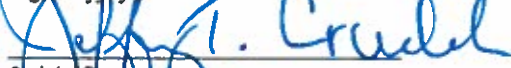




**Nazwa polityki: Polityka pomocy finansowej/windykacji**  
**Obowiązuje od 1 stycznia, 2018**  
**Obszar polityki: Cykl przychodów**  
**Ostatnia aktualizacja: 1 stycznia 2018**

**Status: Zatwierdzono**  
**Data przeglądu: 1 stycznia 2019**  
**Wygasa: N/d**

**Oświadczenie w sprawie polityki:** Program pomocy finansowej musi być wydany w sposób spójny i odpowiedni w obrębie Allegheny Health Network (AHN). Opracowano procesy w celu zapewnienia skutecznej i wydajnej administracji pomocy finansowej i windykacji, która jest spójna z istniejącymi środkami kontroli wewnętrznej AHN i obowiązującymi wymaganiami regulacyjnymi.

  
Podpis/ Data  
Dyrektor Finansowy

  
Podpis/ Data  
Dyrektor ds. Cyklu Przychodów

## I. Cel

Niniejsza polityka ma na celu zdefiniowanie kryteriów kwalifikowalności dochodu, rodzaju pomocy finansowej i usług, które są objęte i wyłączone w ramach niniejszej polityki. Polityka określa procedurę, na podstawie której pacjent ubiega się o pomoc finansową, którą czasami nazywa się opieką charytatywną.

Dobroczynność nie jest uważana jako forma zastępcza odpowiedzialności osobistej. Od pacjentów oczekuje się współpracy z procedurami Allegheny Health Network w celu uzyskania opieki charytatywnej lub innych form płatności lub pomocy finansowej oraz uczestniczenia w kosztach ich opieki podstawowej na podstawie ich indywidualnej możliwości zapłaty. Osoby, których zdolność finansowa pozwala na zakup ubezpieczenia zdrowotnego powinny to zrobić, by zapewnić sobie dostęp do usług medycznych, obejmujących ich ogólny stan zdrowia oraz ochronę posiadanych aktywów.

## II. Polityka:

Szpitala i lekarze w Allegheny Health Network angażują się na rzecz poprawy zdrowia naszych pacjentów i obywateli Pensylwanii Zachodniej. Dodatkowe i odrębne wymagania dla obszaru usług w Westfield, NY określa Załącznik E. Polityką Allegheny Health Network jest oferowanie opieki medycznej wszystkim pacjentom, włączając tych, którzy mogą mieć problem z opłaceniem usług ze względu na ograniczony dochód. Zgodnie z misją dostarczania wysokiej jakości dostępnych usług medycznych na zasadzie empatii oraz wsparcia tych, którzy cierpią biedę i są pozbawieni prawa wyborczego, Allegheny Health Network dąży do zapewnienia, że zdolność finansowa osób, które wymagają pomocy medycznej nie uniemożliwia im ubieganie się o lub otrzymanie pomocy. Allegheny Health Network będzie świadczyć, bez dyskryminacji, opiekę w nagłych stanach zdrowia niezależnie od zdolności pacjentów do otrzymania pomocy finansowej lub rządowej. Szpitale uczestniczące w programie: Allegheny General Hospital, Allegheny Valley Hospital, Canonsburg Hospital, Forbes Hospital, Jefferson Hospital, Saint Vincent Hospital, West Penn Hospital i Westfield Memorial Hospital. Polityka pomocy finansowej obowiązuje całość usług ratunkowych i inną niezbędną opiekę medyczną świadczoną przez szpitale, w tym opiekę świadczoną w szpitalach przez inny istotnie powiązany podmiot (zgodnie z definicją IRS).

### **Wytyczne**

Polityka pomocy finansowej i windykacji Allegheny Health Network została opracowana w celu spełnienia Wymagań dotyczących wierzytelności nieściągalnych w placówkach świadczących usługi w ramach Medicare i Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare Bad Debt Requirements, 42 CFR SS13.89) oraz Podręcznika refundacji kosztów dla podmiotów świadczących opiekę medyczną (The Medicare Provider Reimbursement Manual, Część 1, Rozdział 3). Niniejsza polityka obejmuje także Sekcję 501© Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code) zgodnie z wymaganiami zawartymi w

Sekcji 9007(1) federalnej ustawy o ochronie pacjentów i dostępności służby zdrowia (Federal Patient Protection and Affordable Care Act, publ. L nr 11-148) w ramach Rozporządzenia Końcowego wydanego przez IRS i Departament Skarbu 29 grudnia 2014 (i opublikowanego w Rejestrze Federalnym 31 grudnia 2014).

### III. Definicje

ACA lub Ustawa o dostępności służby zdrowia — ACA dotyczy pacjentów, którzy nie kupią lub nie mogą kupić ubezpieczenia medycznego. Dotyczy również osób niedoubezpieczonych, którzy mają polisę zdrowotną, która nie zabezpiecza ich przed wysokimi kosztami medycznymi.

Opieka charytatywna — Pełna lub częściowa korekta kosztów usług świadczonych pacjentom (przez szpital AHN i zatrudnionych lekarzy) ustalona przez kryteria kwalifikowalności programu, które oparte są na kryteriach AHN.

Działania windykacyjne- Zatwierdzone przez Zarząd, korzystanie z zewnętrznych firm windykacyjnych i innych środków prawnych określonych jako zasadne działania windykacyjne w niniejszej polityce, może być stosowane przez Allegheny Health Network w celu otrzymania płatności za usługi medyczne świadczone pacjentom.

Nagły stan zdrowia — Zdefiniowany zgodnie z interpretacją sekcji 1867 Ustawy o ubezpieczeniach społecznych (42 U.S.C. 1395dd). Nagły stan zdrowia jest stanem zdrowia, który objawia się poważnymi objawami odpowiedniej wagi (włączając ostry ból, zaburzenia psychiczne i/lub inne poważne objawy), w przypadku których można oczekiwać, że brak niezwłocznej opieki medycznej może prowadzić do (i) narażenia zdrowia osoby (lub w przypadku kobiety w ciąży, zdrowia kobiety lub jej dziecka) na poważne zagrożenie, (ii) poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub (iii) poważne zaburzenie organu lub części ciała.

Szczególne działania windykacyjne— Specjalne działania windykacyjne zgodnie z wymaganiami sekcji 501(r) Internal Revenue Code są działaniami zdefiniowanymi jako:

- Sprzedaż długu innemu podmiotowi, poza wyjątkowymi sytuacjami;
- Zgłoszenie negatywnych informacji agencjom sporządzającym sprawozdania dotyczące kredytów lub biurom kredytowym;
- Podejmowanie działań wymagających wszczęcia postępowania prawnego lub sądowego, włączając między innymi:
  - Ustanowienie zastawu na majątku (poza wyjątkiem wskazanym poniżej)
  - Zabłokowania nieruchomości
  - Zajęcie lub konfiskata konta bankowego lub innego majątku osobistego
  - Wszczęcie postępowania cywilnego
  - Doprowadzenie do aresztu
  - Poddanie pod nakaz doprowadzenia do sądu
  - Zajęcie wynagrodzenia

Rodzina— Postępując się definicją Census Bureau, grupa dwóch lub więcej osób, które mieszkają razem i które są powiązane przez urodzenie, małżeństwo lub adopcję. Zgodnie z zasadami Internal Revenue Service, jeżeli pacjent zgłasza osoby pozostające na jego utrzymaniu w deklaracji podatkowej, mogą one być uznane jako osoby pozostające na jego utrzymaniu do celów przyznania pomocy finansowej.

Dochód rodziny— Dochód rodziny obejmuje wynagrodzenia, zasiłek dla bezrobotnych, alimenty na rzecz dziecka, zobowiązania z tytułu pomocy medycznej, alimenty, dochód z tytułu ubezpieczenia społecznego, świadczenia dla niepełnosprawnych, dochód emerytalnego lub podobnego rodzaju, z tytułu wynajmu lub praw autorskich, dochód z tytułu własności i majątku powierniczego, wyroków sądowych, dywidendy i zyski z odsetek. Następujące pozycje są wyłączone z dochodu rodzinnego: udziały w głównym miejscu zamieszkania, konta planów emerytalnych oraz nieodwołane zarządy powiernicze do celów pogrzebowych oraz akademickie plany oszczędnościowe zarządzane na poziomie federalnym lub stanowym. W przypadku pacjentów poniżej 18 roku życia, dochód rodzinny obejmuje dochód rodziców i/lub rodziców przybranych, partnerów niebędących w związku małżeńskim lub dzielących gospodarstwo domowe, którzy mogą mieszkać lub nie mieszkać z nieletnim.

- **Wytyczne federalne w zakresie ubóstwa**— Wytyczne federalne w zakresie ubóstwa są aktualizowane co roku w Rejestrze Federalnym przez Amerykański Departament Zdrowia i Usług dla Ludności na mocy subsekcji (2) Sekcji 9902 Tytułu 42 Kodeksu Stanów Zjednoczonych.

**Poręczyciel** — osoba niebędąca pacjentem, która jest odpowiedzialna za opłacenie rachunku lub długu pacjenta, jeżeli pacjent tego nie zrobi lub nie jest w stanie opłacić rachunku lub długu.

**Oplaty brutto** — Pełne stawki ustalone przez Allegheny Health Network i całkowite opłaty za świadczenie usług opieki zdrowotnej dla pacjentów przed odpisami umownymi, innymi potrąceniami z przychodu lub wynegocjowanymi zniżkami.

**Niezbędne medycznie** — Usługi niezbędne medycznie to takie, które są zazwyczaj zdefiniowane przez Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare jako niezbędne do diagnozy lub leczenia choroby lub urazu.

**Pacjenci, którzy nie reagują** — AHN rozumie, że niektórzy pacjenci mogą nie reagować na proces składania wniosków AHN. W takich okolicznościach, AHN może użyć innych źródeł informacji w celu dokonania indywidualnej oceny potrzeby finansowej.

**Nieubezpieczony pacjent** — osoba nieposiadająca zewnętrznego ubezpieczenia w zewnętrznej firmie ubezpieczeniowej, planu ERISA, federalnego programu opieki zdrowotnej (Federal Health Care Plan, w tym między innymi Medicare, Medicaid, SCHIP i CHAMPUS), zasiłku dla bezrobotnych lub innych form pomocy zewnętrznej wspierającej wywiązywanie się z zobowiązań pacjenta.

**Niedoubezpieczony pacjent** — osoba mająca prywatne lub państwowe ubezpieczenie, dla której zapłacenie dodatkowych kosztów usług medycznych świadczonych przez Allegheny Health Network stanowiłoby trudność natury medycznej.

#### IV. **Procedura**

##### **Publikacja polityki**

Polityka będzie dostępna w następujących formach:

- ✓ **Egzemplarze papierowe:** Egzemplarze papierowe niniejszej polityki, wniosku i podsumowania polityki w prostym języku będą dostępne na życzenie i nieodpłatnie, w miejscach publicznych w szpitalach i za pośrednictwem poczty
- ✓ **Informowanie/zawiadamianie odwiedzających:** Polityka będzie dostępna poprzez widoczne rozmieszczenie standardowych oznaczeń, formularzy i broszur, które zawierają podstawowe informacje o polityce w miejscach publicznych w szpitalach.
- ✓ **Informowanie/zawiadamianie członków społeczności obsługiwanych przez placówkę:** Możliwa będzie dystrybucja kart informacyjnych podsumowujących politykę lokalnym agencjom publicznym i organizacjom non-profit, które zajmują się potrzebami zdrowotnymi populacji o niskich dochodach w społeczeństwie.
- ✓ **Publikacja na stronie internetowej:** Polityka pomocy finansowej, wniosek i podsumowanie w prostym języku będą dostępne na stronie AHN.

##### **Oświadczenie w sprawie wytycznych**

Zamiarem AHN jest świadczenie niezbędnych usług pacjentom, którzy wykazują **brak możliwości zapłaty, lecz nie niechęć** do zapłaty.

Zgodnie z wytycznymi IRC §501(r), AHN ogranicza kwoty naliczane za usługi ratunkowe lub niezbędną opiekę medyczną osobom kwalifikującym się do opieki charytatywnej. Osoby te nie są obciążane wyższą kwotą niż kwoty ogólnie naliczone osobom posiadającym ubezpieczenie, a wytyczne zabraniają stosowania opłat brutto. Patrz Załącznik D odnośnie indywidualnie płatnych rabatów dla każdej placówki AHN.

Szpital AHN używa metody „okresu wstecznego” do określenia AGB dla usług ratunkowych lub innej niezbędnej opieki medycznej, zgodnie z Rejestrem Federalnym, Wol. 79 nr 250 z dnia 31 grudnia 2014, Części 1, 53 i 602. Kwoty należne od pacjentów nieubezpieczonych, określonych jako uprawnionych do otrzymania pomocy medycznej nie powinny przekraczać stawek płaconych średnio przez prywatne firmy ubezpieczeniowe, Medicare i Medicaid. Pacjenci uprawnieni do otrzymania pomocy finansowej nie będą płacić stawek brutto. Opinia publiczna może otrzymać niniejszą informację na piśmie oraz bezpłatnie, składając pisemny wniosek na następujący adres:

Director Customer Care Center  
Allegheny Health Network  
4<sup>th</sup> Floor, 4 Allegheny Center  
Pittsburgh, PA 15212

### **Kryteria kwalifikacji**

Pacjenci, którzy spełniają kryteria ustanowione w niniejszej polityce będą uprawnieni do otrzymania pomocy finansowej, w tym bezpłatnej opieki lub obniżonych stawek:

- 1. Pacjent musi być obywatelem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub posiadać pełnoprawny status rezydenta długoterminowego Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz rezydentem Pensylwanii (lub rezydentem stanu NY w przypadku szpitala Westfield Memorial Hospital).**
- 2. W momencie złożenia wniosku:**

Opieka charytatywna jest dostępna tylko dla rezydentów Pensylwanii (lub rezydentów stanu NY w przypadku szpitala Westfield Memorial Hospital), ponieważ rezydenci Pensylwanii płacą podatki stanowe i lokalne obowiązujące w Pensylwanii, które wspierają wiele usług medycznych dla rezydentów tego stanu. Podobnie, obywatele Stanów Zjednoczonych Ameryki płacą podatki federalne. AHN oczekuje, że pacjenci z poza stanu, którzy kwalifikowaliby się do opieki charytatywnej AHN w oparciu o ich sytuację finansową, powinni otrzymać opiekę medyczną i przywileje opieki charytatywnej w stanie, którego są rezydentami. Zagraniczni pacjenci lub nielegalni imigranci mogą kwalifikować do opieki charytatywnej, jeżeli są uprawnieni do Medicaid. Istnieją okoliczności szczególne dla pacjentów z poza stanu lub pacjentów zagranicznych (np. wypadek samochodowy, nagła choroba), w ramach których mogą kwalifikować się do opieki charytatywnej.
- 3. Pacjent/poręczyciel musi być w stanie wykazać się dobrą wolą w ubieganiu się o oraz spełnieniu wymagań dostępnej, przystępnej, alternatywnej opieki medycznej (np. uprawnienie do Medicaid i innych programów przywilejów zdrowotnych subsydiowanych w ramach ACA) lub dostarczyć dowody, że ochrona Medicaid lub innych programów nie byłaby przyznana przez nabyciem uprawnień do opieki charytatywnej.**

Pacjent musi dostarczyć kompletny wniosek o opiekę charytatywną w terminie składania wniosków. AHN dołoży zasadnych starań by ocenić, czy ubiegający się jest uprawniony do otrzymania pomocy zewnętrznej przed podjęciem szczególnych działań windykacyjnych przeciwko niemu. Zasadne starania: Do celów spełnienia tych wymagań, istnieje „okres powiadomienia” i „termin składania wniosków”. Okres powiadomienia jest okresem, w którym AHN musi powiadomić o niniejszej polityce. Okres ten rozpoczyna się w dniu otrzymania opieki medycznej i kończy 120 dnia po otrzymaniu pierwszego rachunku za opiekę od AHN. Jeżeli pacjent nie złożył wniosku przed upływem okresu powiadomienia, AHN może podjąć szczególne działania windykacyjne przeciwko niemu. Jednakże AHN przyjmie i rozpatrzy wnioski złożone przez pacjentów w dłuższym „terminie składania wniosków”, który upływa 240 dnia po otrzymaniu pierwszego rachunku za opiekę od AHN. Pacjenci, którzy nie złożą kompletnego wniosku lub nie zwrócą wniosku wraz z dokumentacją dowodową po 240 dniu mogą nie otrzymać wsparcia z powodu niespełnienia wymaga.
- 4. Ochrona w ramach opieki charytatywnej jest ograniczona do podstawowej opieki medycznej.**

5. **Opieka charytatywna obejmuje wyłącznie nagłe przypadki i inną niezbędną opiekę medyczną. Opieka charytatywna nie będzie dostępna dla pacjentów, którzy odmówią wypisania ze szpitala i poniosą dodatkowe koszty, które nie są uważane za niezbędne medycznie. Opieka charytatywna obejmuje wyłącznie leki przepisane w trakcie pobytu szpitalnego lub usług ambulatoryjnych. Zniżki nie obejmują żadnych innych leków ani recept zamówionych drogą pocztową. Opieka charytatywna nie obejmuje usług, które są objęte polisą ubezpieczeniową, której dostawca odmówił świadczenia usług z powodu postępowania sądowego, braku współpracy ze strony pacjenta lub błędnych informacji udzielonych przez pacjenta.**

Opieka charytatywna będzie niedostępna także dla pacjentów/poręczycieli, którzy odmówią skorzystania z opcji ubezpieczenia, które są dla nich dostępne. Opieka charytatywna nie będzie dostępna także dla pacjentów/poręczycieli, którzy nie wyczerpali wszystkich źródeł płatności ubezpieczenia (np. dożywotnie dni odroczenia Medicare).

6. **Zatwierdzony wniosek będzie obejmować dostępne usługi zapewnione pacjentowi w okresie od 180 dnia poprzedzającego do 180 dnia następującego po dniu zatwierdzenia wniosku:**  
Pacjenci/poręczyciele muszą ubiegać się ponownie o dalszą opiekę charytatywną co 180 dni. Proces ponownego wnioskowania musi obejmować weryfikację Wstępnych danych opieki charytatywnej lub może wymagać złożenia uaktualnionego i kompletnego wniosku o opiekę charytatywną.
7. **Zniżki w ramach opieki charytatywnej obowiązują tylko dla kwot zobowiązań pacjentów; np. nie będą uwzględniane żadne kwoty ubezpieczenia. Zatwierdzone kwoty mogą wynikać z:**
- ✓ Pacjent nie posiada pomocy medycznej lub stosownego ubezpieczenia
  - ✓ Pacjent wyczerpał dostępne mu przywileje ubezpieczeniowe (np. przekroczył maksymalną liczbę dni/kwotę objętą ubezpieczeniem, przekroczył dożywotnie dni odroczenia Medicare).
  - ✓ Pacjent posiada głównego dostawcę ubezpieczenia, który opłacił zobowiązania, lecz istnieje drugie zobowiązanie, które nie jest objęte ubezpieczeniem
  - ✓ Pacjent jest uznany za niezamożnego z powodu kwoty zaciągniętego długu medycznego w porównaniu do jego sytuacji finansowej
  - ✓ Majątek zmarłego pacjenta będzie wyczerpany przed opłaceniem pełnego salda pacjenta
  - ✓ Pacjent, który dostarczył formalny wyrok upadłości, który ma wpływ na datę, w której usługi były świadczone Uwzględniając wyrok i uaktualnione informacje o dochodach/aktywach, pacjent kwalifikowałby się do opieki charytatywnej
  - ✓ Pacjent jest „bezdolny” lub poświadczył zamieszkanie w schronisku dla bezdomnych
  - ✓ Pacjent dostarczył formalne dokumenty oświadczenia złożonego pod przysięgą w zakresie informacji o dochodach/aktywach i/lub statusu bezdomnego, który kwalifikuje pacjenta do opieki charytatywnej

## **Procedura składania wniosku**

### **1. Wniosek o opiekę charytatywną**

Złożenie wniosku o opiekę charytatywną jest wymagane do zakwalifikowania się jako pacjent/poręczyciel do otrzymania opieki charytatywnej.

Jeżeli pacjent i/lub poręczyciel, którego dochód wynosi 200% lub mniej niż określają Wytyczne federalne w zakresie ubóstwa, wszystkie salda zobowiązań pacjentów zostaną umorzone o 100%. Pacjenci, którzy udokumentują bezdomność będą również uwzględnieni według stawki 100%. Dochód brutto w gospodarstwie domowym pacjenta za rok obecny i ubiegły nie może przekroczyć dwukrotności (2) Wytycznych federalnych w zakresie ubóstwa publikowanych corocznie przez Amerykański Departament Zdrowia i Usług dla Ludności (będą rozważane głównie dane najbardziej bieżącego roku). Patrz Załącznik B odnośnie aktualnych wytycznych i obowiązującej tabeli FPL.

Wszystkie aktywa płynne (gotówka, konto bieżące, konto oszczędnościowe, konta rynku pieniężnego, wymagalne certyfikaty depozytowe, obligacje, fundusze wspólnego inwestowania, które można spieniężyć bez opłat karnych oraz inne łatwo zamieniane inwestycje) posiadane przez pacjenta lub poręczyciela o wartości powyżej \$10,000.00 muszą być wykorzystane na potrzeby zadłużenia na rzecz Allegheny Health Network przed rozpatrzeniem uprawnienia do korekty pomocy finansowej. Fundusze emerytalne nie będą rozważane. Główne miejsce zamieszkania i główny pojazd silnikowy nie będą uwzględnione w ocenie aktywów. Wszelkie kolejne miejsca zamieszkania lub pojazdy silnikowe będą uwzględnione i ocenione indywidualnie dla przypadku.

Może być wymagana dokumentacja poświadczająca „trudność” (np. przypadki nadmiernych leków, choroba śmiertelna lub wielokrotne hospitalizacje). Dla pacjentów przekraczających 200% wytycznych federalnych w zakresie ubóstwa oraz kiedy ich saldo rachunku przekracza 25% rocznego dochodu w gospodarstwie domowym, AHN może ubiegać się o zwrot nadmiernego salda na zasadzie „trudności”, pod warunkiem, że pacjent dostarczy dokumentację poświadczającą dochód lub dochód można uzyskać z zewnętrznych baz danych.

AHN nie stosuje poprzednich ocen kwalifikowalności do pomocy finansowej w celu wstępnego zatwierdzenia pomocy finansowej dla pacjenta. Kiedy upływie ważność pomocy finansowej pacjenta, musi on ubiegać się ponownie o pomoc finansową.

## 2. Dokumentacja dowodowa

Formularze dotyczące informacji o dochodach i aktywach wymaganych w procesie rozpatrywania wniosku.

- ✓ Formularze Federal Income Tax Form 1040 lub inne formularze federalne stosowane do składania deklaracji podatkowych za poprzedni rok (z wyjaśnieniem drastycznych zmian w dochodach)
- ✓ Kopie odcinków płacowych (za ostatnie 30 dni)
- ✓ Pisemne poświadczenie innych otrzymanych dochodów (np. alimenty, alimenty na dziecko, świadczenie dla niepełnosprawnych, emerytury, dochód z tytułu wynajmu, weryfikacja dochodu z tytułu pracy na rachunek własny (rachunek zysków i strat za ostatni miesiąc), ubezpieczenie społeczne, zasiłek dla bezrobotnych, świadczenia VA, odszkodowanie dla pracowników) może być wymagane w ramach procesu składania wniosku
- ✓ Wyciągi bankowe zgodnie z wymaganiami (ostatni najbardziej aktualny miesiąc przed datą wniosku o pomoc finansową)
- ✓ Zawiadomienia o upadłości, które mają wpływ na datę uwzględnionych usług dodatkowo do informacji o dochodzie/informacje o aktywach, które uprawniałyby pacjenta/poręczyciela do opieki charytatywnej. Formalne oświadczenie złożone pod przysięgą w zakresie informacji o dochodach/aktywach, które kwalifikuje pacjenta/poręczyciela do opieki charytatywnej
- ✓ Dowód poświadczający bezdomność lub przebywanie w schronisku dla bezdomnych

## 3. Informacje dotyczące wniosku

Wszyscy wnioskodawcy muszą wypełnić Wniosek o pomoc finansową AHN i dostarczyć wymagane dokumenty ubiegając się o pomoc finansową. By wniosek mógł być rozpatrzony, wypełnione dokumenty muszą być złożone w ciągu 240 dni od otrzymania usług medycznych od Allegheny Health Network.

Wniosek o pomoc finansową Allegheny Health Network musi być wypełniony i dostarczony z dokumentacją w celu rozpatrzenia aplikacji. Wnioski, które zostały zwrócone ze względu na wymóg uzupełnienia informacji będą przechowywane przez okres 30 dni od dnia wysłania pisma do wnioskodawcy z prośbą o dostarczenie tych informacji. Wnioskodawca zostanie również powiadomiony drogą telefoniczną o konieczności uzupełnienia informacji. Jeżeli dodatkowe informacje nie będą dostarczone w ciągu 30 dni, wniosek będzie odrzucony.

Wnioski o pomoc finansową muszą być dostarczone do biura, które podejmuje zasadne wysiłki w celu rozpatrzenia, czy dana osoba jest uprawniona do otrzymania pomocy finansowej

Allegheny Health Network Revenue Cycle Operations  
Customer Care Center

Pacjenci wymagający pomocy przy wypełnieniu wniosku o pomoc finansową mogą skontaktować się z Działem Obsługi Klienta AHN pod numerem 1-800-547-0540 lub Centrum Obsługi Klienta pod numerem 1-844-801-8400.

Wnioski o pomoc finansową będą rozpatrywane niezwłocznie oraz Allegheny Health Network zawiadomi pacjenta lub wnioskodawcę o decyzji na piśmie w ciągu 14 dni od otrzymania kompletnego wniosku. Jeżeli uprawnienie zostanie zatwierdzone, pomoc finansowa będzie przyznana na okres sześciu miesięcy. Pomoc finansowa będzie obejmować także wszystkie kwalifikujące się rachunki poniesione za usługi otrzymane do sześciu miesięcy przed datą wniosku.

Jeżeli pomoc finansowa nie zostanie przyznana, pacjent lub poręczyciel pacjenta może złożyć ponowny wniosek w każdej chwili, jeśli nastąpiła istotna zmiana w dochodach lub statusie lub upłynęło sześć miesięcy od daty decyzji o nieprzyznaniu pomocy.

#### **4. Ustalenie potrzeby finansowej dla pacjentów i poręczycieli, którzy nie reagują**

AHN rozumie, że niektórzy pacjenci mogą nie być w stanie wypełnić wniosku o pomoc finansową, spełnić wymagań dotyczących dokumentacji lub w inny sposób nie reagują na proces składania wniosków. W związku z tym mogą zaistnieć okoliczności, w których kwalifikowalność pacjenta do pomocy medycznej będzie ustalona bez konieczności przeprowadzenia formalnego procesu aplikacyjnego. W takich okolicznościach, szpitale AHN mogą użyć innych źródeł informacji w celu dokonania indywidualnej oceny potrzeby finansowej. Informacje te pozwolą AHN podjąć świadomą decyzję odnośnie potrzeby finansowej pacjentów, którzy nie reagują, korzystając z najlepszych szacunków dostępnych w sytuacji braku informacji dostarczanych bezpośrednio przez pacjenta.

AHN może zatrudnić stronę trzecią do przeprowadzenia elektronicznej weryfikacji informacji pacjenta w celu oceny potrzeby finansowej. Weryfikacja jest prowadzona w oparciu o model uznawany przez branżę usług medycznych, który opiera się na publicznych bazach danych. Model prognostyczny wykorzystuje dane w rejestrach publicznych do kalkulacji oceny zdolności społeczno-ekonomicznej i finansowej, która obejmuje szacunkowe dochodów, aktywów i płynności. Elektroniczna technologia ocenia każdego pacjenta według tych samych standardów i jest skalibrowana według historycznych zatwierdzeń do otrzymania pomocy finansowej od AHN w ramach tradycyjnego procesu aplikacyjnego.

Elektroniczna technologia będzie zastosowana przed przypisaniem długu nieściągalnego po wyczerpaniu wszystkich innych źródeł kwalifikowalności i płatności. Pozwoli to AHN zbadać wszystkich nieubezpieczonych pacjentów pod kątem pomocy medycznej przed podjęciem szczególnych działań windykacyjnych. Dane otrzymane z elektronicznej weryfikacji kwalifikowalności będą stanowić właściwą dokumentację dotyczącą potrzeby finansowej w ramach niniejszej polityki.

W przypadku korzystania z elektronicznej aplikacji jako podstawy do ustalenia wstępnej kwalifikowalności, przyznane będą najwyższe zniżki dla pełnej bezpłatnej opieki dla kwalifikowalnych usług tylko za przeszłe daty świadczonych usług. Jeżeli pacjent nie kwalifikuje się w ramach procesu elektronicznej aplikacji, może być wciąż rozpatrywany w ramach tradycyjnego procesu ubiegania się o pomoc finansową. Pacjenci, którzy nie kwalifikują się w ramach tego procesu, otrzymają od AHN pisemne zawiadomienie, że dostępna jest pomoc finansowa. Będzie ono zawierać podsumowanie polityki pomocy finansowej w prostym języku oraz działania, jakie należy podjąć, jeżeli wniosek nie został złożony lub należne saldo nie zostało opłacone.

Konta pacjentów, którym przyznano wstępną kwalifikowalność będą przekwalifikowane w ramach polityki pomocy finansowej. Nie będą przekazane do windykacji, nie będą poddane dalszym działaniom windykacyjnym oraz nie będą ujęte w kosztach nieściągalnego długu szpitala.

#### **5. Założenia i administracja opieki charytatywnej**

Wniosek o zniżkę w ramach opieki charytatywnej dla kwot zatwierdzonych należy złożyć na odpowiednich poziomach kierownictwa w celu otrzymania pisemnego zatwierdzenia. Pacjent/poręczyciel zostanie powiadomiony na piśmie, czy pomoc została mu przyznana lub odrzucona w ramach programu opieki charytatywnej.

Działając w najlepszym interesie AHN oraz w celu zapewnienia maksymalnej zgodności w zakresie konfliktów interesów, pracownicy i kierownictwo ponoszą odpowiedzialność za proaktywne komunikowanie bezpośrednim przełożonym (kierownictwo kolejnego szczebla), kiedy wnioskodawcami są współpracownicy oraz/lub krewni i/lub znajomi osób odpowiedzialnych za ocenę i zatwierdzanie wniosków. Oczekuje się, że w takich sytuacjach, wnioski będą zatwierdzane przez inne kierownictwo, włączając osoby na stanowiskach Wice-prezesów, jeżeli to konieczne.

Odrębne kody transakcji będą stosowane dla kwot zniżek w ramach opieki charytatywnej.

Niekompletne Wnioski o pomoc finansową będą monitorowane przez Przełożonego lub wyznaczoną osobę przez telefon lub poprzez pismo w celu przyspieszenia procesu aplikacyjnego. Po zakończeniu procesu weryfikacji i zatwierdzenia wysłane będzie pismo.

### **Obowiązki**

Wnioski o przyznanie pomocy w ramach Programu pomocy finansowej zgodnie z Polityką opieki charytatywnej z kompletną dokumentacją uzupełniającą będą składane do oraz rozpatrywane/zatwierdzane przez Kierownictwo Centrum Obsługi Klienta lub wyznaczoną osobę. Przypadki, kiedy korekta przekracza następujące kwoty lub kiedy konieczne jest przyznanie wyjątku ze względu na trudności, należy rozpatrywać i zatwierdzać w następujący sposób:

**Zatwierdzenia przez kierownictwo opieki charytatywnej**

Płacący samodzielnie przedstawiciel	\$0 - \$20,000
Płacący samodzielnie kierownik	\$20,001 - \$50,000
Dyrektor	\$50,001 - \$75,000
Wice-prezes, CBO	\$75,001 - \$150,000
Starszy Wice-prezes, Dyrektor ds. Przychodów	> \$150,001

### **6. Sprawozdawczość zarządcza opieki charytatywnej**

Sprawozdawczość i dokumentacja opieki charytatywnej AHN będzie prowadzona w sposób regularny.

- ✓ Procesy opieki charytatywnej będą oceniane raz w roku w celu zapewnienia, że zasady i procedury są stosowane w sposób spójny. Ocena roczna pozwoli również wprowadzać sugestie dotyczące polityki oraz uaktualniać i zmieniać procedury.
- ✓ Kierownictwo Centrum Obsługi Klienta ma obowiązek gromadzić, dokumentować i ujawniać informacje dotyczące opieki charytatywnej, w tym:
  - Sumę obsłużonych osób
  - Sumę umorzonych opłat
  - Sumę kosztów opieki charytatywnej
  - Sumę finansowania otrzymanego w celu wsparcia kosztów świadczenia opieki charytatywnej

### **Polityka w zakresie rozliczeń i windykacji**

Polityka Allegheny Health Network w zakresie rozliczeń i windykacji powinna spełniać wymagania regulacji federalnych i stanowych oraz przepisów regulujących rozliczanie i windykację usług medycznych.



Przez okres 120 dni od dnia wystawienia wstępnego rachunku przeciwko pacjentom nie będą prowadzone szczególne działania windykacyjne oraz bez uprzedniego podjęcia zasadnych wysiłków w celu ustalenia, czy pacjent jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej. Zasadne wysiłki obejmują między innymi:

- ✓ Zatwierdzenie, czy pacjent zalega z nieopłaconymi rachunkami oraz określenie i obciążenie wszystkich zewnętrznych źródeł płatności przez Allegheny Health Network;
- ✓ Ustanowienie zakazu podejmowania działań windykacyjnych przeciwko nieubezpieczonemu pacjentowi (lub takiemu, który prawdopodobnie jest nieubezpieczony) do momentu, kiedy pacjent zostanie poinformowany o polityce pomocy finansowej Allegheny Health Network oraz będzie mieć możliwość ubiegania się o taką pomoc;
- ✓ Powiadomienie pacjenta na piśmie o dodatkowych informacjach lub dokumentacji, która musi być dostarczona w celu ustalenia pomocy finansowej;
- ✓ Potwierdzenie, czy pacjent złożył wniosek o ubezpieczenie zdrowotne w ramach Medicaid lub innych programów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz uzyskanie dokumentacji złożenia takiego wniosku. Allegheny Health Network nie będzie podejmować działań windykacyjnych, kiedy wniosek o przyznanie ubezpieczenia medycznego jest rozpatrywany, lecz po przyznaniu ubezpieczenia rozpocznie standardowe działania windykacyjne.
- ✓ Wysłanie do pacjenta pisemnego zawiadomienia o szczególnych działaniach windykacyjnych, które Allegheny Health Network może wszcząć lub wznowić, jeżeli pacjent nie wypełni wniosku o pomoc medyczną lub nie zapłaci należnej kwoty najpóźniej do 30 dnia po pisemnym powiadomieniu lub do 30 dnia od daty wyznaczonej pacjentowi na wypełnienie wniosku o pomoc finansową.
- ✓ Ponadto, pomimo że AHN może podjąć szczególne działania windykacyjne po 120-dniowym okresie na zawiadomienie od daty pierwszego wystawienia rachunku oraz w dowolnym czasie w ciągu kolejnych 120 dni, AHN przyjmie i rozpatrzy wniosek o pomoc medyczną złożony przez pacjenta oraz w tym okresie wstrzymane będą szczególne działania windykacyjne, do momentu ustalenia, że pacjent jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej. Stosownie, całkowity okres czasu, w którym AHN będzie przyjmować i rozpatrywać wnioski o pomoc finansową wynosi 240 dni od daty pierwszego rachunku.

Polityka Allegheny Health Network dotycząca opieki w nagłych stanach zdrowia zabrania windykacji płatności przed otrzymaniem usług lub podjęcia działań windykacyjnych, które zakłócają świadczenie usług ratunkowych. Sprawdzić politykę w zakresie leczenia w nagłych stanach zdrowia i porodach (nr stat. polityki 2538428).

Allegheny Health Network może podjąć standardowe działania windykacyjne przeciwko pacjentom, którzy będą uznani za nieuprawnionych do otrzymania pomocy finansowej lub pacjentom, którzy nie współpracują w dobrej wierze w celu spłaty zadłużenia.

Żadna firma windykacyjna, prawnicza lub osoba indywidualna nie może wszczynać postępowania prawnego przeciwko pacjentowi z powodu nieopłacenia rachunku Allegheny Health Network bez uzyskania pisemnego zatwierdzenia od upoważnionego pracownika Allegheny Health Network.

#### **Informacje dotyczące windykacji**

Allegheny Health Network dąży do maksymalizacji zwrotu kosztów przez strony trzecie w celu ograniczenia obciążeń finansowych dla pacjenta. W sytuacji, gdy ubezpieczenie zewnętrzne nie obejmuje udzielonych usług lub nie jest ważne żadne ubezpieczenie zewnętrzne, Allegheny Health Network oczekuje od pacjenta zapłaty za świadczone usługi, chyba że pacjentowi przyznano pomoc finansową w procesie składania wniosku lub jest on wstępnie uprawniony do jej otrzymania.

W przypadku kontynuacji działań windykacyjnych, kiedy wymagalna kwota pozostaje niespłacona, Biuro cyklu przychodów przypisze lub zaleci przypisanie do statusu długu nieściągalnego zgodnie z obowiązującą polityką i procedurą.

### **Plany płatności**

Można skorzystać z planów płatności, po zatwierdzeniu, dla usług Allegheny Health Network. Plany płatności są odpowiednie do standardów branżowych.

### **Upadłość**

W przypadku upadłości pacjenta, po otrzymaniu przez Allegheny Health Network Dowodu Wniosku, działania windykacyjne zostaną niezwłocznie wstrzymane dla niespłaconych sald poniesionych kosztów za wszystkie usługi zapewnione przed i do daty złożenia wniosku o ogłoszenie upadłości.

### **Wymagania regulacyjne**

Allegheny Health Network będzie przestrzegać wszystkich federalnych, stanowych i lokalnych przepisów prawa, zasad i regulacji oraz wymagań dotyczących sprawozdawczości, które mogą obejmować działania prowadzone w ramach niniejszej polityki. Niniejsza polityka wymaga od Allegheny Health Network monitorowania wszystkich działań windykacyjnych i zapewnianej pomocy finansowej w celu zagwarantowania dokładności sprawozdawczej.

### **Ewidencja**

Allegheny Health Network będzie dokumentować wszystkie działania windykacyjne i pomoc finansową w celu zapewnienia prawidłowych środków kontroli i spełnienia wszystkich wymagań w zakresie zgodności wewnętrznej i zewnętrznej.

### **Zatwierdzenie polityki**

Polityka pomocy finansowej i windykacji Allegheny Health Network podlega pod ocenę okresową oraz może być aktualizowana w dowolnej chwili zgodnie z potrzebami biznesowymi. Zarząd Allegheny Health Network oraz zarządy stosownych szpitali AHN muszą zatwierdzić wszystkie zmiany w niniejszej polityce.

## ZAŁĄCZNIK A: Wybór usług nieobjętych polityką pomocy

Definicja	Kwalifikowalność w programie		Definicje i przykłady usług
	Zniżka dla płacących samodzielnie	Opieka charytatywna	
Grant accounts	Nie	Tak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Addison Gibson</li> <li>• Ryan White</li> <li>• Inne usługi pokrywane przez granty dotacje</li> </ul>
Niektóre usługi, wysokie koszty Leczenia; zabiegi z innymi, tańszymi opcjami alternatywnego leczenia	Tak	Nie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanty słuchowe</li> <li>• Chirurgia bariatryczna</li> <li>• Afereza LDL</li> <li>• Głęboka stymulacja mózgu</li> <li>• Wazektomia/rewazektomia</li> <li>• Przeszczepy</li> <li>• Urządzenie wspierające lewą komorę serca (przeszczep)</li> <li>• Dziecięce aparaty słuchowe</li> <li>• Wszelkie inne procedury medyczne, które nie spełniają wymogu niezbędności</li> </ul>
Niebędące niezbędne medycznie	Nie	Nie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia/procedura estetyczna</li> <li>• Zapłodnienie in vitro</li> <li>• Ultrasonografia położnicza, która nie jest niezbędna, wirtualna kolonoskopia oraz MR/PET całego ciała</li> </ul>