

## POLITYKA SYSTEMU PRZYZNAWANIA POMOCY FINANSOWEJ

Część: Finanse

Strona: 1 z 11

Temat: Udzielanie pomocy finansowej — Szpitale

Administrator: Dyrektor finansowy

Data zatwierdzenia: 4/1/2012

Data wejścia w życie: 5/1/2013

Data ostatniej aktualizacji: 4/25/13

Data weryfikacji: 1/1/14

Zastępstwa:

4/25/13

---

### I. ZAŁOŻENIA

- A. W celu promowania zdrowia i dobrego samopoczucia wśród członków naszych społeczności, ich mieszkańcy dysponujący ograniczonymi zasobami finansowymi oraz nie posiadający lub posiadający ubezpieczenie zdrowotne o niedostatecznym zakresie są upoważnieni do uzyskania bezpłatnych usług szpitalnych lub zniżki na takie usługi, zgodnie z treścią niniejszej Polityki.
- B. Przyjęcie niniejszej Polityki odzwierciedla zaangażowanie szpitali Presence Health w świadczenie niezbędnych usług szpitalnych wobec pacjentów o ograniczonych środkach finansowych w oparciu o równość i sprawiedliwość.
- C. Niniejsza Polityka w pełni pozostaje w zgodzie z odnośnymi przepisami prawa, w tym ustawą regulującą rozliczanie pacjentów nieubezpieczonych na obszarze stanu Illinois oraz częścią 501 (r) Kodeksu Podatkowego (ustanowioną przez ustawę dotyczącą ochrony pacjentów i niedrogiej opieki). Pod wieloma względami niniejsza Polityka wykracza poza wymogi prawne, odzwierciedlając nasze zaangażowanie w zakresie zapewniania dostępu do niezbędnej opieki zdrowotnej pacjentom ubogim i dysponującym ograniczonym dostępem do usług medycznych.

### II. CEL

- A. Niniejsza Polityka ustanawia standardy zapewniania pomocy finansowej/przyznawania zniżki z tytułu ubóstwa w zakresie opieki nad pacjentami niedysponującymi możliwością regulowania należności za medycznie niezbędne usługi szpitalne.
- B. Niniejsza Polityka reguluje proces i parametry dotyczące domniemanego uprawnienia.
- C. Niniejsza Polityka dotyczy opłat szpitalnych, nie obejmuje natomiast rachunków wystawianych przez niezależnych lekarzy lub firmy.

### III. MISJA/UZASADNIENIE WARTOŚCI

- A. Nasza Misja oraz wyznawane przez nas Wartości wymagają od nas służby wobec osób będących w potrzebie. Nasze szpitale mają długą tradycję służenia ubogim, nieobjętym wystarczającą opieką członkom naszej społeczności. Niniejsza Polityka

---

stanowi kontynuację wspomnianej tradycji i odzwierciedla właściwe gospodarowanie zasobami.

- B. Niniejsza Polityka jest jednym z wielu sposobów, w jakie nasze szpitale promują zaspokajanie potrzeb osób niewystarczająco objętych systemem opieki zdrowotnej. Poza udzielaniem pomocy finansowej zgodnie z zasadami Polityki każdy szpital Presence Health nadal będzie odgrywał wiodącą rolę w określaniu i reagowaniu na potrzeby społeczności w zakresie zdrowia koordynując działania oraz nawiązując i podtrzymując partnerskie relacje z władzami oraz organizacjami prywatnymi.

#### IV. ZALECENIA SPECJALNE

Niniejsza Polityka dotyczy wszystkich usług świadczonych przez szpitale Presence Health.

#### V. DEFINICJE

- C. **Automatycznie przyznawana zniżka dla osób nieubezpieczonych samodzielnie płacących za świadczenia medyczne:** Zniżka w wysokości 40% opłaty brutto, zapewniana wszystkim pacjentom nieubezpieczonym bez konieczności okazania dowodu braku możliwości uregulowania należności. Ulga ta ma na celu zapewnienie takiego obciążenia finansowego pacjentów, którego wysokość jest porównywalna z obciążeniem pacjentów ubezpieczonych.
1. Procedura przyznawania zniżki dla pacjentów nieubezpieczonych nie wymaga składania przez pacjenta wniosku. Zniżka jest przyznawana w oparciu o status klienta samodzielnie płacącego/nieubezpieczonego.
  2. Zniżka ta nie dotyczy pacjentów uzyskujących wcześniej wynegocjowane rabaty (ceny za pakiet usług) za usługi szpitalne.
  3. Jeżeli pacjent będzie po raz kolejny kwalifikowany do przyznania pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa, automatyczna zniżka dla pacjentów nieubezpieczonych zostanie odwrócona, dzięki czemu pełna kwota zostanie potraktowana jako zniżka z tytułu ubóstwa.
- D. **Zniżka z tytułu poważnych chorób lub urazów:** Zniżka przyznawana w przypadku, gdy finansowe zobowiązania pacjenta z tytułu opieki medycznej w szpitalach Presence Health przekraczają ustaloną wartość procentową sumy rocznego dochodu rodziny pacjenta, nawet po uiszczeniu płatności przez innych płatników.
- E. **Zniżka z tytułu ubóstwa:** Termin często stosowany w odniesieniu do wartości (kosztu) bezpłatnych lub zniżkowych usług z zakresu opieki zdrowotnej, świadczonych wobec pacjentów zakwalifikowanych do pomocy finansowej w oparciu o potrzeby finansowe.
- D. **Wizyta:** Miesięczny rachunek cykliczny, w ramach którego pacjent korzysta z usług co 30 dni uznaje się za wizytę. Rachunki cykliczne tworzone są dla pacjentów korzystających regularnie z usług tego samego rodzaju. Przykładem świadczonych okresowo usług są fizjoterapia, terapia zajęciowa, logopeda, usługi onkologiczne, usługi laboratoryjne itd.
- F. **Aktywa zwolnione z podatku:** Dla celów niniejszej Polityki następujące aktywa uważane są za „aktywa zwolnione z podatku”. Wartość tych aktywów nie będzie brana pod uwagę podczas ustalania zdolności pacjenta do uregulowania należności lub potrzeby uzyskania pomocy finansowej: podstawowe miejsce zamieszkania pacjenta;

własność osobista wykluczona z oceny na podstawie części 12-1001 Kodeksu Postępowania Cywilnego; lub dowolne kwoty odliczane na poczet emerytury lub planu emerytalnego (jednak dystrybucja i wypłaty emerytury lub z planu emerytalnego będą wliczane do dochodu).

- G. **Rodzina:** Pacjent, jego/jej partner (w tym konkubent) oraz osoby według prawa pozostające na jego/jej utrzymaniu zgodnie z przepisami obowiązującymi Urząd Skarbowy. Jeżeli na przykład pacjent określa daną osobę jako pozostającą na jego/jej utrzymaniu (w myśl przepisów podatkowych), osoba taka może być uznana za pozostającą na jego/jej utrzymaniu dla celów udzielenia pacjentowi pomocy finansowej.
- F. **Dochód rodziny:** Suma rocznych zarobków brutto rodziny oraz świadczenia pieniężne z wszystkich źródeł przed opodatkowaniem, z pominięciem obciążeń ponoszonych z tytułu alimentów na dziecko. Źródła dochodu obejmują między innymi: płace brutto, wynagrodzenia, dywidendy, odsetki, zasiłki z tytułu ubezpieczenia społecznego, odszkodowania pracownicze, stypendia szkoleniowe, systematyczne wsparcie od członków rodziny nietworzących wspólnego z pacjentem gospodarstwa domowego, emerytury sektora rządowego, emerytury ze składek własnych, płatności z tytułu ubezpieczeń oraz wypłaty rent, dochód z wynajmu, tantiem, nieruchomości i powiernictwa.
- G. **Komitet ds. pomocy finansowej:** Zespół liderów szpitala spotykających się raz w miesiącu w celu dokonania oceny danych związanych z wnioskami o pomoc finansową i podejmowania decyzji w tym zakresie. Komitet będą tworzyć następujące osoby: dyrektor naczelny, dyrektor ds. finansowych, wiceprezes ds. usług związanych z realizacją misji, dyrektor ds. integralności struktury przychodów (lub osoba wyznaczona), dyrektor ds. zarządzania przypadkami/opieką medyczną, doradca finansowy pacjentów lub podobna w składzie grupa liderów szpitala o zbliżonym zakresie odpowiedzialności.
- H. **Wytyczne w zakresie pomocy finansowej i kryteria kwalifikacji**
1. **Postanowienia ogólne.** Wytyczne w zakresie pomocy finansowej i kryteria kwalifikacji mają na celu zagwarantowanie, że pacjenci mający trudności finansowe będą obciążani kosztami odpowiednio niższymi niż pacjenci ubezpieczeni, przy czym istnieje możliwość uzyskania przez nich całkowicie bezpłatnej opieki. Poniższa tabela służy do ustalania poziomu pomocy finansowej przyznawanej pacjentom nieubezpieczonym w zależności od grupy.

Kryteria kwalifikacji		
Wartość procentowa wg wytycznych dot. ubóstwa	Wartość procentowa ulgi	Maksymalna roczna ulga z tytułu poważnych chorób lub urazów*
Do 200%	100%	nie dot.
201–300%	90%	15%
301–400%	80%	15%
401–600%	75%	15%
Ponad 600%	Określane na zasadzie wyjątku	Określane na zasadzie wyjątku

---

\*Patrz: Procedura II; B. Określanie uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej, 3. Wniosek o pomoc finansową z tytułu poważnych chorób lub urazów

2. Coroczne aktualizacje poziomów kryteriów. Kalkulacje na podstawie federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa również będą co roku aktualizowane w zestawieniu z aktualizacjami publikowanymi przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. Wartość procentowa zniżki określanej przez kryteria kwalifikacji będzie aktualizowana raz w roku na podstawie obliczeń podawanych w oparciu o ustawę regulującą rozliczanie pacjentów nieubezpieczonych na obszarze stanu Illinois oraz częścią 501 (r) Kodeksu Podatkowego (ustanowioną przez ustawę dotyczącą ochrony pacjentów i niedrogiej opieki).
  3. Wcześniej wynegocjowane stawki. Zniżka ta nie dotyczy pacjentów uzyskujących wcześniej Pomoc finansową (ceny za pakiet usług) za usługi szpitalne.
  4. Pomoc finansowa dla niektórych ofiar przestępstw. Osoby, które uważane są przez stan Illinois za uprawnione do uzyskania pomocy na podstawie ustawy o odszkodowaniach dla ofiar przestępstw z użyciem przemocy lub ustawy o odszkodowaniach dla ofiar przestępstw na tle seksualnym, będą najpierw oceniane pod kątem kwalifikacji do uzyskania pomocy finansowej na podstawie wytycznych w zakresie pomocy finansowej i kryteriów kwalifikacji. Wnioski o odszkodowania z funduszu odszkodowawczego dla ofiar przestępstw będą formułowane wyłącznie w zakresie odpowiadającym pozostałym zobowiązaniom pacjenta po podjęciu decyzji o zakwalifikowaniu do uzyskania pomocy finansowej.
  5. Pomoc finansowa dla pacjentów ubezpieczonych. Pomoc finansowa/zniżka z tytułu ubóstwa w wysokości 100% (opieka bezpłatna) pokrywa zobowiązania finansowe pacjenta w zakresie pozostałym po pokryciu należności przez ubezpieczenie i jest dostępna dla pacjentów będących rezydentami stanu Illinois, w przypadku których dochód brutto przypadający na rodzinę jest mniejszy niż 200% wynikające z federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa i po uregulowaniu powiązanych współpłatności/współubezpieczenia do sumy 300 USD za wizytę lub pobyt.
  6. Pomoc finansowa dla studentów. Pomoc finansowa/zniżka z tytułu ubóstwa dla studentów o dochodzie 200% lub mniej federalnego poziomu ubóstwa uprawnia do uzyskania 100% redukcji opłat (tj. pełnego odpisu z tytułu ubóstwa).
- B. Rezydent stanu Illinois:** Osoba aktualnie zamieszkująca na terenie stanu Illinois i zamierzająca pozostać w stanie Illinois na czas nieokreślony. Przeniesienie się na teren stanu Illinois w wyłącznym celu uzyskania pomocy związanej z opieką medyczną nie spełnia wymogu rezydentury. Akceptowana weryfikacja rezydentury na terenie stanu Illinois powinna obejmować dowolny jeden (1) z następujących dokumentów:
1. Dowolny z dokumentów wymienionych w paragrafie (C);
  2. Ważny oficjalny dokument tożsamości lub prawo jazdy;
  3. Ostatni rachunek za mieszkanie, media, usługi komunalne itp.;
  4. Umowa najmu (lokalu mieszkalnego);
  5. Dowód rejestracyjny pojazdu;
  6. Karta uprawniająca do głosowania;
  7. Poczta kierowana do pacjenta nieubezpieczonego na adres w stanie Illinois, której nadawcą są instytucje państwowe lub inne wiarygodne źródła;
  8. Oświadczenie członka rodziny pacjenta nieubezpieczonego, który zamieszkuje pod tym samym adresem i jest w stanie okazać dowód zamieszkiwania pod wspomnianym adresem; lub

- 
9. Pismo ze schroniska dla bezdomnych, właściciela lokalu tymczasowego lub innego podobnego potwierdzające, że nieubezpieczony pacjent zamieszkuje w danym obiekcie.

- C. **Dokumentacja przychodów:** Akceptowana dokumentacja przychodów rodziny powinna obejmować jeden (1) z następujących dokumentów:
1. kopia ostatniego zeznania podatkowego;
  2. kopia ostatniego formularza W-2 oraz formularzy 1099 bądź podobnych, wydanych członkom partnerstw, spółek z ograniczoną odpowiedzialnością lub innych podmiotów;
  3. kopie dwóch (2) ostatnich odcinków wypłat wynagrodzenia;
  4. zaświadczenie o wysokości dochodów wydane w formie pisemnej przez pracodawcę (w przypadku wypłat wynagrodzenia w gotówce); lub
  5. jeden (1) z innych właściwych formularzy stanowiących zaświadczenie o wysokości dochodów, wydane przez stronę trzecią, uznawanych przez szpital za akceptowalne.
- D. **Usługa niezbędna ze względów medycznych:** Dowolna usługa świadczona przez szpital w systemie ambulatoryjnym bądź podczas hospitalizacji, w tym leki lub inne materiały przeznaczone na leczenie pacjenta przez szpital, objęte federalną Ustawą o ubezpieczeniu społecznym, rozdział XVIII dla beneficjentów przedstawiających ten sam obraz kliniczny co pacjent nieubezpieczony. Pojęcie usługi „niezbędnej ze względów medycznych” nie obejmuje następujących: (1) usługi o charakterze niemedyceznym, takie jak pomoc socjalna i służba zawodowa; lub (2) planowa operacja kosmetyczna, z wyjątkiem operacji plastycznej mającej na celu korektę zniekształceń spowodowanych urazem, chorobą lub wrodzonym defektem bądź deformacją.
- H. **Domniemane uprawnienie do otrzymania pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa:** Domniemane uprawnienie do uzyskania pomocy finansowej/zniżki dla pacjentów nieubezpieczonych może zostać ustalone na podstawie pewnych czynników sygnalizujących potrzeby finansowe, zgodnie z poniższą częścią VI.D. W takich sytuacjach przyjmuje się, że dochód rodziny pacjenta wynosi 200% lub mniej federalnego poziomu ubóstwa, co uprawnia pacjenta do uzyskania 100% redukcji opłat (tj. pełnej zniżki z tytułu ubóstwa). Pacjenci otrzymają co najmniej jedną prośbę o dostarczenie podsumowania usług oraz informacji o koncie.
- E. **Pacjent nieubezpieczony:**
1. Pacjent szpitala nieposiadający żadnej komercyjnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego (w tym pokrycia zobowiązań przez stronę trzecią) i nie jest beneficjentem ani nie posiada uprawnień do objęcia żadnym rządowym bądź innym programem ubezpieczeń, w tym Medicare, Medicaid, TriCare, ubezpieczeniem podlegającym wysokiej uldze podatkowej lub innym.
  2. Jeżeli zakres ubezpieczenia pacjenta zostanie wyczerpany lub jeżeli ubezpieczenie nie pokrywa świadczonych wobec pacjenta usług szpitalnych niezbędnych z medycznego punktu widzenia, pacjent zostanie uznany za nieubezpieczonego dla celów programu pomocy finansowej. W takich przypadkach również będzie stosowana ulga dla nieubezpieczonych.

## VI. PROCEDURA

- A. **Identyfikacja pacjentów potencjalnie kwalifikujących się**

- 
1. Przed przyjęciem. Jeżeli to możliwe, przed przyjęciem lub wstępną rejestracją pacjenta szpital przeprowadzi stosowny wywiad z pacjentem, poręczycielem i/lub prawnym przedstawicielem pacjenta. Jeżeli taki wstępny wywiad nie jest możliwy, należy go przeprowadzić możliwie szybko podczas lub po przyjęciu bądź rejestracji. W przypadku pacjentów trafiających do szpitalnego oddziału ratunkowego szpitalna ocena zdolności pacjenta do opłacenia usług nie powinna mieć miejsca do czasu przeprowadzenia właściwych badań, a w przypadku pacjentów w stanie zagrażającym życiu — do czasu jego ustabilizowania się.
  2. Wywiad z pacjentem: W czasie wstępnego wywiadu z pacjentem powinny być zebrane następujące informacje: (a) Rutynowe i wyczerpujące dane demograficzne oraz informacje o zatrudnieniu; (b) Komplet informacji dotyczących wszystkich istniejących rozwiązań umożliwiających pokrycie kosztów leczenia.
  3. Pacjenci potencjalnie uprawnieni do korzystania z programów publicznych. Pacjenci uznawani za potencjalnie uprawnionych do pokrycia kosztów leczenia z tytułu uczestnictwa w programie rządowym lub innym planie będą kierowani do doradcy finansowego. Oczekuje się od nich współpracy w celu ustalenia ich uprawnień do pokrycia kosztów leczenia (np. Medicaid) przed rozważeniem możliwości przyznania pomocy finansowej. Koszty tego rodzaju działań zmierzających do ustalenia uprawnień do uzyskania pomocy w zakresie regulowania należności za leczenie pokrywa szpital. Cele Polityki będą promowane poprzez zagwarantowanie, że uprawnieni pacjenci są objęci dostępnymi programami pokrywania kosztów opieki medycznej.
  4. Termin składania wniosku o pomoc finansową/zniżkę z tytułu ubóstwa. Pacjent może złożyć wniosek o pomoc finansową w dowolnym momencie procesu naliczania i pobierania należności.

## **B. Określanie uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej**

1. Udostępnienie wniosków o pomoc finansową. Wszyscy pacjenci zidentyfikowani jako nieubezpieczeni otrzymają formularze wniosku o pomoc finansową przed wypisem ze szpitala w miejscu świadczenia usług medycznych (w przypadku świadczeń ambulatoryjnych) oraz możliwość ubiegania się o taką pomoc. Jeżeli status nieubezpieczonego nie zostanie ustalony do momentu opuszczenia szpitala przez pacjenta, przedstawiciel szpitala zajmujący się usługami finansowymi wyśle pacjentowi na życzenie wniosek o pomoc finansową.
2. Oczekiwania w zakresie współpracy ze strony pacjenta. Oczekuje się, że pacjenci będą współpracować ze szpitalem w procesie pozyskiwania informacji i oceny uprawnień do uzyskania pomocy finansowej.
3. Wniosek o pomoc finansową z tytułu poważnych chorób lub urazów: Ulga z tytułu poważnych chorób lub urazów jest dostępna dla pacjentów, których wydatki na leczenie w okresie 12 miesięcy ponoszone z tytułu usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia, świadczonych przez szpital Presence Health, wykraczają poza poziom 15% rocznych dochodów brutto rodziny pacjenta, nawet po uregulowaniu należności przez płatników stron trzecich. Wszelkie zobowiązania finansowe pacjenta wykraczające poza próg 15% będą odpisywane tytułem ulgi. Ulga ta nie obejmuje usług, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia.

- 
4. Pacjenci spoza stanu Illinois/mieszkańcy obsługiwanego rejonu. Pacjenci będący rezydentami sąsiedniego stanu (w znaczeniu powyższych warunków weryfikacyjnych odnoszących się do rezydentów stanu Illinois), mieszkający na terenie stanu, który znajduje się w głównym rejonie obsługiwanym przez szpital, nie muszą być poddawani weryfikacji przez szpitalny komitet ds. pomocy finansowej. Wszystkie inne wnioski składane przez osoby niebędące rezydentami stanu Illinois będą rozpatrywane przez komitet ds. pomocy finansowej.
  5. Analiza okoliczności specjalnych dokonywana przez komitet ds. pomocy finansowej. Komitet ds. pomocy finansowej analizuje rachunki pacjenta wskazane przez doradcę finansowego, uwzględniające szczególne okoliczności, które wpływają na potrzeby finansowe wykraczające poza standardowe kryteria kwalifikacyjne.
    - a. Komitet może zalecić dyrektorowi ds. cyklu należności lub osobie przezeń wyznaczonej zastosowanie specjalnych wyjątków od niniejszej Polityki w oparciu o nietypowe lub nadzwyczajne okoliczności związane z potrzebami finansowymi. Wszystkie decyzje o wyjątkach muszą być poparte uzasadnieniem udokumentowanym przez komitet w sposób formalny i zrozumiały. Muszą również znaleźć się w dokumentacji klienta oraz w całym systemie.
    - b. Zgoda na udzielenie pomocy finansowej z tytułu okoliczności specjalnych przyznawanej osobie powiązanej ze szpitalem lub systemem, na przykład pracownikom, personelowi medycznemu, członkom rady nadzorczej itp. lub członkom rodziny takich osób powinna być zatwierdzana przez dyrektora działu prawnego Presence Health.
  6. Uwzględnianie aktywów. Aktywa posłużą w procesie ustalania maksymalnej kwoty możliwej do pobrania w okresie 12-miesięcznym. Aktywa nie będą wykorzystywane na wstępnym etapie określania uprawnienia do pomocy finansowej, za wyjątkiem aktywów innych niż zwolnione z podatku, które wskazują na istnienie nie zgłoszonych dodatkowych źródeł dochodu. (Pacjent może zostać wykluczony, jeżeli dysponuje istotnymi zasobami innymi niż zwolnione z podatku, przekraczającymi poziom 600% federalnego poziomu ubóstwa). Płatności z tytułu rent lub planów emerytalnych mogą być uwzględnione jako dochód.
    - a. Akceptowana dokumentacja aktywów obejmuje:
      - i. Zaświadczenia z instytucji finansowych lub poświadczenia innych stron trzecich dotyczące wartości aktywów.
      - ii. Jeżeli nie istnieje żadna inna strona trzecia, pacjent winien przekazać oświadczenie dotyczące szacunkowej wartości aktywów.
  7. Władze i organa uprawnione do wydawania zgody. Doradca finansowy z biura jednostki może zatwierdzić pomoc finansową o wartości do 25 000 USD. Dyrektor systemu ds. pomocy finansowej może zatwierdzić pomoc finansową o wartości przekraczającej 25 000 USD, ale niższej niż 100 000 USD. Kwoty wyższe niż 100 000 USD będą zatwierdzane przez dyrektora

---

generalnego szpitala. Zatwierdzone wysokości kwot muszą być zgodne z kryteriami kwalifikacji do programu pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa.

C. **Powiadomienie o przyznaniu bądź nieprzyznaniu uprawnień do uzyskania pomocy finansowej**

1. **Okres normalnego rozpatrywania.** W chwili składania wniosku pacjent powinien uzyskać zrozumiałe informacje na temat czasu wymaganego do analizy wniosku i podjęcia decyzji. Czas rozpatrywania oraz wydanie pisemnej decyzji zawierającej powody odmowy (jeśli taka nastąpi) mieszczą się zazwyczaj w terminie 45 dni od daty przyjęcia przez szpital wypełnionego wniosku. W piśmie zawierającym odmowę pacjent zostanie poinformowany o możliwości odwołania się od podjętej decyzji oraz uzyska stosowne dane kontaktowe.
2. **Prawo pacjenta do złożenia odwołania.** Jeżeli pacjent nie zgadza się z ustaleniami w zakresie możliwości otrzymania pomocy finansowej, w tym zakresie, w jakim do takiej pomocy się kwalifikuje, może odwołać się na piśmie w ciągu 45 dni od daty wydania decyzji odmownej. Dyrektor ds. finansowych przeanalizuje odwołanie i wyda stosowne zalecenie komitetowi ds. pomocy finansowej. Podjęte decyzje zostaną przekazane pacjentowi w normalnym trybie w ciągu 60 dni i będą odzwierciedlały ostateczne stanowisko komitetu. Pobór należności zostanie zawieszony na czas trwania procedury odwoławczej.
3. **Zawieszenie poboru należności w oczekiwaniu na decyzję w zakresie przyznania uprawnienia.** Egzekwowanie należności zostanie zawieszony w okresie rozpatrywania kompletnego wniosku o pomoc finansową lub wniosku o inną dostępną możliwość pokrycia kosztów leczenia (tj. Medicare, Medicaid itd.). W dokumentacji pacjenta znajdzie się uwaga o zawieszeniu poboru należności do czasu zakończenia procesu przyznawania pomocy finansowej. Jeżeli rachunek znajduje się w kancelarii komorniczej, zostanie ona powiadomiona telefonicznie o wstrzymaniu egzekucji należności do czasu powzięcia decyzji w tym zakresie. Powiadomienie takie zostanie udokumentowane w adnotacjach do rachunku. Pacjent zostanie także powiadomiony ustnie o zawieszeniu poboru należności na czas rozpatrywania wniosku.
4. **Inne decyzje związane z pomocą finansową oparte na obiektywnych danych.** Jeżeli pacjent nie wypełnił wniosku o pomoc finansową, ale istnieją odpowiednie informacje obiektywne (dochód oraz rodziny oraz liczba jej członków) potwierdzające prawdopodobny brak możliwości uiszczenia opłaty za leczenie przez pacjenta, jego przypadek zostanie przekazany do oceny dyrektorowi ds. finansowych, który następnie wyda zalecenie komitetowi ds. pomocy finansowej. Jeżeli zostanie wydana zgoda na udzielenie pomocy, w przypadku wszystkich otwartych rachunków zostanie zastosowany odpis w wysokości 100% w ramach pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa. Uprawnienie do ulg finansowych odnoszące się do usług świadczonych w przyszłości będzie ustalane w terminie, w którym usługi takie będą świadczone.
5. **Refundowanie uiszczanych przez pacjenta płatności.** W odniesieniu do rachunków zakwalifikowanych do pomocy (określanych w rozrachunkach jako



---

rachunki otwarte, ale nie zagrożone) będą przyznawane refundacje z tytułu płatności.

6. Zmiana powiadomień o statusie. Jeżeli w przypadku pacjenta posiadającego nie zapłacony rachunek lub zobowiązanie do uregulowania płatności dojdzie do zmiany sytuacji finansowej, powinien on niezwłocznie powiadomić o tym fakcie centralne biuro rachunkowe lub przedstawiciela szpitala. Pacjent może poprosić o ponowne rozpatrzenie i wnioskować o pomoc finansową lub zmianę warunków planu płatności.
7. Plan płatności. Po przyznaniu pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa pozostałe należności obciążające pacjenta będą przedmiotem ustaleń w zakresie planu spłat, zgodnie z zasadami usług finansowych świadczonych wobec pacjentów. Jeżeli pacjent nie jest w stanie spełnić wytycznych odnośnie do planu płatności z uwagi na nadzwyczajne okoliczności dotyczące jego samego lub rodziny, które to okoliczności ograniczają zdolność do regulowania należności, doradca finansowy lub przedstawiciel o zbliżonych kompetencjach może dokonać analizy sytuacji i zalecić komitetowi ds. pomocy finansowej ponowną ocenę oraz wydanie stosownej decyzji związanej z przyznaniem dodatkowej pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa.
8. Wniosek o przyznanie ulgi finansowej w odniesieniu do rachunków pacjenta. Po ustaleniu uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej zostanie przyznana odpowiednia zniżka odnosząca się do wszystkich otwartych (określanych w rozrachunkach jako rachunki otwarte) lub zagrożonych rachunków za usługi zrealizowane przed datą wydania zgody na zniżkę. W przypadku kolejnych wniosków składanych w ciągu sześciu (6) miesięcy od ustalenia uprawnienia do otrzymania pomocy finansowej pacjent może zostać poproszony o zweryfikowanie informacji podanych podczas wstępnego procesu wnioskowania.

**D. Domniemane uprawnienie do otrzymania pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa**

1. Kryteria. Domniemane uprawnienie do uzyskania pomocy przez pacjentów nieubezpieczonych może zostać ustalone na podstawie obecności dowolnego z wymienionych niżej czynników sygnalizujących istnienie potrzeb finansowych. W takich sytuacjach przyjmuje się, że dochód rodziny pacjenta wynosi 200% lub mniej federalnego poziomu ubóstwa, co uprawnia pacjenta do uzyskania 100% redukcji kosztów medycznie uzasadnionych.
  - a. Pacjent jest bezdomny i status ten jest potwierdzony stosowną analizą dostępnych faktów
  - b. Pacjent nie żyje i nie pozostawił majątku
  - c. Pacjent jest umyślowo lub fizycznie ubezwłasnowolniony i nie istnieje osoba mogąca działać w jego imieniu
  - d. Pacjent jest uprawniony do korzystania z programu Medicaid, ale nie posiadał takiego uprawnienia w przypadku usług, z których korzystał poprzednio
  - e. Uczestnictwo w programach WIC (dla kobiet, noworodków i dzieci)
  - f. Uczestnictwo w programie pomocy w dożywianiu (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) lub uprawnienie do pobierania talonów na żywność (LINK)
  - g. Uczestnictwo w programie bezpłatnych obiadów i śniadań w stanie Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program) (uprawnienie do korzystania z bezpłatnego lub dotowanego wyżywienia w szkole)

- 
- h. Uczestnictwo w programie pomocy w opłacaniu rachunków za energię gospodarstwom domowym o niskim dochodzie (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) (dodano przy wymogu OAG)
  - i. Uczestnictwo w zorganizowanym środowiskowym programie lub dostęp do opieki medycznej na podstawie oceny i dokumentacji ograniczonego statusu niskich dochodów jako kryterium (dodano przy wymogu OAG)
  - j. Pacjent otrzymuje lub kwalifikuje się do otrzymania bezpłatnej opieki medycznej ze strony przychodni środowiskowej powiązanej ze szpitalem lub spełnia wymogi uprawniające go do uzyskania takiej opieki porównywalne ze szpitalnymi, wymienionymi w treści niniejszej Polityki, gdy taka przychodnia kieruje go do szpitala na leczenie lub zabieg
  - k. Otrzymanie wsparcia z przeznaczeniem na świadczenia medyczne
  - l. Uczestnictwo w finansowanych przez władze stanowe programach odpłatności za leki przepisywane na receptę
  - m. Uczestnictwo w programie wsparcia w zakresie wynajmu mieszkań realizowanego przez organ władzy zajmujący się rozwojem budownictwa mieszkaniowego w stanie Illinois (Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program)
  - n. Dowód przedstawiony przez niezależną agencję poświadczający, że dochód rodziny wynosi 200% lub znajduje się poniżej federalnego poziomu ubóstwa określonego dla odpowiedniej wielkości rodziny.
2. Identyfikacja. W chwili rejestracji każdy pacjent nieubezpieczony oraz samodzielnie pokrywający koszt świadczeń, a także pacjenci zgłaszający prośbę o pomoc finansową, zostaną sprawdzeni pod kątem domniemanego uprawnienia do pomocy z programu Medicaid z użyciem elektronicznej technologii informatycznej tam, gdzie to możliwe oraz zasadne i/lub wypełnieniem arkusza domniemanego uprawnienia. Pacjenci nie muszą wypełniać wniosku o pomoc finansową, jeżeli przedstawią wystarczający dowód spełnienia zakładanych kryteriów domniemanego uprawnienia. Pacjenci nieubezpieczeni i samodzielnie pokrywający koszty świadczeń medycznych mogą przedstawić dowód domniemanego uprawnienia w dowolnym momencie, przed lub po skorzystaniu ze świadczeń szpitalnych.
3. Weryfikacja. Obowiązkiem pacjenta jest przedstawienie dodatkowej wymaganej dokumentacji potwierdzającej domniemane uprawnienie. Pacjenci otrzymają co najmniej jedną prośbę o podanie niezbędnych dokumentów weryfikacyjnych.
4. Pomoc w złożeniu wniosku o pomoc z tytułu programu Medicaid. Pacjenci spełniający kryteria domniemanego uprawnienia w zakresie świadczeń medycznych otrzymają pomoc w składaniu wniosku o pomoc Medicaid poprzez system IL ABE (Applicant Benefit for Enrolling System). Odpowiedź na wniosek o pomoc Medicaid nie wpłynie na pomoc finansową przyznaną pacjentowi, co do którego istnieje domniemanie uprawnienia.
5. Nie wydanie rachunku. Jeżeli niezbędne jest ustalenie kryteriów domniemanego uprawnienia, pacjent nieubezpieczony nie otrzyma rachunku przez okres 30 dni po rozsądnej próbie uzyskania brakujących dokumentów weryfikacyjnych.
6. Nowe osoby spełniające wymagania. Jeżeli pacjent jest aktualnie uprawniony do korzystania z programu Medicaid, ale nie był w czasie poprzednio

---

realizowanych świadczeń, Presence Health będzie w takim przypadku polegać na procedurze przyznawania uprawnień do pomocy finansowej realizowanej w ramach programu Medicaid i zastosuje ulgę w wysokości 100% w odniesieniu do poprzednio świadczonych usług.

#### **E. Procedury ściągania należności**

1. Analiza przed wszczęciem postępowania sądowego. Przed zatwierdzeniem decyzji o wszczęciu postępowania sądowego w związku z nieuregulowaniem rachunku pacjenta ostateczna analiza rachunku zostanie przeprowadzona i zatwierdzona przez przedstawiciela zajmującego się doradztwem finansowym (lub osobę przez niego wyznaczoną). Ma to na celu upewnienie się, że nie został złożony żaden wniosek o pomoc finansową i że istnieje dowód obiektywny potwierdzający posiadanie przez pacjenta środków finansowych wystarczających na opłacenie całości lub części rachunku. Przed złożeniem pozwu o egzekucję należności niezbędną jest ocena przypadku i wydanie zgody przez dyrektora ds. egzekucji należności od pacjentów nieubezpieczonych.
2. Zastaw mieszkania. Żaden szpital nie obejmie zastawem podstawowego miejsca zamieszkania pacjenta kwalifikującego się do otrzymania pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa na poczet nierozliczonych należności. Ponadto w żadnym wypadku szpital nie wymusi sprzedaży ani nie dokona przejęcia podstawowego miejsca zamieszkania pacjenta na poczet nie zapłaconego rachunku za leczenie.
3. Niestosowanie procedury doprowadzenia przed sąd. Żaden szpital nie zastosuje procedury doprowadzenia przed sąd wobec żadnej osoby, niezależnie od tego, czy otrzymuje ona pomoc finansową/zniżkę z tytułu ubóstwa czy też nie.
4. Skierowanie do rozpatrzenia przez komornika. Księgowość finansowa każdego szpitala upewni się, że wszystkie kancelarie komornicze zajmujące się ściąganiem należności niezwłocznie skierują pacjenta zgłaszającego potrzebę uzyskania pomocy finansowej lub w inny sposób kwalifikującego się do uzyskania pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa, do doradcy finansowego w celu ustalenia, czy pacjent jest uprawniony do takiej ulgi.

#### **F. Informowanie pacjenta o Polityce oraz dostępność pomocy**

1. Oznakowanie. W każdym szpitalu w punktach rejestracji oraz innych miejscach przyjmowania pacjentów znajdują się znaki, plakaty lub tym podobne pisemne informacje dotyczące dostępności ulg finansowych na leczenie, co zapewni pacjentom wiedzę na temat istnienia programu pomocy finansowej. Minimalny zakres rozpowszechniania tego rodzaju oznakowań i informacji obejmuje oddział ratunkowy i miejsce przyjęć/rejestracji pacjentów. Wszystkie dostępne publicznie informacje i/lub formularze związane z uzyskaniem pomocy finansowej wyrażane będą w językach uznanych za odpowiednie w danym rejonie obsługi, zgodnie ze stanowymi przepisami dotyczącymi usług wsparcia językowego. Treść niniejszej Polityki zostanie przetłumaczona i udostępniona w języku hiszpańskim oraz innych, właściwych dla każdego szpitala.

- 
2. Rachunek/faktura wydana przez szpital. Rachunki dla pacjentów, faktury lub inne zestawienia należności powinny zawierać wyraźne oświadczenie, że pacjent, który spełnia pewne wymogi w zakresie dochodów może ubiegać się o pomoc finansową. Powinny się tam znaleźć również informacje, w jaki sposób pacjent może wnioskować o objęcie szpitalnym programem pomocy finansowej.
  3. Dostępność Polityki. Na życzenie każdego członka społeczeństwa lub przedstawiciela władz stanowych zostanie udostępniona kopia niniejszej Polityki przyznawania pomocy finansowej/zniżki z tytułu ubóstwa. Podsumowanie programów pomocy finansowej jest dostępne zgodnie z niniejszą Polityką i zostanie zamieszczone na stronie internetowej Presence Health.
  4. Formularze wniosków. Formularze służące do ustalenia uprawnień pacjenta do uzyskania pomocy finansowej zostaną udostępnione w każdym szpitalu, duszpasterstwie oraz podczas rejestracji wszystkim pacjentom określonym jako nieubezpieczeni lub w innym stosownym momencie lub miejscu, jeżeli status nieubezpieczonego określony zostanie po rejestracji.

#### **G. Monitorowanie i sprawozdania**

1. Prowadzenie rejestrów pomocy finansowej/zniżek z tytułu ubóstwa Należy prowadzić bazę danych na temat pomocy finansowej umożliwiającą tworzenie sprawozdań okresowych. Prowadzenie takiej bazy danych będzie trwało przez okres dziesięciu (10) lat. Przechowywane dane będą obejmowały co najmniej:
  - a. Numer konta
  - b. Data świadczenia
  - c. Złożony wniosek
  - d. Wniosek kompletny/niekompletny
  - e. Łączna wysokość opłat
  - f. Salda pacjenta samodzielnie pokrywającego koszty świadczeń medycznych
  - g. Status rozpatrzenia (przyznano/odmowa)
  - h. Rodzaj przyznanej pomocy (pomoc finansowa/domniemane uprawnienie)
  - i. Kwota zatwierdzonej pomocy finansowej
  - j. Data zatwierdzenia lub odmowy przyznania pomocy finansowej
2. Analiza rejestrów pomocy finansowej/zniżek z tytułu ubóstwa. Rejestr pomocy finansowej każdego szpitala będzie drukowany co miesiąc dla celów analizy na zebraniach szpitalnego komitetu ds. pomocy finansowej.
3. Prowadzenie i przechowywanie rejestru przypadków zatwierdzenia pomocy finansowej. Należy prowadzić i przechowywać w formie papierowej lub elektronicznej rejestr obejmujący przypadki wydania zgody na pomoc finansową. Dokumenty te należy przechowywać przez okres dziesięciu (10) lat.
4. Roczne sprawozdania dla organów rządowych. Koszt pomocy finansowej będzie ujmowany w rocznym sprawozdaniu na temat świadczeń społecznych (formularz 990 wykaz H dla IRS), zgodnie z ustawą o świadczeniach społecznych stanu Illinois. Zniżki z tytułu ubóstwa będą ujmowane jako koszt zapewnionej opieki (nie opłaty) z zastosowaniem

---

kryteriów dla wymogów sprawozdawczości. Wymagane dane statystyczne dotyczące pomocy finansowej zostaną również przekazane jako część ustawy stanu Illinois o świadczeniach społecznych (IL Community Benefits Act).

5. Zatwierdzenie przez zarząd Presence Health. Polityka szpitala w zakresie udzielania pomocy finansowej to dokument zatwierdzany przez zarząd. Zarząd przekazuje prezesowi/dyrektorowi generalnemu Presence Health upoważnienie do przeprowadzania co jakiś czas oraz na wniosek dyrektora ds. finansowych i dyrektora ds. prawnych Presence Health następujących czynności: (1) wprowadzanie mniej istotnych objaśnień lub innych korekt lub (2) przeprowadzanie korekt niezbędnych w celu zachowania zgodności z nowymi ustawami, przepisami prawnymi lub innymi wymogami w obu przypadkach. Wszystkie korekty wprowadzane w niniejszej Polityce zostaną następnie przekazane zarządowi do analizy i zatwierdzenia.

## **VII. FORMULARZE I INNE DOKUMENTY**

Kryteria kwalifikacji do programu pomocy finansowej  
List przewodni programu pomocy finansowej szpitala oraz wniosek  
Oświadczenie o zapewnianiu mieszkania i żywienia

## **VIII. PODSTAWY PRAWNE**

Kodeks postępowania cywilnego stanu Illinois, część 12-1001 (Section 12-1001 Illinois Code of Civil Procedure)

Federalna ustawa o ubezpieczeniu społecznym, rozdział XVIII (Title XVIII Federal Social Security Act)

Ustawa stanu Illinois regulująca rozliczanie pacjentów nieubezpieczonych (Illinois Uninsured Patient Discount Act)

Ustawa stanu Illinois o uczciwym fakturowaniu pacjentów (Illinois Fair Patient Billing Act)

Ustawa stanu Illinois o odszkodowaniach dla ofiar przestępstw z użyciem przemocy (Illinois Violent Crime Victims Compensation Act)

Ustawa stanu Illinois o odszkodowaniach dla ofiar przestępstw na tle seksualnym (Illinois Sexual Crime Victims Compensation Act)

Program dla kobiet, noworodków i dzieci (Women's, Infant, Children Program, WIC)

Ustawa stanu Illinois o świadczeniach społecznych (IL Community Benefit Act)

Procedura Urzędu Skarbowego 990 wykaz H (Internal Revenue Service (IRS) 990 Schedule H)

Część 501(r) Kodeksu Podatkowego (ustanowiona przez ustawę dotyczącą ochrony pacjentów i niedrogiej opieki) (Section 501(r) of the Internal Revenue Code, instituted by the Patient Protection and Affordable Care Act)

Etyczne i religijne wytyczne dotyczące usług medycznych świadczonych przez organizacje i instytucje katolickie, część 1 (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services, Part 1)

Polityka systemu — Plan płatności