

POLITIKA FINANSIJSKE POMOĆI

AMITA HEALTH

SVRHA

Svrha ove politike je da precizira uslove za administriranje finansijske pomoći u zdravstvenom sistemu AMITA.

POLITIKA

Politika organizacija navedenih ispod ovog stava (svaka je „Organizacija“) je da obezbede društveno pravednu praksu za pružanje hitne i druge medicinski neophodne nege u ustanovama Organizacije. Ova politika je posebno osmišljena kako bi rešila pitanja podobnosti za finansijsku pomoć pacijenata kojima je finansijska pomoć potrebna i koji dobijaju medicinsku skrb od Organizacije.

„Ova politika se primenjuje na svaku od sledećih organizacija u okviru AMITA Health:

Bolnica za bihevioralno zdravlje braće Alekian
Medicinski centar braće Alekian - Elk Grove
Medicinski centar Svete porodice - Des Plaines
Medicinski centar Merci - Aurora
Medicinski centar Resurrection
Bolnica Svetog Franje - Evanston
Bolnica Svetog Džozefa - Čikago
Bolnica Svetog Josifa - Elgin
Medicinski centar Saint Joseph - Joliet
Medicinski centar Svete Marije i Jelisavete
SMedicinski centar Svetog Aleksija - Hoffman Estates
Bolnica Svete Marije - Kankaki
Zaposleni lekari”

- A. Sva finansijska pomoć će odražavati našu privrženost i poštovanje prema ljudskom dostojanstvu pojedinca i opštem dobru, našu posebnu zabrinutost za osobe koje žive u siromaštvu i druga ugrožena lica i solidarnost sa njima, kao i opredeljenje za distributivnu pravdu i starateljstvo.
- B. Ova se politika primenjuje na sve usluge hitne ili druge medicinske neophodne pomoći koje pruža Organizacija, uključujući usluge zaposlenih lekara i bihevioralnog zdravlja. Ova se politika ne primenjuje na troškove za pomoć koja nije hitna ili druga medicinski neophodna pomoć.
- C. Lista pružalaca usluga obuhvaćenih Politikom finansijske pomoći pruža spisak svih pružalaca usluga koji pružaju negu u okviru objekata Organizacije, koji navodi koji su obuhvaćeni politikom finansijske pomoći, a koji nisu.

DEFINICIJE

Definicije specifične za politiku

- A. „**501(r)**“ označava Odeljak 501(r) Zakona o internim prihodima i propise koji su na osnovu njega proglašeni.
- B. „**Iznos generalno fakturisan**” ili „**AGB**” označava, u pogledu hitne i druge medicinski neophodne nege, iznos koji se generalno obračunava pojedincima koji imaju osiguranje koje pokriva takvu.
- C. „**Zajednica**” znači država Ilinois. „Živeti u zajednici“, za potrebe ove politike, znači biti stanovnik Ilinoisa – osoba koja živi u Ilinoisu i koja namerava da ostane da živi u Ilinoisu na neodređeno vreme, ali ne i neko ko se preselio u Ilinois radi primanja zdravstvenih beneficija. Pacijent će se takođe smatrati članom Zajednice organizacije ako je hitna i medicinski neophodna nega koja je potrebna pacijentu kontinuitet hitne i medicinski neophodne nege dobijene u drugoj zdravstvenoj ustanovi AMITA u kojoj se pacijent kvalifikovao za finansijsku pomoć za takvu hitnu pomoć i medicinski neophodnu negu.
- D. „**Hitna pomoć**“ označava negu za lečenje zdravstvenog stanja koje se manifestuje akutnim simptomima dovoljne težine (uključujući jak bol) tako da odsustvo neposredne medicinske pomoći može dovesti do ozbiljnog oštećenja telesne funkcije, ozbiljne disfunkcije bilo kog organa ili dela tela, ili dovodeći u ozbiljnu opasnost zdravlje pojedinca.
- E. „**Medicinski neophodna nega**“ označava negu koja je (1) odgovarajuća i konzistentna i neophodna za prevenciju, dijagnozu ili lečenje stanja pacijenta; (2) najprikladnija ponuda ili nivo usluge za stanje pacijenta koji se može bezbedno pružiti; (3) nije predviđeno prvenstveno za udobnost pacijenta, pacijentove porodice, lekara ili staratelja; i (4) veća je verovatnoća da će dovesti do koristi za pacijenta, a ne štete. Da bi buduća zakazana nega bila „medicinski neophodna nega“, negu i vreme nege mora da odobri glavni medicinski službenik Organizacije (ili imenovano lice). Određivanje medicinski neophodne nege mora da izvrši licencirani pružalac medicinske nege pacijentu i, po diskrecionom pravu Organizacije, lekar koji prima, lekar koji upućuje, i/ili glavni medicinski službenik ili drugi lekar koji vrši pregled (u zavisnosti od vrste nege koja se preporučuje). U slučaju da doktor na pregledu odredi da nega koju je zatražio pacijent i koja je pokrivena ovom politikom nije medicinski neophodna, ta se odluka mora potvrditi od strane doktora koji prima ili onoga koji upućuje pacijenta.
- F. „**Organizacija**“ označava AMITA Health i subjekte koji su obuhvaćeni ovom Politikom finansijske pomoći kao što je navedeno u Odeljku II.
- G. „**Pacijent**“ označava ona lica koja primaju hitnu i drugu medicinski neophodnu negu u Organizaciji i lice koje je finansijski odgovorno za negu pacijenta.
- H. „**Pretpostavljeno bodovanje**“ označava korišćenje izvora informacija trećih strana, koji mogu uključivati javne evidencije ili druga objektivna i razumno tačna sredstva za procenu podobnosti pacijenta za finansijsku pomoć.
- I. „**Neosigurani pacijent**“ označava pacijenta koji nije pokriven polisom zdravstvenog osiguranja i nije korisnik javnog ili privatnog zdravstvenog osiguranja, zdravstvenih beneficija ili drugog programa zdravstvenog osiguranja, uključujući planove zdravstvenog osiguranja sa visokim odbitkom, naknade za radnike, osiguranje od odgovornosti za nezgodu, ili druga odgovornost prema trećim licima.

POTREBNE PROCEDURE

A. Finansijska pomoć opisana u ovom odlomku je ograničena na pacijente koji žive u Zajednici:

1. Pacijenti sa prihodima manjim ili jednakim 250% prihoda federalnog nivoa siromaštva („FPL“), imaće pravo na 100% popusta na deo troškova za koji je pacijent odgovoran nakon uplate od strane osiguravača, ako postoji, ako se utvrdi da takav pacijent ispunjava uslove u skladu sa pretpostavljenim bodovanjem (opisanim u stavu 5 dole) ili podnese zahtev za finansijsku pomoć („Prijava“) 240. dana ili pre 240. dana nakon prvog otpusnog računa pacijenta i Prijavu odobri Organizacija. Pacijent će imati pravo na finansijsku pomoć do 100% ako pacijent podnese Prijavu nakon 240. dana nakon pacijentovog prvog otpusnog računa, ali tada je iznos finansijske pomoći koji je dostupan pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na pacijentov neisplaćeni iznos nakon preuzimanja računa sve uplate izvršene na račun pacijenta. Pacijentu koji je podoban za ovu kategoriju finansijske pomoći se neće naplatiti više od obračunatih AGB naknada.
2. U skladu sa drugim odredbama ove Politike finansijske pomoći, neosigurani pacijenti sa prihodima većim od 250% FPL, ali koji ne prelaze 600% FPL, dobiće popust na kliznoj skali na taj deo troškova za pružene usluge. Pacijenti sa osiguranjem i sa prihodima iznad 250% FPL, ali koji ne prelaze 400% FPL, dobiće popust na kliznoj skali na taj deo troškova za pružene usluge za koje je pacijent odgovoran, prema objašnjenju beneficija plana osiguranja. Takvi popusti će se primenjivati nakon što pacijent podnese Zahtev 240. dana nakon pacijentovog prvog otpusnog računa i kada Organizacija odobri Zahtev. Pacijent će imati pravo na finansijsku pomoć sa popustom na kliznoj skali ako pacijent podnese prijavu nakon 240. dana nakon pacijentovog prvog otpusnog računa, ali je tada iznos finansijske pomoći koji je dostupan pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na pacijentov neisplaćeni iznos nakon što se uzmu u obzir sve uplate izvršene na račun pacijenta. Pacijentu koji je podoban za ovu kategoriju finansijske pomoći se neće naplatiti više od obračunatih AGB naknada.

Klizni popust izgleda ovako: (FPL – Federal Poverty Level Income)

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

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

3. U skladu sa drugim odredbama ove Politike finansijske pomoći, pacijent sa prihodima većim od 600% (za neosigurane) i 400% (za osiguranike) FPL-a može biti kvalifikovan za finansijsku pomoć u okviru „Provera imovinskog stanja“ za određeni popust od pacijentovog naplaćuje usluge Organizacije na osnovu ukupnog zdravstvenog duga pacijenta. Pacijent će imati pravo na finansijsku pomoć u skladu sa imovinskim stanjem ako pacijent ima preveliki ukupni zdravstveni dug, koji uključuje zdravstveni dug prema zdravstvenim radnicima u okviru AMITA Health i bilo kom drugom pružaocu zdravstvene zaštite, za hitnu i drugu medicinski neophodnu negu, tj. jednak ili veći od bruto prihoda domaćinstva takvog pacijenta. Nivo finansijske pomoći koji se pruža u skladu sa imovinskim cenzusom je isti kao što se odobrava pacijentu sa prihodima od 600% (neosigurani) i 400% (osigurani) od FPL-a iz stava 2. ovog člana, ako takav pacijent podnese Zahtev na dan ili pre 240. dana nakon pacijentovog prvog otpusnog računa i Prijavu odobri Organizacija. Pacijent će imati pravo na finansijsku pomoć sa

popustom na osnovu imovinskog cenzusa ako takav pacijent podnese Prijavu nakon 240. dana nakon pacijentovog prvog otpusnog računa, ali tada je iznos finansijske pomoći koji je dostupan pacijentu u ovoj kategoriji ograničen na pacijentov neplaćeni iznos nakon uzimanja u obzir sve uplate izvršene na račun pacijenta. Pacijentu koji je podoban za ovu kategoriju finansijske pomoći se neće naplatiti više od obračunatih AGB naknada.

Pored toga, za neosigurane pacijente koji se kvalifikuju za popust na kliznoj skali iz stava 2, naplate u periodu od 12 meseci dodatno će biti ograničene na 20% prihoda porodice pacijenta.“

4. Pacijent možda neće imati pravo na finansijsku pomoć opisanu u stavovima 1 do 3 iznad ako se smatra da takav pacijent ima dovoljno sredstava da plati u skladu sa „Procenom imovine“. Procena imovine uključuje suštinsku procenu platežne sposobnosti pacijenta na osnovu kategorija imovine merene u FAP aplikaciji. Pacijent sa takvom imovinom koja prelazi 600% iznosa FPL takvog pacijenta možda neće imati pravo na finansijsku pomoć.
5. Podobnost za finansijsku pomoć može se utvrditi u bilo kom trenutku u ciklusu prihoda i može uključivati korišćenje pretpostavljenog bodovanja za pacijenta sa dovoljnim neplaćenim saldonom u prvih 240 dana nakon pacijentovog prvog otpusnog računa kako bi se utvrdilo da li ima pravo na 100% dobrotvornu negu bez obzira na Neuspeh pacijenta da popuni zahtev za finansijsku pomoć („FAP aplikacija“). Utvrđivanje podobnosti zasnovano na paušalnom bodovanju se primenjuje samo na postupak nege za koji se sprovodi paušalno bodovanje.

Pacijenti koji ispune jedan od sledećih kriterijuma će se smatrati kvalifikovanim za 100% dobrotvornu negu:“ beskućništvo, pokojnik bez imanja, mentalna nesposobnost bez ikoga da deluje u ime pacijenta, podobnost za Medicaid, ali ne na datum usluge ili za nepokrivenu uslugu, upis u Medicaid u drugoj državi u kojoj Organizacija nije i ne namerava da postane provajder koji učestvuje i učešće u Medicaid-u, ali iscrpljivanje ograničenja dužine boravka.

Dodatne obavezne kategorije uključuju upis u sledeće programe: Program ishrane žena, odojčadi i dece (VIC); Program dodatne pomoći u ishrani (SNAP); Program besplatnog ručka i doručka u Ilinoisu; Program energetske pomoći u kući sa niskim primanjima (LIHEAP); Upis u organizovani program u zajednici koji obezbeđuje pristup medicinskoj nezi koji procenjuje i dokumentuje ograničen finansijski status sa niskim primanjima kao kriterijum; i Prijem bespovratne pomoći za medicinske usluge.

6. Za pacijenta koji učestvuje u određenim planovima osiguranja koji smatraju da je Organizacija „van mreže“, Organizacija može smanjiti ili uskratiti finansijsku pomoć koja bi inače bila dostupna pacijentu na osnovu pregleda informacija o osiguranju pacijenta i drugih relevantnih činjenica i okolnosti.
7. Pacijent može da podnese žalbu na bilo koje odbijanje kvalifikovanosti za finansijsku pomoć tako što će Organizaciji pružiti dodatne informacije u roku od četrnaest (14) kalendarskih dana od prijema obaveštenja o odbijanju. Organizacija će razmotriti sve žalbe i doneti konačnu odluku. Ako se konačnom odlukom potvrdi prethodno odbijanje finansijske pomoći, pacijentu će biti poslato pismeno obaveštenje. Proces za pacijente i porodice koji žele da ulože žalbu na odluke Organizacije u vezi sa kvalifikovanjem za finansijsku pomoć je sledeći:
 - a. Žalbe prvo treba da primi Finansijska služba za pacijente radi pregleda i naknadnih pitanja, ako je primenljivo.
 - b. Komisija će se tada sastajati na mesečnom nivou kako bi razmotrila sve žalbe. Članstvo u komitetu treba da uključuje predstavnike finansijskih službi za pacijente, integracije misije, upravljanja slučajevima/socijalnih usluga i finansija/CFO.

Žalbe se dostavljaju članovima komisije pre mesečnog sastanka komisije radi razmatranja.

- c. Predstavnik finansijske službe za pacijente treba da bude prisutan na sastanku odbora kako bi razgovarao o svakom slučaju i dao dodatne informacije koje je pacijent možda dao.
- d. Komisija će razmotriti FAP aplikaciju podnosioca sa posebnom pažnjom na dodatne informacije i tačke koje je podnosilac izneo u žalbenom postupku.
- e. Komisija može da odobri, odbije ili uloži žalbu. Komisija može uložiti žalbu ako su potrebne dodatne informacije na osnovu pitanja postavljenih tokom rasprave o žalbi.
- f. Finansijske službe za pacijente će u pisanoj formi saopštiti pacijentu ili članovima porodice ishod žalbe.

B. Drugi oblici pomoći za Pacijente koji nisu podobni za finansijsku pomoć

Pacijenti koji nisu podobni za finansijsku pomoć, onako kako je navedeno u tekstu iznad, i dalje se mogu kvalifikovati za druge vrste pomoći koje nudi Organizacija. Radi potpunosti, ove druge vrste pomoći navedene su u ovom dokumentu, iako se ne zasnivaju na potrebama i na njih se ne primenjuje tačka 501(r), ali se ovde pominju radi lakšeg snalaženja zajednice kojoj usluge pruža Organizacija.

1. Neosigurani pacijenti koji nisu podobni za finansijsku pomoć dobiće popust na osnovu popusta koji se daje platiocu koji plaća najviši iznos Organizaciji. Platilac koji najviše plaća mora da čini najmanje 3% populacije Organizacije, mereno obimom ili bruto prihodima pacijenata. Ako jedan platilac ne uzima u obzir ovaj minimalni nivo obima, potrebno je usredsrediti više od jednog ugovora platitelja tako da uslovi plaćanja koji se koriste za prosek iznose najmanje 3% obima poslovanja Organizacije za tu datu godinu.
2. Osigurani i neosigurani pacijenti koji nisu podobni za finansijsku pomoć mogu dobiti trenutni popust. Trenutni popust se može ponuditi uz neosigurani popust opisan u prethodnom paragrafu.

C. Ograničenja dugovanja za Pacijente podobne za finansijsku pomoć

1. Pacijentima podobnim za finansijsku pomoć neće se pojedinačno naplaćivati više od iznosa AGB-a za hitnu i drugu medicinski neophodnu pomoć, a nikako više od bruto naknada za sve ostale zdravstvene usluge. Organizacija izračunava jedan ili više procenata AGB-a koristeći metodu „gledanja unazad“ i uključujući Medicare naknadu za uslugu i sva privatna zdravstvena osiguravača koja plaćaju potraživanja Organizaciji, sve u skladu sa 501(r).
2. „Besplatna kopija opisa obračuna AGB i procenta(ata) može se dobiti na veb stranici Organizacije, na broj 888-693-2252, putem e-pošte na amitafinancialassistance@amitahealth.org, ili pismeno na:

AMITA Health PFS
 Pažnja: Odeljenje za finansijsku pomoć
 1000 Remington Blvd., Suite 110
 Bolingbrook, IL 60440“

D. Prijavljivanje za finansijsku pomoć i drugu pomoć

Pacijent se može kvalifikovati za finansijsku pomoć putem određivanja podobnosti paušalnim bodovanjem, odn. tako što će se za finansijsku pomoć prijaviti slanjem popunjene prijave za FAP. „Prijava FAP-a i Uputstva za prijavu FAP-a dostupni su na veb stranici Organizacije ili pozivom na broj 888-693-2252, e-poštom na amitafinancialassistance@amitahealth.org, ili pismenim putem na:

AMITA Health PFS
Pažnja: Odeljenje za finansijsku pomoć
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbruk, IL 60440

Organizacija će zahtevati od neosiguranih da rade sa finansijskim savetnikom kako bi se prijavili za Medicaid ili druge programe javne pomoći za koje se smatra da pacijent ima potencijal da ispunjava uslove da bi se kvalifikovao za finansijsku pomoć (osim tamo gde ispunjava uslove i odobren je putem pretpostavljenog bodovanja). “Pacijentu se može uskratiti finansijska pomoć ako pacijent pruži lažne informacije u FAP aplikaciji ili u vezi sa procesom pretpostavljenog bodovanja podobnosti, ako pacijent odbije da ustupi prihod od osiguranja ili pravo na direktno plaćanje od osiguravajućeg društva koje može biti u obavezi da plati za pruženu negu, ako pacijent da plati za pruženu negu ili ako pacijent odbije da radi sa finansijskim savetnikom kako bi se prijavio za Medicaid ili druge programe javne pomoći za koje se smatra da je pacijent potencijalno kvalifikovan da bi se kvalifikovao za finansijsku pomoć (osim tamo gde je to podobno i odobreno putem pretpostavljenog bodovanja). Organizacija može uzeti u obzir da je FAP prijava završena za manje od šest meseci pre bilo kog datuma utvrđivanja podobnosti prilikom donošenja odluke o podobnosti za trenutnu epizodu nege. Organizacija neće smatrati FAP prijavu završenom više od šest meseci pre bilo kog datuma utvrđivanja podobnosti.

E. **Obračun i naplata potraživanja**

Radnje koje Organizacija može preduzeti u slučaju izostanka plaćanja navedene su u zasebnoj politici obračuna i naplate potraživanja. „Besplatnu kopiju politike naplate i naplate možete dobiti na veb stranici Organizacije ili pozivom na 888-693-2252, e-poštom na amitafinancialassistance@amitahealth.org ili pismenim putem na:

AMITA Health PFS
Pažnja: Odeljenje za finansijsku pomoć
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbruk, IL 60440"

F. **„Tumačenje**

Ova politika, zajedno sa svim primenjivim procedurama, treba da bude u skladu sa i biće tumačena i primenjena u skladu sa 501(r) osim tamo gde je to posebno naznačeno.”

REFERENCE

- a. Administrativna politika Ascension #600 – Finansijska pomoć onima kojima je potrebna
- b. Obrazac za prijavu za finansijsku pomoć
- c. Jednostavan pregled politike finansijske pomoći
- d. Spisak provajdera koji su obuhvaćeni i nisu obuhvaćeni Politikom finansijske pomoći
- e. Iznosi generalno naplaćeni