zahtijeva kontinuitet hitne i medicinski nužne skrbi koja se pruža u drugoj zdravstvenoj ustanovi AMITA u kojoj je pacijent stekao pravo na novčanu pomoć za takve hitne slučajeve i medicinski nužnu skrb.
- D. "**Hitna pomoć**" označava liječenje zdravstvenog stanja koje se očituje dovoljno teškim akutnim simptomima (uključujući jaku bol) tako da izostanak trenutne medicinske pomoći može rezultirati ozbiljnim narušavanjem tjelesne funkcije, ozbiljnom disfunkcijom bilo kojeg tjelesnog organa ili dijela, ili stavljanje zdravlja pojedinca u ozbiljnu opasnost.
- E. "**Medicinski nužna skrb**" označava skrb koja je (1) primjerena i usklađena i nužna za prevenciju, dijagnozu ili liječenje pacijentovog stanja; (2) najprikladnija ponuda ili razina usluge za pacijentovo stanje koje se može sigurno osigurati; (3) nisu osigurana prvenstveno radi udobnosti Pacijenta, Pacijentove obitelji, liječnika ili njegovatelja; i (4) veća je vjerojatnost da će donijeti koristi pacijentu nego štetu. Kako bi buduća skrb bila "medicinski nužna skrb", skrb i vrijeme skrbi mora odobriti glavni liječnik (ili ovlaštenik). Medicinski nužnu skrb mora odrediti licencirani pružatelj usluge koji pruža medicinsku skrb pacijentu i, prema nahođenju Organizacije, liječnik koji ga je primio, liječnik kojem je upućen i/ili glavni liječnik ili drugi liječnik koji pregledava (ovisno o vrsti skrbi koja se preporučuje). U slučaju da liječnik koji pregledava utvrdi da skrb koju je zatražio pacijent obuhvaćena ovim Pravilnikom nije medicinski potrebna, tu odluku također mora potvrditi liječnik koji obavlja prijem ili upućuje.
- F. "**Organizacija**" označava AMITA Health i subjekte koji su obuhvaćeni ovim Pravilnikom za pružanje financijske pomoći kako je navedeno u Odjeljku II.
- G. "**Pacijent**" označava one osobe koje primaju hitnu ili medicinski potrebnu njegu u Organizaciji i osobu koja je financijski odgovorna za brigu o pacijentu.
- H. "**Pretpostavljeni rezultat bodovanja**" označava korištenje izvora informacija trećih strana, koji mogu sadržavati javne zapise ili druga objektivna i razumno točna sredstva za procjenu podobnosti pacijenta za financijsku pomoć.
- I. "**Neosigurani pacijent**" označava pacijenta koji nije pokriven policom zdravstvenog osiguranja i nije korisnik javnog ili privatnog zdravstvenog osiguranja, zdravstvene pomoći ili druge police zdravstvenog osiguranja, uključujući police zdravstvenog osiguranja s visokim odbitkom, radničku plaću, osiguranje od nezgode ili drugu odgovornost treće strane.

POTREBNI POSTUPCI

A. Financijska pomoć opisana u ovom odjeljku ograničena je na pacijente koji žive u Zajednici:

1. Pacijenti s prihodima manjim ili jednakim 250% prihoda Savezne razine siromaštva ("FPL") imat će pravo na 100% popusta na dio naknada za koje je pacijent odgovoran nakon plaćanja osiguratelja, ako ih ima, ako je utvrđeno da takav Pacijent ispunjava uvjete na temelju pretpostavljenog bodovanja (opisanog u stavku 5 dolje) ili podnese zahtjev za financijsku pomoć ("prijava") ili na 240. dan nakon dana prvog računa za otpuštanje pacijenta, a prijavu odobri Organizacija. Pacijent će imati pravo na 100% financijske pomoći ako pacijent podnese Prijavu nakon 240. dana poslije pacijentovog prvog naloga za plaćanje, ali tada je iznos financijske pomoći koji je dostupan pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na pacijentov neplaćeni iznos nakon uračunavanja svake uplate izvršene na račun pacijenta. Pacijentu koji ispunjava uvjete za ovu kategoriju financijske pomoći neće se naplatiti više od troškova obračunatog AGB-a.
2. U skladu s ostalim odredbama ovog Pravilnika o pružanju financijske pomoći, neosigurani pacijenti s primanjima većim od 250% FPL-a, ali ne većim od 600% FPL-a, dobit će klizni popust na taj dio naknada za pružene usluge. Pacijenti s osiguranjem i s prihodima većim od 250% FPL-a, ali ne većim od 400% FPL-a, dobit će popust prema kliznoj skali na onaj dio naknada za pružene usluge za koje je pacijent odgovoran, prema objašnjenju police osiguranja o pogodnostima. Takvi popusti primjenjivat će se nakon što pacijent podnese Prijavu na 240. dan ili prije toga nakon pacijentovog prvog naloga za plaćanje i ako Organizacija odobri Prijavu. Pacijent će imati pravo na umanjenu financijsku pomoć po osnovu klizne skale ako pacijent podnese Prijavu nakon 240. dana poslije pacijentovog prvog naloga za plaćanje, ali tada je iznos financijske pomoći koji je dostupan pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na pacijentov neplaćeni iznos nakon uračunavanja svake uplate izvršene na račun pacijenta. Pacijentu koji ispunjava uvjete za ovu kategoriju financijske pomoći neće se naplatiti više od troškova obračunatog AGB-a.

Popust prema kliznoj ljestvici je sljedeći: (FPL – Federal Poverty Level Income, Savezna razina siromaštva)

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

Klizna ljestvica za osigurane pacijente	%
0% - 250% FPL	100%
251%-300% FPL	95%
301%-400% FPL	90%

3. U skladu s ostalim odredbama ovog Pravilnika o financijskoj pomoći, pacijent s primanjima većim od 600% (za neosigurane) i 400% (za osiguranike) FPL-a može imati pravo na financijsku pomoć u okviru "Procjene financijskog statusa" za određeni popust pacijentu za naknade za usluge Organizacije na temelju ukupnog duga za liječenje pacijenta. Pacijent će imati pravo na financijsku pomoć u skladu s Procjenom financijskog statusa ako pacijent ima prekomjerni ukupni dug za usluge liječenja, koji uključuje dug za liječenje prema pružateljima zdravstvene zaštite unutar tvrtke AMITA Health i bilo kojem drugom pružatelju zdravstvene zaštite, za hitnu i drugu medicinski potrebnu skrb, koji je jednak ili veći od bruto kućnog prihoda tog pacijenta. Razina financijske pomoći pružena u skladu s procjenom financijskog

statusa jednaka je onoj koja se dodjeljuje pacijentu s prihodom od 600% (neosigurani) i 400% (osigurani) FPL-a prema gore navedenom stavku 2, ako takav pacijent podnese prijavu do 240. dana prvog računa otpusta pacijenta i ako prijavu odobri Organizacija. Pacijent će imati pravo na umanjenu financijsku pomoć po osnovu procjene financijskog stanja ako takav pacijent podnese Prijavu nakon 240. dana poslije pacijentovog prvog naloga za plaćanje, ali tada je iznos financijske pomoći koji je dostupan pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na pacijentov neplaćeni iznos nakon uračunavanja svake uplate izvršene na račun pacijenta. Pacijentu koji ispunjava uvjete za ovu kategoriju financijske pomoći neće se naplatiti više od troškova obračunatog AGB-a.

Uz to, za pacijente koji nisu osigurani koji imaju pravo na popust uz kliznu skalu, kako je navedeno u stavku 2., naplata naknada tijekom razdoblja od 12 mjeseci dodatno će biti ograničena na 20% obiteljskog dohotka pacijenta.

4. Pacijent ne može imati pravo na novčanu pomoć opisanu u stavcima 1 do 3 gore ako se smatra da takav pacijent ima dovoljno sredstava za plaćanje u skladu s "ispitivanjem imovine". Ispitivanje imovine uključuje neovisnu procjenu pacijentove sposobnosti za plaćanje na temelju kategorija imovine izmjerenih u FAP aplikaciji. Pacijent s takvom imovinom koja premašuje 600% takvog iznosa FPL-a pacijenta neće imati pravo na financijsku pomoć.
5. Pravo na financijsku pomoć može se odrediti u bilo kojem trenutku u ciklusu prihoda, a može uključivati i korištenje pretpostavljenog bodovanja za pacijenta s dovoljnim nenaplaćenim iznosom za prvih 240 dana nakon pacijentovog prvog naloga za plaćenje kako bi se utvrdila podobnost za 100% dobrotvorne skrbi, bez obzira na to je li podnositelj podnio zahtjev za financijsku pomoć ("FAP zahtjev"). Određivanje podobnosti na temelju pretpostavljenog bodovanja primjenjuje se samo na dio skrbi za koju se provodi pretpostavljeno bodovanje.

Pacijenti koji pokažu jedan od sljedećih kriterija smatrat će se vjerovatno prihvatljivim za 100% dobrotvornu skrb: beskućništvo, preminuli bez imanja, mentalna nesposobnost bez ikoga da djeluje u ime pacijenta, podobnost za Medicaid, ali ne na dan pružanja usluge ili za usluge koje nisu pokrivena, upis u Medicaid u drugoj državi u kojoj organizacija nije i ne namjerava postati davatelj usluga, i članstvo u Medicaidu, ali iscrpljivanje bilo kojeg ograničenja duljine boravka.

Dodatne opunomoćene kategorije uključuju upis u sljedeće programe: Program prehrane za žene, dojenčad i djecu (WIC); Dopunski program pomoći u prehrani (SNAP); Besplatni ručak i doručak u Illinoisu; Program pomoći za kućnu energiju za osobe s niskim prihodima (LIHEAP); Upis u organizirani program sa sjedištem u zajednici koji pruža pristup medicinskoj skrbi koji procjenjuje i dokumentira ograničeni financijski status s niskim primanjima kao kriterij; i Primanje bespovratne pomoći za medicinske usluge.

6. Za Pacijenta koji sudjeluje u određenim programima zdravstvenog osiguranja koji smatraju da je Organizacija "izvan mreže", Organizacija može smanjiti ili odbiti financijsku pomoć koja bi inače bila dostupna Pacijentu na temelju pregleda informacija o zdravstvenom osiguranju pacijenta i drugih relevantnih činjenica i okolnosti.
7. Pacijent može uložiti žalbu na bilo kakvo uskraćivanje podobnosti za novčanu pomoć pružanjem dodatnih informacija Organizaciji u roku od četrnaest (14) kalendarskih dana od primitka obavijesti o odbijanju. Organizacija će razmotriti sve žalbe na konačnu odluku. Potvrdi li konačna odluka prethodno odbijanje financijske pomoći, pacijentu će biti poslana pismena obavijest. Postupak za pacijente i obitelji koje se žale na odluke Organizacije o pravu na financijsku pomoć jest kako slijedi:
 - a. Žalbe bi u početku trebale primiti Financijske službe za pacijente radi provjera i naknadnih pitanja, ako je primjenjivo.
 - b. Povjerenstvo će se zatim sastajati na mjesečnoj bazi radi provjere svih žalbi. Članovi povjerenstva bi trebali uključivati zastupanje Financijske službe za pacijente,

integraciju misije, upravljanje slučajevima / socijalnim uslugama i financijama / financijskog direktora.

Žalbe se dijele na razmatranje članovima odbora prije mjesečnog sastanka odbora.

- c. Predstavnik Financijske službe za pacijente trebao bi biti prisutan na sastanku povjerenstva za raspravu o svakom slučaju i pružiti dodatne informacije koje je pacijent možda priložio.
- d. Povjerenstvo će pregledati prijavu podnositelja zahtjeva za FAP s posebnom pažnjom na dodatne informacije i točke koje je podnositelj zahtjeva naveo u žalbenom postupku.
- e. Povjerenstvo može odobriti, odbiti ili podnijeti žalbu. Povjerenstvo može uložiti žalbu ako su potrebne dodatne informacije na temelju pitanja postavljenih tijekom rasprave o žalbi.
- f. Financijska služba za pacijente pismenim putem će obavijesti o ishodu žalbe Pacijentu ili članovima obitelji.

B. Ostala pomoć za pacijente koji ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć

Pacijenti koji ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć, kako je gore opisano, i dalje se mogu kvalificirati za druge vrste pomoći koju pruža Organizacija. U interesu cjelovitosti, te su ostale vrste pomoći navedene ovdje, iako se ne temelje na potrebama i nisu namijenjene biti predmetom 501(r), ali su ovdje uključene radi praktičnosti za zajednicu kojoj Organizacija pruža usluge.

1. Neosigurani pacijenti koji ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć dobit će se popust na temelju popusta koji je dodijeljen platitelju s najvećim iznosom za tu organizaciju. Platitelj s najvećim iznosom mora činiti najmanje 3% populacije Organizacije, mjereno količinski ili bruto prihodima pacijenata. Ako pojedinačni platitelj ne predstavlja ovu minimalnu količinsku razinu, treba obračunati prosjek više od jednog ugovora platitelja tako da uvjeti plaćanja koji se koriste za prosjek predstavljaju količinski najmanje 3% poslovanja Organizacije za određenu godinu.
2. Neosigurani i osigurani pacijenti koji nemaju prava na financijsku pomoć mogu dobiti popust za plaćanje odmah. Popust za plaćanje odmah može se ponuditi uz neosigurani popust opisan u prethodnom stavku.

C. Ograničenja troškova za pacijente koji ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć

1. Pacijentima koji ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć neće se naplaćivati pojedinačno više od AGB-a za hitnu i drugu medicinski nužnu skrb i ne više od bruto troškova za svu drugu medicinsku skrb. Organizacija obračunava jedan ili više postotaka AGB-a koristeći metodu "look-back", uključujući Medicareovu naknadu za uslugu i sve privatne zdravstvene osiguravatelje koji plaćaju potraživanja Organizaciji, sve u skladu s 501(r).
2. Besplatan primjerak opisa i postot(a)ka obračuna AGB može se dobiti na internetskoj lokaciji Organizacije, pozivom na 888-693-2252, e-poštom na amitafinancialassistance@amitahealth.org ili pismenim putem na:

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

D. Zahtjev za financijsku pomoć i drugu pomoć

Pacijent se može kvalificirati za financijsku pomoć pretpostavljenim ispunjavanjem uvjeta na osnovu rezultata ili podnošenjem popunjene FAP prijave za financijsku pomoć. Zahtjev za FAP i Upute za podnošenje Zahtjeva za FAP dostupne su na internetskoj lokaciji Organizacije ili pozivom na 888-693-2252, e-poštom na amitafinancialassistance@amitahealth.org ili pismenim putem na:

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

Organizacija će zahtijevati od neosiguranika da radi s financijskim savjetnikom za prijavu na Medicaid ili druge programe javne pomoći za koje se smatra da bi pacijent mogao imati pravo na njih da bi imao pravo na financijsku pomoć (osim ako je to prihvatljivo i odobreno putem pretpostavljenog bodovanja). Pacijentu se može uskratiti financijska pomoć ako pacijent pruži lažne podatke u Prijavi za FAP ili u svezi s postupkom pretpostavljenog bodovanja podobnosti, ako pacijent odbije dodijeliti prihod od osiguranja ili pravo na izravno plaćanje od osiguravajućeg društva koje može biti obvezano platiti pruženu skrb ili ako pacijent odbije raditi s financijskim savjetnikom kako bi se prijavio za Medicaid ili druge programe javne pomoći za koje se smatra da je pacijent potencijalno dobar kako bi se kvalificirao za financijsku pomoć (osim ako je prihvatljiv i odobren putem pretpostavljenog bodovanja). Organizacija može razmotriti prijavu na FAP ispunjenu manje od šest mjeseci prije bilo kojeg datuma utvrđivanja podobnosti, kod utvrđivanja podobnosti za trenutni dio skrbi. Organizacija neće smatrati da je prijava na FAP ispunjena više od šest mjeseci prije bilo kojeg datuma utvrđivanja podobnosti.

E. Fakturiranje i naplata

Radnje koje Organizacija može poduzeti u slučaju neplaćanja opisane su u odvojenim pravilima fakturiranja i naplate. Besplatan primjerak pravilnika o fakturiranju i naplati može se dobiti na internetskoj lokaciji Organizacije ili pozivom na 888-693-2252, e-poštom na amitafinancialassistance@amitahealth.org ili pismenim putem na:

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

F. Tumačenje

Ovaj pravilnik, zajedno sa svim primjenjivim postupcima, usmjeren je na usklađivanje i mora ih ga tumačiti i primjenjivati u skladu sa 501 (r), osim gdje je to posebno naznačeno.

REFERENCE

- a. Administrativni pravilnik Ascension br. 600 – Financijska pomoć za potrebite
- b. Obrazac za prijavu za financijsku pomoć
- c. Sažetak Police za financijsku pomoć jednostavnim jezikom
- d. Popis pružatelja usluga koji su pokriveni i koji nisu pokriveni Pravilnikom o financijskoj pomoći
- e. Iznosi koji se obično naplaćuju