



OSF
HEALTHCARE

Data utworzenia	01.06.2009
Data zatwierdzenia:	20.04.2022
Data wejścia w życie	20.04.2022
Data kolejnej weryfikacji	19.04.2025

Właściciel	Kimberly Brust: Dyrektor ds. rachunków pacjentów
Kategoria/ Rozdział	Działalność gospodarcza
Zastosowanie	Wszystkie działające jednostki OSF
Obszary/działy	organizacyjne

Pomoc finansowa (AC-29)

DEFINICJE:

- Kwota rozliczana ogólnie (Amount Generally Billed, AGB)** — kwota rozliczana ogólnie to oczekiwana płatność od pacjentów i/lub gwarantora pacjenta za usługi świadczone w nagłych przypadkach lub usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia. W przypadku kwalifikujących się pacjentów kwota ta nie przekracza stawki, która zostanie ustalona przy użyciu metody retrospektywnej (Look Back Method) opisanej w §1.501(r)-5(b)(3) kodeksu podatkowego. Metoda retrospektywna opiera się na faktycznych wcześniejszych roszczeniach wypłaconych OSF przez Opłaty za usługi Medicare (Fee-for-Service) wraz ze wszystkimi prywatnymi ubezpieczycielami zdrowotnymi płacącymi roszczenia. Roszczenia uwzględnione w kalkulacji AGB to roszczenia uwzględnione w poprzednim roku kalendarzowym. Kwoty współubezpieczenia, współpłatności i podlegające potrąceniu uwzględniane są w liczniku razem z Opłatami za usługi Medicare oraz wszystkimi dopuszczalnymi roszczeniami od prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych. Opłaty brutto za wspomniane roszczenia są zawarte w mianowniku. AGB jest obliczana corocznie do 45 dnia po zamknięciu poprzedniego roku kalendarzowego i realizowana do 120 dnia po zamknięciu roku kalendarzowego.
- Procent kwoty rozliczanej ogólnie (AGB)**- procent AGB jest obliczany każdego roku kalendarzowego do 45 dnia roku i jest opisany w Załączniku 3 do niniejszej polityki.
- Okres składania wniosków**- okres, w którym przyjmowane i rozpatrywane są wnioski o pomoc finansową. Okres składania wniosków rozpoczyna się w dniu świadczenia opieki i kończy się w 240 dniu od daty dostarczenia pierwszego zestawienia rozliczeniowego po wykonaniu usługi.
- Stosunek kosztów do opłat** - stosunek kosztów OSF do opłat pobranych z ostatnio złożonego raportu kosztów Medicare (CMS 2552-96 Arkusz C, Część I, PPS Inpatient Ratios).
- Usługi kwalifikowane** - usługi kwalifikowane w ramach niniejszej Polityki pomocy finansowej to usługi właściwe klinicznie i mieszczące się w ogólnie przyjętych standardach praktyki medycznej. Obejmują one następujące usługi świadczone i/lub rozliczane przez OSF:
 - usługi ratownictwa medycznego udzielane w nagłych przypadkach, jak również opieka

udzielana w nagłych przypadkach w celu ustabilizowania stanu pacjenta;

- b. usługi nieplanowane świadczone w odpowiedzi na okoliczności zagrażające życiu w przypadkach innych niż nagłe;
- c. usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia zgodnie z definicją Medicare.

6. **Nagły przypadek medyczny**- zgodnie z definicją zawartą w sekcji 1867 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym (42 U.S.C. 1395dd). Termin „nagły przypadek medyczny” oznacza stan chorobowy objawiający się ostrymi objawami o dostatecznym nasileniu (w tym silny ból), taki że można racjonalnie spodziewać się, że brak natychmiastowej pomocy medycznej spowoduje:
- a. narażenie zdrowia osoby (lub, w przypadku kobiety w ciąży, zdrowia kobiety lub jej nienarodzonego dziecka) na poważne zagrożenie;
 - b. poważne upośledzenie funkcji organizmu lub
 - c. poważną dysfunkcję jakiegokolwiek organu lub części ciała; lub
 - d. w odniesieniu do kobiety w ciąży, która ma skurcze:
 - i. brak wystarczającej ilości czasu na bezpieczny transport do innego szpitala przed porodem lub
 - ii. taki transport może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa kobiety lub nienarodzonego dziecka.
7. **Rodzina** - zgodnie z definicją Biura Spisu Ludności Stanów Zjednoczonych (U.S. Census Bureau), grupa dwóch lub więcej osób, które zamieszkują razem i są spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub adopcję. Jeśli pacjent podaje kogoś jako osobę pozostającą na jego utrzymaniu w swoim rozliczeniu podatku dochodowego, zgodnie z zasadami Urzędu Podatkowego, osoba ta może zostać uznana za osobę będącą na utrzymaniu w celu określenia uprawnień do korzystania z niniejszej polityki.
8. **Dochód rodziny** - dochód rodziny wnioskodawcy to suma rocznych zarobków i świadczeń pieniężnych ze wszystkich źródeł przed opodatkowaniem, pomniejszona o płatności alimentacyjne na rzecz dzieci, uzyskana przez wszystkich dorosłych członków rodziny mieszkających w gospodarstwie domowym i uwzględnionych w ostatnim federalnym rozliczeniu podatkowym. Federalny wskaźnik ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL) - FPL wykorzystuje progi dochodów różniące się w zależności od wielkości i składu rodziny, aby określić, kto żyje w ubóstwie w Stanach Zjednoczonych. Jest on okresowo aktualizowany w Rejestrze Federalnym przez Departament Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych na mocy upoważnienia zawartego w podsekcji (2) sekcji 9902 tytułu 42 Kodeksu Stanów Zjednoczonych. Aktualne wytyczne FPL można znaleźć na stronie <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.
9. **Gwarant** - osoba niebędąca pacjentem, która jest odpowiedzialna za opłacenie faktury pacjenta.
10. **Opłaty brutto** - całkowita cena ustalona przez OSF za świadczenia medyczne, która jest konsekwentnie i jednolicie pobierana od wszystkich pacjentów przed zastosowaniem wszelkich umownych dodatków, zniżek lub pomocy finansowej.
11. **Bezdomny** - zgodnie z definicją rządu federalnego i opublikowaną w Rejestrze Federalnym w dniu 5 grudnia 2011 r. przez HUD: osoba lub rodzina, która nie ma stałego, regularnego i odpowiedniego miejsca zamieszkania na noc, co oznacza, że osoba lub rodzina ma główne miejsce zamieszkania na noc stanowiące publiczne lub prywatne miejsce nieprzeznaczone do zamieszkania przez ludzi lub mieszka w publicznym lub prywatnym schronisku zaprojektowanym w celu zapewnienia tymczasowych warunków mieszkaniowych. Ta kategoria obejmuje również osoby opuszczające instytucję, w której przebywały przez 90 dni lub krócej, które bezpośrednio przed przyjęciem do instytucji

przebywały w schronisku lub miejscu nieprzeznaczonym do zamieszkania przez ludzi.

12. Usługi niekwalifikowane

- a. Procedury planowe, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia, a także usługi zazwyczaj nie pokrywane przez Medicare lub określone przez Medicare lub inne ubezpieczenie zdrowotne jako nie podlegające pod usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia, w tym między innymi: zabiegi typu Lasik, usługi kregarza, usługi w zakresie płodności, szkła kontaktowe/okulary, chirurgia plastyczna/usługi kosmetyczne, aparaty słuchowe, ortodoncja, usługi stomatologiczne, optometria.
- b. Usługi świadczone przez świadczeniodawców, którzy nie są rozliczani przez OSF (np. prywatny i/lub nie należący do OSF personel medyczny lub lekarski, transport karetką itp.) Pacjenci są zachęceni do bezpośredniego kontaktu z tymi świadczeniodawcami w celu uzyskania informacji na temat dostępnej pomocy i dokonania płatności. Zobacz Załącznik 2, aby zapoznać się z pełną listą dostawców nieobjętych niniejszą polisą.
- c. Usługi świadczone ubezpieczonym pacjentom, w tym pacjentom niedoubezpieczonym, poza siecią (co oznacza, że dostawca lub placówka świadcząca opiekę nie jest dostawcą w sieci lub nie ma wynegocjowanej umowy z planem ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta).

13. **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** - zgodnie z definicją Medicare, usługi lub przedmioty uzasadnione i niezbędne do diagnozy lub leczenia choroby lub urazu.
14. **Oплата za usługę Medicare (Fee-For-Service, FFS) - opłata za usługę** - ubezpieczenie zdrowotne dostępne w ramach Medicare części A i części B tytułu XVIII Ustawy o ubezpieczeniu społecznym (42 USC 1395c - 1395w-5).
15. **Saldo należności pacjenta**– kwota, za którą pacjent lub gwarant pacjenta jest osobiście odpowiedzialny po zastosowaniu wszystkich potrąceń, zwrotów z ubezpieczenia oraz zniżek dla nieubezpieczonych (jak określono poniżej).
16. **Harmonogram płatności** - plan płatności, na który zgadza się zarówno OSF, jak i pacjent lub jego gwarant, w odniesieniu do wydatków z własnej kieszeni. Harmonogram płatności uwzględnia sytuację finansową pacjenta, należną kwotę oraz wszelkie wcześniejsze płatności.
17. **Domniemanie** - w pewnych okolicznościach można domniemywać lub uznać, że nieubezpieczeni pacjenci kwalifikują się do uzyskania pomocy finansowej na podstawie ich zapisów w innych programach uzależnionych od środków finansowych lub innych źródeł informacji, nie dostarczonych bezpośrednio przez pacjenta, w celu dokonania indywidualnej oceny potrzeb finansowych.
18. **Prywatny ubezpieczyciel zdrowotny** - każda organizacja niebędąca jednostką rządową oferująca ubezpieczenia zdrowotne, w tym organizacje pozarządowe zarządzające planem ubezpieczenia zdrowotnego w ramach programu Medicare Advantage.
19. **Okres kwalifikacyjny** - wnioskodawcy uznani za kwalifikujących się do otrzymania pomocy finansowej otrzymają pomoc na okres dwunastu miesięcy. Pomoc zostanie również zastosowana wstecznie do wszystkich kwalifikujących się rachunków poniesionych za usługi otrzymane w okresie składania wniosku.
20. **Pacjent nieubezpieczony**- pacjent, który nie jest objęty w całości lub w części polisą ubezpieczenia zdrowotnego, w tym polisą o wysokiej kwocie potrącenia i nie jest beneficjentem publicznego ani prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, zasiłku zdrowotnego lub innego programu opieki zdrowotnej (w tym między innymi, prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, planu ERISA, Medicare, Medicaid, CHIP lub CHAMPUS), oraz którego uraz, choroba lub leczenie nie podlega odszkodowaniu w ramach odszkodowania dla pracowników, ubezpieczenia samochodowego, ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innych ubezpieczeń stron trzecich, zgodnie z ustaleniami OSF w oparciu o dokumenty i informacje dostarczone przez pacjenta lub uzyskane z innych

źródeł na potrzeby płatności za usługi opieki zdrowotnej świadczone przez OSF.

21. **Pacjent niedoubezpieczony**- osoba fizyczna, objęta prywatnym lub publicznym ubezpieczeniem, dla której pokrycie w pełni przewidywanych bieżących wydatków na usługi medyczne świadczone przez OSF stanowiłoby trudność finansową.

CEL:

W duchu Chrystusa i za przykładem Franciszka z Asyżu misją OSF HealthCare (zwaną dalej łącznie „OSF”) jest służyć osobom z największą troską i miłością we wspólnocie, która celebruje dar życia.

W służbie tej misji OSF jest zobowiązana do świadczenia nagłych i niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług opieki zdrowotnej dla pacjentów, niezależnie od ich statusu ubezpieczeniowego lub zdolności do zapłaty. Niniejsza Polityka pomocy finansowej ma być zgodna z obowiązującymi przepisami federalnymi i stanowymi dotyczącymi naszego obszaru usług.

Pacjenci kwalifikujący się do uzyskania pomocy w ramach tej polityki otrzymają zniżkę za opiekę otrzymaną od kwalifikujących się świadczeniodawców OSF.

Pomoc finansowa udzielana w ramach niniejszej polityki jest udzielana z oczekiwaniem, że pacjenci będą współpracować z procedurami składania wniosków zawartymi w niniejszej polityce oraz programami pożytku publicznego lub programami pokrycia kosztów, które mogą być dostępne na pokrycie kosztów opieki. OSF nie będzie dyskryminować ze względu na wiek, płeć, rasę, religię, kolor skóry, niepełnosprawność, orientację seksualną, narodowość lub status imigracyjny przy ustalaniu pomocy finansowej.

POLITYKA:

OSF zapewnia pomoc finansową i usługi środowiskowe zgodnie z tradycją Sióstr Trzeciego Zakonu Świętego Franciszka. Wszyscy pacjenci, niezależnie od zdolności płatniczej, są uprawnieni do ubiegania się o pomoc finansową na usługi świadczone w podmiotach OSF wymienionych w załączniku nr 6.

PROCES:

1. Pomoc finansowa zostanie udzielona pacjentom nieubezpieczonym i niedoubezpieczonym lub ich gwarantom, którzy otrzymują kwalifikowane usługi i spełniają określone kryteria, jak zdefiniowano poniżej. Kryteria te zapewnią, że niniejsza Polityka pomocy finansowej jest konsekwentnie stosowana w całym OSF i jest zgodna z wszelkimi wymogami federalnymi i stanowymi. OSF zastrzega sobie prawo do wprowadzania poprawek, modyfikacji i zmian w niniejszej polityce w zależności od potrzeb.
2. Osoby aplikujące o pomoc finansową będą odpowiedzialne za złożenie wniosku do programów publicznych i ubieganie się o prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Pacjenci lub gwaranci pacjenta, którzy nie będą współpracować podczas składania wniosków w programach określonych przez OSF jako możliwe źródła płatności za opiekę, mogą zostać pozbawieni pomocy finansowej. Od osób aplikujących o pomoc oczekuje się udziału w kosztach opieki w zależności od ich możliwości płatniczych, zgodnie z niniejszą polityką.
3. Pacjenci lub gwaranci pacjenta, których uznano za kwalifikujących się do otrzymania pomocy finansowej (Medicaid), muszą złożyć wniosek o objęcie ich pomocą finansową (Medicaid) lub przedstawić decyzję odmowną Medicaid, otrzymaną w ciągu ostatnich sześciu (6) miesięcy od złożenia wniosku o pomoc finansową OSF. Pacjenci lub gwaranci pacjenta muszą przestrzegać zasad procesu składania wniosków opisanego w niniejszej polityce, aby uzyskać pomoc finansową.

4. OSF korzysta z usług strony trzeciej w celu ustalenia, czy nieubezpieczeni pacjenci otrzymujący opiekę w jej szpitalach kwalifikują się do otrzymania Medicaid, oraz pomaga w złożeniu wniosku o Medicaid. Jeśli ocena sprzedawcy wykaże, że pacjent lub gwarantor pacjenta nie kwalifikują się do otrzymania Medicaid i udokumentują to w dokumentacji medycznej ani pacjent ani gwarantor pacjenta nie będą musieli ubiegać się o pokrycie Medicaid.
5. Kryteria brane pod uwagę przez OSF przy ocenie pacjenta pod kątem pomocy finansowej, obejmują dochód rodziny, wielkość rodziny i zobowiązania w zakresie kosztów leczenia. Program pomocy finansowej OSF jest dostępny dla wszystkich pacjentów spełniających wymagania określone w niniejszej polityce, niezależnie od położenia geograficznego lub statusu zamieszkania. Pomoc finansowa zostanie udzielona pacjentom lub gwarantorom pacjenta w zależności od potrzeb finansowych i zgodnie z prawem federalnym i stanowym.
6. Pomoc finansowa zostanie zaoferowana kwalifikującym się niedoubezpieczonym pacjentom, pod warunkiem, że taka pomoc jest zgodna z umową OSF z ubezpieczycielem. Pomoc finansowa zazwyczaj nie jest dostępna w przypadku współpłatności pacjenta lub sald po przyznaniu ubezpieczenia w przypadku, gdy pacjent nie spełnia w uzasadniony sposób wymogów ubezpieczeniowych, takich jak uzyskanie odpowiednich skierowań lub upoważnień. Ogólnie rzecz biorąc, salda poza siecią są weryfikowane indywidualnie dla każdego przypadku. Oczekuje się, że pacjenci z korzystnymi podatkowo osobistymi rachunkami zdrowotnymi, takimi jak zdrowotny rachunek oszczędnościowy, umową zwrotu kosztów leczenia lub rachunkiem elastycznych wydatków, wykorzystają środki na rachunku przed przyznaniem im pomocy finansowej. OSF zastrzega sobie prawo do cofnięcia zniżek opisanych w niniejszym dokumencie w przypadku uzasadnionego stwierdzenia, że takie warunki naruszają jakiegokolwiek prawne lub umowne zobowiązania OSF.

POMOC FINANSOWA

Na podstawie oceny dochodu rodziny wnioskodawcy, wielkości rodziny i zobowiązań medycznych, kwalifikujący się wnioskodawcy mogą otrzymać następującą pomoc.

Zniżka dla nieubezpieczonych: nieubezpieczeni pacjenci otrzymają zniżkę dla pacjentów nieubezpieczonych, jak opisano w Załączniku 5, w momencie, gdy zostaną naliczone niezdyskontowane opłaty i przed wystawieniem rachunku dla pacjenta lub gwaranta pacjenta. W przypadku późniejszego odkrycia ubezpieczenia lub innego pokrycia, określonego w definicji pacjenta nieubezpieczonego, zniżka dla nieubezpieczonych zostanie usunięta, a pełne opłaty zostaną naliczone odpowiednio do tego pokrycia. Pacjenci lub gwaranci pacjenta, którym przyznano zniżkę dla nieubezpieczonych, nie są pozbawieni możliwości ubiegania się i zakwalifikowania do uzyskania dodatkowej pomocy finansowej przewidzianej w niniejszym dokumencie.

Opieka bezpłatna i ulgowa: pełna kwota opłat OSF jest określona i objęta niniejszą Polityką pomocy finansowej dla każdego nieubezpieczonego lub niedoubezpieczonego pacjenta lub gwarantora pacjenta, którego dochód rodziny brutto wynosi poniżej lub 250% bieżącego federalnego poziomu ubóstwa. Zniżka w skali ruchomej zostanie udzielona na opłaty OSF za usługi objęte niniejszą Polityką pomocy finansowej dla każdego nieubezpieczonego lub niedoubezpieczonego pacjenta lub gwarantora pacjenta, którego dochód rodziny brutto jest większy niż 250%, ale mniejszy lub równy 400% obecnego federalnego poziomu ubóstwa. Bezpłatna lub zniżkowa opieka będzie świadczona na podstawie dochodu rodziny pacjenta lub gwarantora pacjenta zgodnie z następującym harmonogramem:

1. Rodzina o dochodzie do 250% FPL kwalifikuje się do otrzymania 100% zniżki od należnego salda pacjenta;
2. Dochód rodziny powyżej 250% FPL, ale równy lub mniejszy niż 300% FPL kwalifikuje się do otrzymania 75% zniżki od należnego salda pacjenta;

3. Rodzina o dochodach powyżej 300% FPL, ale równych lub niższych niż 350% FPL kwalifikuje się do otrzymania 50% zniżki od należnego salda pacjenta.
4. Rodzina o dochodach powyżej 350% FPL, ale równych lub niższych niż 400% FPL kwalifikuje się do otrzymania 25% zniżki od należnego salda pacjenta.

W przypadku nieubezpieczonych pacjentów, których dochód rodzinny jest równy lub niższy niż 600% FPL, OSF porównał zaplanowane powyżej zniżki, wraz ze zniżką dla nieubezpieczonych, do 135% wskaźnika kosztów do opłat OSF i zastosował bardziej hojne zniżki dla pacjentów.

Pomoc w zakresie opieki katastrofalnej: pacjenci lub ich gwaranci mogą kwalifikować się do otrzymania pomocy w zakresie opieki katastrofalnej, jeśli ponieśli koszty - po uwzględnieniu wszystkich odliczeń, zwrotów z ubezpieczenia oraz zniżek (w tym zniżek dostępnych w ramach niniejszej Polityki w zakresie pomocy finansowej) - wynikające z kwalifikujących się usług świadczonych przez OSF, które przekraczają 25% dochodu rodziny

Opłaty na rzecz OSF od pacjentów lub gwarantów pacjentów, uznanych przez OSF za kwalifikujących się do uzyskania pomocy w opiece katastrofalnej, zostaną obniżone do kwoty nie przekraczającej 25% dochodu rodziny.

Harmonogram płatności: oczekuje się zapłaty całej kwoty należnej po otrzymaniu wstępnego zestawienia pacjenta. Jeśli pacjent lub gwarant nie może zapłacić w całości, dla wnioskodawców kwalifikujących się do uzyskania pomocy finansowej plan spłat może zostać przedłużony o saldo pozostałe po przyznaniu zniżek. Rozsądny plan płatności zostanie ustalony pomiędzy OSF a pacjentem. Okres obowiązywania planu płatności będzie oparty na zaległych rachunkach medycznych wnioskodawcy, dochodzie rodziny i wszelkich okolicznościach łagodzących. W przypadku zatwierdzenia, plan nie podlega oprocentowaniu.

Pacjenci są odpowiedzialni za komunikację z OSF w każdym przypadku, gdy uzgodniony plan płatności nie może zostać zrealizowany. Brak komunikacji ze strony pacjenta może spowodować, że rachunek zostanie przekazany do firmy windykacyjnej.

OSF zastrzega sobie prawo do cofnięcia pomocy finansowej opisanej w niniejszym dokumencie w przypadku, gdy w sposób uzasadniony stwierdzi, że warunki te naruszają jakiekolwiek zobowiązania prawne lub umowne OSF.

KWALIFIKACJA WSTĘPNA

OSF rozumie, że nie wszyscy pacjenci są w stanie wypełnić wnioski o uzyskanie pomocy finansowej lub zastosować się do próśb o dokumentację. Mogą wystąpić przypadki, w których kwalifikacja pacjenta do uzyskania pomocy finansowej jest ustalana bez wypełniania formalnego wniosku o uzyskanie pomocy finansowej.

OSF może wykorzystać inne informacje do ustalenia, czy rachunek pacjenta jest nieściągalny, a informacje te są wykorzystywane do określenia kwalifikacji wstępnej.

Kwalifikacja wstępna może zostać przyznana pacjentom na podstawie ich kwalifikacji do innych programów lub w oparciu o okoliczności życiowe, takie jak:

1. Pacjenci lub gwaranci, którzy ogłosili upadłość. W przypadkach dotyczących upadłości, umorzeniu podlega jedynie stan rachunku na dzień ogłoszenia upadłości.
2. Pacjenci lub gwaranci, którzy nie żyją i nie posiadają majątku w postępowaniu sądowym.
3. Pacjenci lub gwaranci uznani za bezdomnych.

4. Pacjenci lub gwaranci, którzy kwalifikują się do otrzymania stanowych programów Medicaid (w tym między innymi WIC, SNAP), kwalifikują się do uzyskania pomocy w zakresie wszelkich zobowiązań dotyczących podziału kosztów w ramach programu.
5. Pacjenci, którzy kwalifikują się do programu SisterCare lub BrotherCare.
6. Rachunki zwrócone przez firmę windykacyjną jako nieściągalne z któregośkolwiek z powyższych powodów.
7. Pobyt w więzieniu, gdy świadczone są usługi kwalifikowane, ale płatność nie jest obowiązkiem więzienia lub zakładu karnego, w którym pacjent jest osadzony.
8. Ubezważnienie umysłowe przy braku osoby mogącej działać w imieniu pacjenta.

OSF zdaje sobie sprawę, że niektórzy pacjenci mogą nie zareagować na proces aplikacyjny OSF. W takich okolicznościach, OSF może wykorzystać inne źródła informacji w celu dokonania indywidualnej oceny potrzeb finansowych. Informacje te umożliwią OSF podjęcie świadomej decyzji w sprawie potrzeb finansowych pacjentów, którzy nie udzielili odpowiedzi, wykorzystując najlepsze dostępne szacunki w przypadku braku informacji dostarczonych bezpośrednio przez pacjenta.

OSF może skorzystać z pomocy strony trzeciej w celu przeprowadzenia elektronicznego przeglądu informacji o pacjencie w celu oceny potrzeb finansowych. W tym przeglądzie zostanie wykorzystany model uznany przez branżę opieki zdrowotnej, oparty na publicznych bazach danych. Ten model predykcyjny obejmuje dane z rejestrów publicznych w celu obliczenia oceny zdolności społeczno-ekonomicznej i finansowej, w tym szacunki dotyczące dochodu, aktywów i płynności. Technologia elektroniczna ma na celu ocenę każdego pacjenta zgodnie z tymi samymi standardami i jest kalibrowana względem historycznie zatwierdzonych wniosków o udzielenie pomocy finansowej OSF w ramach tradycyjnego procesu składania wniosków.

Technologia elektroniczna, jeśli zostanie zastosowana, zostanie wdrożona przed przypisaniem nieściągalnych należności po wyczerpaniu wszystkich innych źródeł uprawnień i płatności. Umożliwia to OSF sprawdzenie wszystkich pacjentów pod kątem możliwości uzyskania pomocy finansowej przed podjęciem jakichkolwiek nadzwyczajnych działań windykacyjnych (extraordinary collection actions, ECA), opisanych w Polityce rozliczania i ściągania należności w systemie Self-Pay. Dane uzyskane w wyniku przeglądu elektronicznego stanowią odpowiednią dokumentację potrzeb finansowych w ramach niniejszej polisy.

Jeśli zapisy elektroniczne są podstawą do domniemanej kwalifikacji, najwyższy poziom zniżki zostanie przyznany za usługi kwalifikowane wyłącznie za wsteczne daty usług. Jeżeli pacjent nie zakwalifikuje się w procesie elektronicznej rejestracji, może on nadal być brany pod uwagę w tradycyjnym procesie ubiegania się o pomoc finansową. OSF dostarczy pacjentom, którzy nie zakwalifikują się do pomocy finansowej w ramach tego procesu, pisemne zawiadomienie informujące ich o możliwości uzyskania pomocy finansowej. Powiadomienie to będzie zawierało streszczenie w prostym języku Polityki pomocy finansowej oraz działań, które zostaną podjęte w przypadku niezłożenia wniosku lub niezapłacenia zaległego salda.

Rachunki pacjentów, którym przyznano kwalifikację wstępną, zostaną przekwalifikowane w ramach Polityki pomocy finansowej. Nie będą one kierowane do windykacji, nie będą podlegały dalszym działaniom windykacyjnym, nie będą wysyłane pisemne powiadomienia o ich elektronicznym zakwalifikowaniu, nie będą też wliczane do kosztów zaległych długów szpitala.

USŁUGI RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Zgodnie z przepisami FEDERALNEJ USTAWY O POSTĘPOWANIU MEDYCZNYM W NAGŁYCH PRZYPADKACH I PRACY (EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND LABOR ACT, EMTALA),

OSF zapewnia, bez dyskryminacji, opiekę w przypadku nagłych schorzeń osobom fizycznym, niezależnie od tego,

czy są w stanie zapłacić za opiekę lub czy kwalifikują się do pomocy finansowej. OSF nie będzie angażować się w działania, które zniechęcają osoby fizyczne do szukania opieki w przypadku nagłych schorzeń, w tym między innymi żądania zapłaty lub sprawdzania uprawnień do pomocy finansowej lub informacji o płatnościach przed otrzymaniem opieki w nagłym przypadku. OSF może zażądać, aby płatności z tytułu udziału w kosztach pacjenta (tj. współpłatności) były dokonywane w czasie świadczenia usługi, pod warunkiem, że takie prośby nie spowodują opóźnienia ani w inny sposób nie zakłócają świadczenia, bez dyskryminacji, opieki w nagłych przypadkach medycznych.

KWOTY NALICZONE PACJENTOM KWALIFIKUJĄCYM SIĘ DO POMOCY FINANSOWEJ

Kwota ogólnie rozliczana (AGB) to oczekiwana płatność od pacjentów lub gwaranta pacjenta, kwalifikującego się do otrzymania pomocy finansowej. W przypadku kwalifikujących się niedofinansowanych lub nieubezpieczonych pacjentów, kwota ta nie przekroczy stawki, która zostanie określona przy użyciu metody retrospektywnej. Pacjenci kwalifikujący się do otrzymania pomocy finansowej nie mogą zostać obciążeni kwotą wyższą niż AGB za nagłe przypadki lub inne usługi kwalifikowane.

Metoda retrospektywna będzie opierać się na kwotach dozwolonych w ramach Opłat za usługi Medicare oraz kwotach od wszystkich prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych płacących roszczenia do OSF. Roszczenia, które mają zostać uwzględnione w obliczeniach AGB, będą roszczeniami uwzględnionymi w poprzednim roku kalendarzowym. Kwoty współubezpieczenia, współpłatności i potrąceń zostaną uwzględnione w liczniku wraz z opłatą Medicare za usługę oraz kwotami od wszystkich prywatnych ubezpieczycieli wypłacających roszczenia. Opłaty brutto za wspomniane roszczenia są zawarte w mianowniku. AGB będzie obliczany co roku. Wartości procentowe będą stosowane do 120 dnia po zakończeniu roku kalendarzowego używanego przez OSF do obliczenia wartości procentowych AGB.

Pacjenci zakwalifikowani do otrzymania pomocy finansowej nie będą musieli płacić opłat brutto za usługi kwalifikowane, gdy są one objęte Polityką pomocy finansowej OSF.

UBIEGANIE SIĘ O POMOC FINANSOWĄ

Uprawnienia do pomocy finansowej będą oparte na potrzebach finansowych w momencie składania wniosku. Ogólnie rzecz biorąc, wymagana jest dokumentacja na poparcie wniosku o pomoc finansową. Jeżeli nie zostanie dostarczona odpowiednia dokumentacja, OSF może zażądać dodatkowych informacji.

Wymagane są wiarygodne dowody potwierdzające potrzebę pomocy finansowej.

Jeden z poniższych elementów jest wymagany od pacjentów lub ich Gwarantów w celu określenia kwalifikacji na podstawie dochodu rodziny:

1. kopia federalnego rozliczenia podatkowego za ostatni rok podatkowy wraz ze wszystkimi załączonymi harmonogramami;
2. ostatni formularz W2 lub 1099;
3. aktualny dowód dochodu (kopia dwóch ostatnich odcinków wypłaty) lub pisemna weryfikacja dochodu od pracodawcy w przypadku płatności gotówką;
4. dowód innych dochodów, w tym dochody w ramach bezrobocia, odszkodowań pracowniczych, alimentów, dochodów powierniczych, świadczeń kombatanckich;
5. aktualne wyciągi bankowe.

Jeśli pacjent nie jest w stanie dostarczyć żadnego z wyżej wymienionych dokumentów, OSF podejmie współpracę z pacjentem w celu ustalenia, czy istnieje inny akceptowalny sposób udokumentowania dochodu rodziny.

Wnioski o pomoc finansową można składać do 240 dni od daty pierwszego oświadczenia po wypisie ze szpitala. Jeśli wniosek jest niekompletny lub pacjent został poproszony o dodatkowe informacje, wniosek pozostaje aktywny przez 30 dni od daty wysłania do wnioskodawcy pisma z prośbą o te informacje. Jeżeli wnioskodawca nie udzielił odpowiedzi w ciągu 30 dni, wniosek zostanie odrzucony, chyba że wnioskodawca spełnia jedną z kategorii braku odpowiedzi określonych powyżej.

W okresie, w którym w pełni wypełniony Wniosek o pomoc finansową (Financial Assistance Application, FAA) jest rozpatrywany, wszystkie postępowania windykacyjne zostaną zawieszane. FAA zostanie udokumentowane w kartotece pacjenta lub zeskanowane i odnotowane na koncie. Normalny proces rozliczeniowy będzie kontynuowany w czasie, gdy FAA jest przeglądany i rozpatrywany. Jeżeli kompletna, zgodna FAA zostanie zatwierdzona przez odpowiedniego partnera misji OSF, zostanie to odnotowane w aktach pacjenta, a saldo rachunku zostanie skorygowane do odpowiedniego kodu. Wnioski o pomoc finansową są składane w następujący sposób:

listownie na adres: OSF HealthCare

Patient Financial Services

PO Box 1701

Peoria, IL 61656-1701

przez internet : OSFHealthCare.org/billing/financial-assistance/ Faxem: (309) 308-3963

W przypadku odmowy udzielenia pomocy finansowej, pacjent lub gwarant pacjenta, może ponownie złożyć wniosek w każdym momencie, gdy nastąpiła zmiana dochodu lub statusu.

Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową w ramach niniejszej polityki są zobowiązani do poświadczenia, że wszystkie informacje przekazane przez pacjenta do OSF są prawdziwe. Jeżeli którakolwiek z informacji podanych przez pacjenta okaże się nieprawdziwa, wszelka pomoc finansowa przyznana pacjentowi może zostać utracona, a pacjent może być odpowiedzialny za uiszczenie opłat brutto OSF.

Ponadto pacjent powinien poinformować OSF o wszelkich istotnych zmianach w sytuacji finansowej pacjenta, które nastąpiły w okresie kwalifikacji, a które mogą mieć wpływ na ustalenie wysokości pomocy finansowej, w ciągu trzydziestu (30) dni od zaistnienia zmiany. Nieujawnienie przez pacjenta istotnej poprawy dochodów rodziny może spowodować unieważnienie wszelkich świadczeń pomocy finansowej ze strony OSF po zaistnieniu istotnej poprawy.

USTALENIA, ODWOŁANIA I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Pacjenci muszą zostać powiadomieni o decyzji dotyczącej ich FAP na piśmie w ciągu trzydziestu (30) dni od złożenia wypełnionego wniosku. Wnioskodawca, który został uznany za kwalifikującego się do uzyskania pomocy finansowej, otrzyma zwrot płatności przekraczających kwotę ustaloną jako należną od pacjenta lub gwarantora do rachunków, na które otrzymują pomoc w ramach niniejszej Polityki pomocy finansowej. Zwroty dotyczą nadpłat w wysokości 5 USD lub więcej. Zgodnie z niniejszą polityką, pomoc finansowa generalnie nie jest rozszerzana na współpłatności lub salda po zastosowaniu ubezpieczenia, w przypadku gdy pacjent nie uzyska odpowiednich skierowań lub upoważnień lub gdy taka pomoc nie jest zgodna z umową z ubezpieczycielem, dlatego też takie otrzymane płatności nie będą refundowane.

Pacjenci mogą odwołać się od tej decyzji na piśmie w ciągu 30 dni od otrzymania powiadomienia do:

OSF HealthCare

Patient Financial Services

PO Box 1701

Peoria, IL 61656-1701

Odwołania należy składać w ciągu 30 dni od daty podjęcia pierwotnej decyzji. Starszy Wiceprezes lub osoba wyznaczona przez dział Revenue Cycle dokona przeglądu odwołania w celu dalszego rozpatrzenia. Decyzje Starszego Wiceprezesa lub osoby wyznaczonej będą ostateczne.

OKRES KWALIFIKACYJNY

Jeśli wnioskodawca zostanie uznany za kwalifikującego się do otrzymania pomocy, OSF przyzna pomoc finansową na okres 12 miesięcy od daty złożenia wniosku. Pomoc finansowa będzie również stosowana z mocą wsteczną względem wszystkich niezapłaconych rachunków za kwalifikujące się rachunki z tytułu usług otrzymanych w okresie składania wniosku. Nie można odmówić pacjentowi udzielenia pomocy z powodu nieprzedstawienia informacji lub dokumentacji niewymaganej we wniosku.

POWIADOMIENIE O POMOCY FINANSOWEJ

Informacje na temat Polityki pomocy finansowej OSF oraz instrukcje dotyczące sposobu kontaktowania się z OSF w celu uzyskania pomocy i dalszych informacji, a także informacje na temat opcji płatności zostaną umieszczone w rejestracji szpitala i kliniki, w miejscach przyjęć oraz na szpitalnym oddziale ratunkowym. Informacje te można również uzyskać od nawigatorów finansowych w całej organizacji.

Polityka pomocy finansowej OSF, wnioski oraz streszczenie polityki w prostym języku będą dostępne na stronie internetowej systemu pod adresem: <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>. Informacje te można również uzyskać bezpłatnie pod numerem telefonu (800) 421-5700. Jeśli potrzebna jest pomoc w wypełnieniu wniosku o pomoc finansową, można zadzwonić pod numer (800) 421-5700, aby porozmawiać z nawigatorem finansowym.

Informacje dotyczące Polityki pomocy finansowej OSF będą przekazywane pacjentom w języku właściwym dla danej kultury. Informacje na temat pomocy finansowej oraz powiadomienie wywieszane w lokalizacjach szpitala i kliniki zostaną przetłumaczone na każdy język, który jest językiem podstawowym używanym przez mniej niż 1000 lub 5% mieszkańców w obszarze świadczenia usług.

Ponadto, OSF zamieszcza informacje o politykach płatności i pomocy finansowej na wszystkich drukowanych miesięcznych zestawieniach pacjentów OSF oraz listach windykacyjnych. Informacje na temat polityki OSF dotyczącej pomocy finansowej są dostępne w każdej chwili na życzenie pacjenta.

NIEUREGULOWANIE SALD PŁATNOŚCI WŁASNYCH

Polityka rozliczania i pobierania opłat w systemie Self-Pay (Self-Pay Billing & Collection Policy) OSF opisuje działania, które OSF może podjąć w przypadku niespłacenia salda płatności własnych. Pacjenci lub ich gwarantory mogą uzyskać kopię Polityki samodzielnego rozliczania i pobierania opłat OSF na swojej stronie internetowej pod adresem: <https://www.osfhealthcare.org/billing/>

WYMAGANIA PRAWNE

OSF będzie przestrzegać wszystkich federalnych, stanowych i lokalnych przepisów, zasad i regulacji oraz wymogów sprawozdawczych, które mogą dotyczyć działań prowadzonych zgodnie z niniejszą polityką. Niniejsza polityka wymaga od OSF śledzenia udzielonej pomocy finansowej w celu zapewnienia dokładnej sprawozdawczości. Informacje dotyczące pomocy finansowej udzielonej w ramach niniejszej polityki będą corocznie zgłaszane zgodnie z wymogami na formularzu Urzędu Podatkowego 990 załączniku H, w Raporcie o pomocy finansowej dla szpitali (Hospital Financial Assistance Report) w Biurze Prokuratora Generalnego Stanu Illinois w tym samym czasie, gdy każdy szpital składa swój Raport ze świadczeń socjalnych (Community Benefits Report), oraz Raport ze świadczeń socjalnych w Biurze Prokuratora Generalnego Stanu Michigan.

PROWADZENIE REJESTRU

OSF udokumentuje wszelką pomoc finansową w celu utrzymania odpowiedniej kontroli i spełnienia wszystkich wewnętrznych i zewnętrznych wymogów w zakresie zgodności.

REFERENCJE

1. Polityka rozliczania i pobierania opłat w systemie Self-Pay
2. Federalne wytyczne w zakresie ubóstwa, Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych
3. Powiadomienie z Urzędu Podatkowego (IRS Notice) 2015-46 i 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)
4. 42 C.F.R. § 413.89
5. 26 CFR 250 (31 grudnia 2014 r.) s. 78954-79016
6. Prawo Healthy Michigan
7. 21 CFR 501(r)-6(c)(6)(i)(C)(2) – zwrot nadpłat
8. Ustawa o pomocy społecznej stanu Michigan (Michigan Social Welfare Act). MCL 400.105d(2). (14 marca 2014 r.). <http://www.legislature.mi.gov/>
9. Ustawa o sprawiedliwym rozliczaniu pacjentów w stanie Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act). 210 ILCS 88. (1 stycznia 2007 r.). <https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2798&ChapterID=21>
10. Ustawa o zniżkach dla nieubezpieczonych pacjentów w stanie Illinois (Illinois Uninsured Discount Act). 210 ILCS 89. (22 grudnia 2008 r.). <https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=3001&ChapterID=21>

ZAŁĄCZNIKI:

1. Załącznik 1: Formularz wniosku o pomoc finansową.
2. Załącznik nr 2: Świadczeniodawcy i oddziały objęte ubezpieczeniem.
3. Załącznik 3: Procent kwoty ogólnie rozliczanej (AGB).

4. Załącznik 4: Stosunek kosztów do opłat według obiektów.
5. Załącznik 5: Zniżka dla nieubezpieczonych.
6. Załącznik 6: Wykaz podmiotów OSF.

Niniejsza polityka obowiązuje w OSF HealthCare System, OSF HealthCare Foundation oraz we wszystkich filiach i oddziałach OSF HealthCare System, z wyjątkiem przypadków ograniczonych w nagłówku lub treści niniejszej polityki. Dla celów niniejszej polityki terminy „spółki zależne” i „spółki stowarzyszone” oznaczają placówki lub podmioty będące w całości własnością lub w całości kontrolowane przez OSF HealthCare System. Szpitale objęte niniejszą polisą to:

		Nazwa w programie Medicare:
X	OSF St. Mary Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Św. Marii)	ST MARY MEDICAL CENTER (Centrum Medyczne im. Św. Marii)
X	OSF Saint Francis Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Św. Franciszka)	SAINT FRANCIS MEDICAL CENTER (Centrum Medyczne im. Św. Franciszka)
X	OSF Saint James – John W. Albrecht Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Św. Jakuba - im. Jana W. Albrechta)	SZPITAL im. ŚW. JAKUBA
X	OSF St. Joseph Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Św. Józefa)	ST JOSEPH MEDICAL CENTER (Centrum Medyczne im. Św. Józefa)
X	OSF Saint Anthony’s Health Center (Centrum Zdrowia OSF im. Św. Antoniego)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF
X	OSF Saint Anthony Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Św. Antoniego)	SAINT ANTHONY MEDICAL CENTER (Centrum Medyczne im. Św. Antoniego)
X	OSF St. Francis Hospital & Medical Group (Szpital OSF im. Św. Franciszka i Grupa Medyczna)	ST FRANCIS HOSPITAL (Szpital im. Św. Franciszka)
X	OSF Holy Family Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Świętej Rodziny)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF
X	OSF Saint Elizabeth Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Świętej Elżbiety)	SZPITAL REGIONALNY I CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ W OTTAWIE (Ottawa Regional Hospital & Healthcare Center)
X	OSF Saint Luke Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Świętego Łukasza)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF
X	OSF Saint Paul Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Świętego Pawła)	SZPITAL PUBLICZNY W MENDOTA (Mendota Community Hospital)
X	OSF St. Mary Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Serca Maryi)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF
X	OSF Sacred Heart Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Najświętszego Serca)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF
X	OSF Little Company of Mary Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Małego Stowarzyszenia Maryi)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF
X	OSF Saint Clare Medical Center (Centrum Medyczne OSF im. Św. Klary)	SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ OSF

Załączniki

[Załącznik 1: Formularz wniosku o pomoc finansowa](#)

[Załącznik 2: Dostawcy i departamenty objęte ubezpieczeniem](#)

[Załącznik 3: Kwoty naliczane ogólnie \(AGB\) w procentach](#)

[Załącznik 4: Wskaźniki kosztów do opłat według placówek](#)

[Załącznik 5: Zniżka dla nieubezpieczonych](#)

Załącznik 6: Wykaz podmiotów OSF.

Podpisy zatwierdzające

Opis etapu	Zatwierdzający	Data
Edukacja/Komunikacja	Kimberly Brust: Dyrektor Biura Jednorozliczeniowego	20.04.2022
Zarząd	Danielle McNear: Asystentka Zarządu	19.04.2022
Wykonawczy Komitet Sterujący	Koordinator Polityki Klinicznej: Michael Theisen (MT)	24.03.2022
Prezes, OSF Healthcare	Siostra Diane Marie: Prezes - Zakonnica	23.02.2022
Rada regulacyjna/ds. polityk	Michael Theisen: Specjalista ds. dokumentów zasobów	23.02.2022
Dyrektor finansowy	Michael Allen: Dyrektor finansowy	08.02.2022
Starszy wiceprezes ds. cyklu przychodów	Laurie Hurwitz: Starszy wiceprezes ds. cyklu przychodów/ opieki zarządzanej	08.02.2022
Wiceprezes ds. rachunków pacjentów	Rene Utley: Wiceprezes ds. rachunków pacjentów	07.02.2022
Powiadomienia	Kimberly Brust: Dyrektor Biura Jednorozliczeniowego	07.02.2022