

## **SAINT PETER'S UNIVERSITY HOSPITAL**

### **POLITYKA POMOCY FINANSOWEJ (ang. FAP)**

**Data wejścia w życie: 1 stycznia 2016 r. (poprawiono 1/21/2019)**

#### **WPROWADZENIE:**

*Saint Peter's University Hospital (Szpital Uniwersytecki im. św. Piotra - ang. SPUH) oraz wszystkie podmioty stowarzyszone gwarantują wszystkim pacjentom świadczenie niezbędnej pomocy w nagłych wypadkach oraz innych niezbędnych usług pomocy medycznej, niezależnie od tego, czy pacjent jest w stanie pokryć koszty świadczenia czy nie.*

#### **I. UPRAWNIENI PACJENCI:**

##### **A. Pacjenci nieubezpieczeni**

Pracownicy działu Zarządzania Zasobami SPUH przeglądają wszystkie konta, aby zidentyfikować nieubezpieczonych pacjentów (pacjentów samodzielnie opłacających świadczenia). Proces ten wymaga, abyśmy przeanalizowali pacjentów pod względem możliwych uprawnień do udziału w stanowych lub federalnych programach pomocy, jak również poinformowania wszystkich pacjentów, przedstawicieli, lekarzy kierujących i pracowników SPUH o możliwości złożenia wniosku o dofinansowanie.

##### **➤ Program Charity Care**

Pacjenci, którzy nie spełniają wymogów programów Medicaid/New Jersey Family Care, zostaną ocenieni pod kątem możliwości skorzystania z programu New Jersey Charity Care:

- Aby mieć prawo do bezpłatnej opieki, dochód rodziny (zależny od liczby osób w rodzinie) musi być mniejszy lub równy dwustu procentom kwoty dochodu określonej dla federalnego poziomu ubóstwa (ang. FPL, Federal Poverty Level). W przypadku osób samotnych majątek nie może przekraczać 7 500 USD, a w przypadku rodziny — 15 000 USD.

W celu złożenia wniosku wnioskodawca musi dostarczyć następujące dokumenty:

- Dokumenty potwierdzające tożsamość pacjenta i członków jego rodziny;
- Dowód zamieszkania w New Jersey (na dzień udzielania świadczenia) (*Uwaga: wymóg ten nie dotyczy pomocy w nagłych wypadkach*);
- Zaświadczenie o przychodzie brutto; oraz
- Zaświadczenie o posiadanym majątku (na dzień udzielania świadczenia).

### **Kompletna lista wymaganych dokumentów zostanie podana w momencie składania wniosku.**

Po złożeniu wniosku szpital (SPUH) w ciągu dziesięciu (10) dni wyda decyzję orzekającą o uprawnieniu pacjenta do udziału w programie FAP. Jeśli wniosek zostanie uznany za niekompletny, SPUH wyśle pisemną odmowę wraz ze szczegółowymi informacjami o konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów. SPUH czeka na uzupełnienie wniosku przez dwadzieścia cztery (24) miesiące od daty udzielenia świadczenia.

Podczas podejmowania decyzji o uprawnieniu pacjenta do udziału w programie przeglądamy salda na wszystkich kontach oraz w stosownych wypadkach dokonujemy wymaganych korekt oraz zwrotów środków.

### **Program pomocy finansowej:**

Aby wziąć udział w naszym programie FAP, nie trzeba składać pisemnego wniosku. Wykorzystujemy jednak dane (ze wszystkich potencjalnych źródeł wewnętrznych i zewnętrznych) zgromadzone przy ocenianiu, czy pacjent jest uprawniony do udziału w programie Charity Care i innych programach rządowych, do określenia odpowiedniej kwoty należności w oparciu o strukturę stawek.

SPUH weryfikuje możliwość pokrycia kosztów przez stronę trzecią za pośrednictwem produktu Relay Health Clearance.

Wszyscy pacjenci, którzy osobiście opłacają świadczenia zdrowotne ze względu na brak uprawnień do skorzystania ze stanowych i federalnych programów pomocy, nieprzestrzeganie warunków albo niemożliwość wykupu (lub rejestracji) minimalnego pakietu świadczeń na mocy Ustawy o przystępnej opiece zdrowotnej (ang. Affordable Care Act), zoznaną wstępnie uznani za osoby upoważnione do pomocy finansowej, a ich koszty zostaną zmniejszone do mniejszej z następujących kwot:

- kwoty obliczonej według ruchomej skali dla New Jersey, jeśli pacjent osiąga dochód na poziomie od 201% do 300% kwoty określonej jako federalny poziom ubóstwa (ang. FPL);
- 115% stawki Medicare, jeśli pacjent osiąga dochód na poziomie od 301% do 500% kwoty FPL;
- wskaźnika procentowego powszechnie pobieranych opłat w przypadku pacjentów ubezpieczonych (ang. AGB - Amounts Generally Billed), zdefiniowanego w **ZAŁĄCZNIKU I**.

Uprawnienia do udziału w programie FAP mogą się zmienić w dowolnej chwili w cyklu rozliczeniowym i windykacyjnym.

Osoba, która, jak wstępnie przyjęto, otrzymuje mniej niż przewiduje to najszerszy zakres pomocy dostępnej w ramach programu FAP, otrzyma:

- Powiadomienie o domniemanych uprawnieniach do udziału w programie FAP oraz pouczenie o sposobie uzyskania większej pomocy.
- Rozsądny termin, zwykle do 30 dni, na złożenie wniosku o wyższą kwotę pomocy przed podjęciem nadzwyczajnych działań windykacyjnych.
- Ponowną ocenę uprawnień danej osoby do skorzystania z programu FAP w przypadku wpłynięcia wniosku o wyższą kwotę pomocy.

## **B. Pacjenci ubezpieczeni**

Wszyscy pacjenci uprawnieni do udziału w programie FAP, którzy posiadają aktywną polisę ubezpieczenia zdrowotnego, nie będą osobiście odpowiedzialni za płatności przekraczające AGB, jak zdefiniowano niżej, z wykluczeniem wszystkich zwrotów kosztów od ubezpieczyciela zastosowanych do konta pacjenta.

Jeśli pacjent jest ubezpieczony, ale ubezpieczenie nie pokrywa 100% kosztów, pacjent może być uprawniony do opieki bezpłatnej lub do zniżki.

## **II. PODSTAWA OBLICZANIA OPŁAT w programie pomocy finansowej — powszechnie pobierane opłaty (ang. AGB):**

Kwoty AGB obliczane są metodą retrospektywną, w oparciu o dopuszczalne kwoty roszczeń (z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela i pacjenta) z okresu dwunastu miesięcy. Obliczenia i powiązane opłaty wymieniono szczegółowo w **ZAŁĄCZNIKU II** dla każdego podmiotu objętego niniejszą polityką.

Obliczona kwota AGB oraz stosowana metoda obliczania określone są co najmniej raz w roku.

Wobec pacjentów uprawnionych do udziału w programie FAP za pomoc w nagłych wypadkach oraz uzasadnioną medycznie pomoc nie będą naliczane opłaty wyższe niż kwota AGB — **co oznacza, że SPUH nie naliczy opłat brutto pacjentom uprawnionym do udziału w programie FAP za żadną niezbędną pomoc medyczną.**

### III. POLITYKA POBIERANIA OPŁAT:

Aby mieć pewność, że podjęto wszelkie wysiłki, aby zweryfikować uprawnienia pacjenta do udziału w programie rządowym i upewnić się, czy pacjent ma dostęp lub środki na wykup ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez inny podmiot, ustanowiono pewne kryteria. Kryteria te mają również zagwarantować, że podjęliśmy wszystkie uzasadnione działania w celu uregulowania zaległych płatności — w tym statusu uprawnienia do udziału w programie FAP (jeśli pacjent jest uprawniony, należy zapewnić, aby opłaty/należności zostały odpowiednio skorygowane). Kryteria te to:

- 1) Saldo należności musi zostać potwierdzone przez pacjenta (lub poręczyciela). Jeśli pacjent był wcześniej uprawniony do udziału w programach Medicaid lub Charity Care, podejmiemy wszelkie starania, aby przejrzeć istniejącą dokumentację i sprawdzić ewentualne uprawnienia pacjenta.
- 2) W dokumentacji muszą się znajdować zapisy co najmniej **czterech (4) rachunków z wypisu ze szpitala** potwierdzających saldo pacjenta i wystawionych na bieżący adres zarejestrowany w systemie. Powiadomienia na rachunkach mają zwykle charakter progresywny. Na ostatnim z nich musi się znajdować wyraźna informacja, że jeśli po 30 dniach od daty otrzymania powiadomienia saldo nie zostanie całkowicie uregulowane albo nie zostanie opracowany plan spłat należności, rachunek będzie się kwalifikował do przekazania jednej z naszych zewnętrznych agencji windykacyjnych. Należy pamiętać, że ww. „30-dniowe” powiadomienie musi także:
  - zawierać pisemną informację dla dłużnika, że może być uprawniony do uzyskania stanowej pomocy finansowej;
  - zawierać opis innych nadzwyczajnych działań windykacyjnych, które SPUH zamierza podjąć poza przekazaniem sprawy do zewnętrznej agencji windykacyjnej (patrz podpunkt 5 poniżej); oraz
  - zawierać kopię podsumowania w przystępnym języku (ang. PLS).

Dodatkowo SPUH musi w granicach rozsądku postarać się, aby ustnie powiadomić pacjenta o programie FAP.

- 3) **Od daty doręczenia pierwszego rachunku po wypisie ze szpitala musi upłynąć co najmniej 120 dni.** Dopiero potem można oznaczyć dług jako nieściągalny i ewentualnie przekazać sprawę do jednej z naszych zewnętrznych agencji windykacyjnych.
- 4) Jeśli nasza zewnętrzna agencja windykacyjna zostanie w jakimkolwiek momencie powiadomiona, że pacjent/poręczyciel jest uprawniony do udziału w programie FAP, szpital może:

- a. wycofać sprawę z agencji windykacyjnej i ponownie uruchomić proces odzyskiwania należności, przy czym saldo zostanie skorygowane w taki sposób, że pacjent/poręczyciel nie zapłaci więcej niż jest zobowiązany jako uczestnik programu FAP, oraz wszelkie dokonane już płatności przekraczające skorygowane saldo zostaną zwrócone (jeśli są większe niż 5 USD); lub
  - b. pozostawić sprawę agencji windykacyjnej i ponownie uruchomić proces odzyskiwania należności, przy czym saldo zostanie skorygowane w taki sposób, że pacjent/poręczyciel nie zapłaci więcej niż jest zobowiązany jako uczestnik programu FAP, oraz zwrócić wszelkie wykonane płatności przekraczające skorygowane saldo (jeśli są większe niż 5 USD).
- 5) Poza działaniem, o którym mowa w podpunkcie 4 powyżej, po określeniu uprawnień do udziału w programie FAP szpital SPUH może podjąć dodatkowe nadzwyczajne działania windykacyjne, w tym między innymi:
- a. działania wymagające przeprowadzenia postępowania prawnego lub sądowego, dotyczącego między innymi ustanowienia zastawów i egzekucji nieruchomości oraz powództwa cywilnego;
  - b. przekazać niekorzystne informacje do agencji i biur oceniających zdolność kredytową; oraz
  - c. odroczyć, odmówić lub zażądać płatności przed udzieleniem niewymaganego z medycznego punktu widzenia świadczenia lub nagłej pomocy, ze względu na brak płatności za poprzednio udzielone świadczenie objęte programem FAP.

#### **IV. POLITYKA UDZIELANIA NAGŁEJ POMOCY MEDYCZNEJ**

Pacjenci, którzy zgłaszają się na Oddział Ratunkowy i którym jest tam udzielana pomoc, otrzymają odpowiednią opiekę niezależnie od ich możliwości finansowych ani prawa do skorzystania z programu pomocy finansowej. Badanie lub leczenie nie będą opóźniane w celu weryfikacji ubezpieczenia, prawa do skorzystania z programu FAP ani statusu płatności pod względem przepisów Ustawy o udzielaniu pomocy medycznej w stanach zagrożenia zdrowia, życia i podczas porodu (ang. Emergency Medical Treatment and Active Labor Act — EMTALA).

## V. USŁUGODAWCY, INNI NIŻ PLACÓWKA SZPITALNA, ŚWIADCZĄCY POMOC W NAGŁYCH WYPADKACH ORAZ UZASADNIĄ POMOC MEDYCZNĄ: CZY SĄ OBJĘCI PROGRAMEM FAP SZPITALA SPUH

Lista usługodawców, innych niż placówka szpitalna, świadczących pomoc w nagłych wypadkach oraz uzasadnioną pomoc medyczną na terenie szpitala, niezależnie czy są oni objęci programem FAP szpitala SPUH, czy też nie, znajduje się w Załączniku III. Należy pamiętać, że załącznik ten będzie w razie potrzeby aktualizowany co najmniej raz na kwartał.

## VI. INFORMOWANIE/ROZPOWSZECHNIANIE WIEDZY O PROGRAMIE FAP

W celu zagwarantowania, że informacje o programie FAP szpitala SPUH są podane do wiadomości publicznej, są dostępne i docierają do wszystkich osób, które mogą potrzebować naszej pomocy, podjęto wymienione niżej środki.

- a) W naszej witrynie internetowej — [www.saintpetershcs.com](http://www.saintpetershcs.com) — dostępne są informacje o programie FAP szpitala SPUH oraz Podsumowanie Polityki pomocy finansowej w przystępnym języku (ang. Plain Language Summary — PLS).
- b) Papierowe egzemplarze polityki FAP oraz PLS są dostępne bezpłatnie, na żądanie, w różnych miejscach na terenie szpitala, w tym na izbach przyjęć, w rejestracji pacjentów, na oddziale ratunkowym, oddziale zarządzania zasobami i wypisami pacjentów, lub mogą być wysłane pocztą. Wszelkie pisemne prośby należy kierować na adres:

**Saint Peter's University Hospital**  
**Attn: Resource Services**  
**254 Easton Avenue**  
**New Brunswick, NJ 08901**

- c) Ustne prośby o papierowe egzemplarze polityki FAP i PLS można kierować do:

**Saint Peter's University Hospital**  
**Dział: Resource Services**  
**Nr telefonu: 732.745.8600; nr wewnętrzny: 5019**

- d) Szpital SPUH dąży do oferowania pomocy finansowej uprawnionym pacjentom, którzy nie mają możliwości zapłacenia za część lub całość usług medycznych. W celu realizacji tego dobroczynnego celu szpital SPUH oraz wszystkie jego podmioty stowarzyszone rozpowszechniają wiedzę o niniejszej Polityce pomocy finansowej (FAP) oraz PLS w społecznościach, w których działają.

- e) FAP oraz PLS dostępne są w języku angielskim oraz w innych językach, którymi posługuje się mniej niż 5% populacji lub 1 000 osób w głównym obszarze świadczenia usług przez SPUH.
- f) Znaki z informacją dla pacjentów/poręczycieli o naszej Polityce pomocy finansowej umieszczone są w widocznych miejscach, w tym na oddziale przyjęć, ambulatoryjnym i ratunkowym; zawierają one numery telefonów i lokalizacje placówek udzielających informacji o sposobie przystąpienia do programu FAP.

**VII. STAWKI POWSZECHNIE POBIERANYCH OPŁAT (ang. AGB) / LISTA OPŁAT (w stawkach procentowych)** – szczegóły można znaleźć w Załączniku I – POWSZECHNIE POBIERANE OPŁATY (AGB)

**VIII. ZAŁĄCZNIK II – PODSTAWA OPŁAT (OBLICZENIE KWOTY AGB)**

**Saint Peter's University Hospital (SPUH)**

Do obliczania powszechnie pobieranych opłat (AGB) Saint Peter's University Hospital stosuje metodę retrospektywną. Wskaźnik procentowy kwoty AGB jest obliczany na podstawie ostatnich 12 miesięcy i uwzględnia następujące grupy płatników:

1. Medicare - opłaty indywidualne; oraz
2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (w tym Medicare Advantage)

Pacjent uprawniony do udziału w programie FAP nie zostanie obciążony więcej, niż wynosi kwota AGB za pomoc w nagłym wypadku ani żadną inną pomoc niezbędną z medycznego punktu widzenia.

**IX. USŁUGODAWCY, INNI NIŻ PLACÓWKA SZPITALNA ŚWIADCZĄCA POMOC W NAGŁYCH WYPADKACH ORAZ POMOC MEDYCZNA: CZY SĄ OBJĘCI PROGRAMEM FAP SZPITALA SPUH**  
- Szczegóły można znaleźć w Załączniku III - Lista uczestniczących usługodawców