

HackensackUMC Pascack Valley Medical Center

ZASADY UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ

Obowiązują od: 1 stycznia 2017

ZASADY/PODSTAWY

W Centrum Medycznym HackensackUMC Pascack Valley (Instytucja) obowiązuje zasada sprawiedliwości społecznej w procesie zapewniania opieki medycznej w nagłym przypadku lub innej, medycznie koniecznej, na terenie Instytucji. Zasady te zostały opracowane specjalnie w celu ustalenia kwalifikacji do pomocy finansowej pacjentów, którzy takiej pomocy potrzebują i otrzymują opiekę medyczną w Instytucji.

1. Cały proces udzielania pomocy finansowej pokazuje nasze zaangażowanie dla wspólnego dobra, nasze poczucie odpowiedzialności za osoby żyjące w biedzie i z innymi, trudnymi problemami, a także nasze zobowiązanie do odpowiedzialnego zarządzania.
2. Zasady te obowiązują wszystkie usługi związane z opieką medyczną w nagłych przypadkach i inne usługi konieczne medycznie wykonane przez Instytucję, włączając w to usługi wykonywane przez zatrudnionych tu lekarzy oraz opiekę w zakresie zdrowia behawioralnego. Zasady te nie dotyczą opłat za zabiegi planowane lub inne usługi medyczne, które nie są związane z nagłym przypadkiem, bądź nie są medycznie konieczne.
3. Lista wykonujących usługi, które obejmują „Zasady udzielania pomocy finansowej”, zawiera wszystkie jednostki udzielające pomocy medycznej na terenie Instytucji i podaje, które obejmują zasady udzielania pomocy finansowej, a które nie.

DEFINICJE

Następujące definicje obowiązują dla “Zasad”:

- “**501(r)**” oznacza paragraf 501(r) Kodu podatkowego i przepisy w nim zawarte.
- “**Opłaty zwykle pobierane**” (skrót angielski AGB) w stosunku do opieki medycznej związanej z przypadkiem nagłym lub do innych koniecznych usług medycznych, oznacza wysokość opłaty zwykle pobieranej od osób, które mają ubezpieczenie zdrowotne pokrywające takie usługi.
- “**Spoleczność**” oznacza geograficzny obszar na terenie stanu New Jersey.
- “**Opieka medyczna związana z przypadkiem nagłym**” oznacza poród lub tak poważny stan medyczny, że brak działania medycznego mógłby spowodować zagrożenie zdrowia pacjenta (lub nienarodzonego dziecka), poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub zaburzenie czynności jakiegokolwiek organu lub części ciała.
- “**Konieczna opieka medyczna**” oznacza działanie medyczne uznane za klinicznie konieczne przez licencjonowanego lekarza, w konsultacji z lekarzem przyjmującym.
- “**Instytucja**” oznacza Centrum Medyczne HackensackUMC Pascack Valley.
- “**Pacjent**” oznacza osobę, która otrzymuje opiekę medyczną w nagłym przypadku lub konieczną opiekę medyczną na terenie Instytucji oraz osobę, która jest finansowo odpowiedzialna za opiekę medyczną pacjenta.

Zapewniana pomoc finansowa

1. Pacjenci z dochodem mniejszym lub równym 200% ustalonego federalnie poziomu ubóstwa (skrót angielski FLP) w ramach opieki charytatywnej będą się kwalifikowali do 100% umorzenia tej części opłaty, za którą pacjent jest odpowiedzialny po wpłacie kwoty z ubezpieczenia, jeżeli taka nastąpiła.
2. Pacjenci z dochodem większym niż 200% ustalonego federalnie poziomu ubóstwa będą się kwalifikowali do pomocy charytatywnej w oparciu o następujące kryteria:

<u>Kryteria dochodu</u>	<u>Procent stawki</u>
<u>Dochód jako procent wytycznych</u> <u>Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (skrót angielski HHS)</u> <u>dotyczących dochodów na poziomie ubóstwa</u>	<u>Płatny przez pacjenta</u>
Mniejszy lub równy 200%	0%
Większy niż 200%, ale mniejszy lub równy 225%	20%
Większy niż 225% ale mniejszy lub równy 250%	40%
Większy niż 250% ale mniejszy lub równy 275%	60%
Większy niż 275% ale mniejszy lub równy 300%	80%
Większy niż 300%	100%

3. Jeżeli pacjenci na ruchomej skali opłat 20-80% są odpowiedzialni za kwalifikujące się opłaty medyczne z własnej kieszeni w wysokości ponad 30% ich całkowitego dochodu rocznego (np. rachunki niepłacone przez kogoś innego), wtedy kwota powyżej 30% uznana zostaje za pomoc w opłacie za opiekę szpitalną.
4. Kwalifikacje do pomocy finansowej mogą być ustalone w każdym momencie cyklu przychodowego i w celu ich ustalenia może być zastosowana domniemana ocena bez względu na brak kompletnego wniosku o pomoc finansową (wniosek FAP).
5. Kwalifikacje do pomocy finansowej muszą być ustalone dla każdej części opłaty pozostałej do zapłacenia, za którą pacjent potrzebujący pomocy finansowej jest odpowiedzialny.

Kryteria wymagane do programu „ medyczna opieka charytatywna”

- Program pomocy w pokrywaniu kosztów opieki szpitalnej stanu New Jersey (pomoc w formie medycznej opieki charytatywnej) to opieka medyczna za darmo lub po obniżonej cenie dla pacjentów hospitalizowanych lub ambulatoryjnych, którzy otrzymają doraźną opiekę medyczną w szpitalach na terenie stanu New Jersey. Pomoc w pokrywaniu kosztów opieki szpitalnej i opieka medyczna po obniżonej cenie jest dostępna tylko w przypadku koniecznej opieki szpitalnej. Rachunki za niektóre usługi, jak np. za usługi lekarza, anestezjologa, za opis radiologiczny i recepty dla pacjentów ambulatoryjnych, są wystawiane osobno i mogą nie kwalifikować się do obniżek.
- Źródłem finansowania pomocy w opłatach za pobyt w szpitalu jest fundusz subwencyjny na opiekę zdrowotną, administrowany zgodnie z przepisami zawartymi w paragrafie 263 Prawa publicznego.

Inne rodzaje pomocy dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej

Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej określonej powyżej, mogą otrzymać inne rodzaje pomocy oferowane przez Instytucję. Żeby lista była kompletna, te inne formy pomocy są na niej umieszczone, choć nie bazują na potrzebach i nie podlegają przepisom paragrafu 501(r). Wymieniono je tutaj dla wygody społeczności obsługiwanej przez Centrum Medyczne HackensackUMC Pascaek Valley

1. Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, otrzymają obniżoną stawkę na podstawie kryteriów wymienionych poniżej:
 - (a) Zabiegi dla pacjentów hospitalizowanych: 100% stawki Medicare
 - (b) Wizyty w szpitalnym oddziale ratunkowym: 115% stawki Medicare
 - (c) Usługi wybieralne pacjentów ambulatoryjnych 200% stawki Medicare
 - (i) Dla zabiegów z zakresu położnictwa i kosmetyki ustanowiono harmonogram opłat własnych pacjentów i nie są one związane ze stawkami zwrotów z Medicare.

Ograniczenia stawek dla pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej

Pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, nie będą wystawiane rachunki osobiste większe niż opłaty zwykle pobierane (AGB) za usługi medyczne w przypadkach nagłych i za inne, medycznie konieczne, i nie większe niż całkowite opłaty za całą pozostałą opiekę medyczną. Instytucja kalkuluje jedną lub więcej stawek procentową AGB stosując metodę wsteczną i biorąc pod uwagę system opłat za usługi Medicare i wszystkich prywatnych ubezpieczycieli, którzy realizują należne roszczenia w Instytucji, a wszystko to zgodnie z zasadami podanymi w paragrafie 501(r). Darmową kopię opisu kalkulowania opłat zwykle pobieranych oraz stawek procentowych można otrzymać w każdej izbie przyjęć. Pacjenci mogą także poprosić o darmową kopię opisu kalkulowania opłat zwykle pobieranych oraz stawek procentowych dzwoniąc do Działu Usług Finansowych dla Pacjentów na numer (201)383-1043 i podając swój adres pocztowy.

Składanie wniosków o pomoc finansową i inne rodzaje pomocy

Pacjent może kwalifikować się do pomocy finansowej przez domniemaną ocenę kwalifikacyjną lub składając dokładnie wypełniony wniosek o udzielenie pomocy finansowej (skrót angielski FAP) Wniosek FAP oraz instrukcje do jego wypełniania zostaną wręczone pacjentowi na jego prośbę w momencie otrzymywania usługi. Jeżeli pacjent chce złożyć wniosek o pomoc finansową po dniu (dniach) otrzymania usługi, może on/ona wydrukować wniosek i instrukcje wypełniania ze strony internetowej HackensackUMC Pascaek Valley. Pacjenci mogą też poprosić o przysłanie kopii wniosku FAP i instrukcji wypełniania FAP pocztą. O przysłanie kopii dokumentów należy zwrócić się telefonicznie do Działu Usług Finansowych dla Pacjentów, numer (201)383-1043. W każdym z wyżej wymienionych miejsc kopie wniosku FAP i instrukcje wypełniania FAP dostępne są po angielsku i hiszpańsku.

Terminy uiszczania opłat – dla pacjentów hospitalizowanych i pacjentów ambulatoryjnych

Centrum Medyczne HackensackUMC Pascaek Valley wystawia rachunki pacjentom za dostarczone usługi po tym, jak dane rozszczenie zostało rozliczone przez ubezpieczyciela lub natychmiast tym, którzy nie mają ubezpieczenia.

Należności, za które odpowiedzialni są pacjenci:

- Zapłata osobista (Pacjent bez ubezpieczenia)
- Zapłata osobista po wpłacie ubezpieczyciela (Ubezpieczyciel rozliczył się z części do niego należącej, za pozostałą należność jest odpowiedzialny pacjent).
- Opieka charytatywna (stawki obniżone zgodnie z charytatywnymi stawkami procentowymi)
- Zapłata osobista po rozliczeniu Medicare (Odpowiedzialność pacjenta ustalona zgodnie z zasadami Medicare)

Cykl rozliczeniowy

Wszystkim pacjentom rachunek wysyłany jest w terminie około pięciu dni po dniu, w którym pozostała należność staje się odpowiedzialnością pacjenta.

Całkowity cykl rozliczeniowy dla wszystkich pacjentów wynosi 120 dni zanim nieuiszczona należność zostanie przekazana komornikowi. Rachunek jest przesłany pacjentowi po rozliczeniu z ubezpieczycielem, jeśli ma to zastosowanie. Jeżeli całkowita nieuregulowana należność, za którą pacjent jest odpowiedzialny, nie zostanie uiszczona w terminie, pacjent będzie otrzymywał kolejne rachunki (aż do pięciu w sumie). Jeżeli dług nie zostanie uregulowany, należność zostanie przekazana komornikowi.

Pacjenci, którzy mają pytania dotyczące należności, mogą dzwonić do Działu Obsługi Pacjenta na numer (866) 525-5557, żeby dowiedzieć się, czy jest możliwe rozłożenie płatności. Pacjenci, którzy nie są w stanie zapłacić, mogą skontaktować się z naszym Działem Pomocy Finansowej pod numerem (201) 383-1043.

Dostawcy usług medycznych, którzy zapewniają pomoc medyczną w nagłym przypadku i inne medycznie konieczne usługi na terenie szpitala:

Oddział/Jednostka/Grupa	Objęte „Zasadami Udzielania Pomocy Finansowej”?
Anestezjologia	Nr
Oddział ratunkowy	Nr
Wydział Medyczny	Nr
Położnictwo i Pediatria	Nr
Chirurgia	Nr
Radiologia	Nr
Kardiologia	Nr