



DATA WEJŚCIA W ŻYCIE: 20 lutego 2024 r.

TYTUŁ POLITYKI:

Pomoc finansowa dla pacjentów

*Do sprawdzenia raz na trzy lata przez:
Zarząd Placówki*

DO SPRAWDZENIA: 1 marca 2027 r.

POLITYKA

Polityką Placówki (i każdej placówki Trinity Health) jest uwzględnienie potrzeby pomocy finansowej i wsparcia pacjentów w zakresie nagłych i nieefektywnych usług medycznych świadczonych zgodnie z obowiązującym prawem stanowym lub federalnym. Kwalifikowalność do pomocy finansowej i wsparcia ze strony Placówki jest określana indywidualnie na podstawie szczegółowych kryteriów wraz z określeniem i oceną potrzeb pacjenta i/lub rodziny w zakresie opieki zdrowotnej, zasobów finansowych i zobowiązań. Trinity Health oczekuje płatności za usługi od osób, które są w stanie je pokryć (zgodnie z definicją w niniejszej Polityce).

I. Kryteria kwalifikowalności do pomocy finansowej

Pomoc finansowa opisana w niniejszym rozdziale jest udzielana pacjentom zamieszkałym w Obszarze Usług (zgodnie z definicją w niniejszej Polityce). Ponadto Placówka zapewni pomoc finansową pacjentom spoza swojego obszaru usług, którzy kwalifikują się zgodnie z polityką pomocy finansowej Placówki (Financial Assistance Policy, FAP) i którzy zgłaszają się z nagłym lub zagrażającym życiu stanem i otrzymują pomoc medyczną w nagłych wypadkach.

Trinity Health zapewni Pomoc Finansową w przypadku usług świadczonych w placówce szpitalnej (w tym usług świadczonych w placówce szpitalnej przez podmiot powiązany w znacznym stopniu), a Placówka zapewni Pomoc Finansową w przypadku następujących usług:

- A. Wszelka niezbędna opieka medyczna i pomoc medyczna w nagłych wypadkach dla
1. pacjentów płacących samodzielnie, którzy ubiegają się o pomoc finansową i zostali do niej zakwalifikowani, oraz
 2. pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej.

- B. Niektóre płatności należne od pacjentów objęte ubezpieczeniem przez płatnika/ubezpieczyciela, z którym Placówka współpracuje/zawarła umowę, jak opisano w niniejszej Polityce.

Usługi ratownictwa medycznego będą świadczone wszystkim pacjentom zgłaszającym się do szpitalnego oddziału ratunkowego Placówki, niezależnie od zdolności pacjenta do zapłaty lub źródła płatności. Taka opieka medyczna będzie kontynuowana do czasu ustabilizowania się stanu pacjenta, przed ustaleniem zasad płatności.

Następujące usługi nie kwalifikują się do pomocy finansowej ze strony Trinity Health:

- A. Usługi kosmetyczne oraz inne procedury i usługi do wyboru, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- B. Usługi, które nie są świadczone i rozliczane przez Placówkę (np. niezależne usługi lekarskie, prywatna opieka pielęgniarska, transport karetką itp.)
- C. Placówka może wykluczyć usługi, które są objęte programem ubezpieczeniowym, w tym usługi objęte ubezpieczeniem, gdy są świadczone w innej lokalizacji usługodawcy, ale nie są objęte ubezpieczeniem w szpitalach Trinity Health; pod warunkiem, że spełnione są zobowiązania federalnej ustawy o o leczeniu w nagłych wypadkach i podczas porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

Następujący pacjenci kwalifikują się do pomocy finansowej ze strony Trinity Health:

- A. Pacjenci nieubezpieczeni, których dochód rodzinny jest równy lub niższy niż 200% federalnego poziomu ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL), będą uprawnieni do 100% zniżki na opłaty za otrzymane usługi.
- B. Pacjenci nieubezpieczeni i pacjenci ubezpieczeni korzystający z usług w stanach o wyższym procencie zniżki na dochód rodziny również będą uprawnieni do zniżki na opłaty za otrzymane usługi.
- C. Nieubezpieczeni pacjenci, których dochód rodziny jest wyższy niż 200% FPL i nie przekracza 400% FPL (lub wyższego % wymaganego przez prawo stanowe, jeśli dotyczy), będą uprawnieni do zniżki na opłaty za otrzymane usługi. Pacjent kwalifikujący się do tego poziomu Pomocy Finansowej nie zostanie obciążony wyższą kwotą niż obliczona Ogólna Kwota Naliczona (Amounts Generally Billed, AGB).
- D. Ubezpieczeni pacjenci, których dochód rodziny wynosi 400% lub mniej FPL, będą kwalifikować się do pomocy finansowej w zakresie współpłacenia, udziału własnego i współubezpieczenia, pod warunkiem że ustalenia umowne z ubezpieczycielem pacjenta nie zabraniają udzielania takiej pomocy.

Pomoc finansowa jest również udzielana niezamożnym pacjentom z medycznego punktu widzenia. Pacjent niezamożny z medycznego punktu widzenia to ubezpieczony pacjent, który ubiega się o pomoc finansową, ze względu na ekstremalnie wysokie wydatki medyczne za epizod opieki przekraczające 20% dochodu rodziny. Kwota przekraczająca 20% dochodu rodziny (lub

niższy procent wymagany przez prawo stanowe, jeśli dotyczy) kwalifikuje współpłacenie, współubezpieczenie i udział własny ubezpieczonego pacjenta do pomocy finansowej. Zniżki na opiekę medyczną dla osób nieubezpieczonych nie będą niższe niż AGB Placówki za świadczone usługi lub kwota, która przywróci stosunek ekstremalnie wysokich wydatków medycznych pacjenta do dochodu rodziny do 20%.

II. Podstawa obliczania kwot pobieranych od pacjentów

Pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej nie będą obciążani wyższymi opłatami niż AGB za opiekę w nagłych wypadkach i inną niezbędną opiekę medyczną. Trinity Health stosuje metodę patrzenia wstecz, do obliczania AGB, dzieląc sumę opłaconych roszczeń Medicare przez sumę przedstawionych opłat brutto, zgodnie z rozdziałem 501(r) Kodeksu Podatkowego.

Kopię opisu obliczeń AGB i wartości procentowych można uzyskać bezpłatnie na stronie internetowej Placówki lub dzwoniąc do Centrum Biznesowej Obsługi Pacjenta pod numer 800-494-5797.

III. Metoda ubiegania się o pomoc finansową

Pacjent może zakwalifikować się do pomocy finansowej poprzez złożenie wypełnionego wniosku FAP lub poprzez domniemanie kwalifikowalności punktowej. Kwalifikowalność opiera się na ocenie potrzeb pacjenta i/lub jego rodziny w zakresie opieki zdrowotnej, zasobów finansowych i zobowiązań w dniu świadczenia usługi. Pacjent uznany za kwalifikującego się będzie kwalifikował się do pomocy finansowej przez sześć miesięcy od pierwszej daty usługi, w odniesieniu do której pacjent został uznany za kwalifikującego się do pomocy finansowej.

Kwalifikowalność do pomocy finansowej wymaga pełnej współpracy pacjenta podczas procesu składania wniosku, w stosownych przypadkach, w tym:

- A. Wypełnienie wniosku FAP, w tym złożenie wszystkich wymaganych dokumentów; oraz
- B. Udział w procesie ubiegania się o wszelką dostępną pomoc, w tym między innymi rządową pomoc finansową i inne programy.

Placówka dołoży wszelkich starań, aby pomóc pacjentom w ubieganiu się o udział w programach publicznych i prywatnych, do których mogą się kwalifikować i które mogą pomóc im w uzyskaniu i opłaceniu usług opieki zdrowotnej. Placówka może rozważyć zaoferowanie pomocy Premium przez ograniczony czas, jeśli zatwierdzono przyznanie pacjentowi pomocy finansowej.

Placówka powiadomi pacjentów, którzy złożą niekompletny wniosek FAP i określi dodatkowe informacje i/lub dokumentację potrzebną do ukończenia procesu składania wniosku, które należy dostarczyć w ciągu 30 dni.

Placówka zastrzega sobie prawo do odmowy udzielenia pomocy finansowej, jeśli wniosek FAP nie wpłynie w terminie składania wniosków.

Pacjenci, którzy chcą ubiegać się o pomoc finansową, mogą otrzymać bezpłatną kopię wniosku FAP w następujący sposób:

- A. Prosimy zwrócić się o kopię wniosku FAP do działu przyjęć, oddziału ratunkowego lub doradcy finansowego w miejscu świadczenia usługi;
- B. Prosimy pobrać i wydrukować wniosek FAP ze strony internetowej Placówki;
- C. Prosimy złożyć pisemny wniosek do Centrum Obsługi Biznesowej Pacjenta na aktualny adres zamieszczony na stronie internetowej i zawarty w zawiadomieniach i wnioskach o FAP; lub
- D. Prosimy zadzwonić do Centrum Obsługi Biznesowej Pacjenta pod numer 800-494-5797 lub aktualny numer telefonu zamieszczony na stronie internetowej oraz w zawiadomieniach i wnioskach o FAP.

IV. Określanie kwalifikowalności

Trinity Health wykorzysta model predykcyjny, aby wstępnie zakwalifikować pacjentów do pomocy finansowej. Domniemana kwalifikowalność do pomocy finansowej może zostać określona w dowolnym momencie cyklu przychodowego.

Jeśli pacjent zostanie uznany za niekwalifikującego się do pomocy finansowej lub kwalifikującego się do pomocy mniejszej niż największa pomoc dostępna w ramach FAP, Trinity Health będzie:

- A. Powiadamiać pacjenta o podstawie ustalenia uprawnień oraz o tym, w jaki sposób pacjent może złożyć odwołanie lub ubiegać się o większą pomoc dostępną w ramach FAP;
- B. Zapewniać pacjentowi co najmniej 30 dni na złożenie odwołania lub ubieganie się o większą pomoc; oraz
- C. Rozpatrzy kompletny wniosek FAP złożony przez pacjenta do końca okresu składania wniosków.

V. Skuteczna komunikacja

Placówka umieści znaki i broszury zawierające podstawowe informacje na temat FAP Placówki w miejscach publicznych w Placówce. Placówka opublikuje FAP, streszczenie w prostym języku i formularz wniosku na stronie internetowej Placówki i udostępni pacjentom na żądanie FAP, streszczenie w prostym języku i formularz wniosku.

VI. Procedura rozliczeń i windykacji

Placówka wdroży praktyki rozliczeniowe i windykacyjne dotyczące zobowiązań płatniczych pacjentów, które będą sprawiedliwe, spójne i zgodne z przepisami stanowymi i federalnymi. Działania, które Trinity Health może podjąć w przypadku braku płatności, zostały opisane w osobnej Procedurze rozliczania i windykacji. Kopię Procedury rozliczeń i windykacji można uzyskać bezpłatnie, dzwoniąc do Centrum obsługi biznesowej pacjentów pod numer 800-494-5797 lub wysyłając zapytanie pocztą elektroniczną. Trinity Health działa zgodnie z przepisami 501(r) i obowiązującego prawa stanowego w zakresie zakazów dotyczących nadzwyczajnych działań windykacyjnych wobec osób uznanych za kwalifikujące się do pomocy finansowej.

Ponadto, o ile dana osoba nie jest w stanie zapłacić, Trinity Health nie podejmie działań prawnych w celu odzyskania należności, nie ustanowi zastawu na nieruchomości danej osoby ani nie zgłosi jej do biura informacji kredytowej.

Jeśli pacjent dokonał płatności w Okresie składania wniosków i przed określeniem uprawnień, Trinity Health zwróci kwoty przekraczające kwotę pomocy finansowej, do której pacjent jest uprawniony, chyba że kwota ta jest niższa niż \$5.00.

VII. Lista usługodawców.

Lista usługodawców świadczących opiekę medyczną w nagłych wypadkach lub niezbędną opiekę medyczną w placówce szpitalnej, określająca, którzy usługodawcy oferują pomoc finansową, jak opisano w FAP, a którzy jej nie oferują, jest przechowywana oddzielnie od niniejszego FAP. Kopię Listy Usługodawców można uzyskać bezpłatnie na stronie internetowej Placówki lub dzwoniąc do Centrum Obsługi Biznesowej Pacjenta pod numer 800-494-5797.

VIII. Inne zniżki

Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, jak opisano w niniejszej Polityce i którzy otrzymują pomoc w nagłych wypadkach lub inną medycznie niezbędną/niewybieralną opiekę, mogą kwalifikować się do innych rodzajów pomocy oferowanych przez Placówkę. Inne rodzaje pomocy nie są oparte na potrzebach, nie są częścią Polityki Pomocy Finansowej i są udzielane według uznania Placówki.

ZAKRES/ZASTOSOWANIE

Jest to Polityka Wzorcową Trinity Health. W związku z tym niniejsza Polityka Wzorcową zostanie przyjęta przez każdą Placówkę i Jednostkę zależną w ramach Systemu, która zapewnia lub rozlicza opiekę szpitalną nad pacjentem. Niniejsza Polityka Wzorcową odzwierciedla postanowienia Polityki finansowej 1, ogólnosystemowej Polityki pomocy finansowej Trinity Health. Organizacje Trinity Health, które zapewniają lub wystawiają rachunki za inne rodzaje opieki nad pacjentami, przyjmą politykę pomocy finansowej, aby zaspokoić potrzeby obsługiwanej społeczności i zapewnić pomoc finansową osobom, które potrzebują pomocy finansowej i wsparcia.

Prawo stanowe ma pierwszeństwo przed procedurami ogólnosystemowymi, a Placówka działa zgodnie z obowiązującym prawem stanowym.

Polityka ma na celu wypełnienie zobowiązania Placówek do:

- Zapewnienia dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej ze współczuciem, godnością i szacunkiem dla tych, którym służymy, w szczególności dla osób ubogich i niedocenianych w naszych społecznościach.
- Opieki nad wszystkimi osobami, niezależnie od ich zdolności do płacenia za usługi; oraz
- Pomocy pacjentom, którzy nie mogą zapłacić za część lub całość otrzymywanej opieki.

Placówka jest wspólnotą osób służących razem w duchu Ewangelii jako współczująca i przemieniająca uzdrawiająca obecność w naszych społecznościach. Zgodnie z naszymi podstawowymi wartościami, w szczególności „Zaangażowaniem na rzecz osób doświadczających ubóstwa”, zapewniamy opiekę osobom potrzebującym i zwracamy szczególną uwagę na tych, którzy są w najtrudniejszej sytuacji, w tym tych, którzy nie są w stanie zapłacić i tych, których ograniczone środki sprawiają, że niezwykle trudno jest pokryć poniesione wydatki na opiekę zdrowotną.

DEFINICJE

Zdolny do zapłaty oznacza

- a. Osobę, która została uznana za niekwalifikującą się do Medicaid w ramach procesu sprawdzania wniosków Medicaid lub która otrzymała odmowę przyznania świadczeń Medicaid w ramach stanowego programu Medicaid.
 - Trinity Health nie wymaga, aby dana osoba ubiegała się o Medicaid jako warunek wstępny uzyskania pomocy finansowej.
- b. Osoba fizyczna, która została uznana za niekwalifikującą się do otrzymania pomocy finansowej po rozpatrzeniu wniosku.
- c. Osoba fizyczna, która nie złożyła wniosku o pomoc finansową po upływie okresu składania wniosków o pomoc finansową.
- d. Osoba, która odmówiła wypełnienia wniosku lub współpracy w procesie składania wniosku o pomoc finansową.

Ogólna kwota naliczona (Amounts Generally Billed, „AGB”) oznacza kwoty zwykle naliczane za opiekę w nagłych wypadkach lub inną medycznie niezbędną opiekę nad pacjentami, którzy mają ubezpieczenie pokrywające taką opiekę, AGB Placówek będzie obliczane przy użyciu metodologii sprawdzania wstecznego obliczania sumy opłaconych roszczeń Medicare podzielonych przez całkowite lub opłaty „brutto” za te roszczenia przez Biuro Systemu lub Placówki rocznie przy użyciu dwunastu miesięcy opłaconych roszczeń z 30-dniowym opóźnieniem od daty zgłoszenia do ostatniej daty wypisu.

Okres składania wniosków rozpoczyna się w dniu, w którym świadczona jest opieka, a kończy się 240 dni po tej dacie lub w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza.

- a. pod koniec 30-dniowego okresu, w którym pacjenci, którzy kwalifikowali się do mniej niż największej pomocy dostępnej na podstawie statusu Domniemanego Wsparcia lub wcześniejszej kwalifikowalności do FAP, mogą ubiegać się o większą pomoc.
- b. termin podany w pisemnym zawiadomieniu, po którego upływie można wszcząć ECA.

Pomoc medyczna w nagłych wypadkach zgodnie z definicją zawartą w punkcie 1867 ustawy o ubezpieczeniach społecznych (Social Security Act). Pacjenci ubiegający się o opiekę medyczną w nagłych przypadkach w szpitalu Trinity Health będą traktowani bez dyskryminacji i bez względu

na zdolność pacjenta do zapłaty za opiekę. Placówka działa zgodnie ze wszystkimi federalnymi i stanowymi wymogami dotyczącymi opieki w nagłych wypadkach, w tym wymogami dotyczącymi badań przesiewowych, o leczeniu w nagłych wypadkach i podczas porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

Dochód rodziny oznacza dochód rodziny danej osoby obejmujący roczny dochód wszystkich dorosłych członków rodziny w gospodarstwie domowym z ostatnich 12 miesięcy lub poprzedniego roku podatkowego, wykazany na ostatnich dowodach wypłaty lub zeznaniach podatkowych i innych informacjach. W przypadku pacjentów w wieku poniżej 18 lat dochód rodziny obejmuje roczny dochód rodziców i/lub pasierbów lub krewnych sprawujących opiekę. Dowód otrzymywanych zarobków można ustalić poprzez wyliczenie rocznego dochodu rodziny, biorąc pod uwagę bieżącą kwotę zarobków.

Pomoc finansowa oznacza wsparcie (pomoc charytatywna, zniżki itp.) udzielane pacjentom, dla których opłacenie pełnego kosztu niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług świadczonych przez Trinity Health stanowiłoby trudność i którzy spełniają kryteria kwalifikowalności do uzyskania takiej pomocy.

Polityka Pomocy Finansowej (Financial Assistance Policy, „FAP”) oznacza pisemną politykę i procedurę spełniającą wymagania opisane w §1.501(r)-4(b).

Wniosek o Pomoc Finansową („Wniosek FAP”) oznacza informacje i dodatkową dokumentację, które pacjent składa w celu ubiegania się o Pomoc Finansową w ramach FAP Placówki. Placówka może uzyskać informacje od osoby fizycznej w formie pisemnej lub ustnej (lub łączyć oba sposoby).

Dochód obejmuje wynagrodzenie brutto, pensje, wynagrodzenie i dochód z samozatrudnienia, świadczenie dla bezrobotnych, świadczenia pracownicze, płatności z ubezpieczenia społecznego, pomoc publiczną, świadczenia dla weteranów, alimenty na dzieci, alimenty, pomoc edukacyjną, świadczenia rodzinne, emerytury, dochód emerytalny, regularne płatności ubezpieczeniowe i rentowe, dochód z majątku i trustów, otrzymane czynsze, odsetki/dywidendy oraz dochód z innych różnych źródeł.

Medycznie Niezbędna Opieka oznacza wszelkie usługi lub produkty opieki zdrowotnej świadczone przez Placówki Trinity Health, racjonalnie określone przez usługodawcę, jako niezbędne do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia choroby, urazu, choroby lub jej objawów. Niezbędna opieka z medycznego punktu widzenia nie obejmuje wybranych usług, które nie są objęte odpowiednim ubezpieczeniem/płatnością rządową/planem zdrowotnym pacjenta, ani zabiegów kosmetycznych mających na celu poprawę estetyki normalnej lub normalnie funkcjonującej części ciała.

Placówka (czasami określana jako placówka służby zdrowia) oznacza podmiot zależny pierwszego poziomu (bezpośredni), podmiot powiązany lub oddział operacyjny Trinity Health, który posiada organ zarządzający, który sprawuje bieżący nadzór zarządczy nad wyznaczoną częścią działalności Trinity Health System. Placówka może być oparta na rynku geograficznym lub dedykowana linii usług lub działalności. Placówki obejmują Placówki Misyjne, Placówki Krajowe i Placówki regionalne.

Polityka Wzorcową oznacza modelową politykę zatwierdzoną przez Trinity Health, którą każda Placówka jest zobowiązana przyjąć jako identyczną politykę, jeśli jest to właściwe i ma zastosowanie do jej działalności, ale może zmodyfikować format, aby odzwierciedlić lokalne preferencje dotyczące stylu lub, z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez członka ELT odpowiedzialnego za taką Politykę wzorcową, w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi stanowymi lub lokalnymi przepisami i regulacjami, lub wymogami licencyjnymi i akredytacyjnymi.

Polityka oznacza oświadczenie zawierające ogólne wytyczne w sprawach istotnych dla Trinity Health, jej Placówek i Spółek Zależnych lub oświadczenie, które dodatkowo interpretuje dokumenty zarządzające Trinity Health, jej Placówek i Spółek Zależnych. Polityki mogą być Samodzielne, Ogólnosystemowe lub Wzorcowe wyznaczone przez organ zatwierdzający.

Procedura oznacza dokument zaprojektowany w celu wdrożenia polityki lub opis konkretnych wymaganych działań lub procesów.

Obszar obsługi oznacza główne rynki obsługiwane przez Placówki. Dowodem może być lista kodów pocztowych, w których mieszkają pacjenci.

Standardy lub Wytyczne oznaczają dodatkowe instrukcje i wytyczne, które pomagają we wdrażaniu Procedur, w tym te opracowane przez organizacje akredytacyjne lub zawodowe.

Podmiot zależny oznacza podmiot prawny, w którym Trinity placówki jest jedynym członkiem korporacyjnym lub jedynym udziałowcem.

Pacjent nieubezpieczony oznacza osobę fizyczną, która jest nieubezpieczona i nie jest objęta ubezpieczeniem przez komercyjnego ubezpieczyciela będącego osobą trzecią, planem ERISA, federalnym programem opieki zdrowotnej (w tym między innymi Medicare, Medicaid, SCHIP i CHAMPUS), odszkodowaniem pracowniczym lub inną pomocą strony trzeciej w celu pokrycia całości lub części kosztów opieki.

ODPOWIEDZIALNY DZIAŁ

Dalsze wytyczne dotyczące niniejszej Polityki Wzorcowej można uzyskać od kierownictwa Placówki.

ZATWIERDZENIA

Początkowe Zatwierdzenia: 14 czerwca 2014 r., Komisja ds. zarządzania Zarządu Trinity Health

Kolejne przeglądy/korekty: 18 września 2014 r.; 1 lipca 2017 r.; 8 grudnia 2021 r., 6 grudnia 2023 r., 20 lutego 2024 r.