

ASCENSION PROVIDENCE ROCHESTER

ZASADY UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ

1 lipca 2024 r.

ZAŁOŻENIA/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 Providence Rochester, takich jak:

Szpital Ascension Providence Rochester.

1. 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.
2. 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 opieka medyczna.
3. 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

Na potrzeby niniejszego dokumentu ustala się następujące definicje:

- „**501(r)**” oznacza artykuł 501(r) amerykańskiego Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code) oraz przepisy obowiązujące na jego podstawie.
- „**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.
- „**Spoleczność**” oznacza okręgi Oakland, Macomb i Lapeer; świadczenie usług zarówno na terenach miejskich, jak i wiejskich. 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 nagłą opiekę.
- „**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.

- „**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.
- „**Organizacja**” oznacza szpital Ascension Providence Rochester.
- „**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.

Świadczone pomoc finansowa

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

1. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, Pacjentom, których dochód jest niższy bądź równy 250% wartości federalnego progu ubóstwa (FPL, Federal Poverty Level), przysługuje tzw. ulga w ramach opieki dobroczynnej 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 ustępie 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,

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 lub, jeśli ubezpieczyciel uiszczył część opłat, na pozostającą należność, jeśli Pacjent złoży 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 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. Zniżka w skali ruchomej jest następująca:

Pacjenci między 251% FPL a 275% FPL otrzymają 95% pomocy

Pacjenci między 276% FPL a 300% FPL otrzymają 85% pomocy

Pacjenci między 301% FPL a 350% FPL otrzymają 80% pomocy

Pacjenci w przedziale od 351% FPL do 375% FPL otrzymają 75% pomocy

Pacjenci między 376% FPL a 400% FPL otrzymają 70% pomocy

3. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, Pacjenci, których dochód jest wyższy niż 400% 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 na rzecz Ascension 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 400% 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.
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 250% 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”). W przypadku udzielenia ulgi w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości opłat za opiekę medyczną Pacjentowi, który nie złożył wypełnionego Wniosku FAP, lecz gdy pomoc przyznano mu wyłącznie na podstawie domniemanej kwalifikacji, kwota pomocy finansowej, do której Pacjent jest uprawniony, ogranicza się do nieopłaconej kwoty po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na rzecz Pacjenta. Ustalenie uprawnień do pomocy na podstawie domniemanej kwalifikacji dotyczy tylko tego zakresu opieki, dla którego przeprowadzana jest domniemana kwalifikacja.
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. Pacjent lub rodzina może odwołać się od decyzji organizacji dotyczącej kwalifikacji do otrzymania ulgi w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości należnych opłat za opiekę medyczną lub pomocy finansowej, kierując pismo do dyrektora ds. zarządzania przychodami z wyjaśnieniem przyczyny odwołania.
 - b. Komisja odwoławcza ds. pomocy finansowej Organizacji rozpatrzy wszystkie formularze odwołania, a jej decyzje przedstawiane zostaną odwołującym się Pacjentom lub ich rodzinom w formie pisemnej.

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.

Ograniczenia wysokości opłat pobieranych od pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej

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 lub dwie wartości procentowe AGB na podstawie tzw. metody retrospektywnej oraz z uwzględnieniem opłat Medicare za usługi i należności spłacanych przez prywatnych ubezpieczycieli medycznych, zgodnie z przepisami artykułu 501(r). Bezpłatną broszurę zawierającą opis metod wyznaczania AGB i wartości procentowe AGB można znaleźć na stronie internetowej Organizacji lub otrzymać we wszystkich punktach rejestracji, u Doradcy Finansowego i we wszystkich gabinetach lekarskich należących do Ascension Providence Rochester.

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 o pomoc finansową i instrukcje dotyczące wniosku o pomoc finansową są dostępne na stronie internetowej Organizacji lub we wszystkich punktach rejestracji, w Biurze Doradcy Finansowego oraz we wszystkich gabinetach lekarskich należących do Ascension Providence Rochester. 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.

Rozliczenia i windykacja

Środki, jakie Organizacja może powziąć w przypadku nieuiszczenia opłat są opisane w osobnym dokumencie dot. zasad rozliczania i windykacji. Zasady rozliczania i windykacji można znaleźć na stronie internetowej Organizacji. Darmowy egzemplarz można także otrzymać we wszystkich punktach rejestracji, w Biurze Doradcy Finansowego oraz we wszystkich gabinetach lekarskich należących do Ascension Providence Rochester.

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.