

Polityka finansowa nr 1

Polityka finansowa nr 1

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE: 20 lutego 2024 r.

TYTUŁ POLITYKI:

Pomoc finansowa dla pacjentów

***Do przeglądu co trzy lata przez:
Zarząd Trinity Health***

TERMIN PRZEGLĄDU: 1 marca 2027 r.

POLITYKA

Polityką Trinity Health oraz każdej z jej jednostek jest zapewnienie pomocy finansowej i wsparcia pacjentom w zakresie nagłych oraz nieplanowanych, niezbędnych z medycznego punktu widzenia świadczeń zdrowotnych, udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa stanowego lub federalnego. Kwalifikowalność do uzyskania pomocy finansowej i wsparcia ze strony jednostki jest ustalana indywidualnie, na podstawie szczegółowych kryteriów oraz analizy i oceny potrzeb pacjenta i/lub jego rodziny w zakresie opieki zdrowotnej, a także ich sytuacji finansowej, posiadanych środków oraz zobowiązań. Trinity Health oczekuje uregulowania należności za świadczone usługi od osób, które są w stanie dokonać płatności (zgodnie z definicją zawartą w niniejszej Polityce).

Trinity Health stosuje jednolite zasady udzielania pomocy finansowej pacjentom, zatwierdzone na szczeblu zarządzania całą organizacją, wdrożone i obowiązujące we wszystkich jednostkach poprzez ogólnosystemowe procedury i wytyczne, których przestrzegają poszczególne jednostki oraz podmioty zależne. Ze względu na dynamicznie zmieniające się warunki otoczenia wpływ tych działań będzie na bieżąco monitorowany, a w razie potrzeby ponownie analizowany. Każda jednostka będzie przestrzegać obowiązujących przepisów prawa stanowego dotyczących kryteriów kwalifikowalności, powiadomień, składania wniosków, procedur odwoławczych oraz sprawozdawczości.

I. Kryteria kwalifikacji do pomocy finansowej

Pomoc finansowa, o której mowa w niniejszej części, jest udzielana pacjentom zamieszkującym na obszarze objętym działalnością (zgodnie z definicją zawartą w niniejszej Polityce). Ponadto jednostki będą udzielać pomocy finansowej pacjentom spoza obszaru objętego ich działalnością, którzy spełniają kryteria określone w Polityce Pomocy Finansowej jednostki (FAP), a także zgłoszą się z nagłym lub zagrażającym życiu stanem zdrowotnym i otrzymają pomoc medyczną w nagłym przypadku.

Trinity Health zapewnia pomoc finansową w odniesieniu do świadczeń udzielanych w placówkach szpitalnych (w tym świadczeń realizowanych na terenie szpitala przez podmioty

Polityka finansowa nr 1
pozostające z nim w istotnym związku), a każda jednostka zapewnia pomoc finansową w odniesieniu do następujących świadczeń:

- A. Wszelka niezbędna z medycznego punktu widzenia opieka oraz pomoc medyczna w nagłych przypadkach dla
1. pacjentów samodzielnie pokrywających koszty leczenia, którzy złożą wniosek o pomoc finansową i zostaną uznani za uprawnionych do jej otrzymania, oraz
 2. pacjentów uznanych za kwalifikujących się do pomocy finansowej na podstawie domniemania uprawnień.
- B. Niektóre należności przypadające od pacjentów objętych ubezpieczeniem płatnika/ubezpieczyciela, z którym jednostka współpracuje lub ma zawartą umowę, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszej Polityce.

Świadczenia z zakresu pomocy medycznej w nagłych przypadkach będą udzielane wszystkim pacjentom zgłaszającym się na szpitalny oddział ratunkowy jednostki, niezależnie od ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia ani źródła finansowania. Taka opieka medyczna będzie kontynuowana do czasu ustabilizowania stanu pacjenta, przed podjęciem jakichkolwiek ustaleń dotyczących sposobu pokrycia należności.

Następujące świadczenia nie kwalifikują się do objęcia pomocą finansową ze strony Trinity Health:

- A. Zabiegi kosmetyczne oraz inne planowe procedury i świadczenia, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- B. Świadczenia, które nie są udzielane ani rozliczane przez jednostkę (np. usługi niezależnych lekarzy, prywatna opieka pielęgnarska, transport karetką itp.).
- C. Jednostki mogą wyłączyć ze świadczeń objętych pomocą finansową usługi, które są pokrywane przez program ubezpieczeniowy w innej placówce, lecz nie są objęte ubezpieczeniem w szpitalach Trinity Health, pod warunkiem że spełnione zostaną wymogi wynikające z federalnej ustawy o pomocy medycznej w nagłych przypadkach i aktywnej fazie porodu (EMTALA).

Do otrzymania pomocy finansowej ze strony Trinity Health uprawnieni są następujący pacjenci:

- A. Pacjenci nieubezpieczeni, których dochód rodziny nie przekracza 200% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), są uprawnieni do 100% obniżki opłat za otrzymane świadczenia.
- B. Pacjenci nieubezpieczeni oraz pacjenci ubezpieczeni, którzy korzystają ze świadczeń w stanach, w których obowiązują wyższe wartości procentowe zniżek zależnych od dochodu rodziny, również będą uprawnieni do obniżenia opłat za otrzymane świadczenia.
- C. Pacjenci nieubezpieczeni, których dochód rodziny przekracza 200% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), ale nie przekracza 400% federalnego poziomu ubóstwa (FPL) lub wyższego odsetka wymaganego przez prawo stanowe, jeśli ma ono zastosowanie, będą uprawnieni do obniżenia opłat za otrzymane świadczenia. Pacjent uprawniony do pomocy finansowej na tym poziomie nie

zostanie obciążony kwotą wyższą niż obliczona kwota zazwyczaj naliczana (AGB).

- D. Pacjenci ubezpieczeni, których dochód rodziny wynosi 400% federalnego poziomu ubóstwa (FPL) lub mniej, będą uprawnieni do uzyskania pomocy finansowej na pokrycie kwot współpłaty, udziału własnego oraz współubezpieczenia, pod warunkiem że umowa zawarta z ubezpieczycielem pacjenta nie zabrania udzielania takiej pomocy.

Pomoc finansowa jest również udzielana pacjentom znajdującym się w trudnej sytuacji finansowej, których nie stać na pokrycie kosztów niezbędnego leczenia. Pacjent znajdujący się w trudnej sytuacji finansowej z powodu kosztów leczenia to ubezpieczony pacjent, który ubiega się o pomoc finansową, a którego wydatki medyczne związane z danym leczeniem, w wyniku wyjątkowo poważnych okoliczności, przekraczają 20% dochodu rodziny. Kwota przekraczająca 20% dochodu rodziny (lub niższy odsetek wymagany przez prawo stanowe, jeśli ma ono zastosowanie) kwalifikuje współpłaty, współubezpieczenie oraz udział własny ubezpieczonego pacjenta do objęcia pomocą finansową. Zniżki na świadczenia dla pacjentów nieubezpieczonych znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej nie będą niższe niż kwota zazwyczaj naliczana przez jednostkę (AGB) za udzielone świadczenia lub kwota pozwalająca obniżyć stosunek katastrofalnych wydatków medycznych pacjenta do dochodu rodziny do poziomu 20%.

II. Podstawa obliczania kwot pobieranych od pacjentów

Pacjenci uprawnieni do pomocy finansowej nie będą obciążani kwotami wyższymi niż AGB za świadczenia w nagłych przypadkach oraz inne świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia. Trinity Health stosuje metodę analizy historycznej („look-back”) do obliczania kwoty zazwyczaj naliczanej (AGB), dzieląc sumę opłaconych roszczeń Medicare przez łączną wartość przedstawionych do rozliczenia opłat brutto, zgodnie z § 501(r) amerykańskiego Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code).

Kopię opisu sposobu obliczania AGB oraz stosowanych wartości procentowych można bezpłatnie uzyskać na stronie internetowej jednostki lub kontaktując się z Centrum Obsługi Klienta pod numerem 708-401-7115.

III. Sposób ubiegania się o pomoc finansową

Pacjent może zostać zakwalifikowany do pomocy finansowej poprzez złożenie wypełnionego wniosku o pomoc finansową (FAP) lub na podstawie automatycznej oceny uprawniającej do jej przyznania. Kwalifikacja do pomocy jest ustalana na podstawie analizy i oceny potrzeb pacjenta i/lub jego rodziny w zakresie opieki zdrowotnej, sytuacji finansowej oraz zobowiązań istniejących w dniu udzielenia świadczenia. Pacjent uznany za uprawnionego do pomocy finansowej będzie korzystał z tego uprawnienia przez sześć miesięcy, licząc od pierwszego dnia udzielenia świadczenia, w odniesieniu do którego został uznany za kwalifikującego się do pomocy finansowej.

Uzyskanie prawa do pomocy finansowej wymaga pełnej współpracy pacjenta w trakcie procesu składania wniosku, jeśli ma on zastosowanie, w tym:

- A. Wypełnienie wniosku o pomoc finansową (FAP), wraz z dostarczeniem wszystkich wymaganych dokumentów; oraz

B. Udział w procesie ubiegania się o wszelkie dostępne formy pomocy, w tym między innymi o rządową pomoc finansową oraz inne programy pomocowe.

C. Wymagane informacje do oceny sytuacji finansowej

Dokumentacja dotycząca dochodów – pacjenci nieubezpieczeni

Trinity Health wymaga przedstawienia tylko jednego (1) dokumentu potwierdzającego dochód w celu weryfikacji dochodu rodziny pacjenta nieubezpieczonego ubiegającego się o pomoc finansową.

Akceptowana dokumentacja potwierdzająca dochód obejmuje jeden z następujących dokumentów:

- kopia najnowszego zeznania podatkowego wnioskodawcy złożonego w urzędzie federalnym lub stanowym; lub
- kopia najnowszego formularza W-2 i/lub formularzy 1099 wnioskodawcy; lub
- kopie dwóch (2) ostatnich odcinków wypłaty wnioskodawcy; lub
- pisemne potwierdzenie wysokości dochodu przez pracodawcę wnioskodawcy, również w przypadku, gdy wynagrodzenie jest wypłacane w gotówce; lub
- inna uzasadniona forma potwierdzenia dochodu przez osobę trzecią, uznana przez szpital za akceptowalną.

Informacje dotyczące majątku i szacunkowej wartości aktywów

Trinity Health nie wymaga ani nie gromadzi informacji dotyczących majątku w ramach procesu ustalania prawa do pomocy finansowej na potrzeby niniejszej Polityki. Kwalifikacja do pomocy jest ustalana na podstawie dochodu oraz innych obowiązujących kryteriów określonych w niniejszej Polityce.

Informacje dotyczące miesięcznych wydatków

Od wnioskodawców może być wymagane przedstawienie informacji dotyczących miesięcznych wydatków gospodarstwa domowego w celu ułatwienia oceny trudnej sytuacji finansowej. Miesięczne wydatki mogą obejmować między innymi koszty mieszkania, opłaty za media, żywność, transport, ubezpieczenie, wydatki medyczne, opiekę nad dziećmi oraz inne niezbędne koszty utrzymania. Informacje dotyczące wydatków są analizowane wraz z informacjami o dochodach i majątku przy ustalaniu prawa do pomocy finansowej.

Adnotacja dotycząca domniemanej kwalifikowalności

Trinity Health może uznać pacjentów za domyślnie kwalifikujących się do pomocy finansowej na podstawie dostępnych informacji, w tym udziału w programach pomocy rządowej uzależnionych od dochodu, wcześniejszych decyzji dotyczących przyznania pomocy finansowej lub zatwierdzonych źródeł danych pochodzących od podmiotów

zewnątrznych. Decyzje o domniemanej kwalifikowalności należy odnotować w dokumentacji rachunku pacjenta i stosować zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa stanu Illinois. Pacjenci uznani za kwalifikujących się na podstawie kryteriów domniemanej kwalifikowalności mogą otrzymać pomoc finansową bez konieczności składania pełnego wniosku o pomoc finansową, chyba że wymagane są dodatkowe informacje.

Jednostki będą podejmować aktywne działania w celu pomocy pacjentom w ubieganiu się o dostępne programy publiczne i prywatne, do których mogą się kwalifikować i które mogą pomóc im w uzyskaniu oraz pokryciu kosztów świadczeń zdrowotnych. Jednostki mogą rozważyć pokrycie składek ubezpieczeniowych przez ograniczony okres, jeżeli w przeciwnym razie pacjent spełniałby kryteria uprawniające do otrzymania pomocy finansowej.

Jednostki poinformują pacjentów, którzy złożą niekompletny wniosek o pomoc finansową (FAP), o dodatkowych informacjach i/lub dokumentach wymaganych do jego uzupełnienia. Wymagane informacje i/lub dokumentację należy dostarczyć w ciągu 30 dni.

Jednostki zastrzegają sobie prawo do odmowy przyznania pomocy finansowej, jeżeli wniosek o pomoc finansową (FAP) nie zostanie złożony w obowiązującym okresie składania wniosków.

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

- A. Poprosić o kopię wniosku o pomoc finansową (FAP) w dziale przyjęć, na szpitalnym oddziale ratunkowym lub u doradcy finansowego w placówce, w której udzielono świadczenia;
- B. Pobrać i wydrukować wniosek o pomoc finansową (FAP) ze strony internetowej jednostki;
- C. Złożyć pisemny wniosek do Centrum Obsługi Finansowej Pacjentów pod aktualnym adresem podanym na stronie internetowej oraz zamieszczonym w zawiadomieniach i formularzach wniosku o pomoc finansową (FAP); lub
- D. Skontaktować się z Działem Usług Finansowych pod numerem 866-404-9382 lub pod aktualnym numerem telefonu podanym na stronie internetowej oraz zamieszczonym w zawiadomieniach i formularzach wniosku o pomoc finansową (FAP).

IV. Ustalenie uprawnień do pomocy finansowej

Trinity Health będzie wykorzystywać model predykcyjny do automatycznego ustalania, na podstawie domniemania, czy pacjenci kwalifikują się do pomocy finansowej. Domniemana kwalifikowalność do pomocy finansowej może zostać ustalona na dowolnym etapie procesu rozliczeniowego.

Jeżeli zostanie ustalone, że pacjent nie kwalifikuje się do pomocy finansowej lub przysługuje mu

pomoc w mniejszym zakresie niż najbardziej korzystna forma pomocy dostępna na podstawie FAP, Trinity Health:

- A. Poinformuje pacjenta o podstawie ustalenia jego uprawnień oraz o sposobie, w jaki pacjent może odwołać się od tej decyzji lub ubiegać się o bardziej korzystną formę pomocy dostępna na podstawie FAP;
- B. Zapewni pacjentowi co najmniej 30 dni na złożenie odwołania lub ubieganie się o dodatkową pomoc finansową poprzez kontakt z Działem Usług Finansowych telefonicznie pod numerem 866-404-9382, faksem pod numerem 312-871-3350 lub pisemnie na adres: 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.
- C. Rozpatrzy każdy kompletny wniosek o pomoc finansową (FAP) złożony przez pacjenta przed upływem okresu składania wniosków.

V. Skuteczna komunikacja

Wszystkie jednostki będą umieszczać w ogólnodostępnych miejscach informacje oraz broszury zawierające podstawowe informacje dotyczące FAP danej jednostki. Wszystkie jednostki będą publikować na swojej stronie internetowej FAP, jego podsumowanie napisane prostym i zrozumiałym językiem oraz formularz wniosku, a także udostępniać pacjentom, na ich żądanie, FAP, podsumowanie w prostym języku oraz formularz wniosku.

VI. Informacje dotyczące opłat za korzystanie z placówki

Trinity Health poinformuje pacjentów, w możliwie najkrótszym rozsądnym terminie, jeżeli świadczenia ambulatoryjne mogą wiązać się z dodatkową opłatą za korzystanie z placówki, naliczaną oprócz opłaty za świadczenie profesjonalne.

Pacjenci mogą zostać poinformowani w formie pisemnego zawiadomienia w momencie udzielania świadczenia.

Opłata za korzystanie z placówki to opłata szpitalna za świadczenia ambulatoryjne, która pokrywa koszty związane m.in. z pomieszczeniami, wyposażeniem, personelem oraz funkcjonowaniem placówki. Jest ona odrębna od opłat za świadczenia profesjonalne naliczanych przez świadczeniodawców.

Opłaty za korzystanie z placówki pokrywają dodatkowe zasoby niezbędne do świadczenia usług ambulatoryjnych w warunkach szpitalnych. Opłaty za korzystanie z placówki pokrywają dodatkowe zasoby niezbędne do świadczenia usług ambulatoryjnych w warunkach szpitalnych.

VII. Procedura rozliczeń i windykacji należności

Wszystkie jednostki będą stosować zasady rozliczania i windykacji należności od pacjentów, które są sprawiedliwe, jednolite oraz zgodne z przepisami prawa stanowego i federalnego. Działania, które Trinity Health może podjąć w przypadku braku zapłaty, zostały opisane w odrębnej Procedurze rozliczeń i windykacji należności. Kopię Procedury rozliczeń i windykacji należności można bezpłatnie uzyskać, kontaktując się z Centrum Obsługi Klienta pod numerem 708-401-7115 lub składając wniosek drogą mailową. Trinity Health przestrzega przepisów § 501(r) oraz

obowiązującego prawa stanowego dotyczących zakazu podejmowania nadzwyczajnych działań windykacyjnych („ECA”) wobec osób uznanych za uprawnione do pomocy finansowej. Ponadto, o ile dana osoba nie jest w stanie uregulować należności, Trinity Health nie będzie podejmować działań prawnych w celu wyegzekwowania zasądzonej należności, ustanawiać zastawu na majątku danej osoby ani zgłaszać jej do biura informacji kredytowej.

Jeżeli pacjent dokonał płatności w trakcie okresu składania wniosku, a przed ustaleniem jego uprawnień, Trinity Health zwróci kwotę przewyższającą wysokość przyznanej pomocy finansowej, do której pacjent został zakwalifikowany, chyba że kwota ta jest niższa niż 5,00 USD.

VIII. Wykaz świadczeniodawców

Wykaz świadczeniodawców udzielających pomocy medycznej w nagłych przypadkach lub niezbędnych z medycznego punktu widzenia świadczeń w placówce szpitalnej, ze wskazaniem, którzy z nich oferują pomoc finansową zgodnie z FAP, a którzy jej nie oferują, jest prowadzony odrębnie od niniejszej Polityki Pomocy Finansowej (FAP). Kopię wykazu świadczeniodawców można bezpłatnie uzyskać na stronie internetowej jednostki „[Provider Discovery | Loyola Medicine](#)” lub kontaktując się z Centrum Obsługi Klienta pod numerem 708-401-7115.

IX. Inne zniżki

Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej zgodnie z niniejszą Polityką, a którzy otrzymują pomoc medyczną w nagłych przypadkach lub inne niezbędne z medycznego punktu widzenia/nieplanowe świadczenia, mogą kwalifikować się do innych form pomocy oferowanych przez jednostkę. Inne formy pomocy nie są uzależnione od sytuacji finansowej pacjenta, nie stanowią części Polityki Pomocy Finansowej i są przyznawane według uznania jednostki.

ZAKRES / ZASTOSOWANIE

Niniejszy dokument stanowi politykę Zarządu. Niniejsza Polityka ma zastosowanie do wszystkich organizacji wchodzących w skład Trinity Health, w tym jej jednostek i podmiotów zależnych, a każda jednostka i spółka zależna w ramach Systemu, która świadczy lub rozlicza szpitalne świadczenia zdrowotne dla pacjentów, jest zobowiązana przyjąć identyczną Politykę Pomocy Finansowej (FAP). Jednostki przyjmą Politykę lustrzaną, odzwierciedlającą postanowienia niniejszej Polityki. Organizacje Trinity Health, które świadczą lub rozliczają inne rodzaje opieki nad pacjentami, przyjmą Politykę Pomocy Finansowej (FAP) odpowiadającą potrzebom obsługiwanej społeczności oraz zapewniającą pomoc finansową osobom, które potrzebują wsparcia finansowego.

DEFINICJE

„Zdolny do zapłaty” oznacza

- a. Osoba, w przypadku której w wyniku weryfikacji wniosku o Medicaid ustalono brak uprawnień do tego programu lub której odmówiono przyznania świadczeń w ramach stanowego programu Medicaid.
 - Trinity Health nie wymaga, aby osoba ubiegająca się o pomoc finansową składała wniosek

o Medicaid jako warunek wstępny uzyskania pomocy finansowej.

- b. Osoba, w przypadku której po rozpatrzeniu wniosku ustalono, że nie kwalifikuje się do pomocy finansowej.
- c. Osoba, która nie złożyła wniosku o pomoc finansową po upływie okresu składania wniosków o pomoc finansową.
- d. Osoba, która odmówiła wypełnienia wniosku lub współpracy w procesie ubiegania się o pomoc finansową.

„Kwoty zazwyczaj naliczane” („AGB”) oznaczają kwoty, które są zazwyczaj naliczane pacjentom posiadającym ubezpieczenie pokrywające koszty nagłych przypadków lub innych świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia. AGB dla świadczeń szpitalnych i lekarskich w danej jednostce będzie obliczana przez Biuro Systemu lub jednostkę raz w roku, z wykorzystaniem metody analizy historycznej („look-back”), polegającej na podzieleniu sumy opłaconych roszczeń Medicare przez łączną wartość, czyli „kwotę brutto”, opłat za te roszczenia, przy czym obliczenia będą oparte na dwunastu miesiącach opłaconych roszczeń, z uwzględnieniem 30-dniowego przesunięcia między datą raportu a datą najnowszego wypisu pacjenta.

„Okres składania wniosków” rozpoczyna się w dniu udzielenia świadczenia i kończy się w późniejszym z następujących terminów: 240 dni od tego dnia lub

- a. upływ 30-dniowego okresu przysługującego pacjentom, którzy zostali zakwalifikowani do pomocy w mniejszym zakresie niż najbardziej korzystna forma pomocy pomocy dostępnej na podstawie statusu domniemanej kwalifikowalności do pomocy lub wcześniejszego zakwalifikowania do FAP, na złożenie wniosku o bardziej korzystną formę pomocy.
- b. termin wskazany w pisemnym zawiadomieniu.

Pomoc medyczna w nagłych przypadkach, zgodnie z definicją zawartą w § 1867 ustawy o zabezpieczeniu społecznym (Social Security Act). Pacjenci zgłaszający się do szpitala Trinity Health z nagłym stanem medycznym będą leczeni bez dyskryminacji i bez względu na zdolność pacjenta do pokrycia kosztów leczenia. Jednostki będą działać zgodnie ze wszystkimi federalnymi i stanowymi wymogami dotyczącymi udzielania pomocy w nagłych przypadkach, w tym wymogami dotyczącymi badania, leczenia i przekazywania pacjentów, określonymi w federalnej ustawie o nagłym leczeniu medycznym i aktywnym porodzie (EMTALA).

„Dochód rodziny” oznacza roczny dochód wszystkich dorosłych członków gospodarstwa domowego uzyskany w poprzednim okresie 12 miesięcy lub w poprzednim roku podatkowym, ustalony na podstawie aktualnych odcinków wypłaty, zeznań podatkowych oraz innych informacji. W przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia dochód rodziny obejmuje roczny dochód rodziców i/lub ojczyków lub macoch, a także krewnych sprawujących opiekę nad dzieckiem. Wysokość dochodu może zostać ustalona poprzez przeliczenie dotychczasowego dochodu rodziny uzyskanego od początku roku na wartość roczną, z uwzględnieniem aktualnego poziomu dochodów.

„Pomoc finansowa” oznacza wsparcie (np. pomoc charytatywną, zniżki itp.) udzielane pacjentom,

dla których pokrycie pełnego kosztu niezbędnych z medycznego punktu widzenia świadczeń udzielanych przez Trinity Health stanowiłoby znaczne obciążenie finansowe, i którzy spełniają kryteria kwalifikujące do otrzymania takiej pomocy.

„Polityka Pomocy Finansowej” („FAP”) oznacza pisemną politykę i procedurę spełniającą wymagania określone w § 1.501(r)-4(b).

„Wniosek o pomoc finansową” („FAP Application”) oznacza informacje oraz załączoną dokumentację składane przez pacjenta w celu ubiegania się o pomoc finansową na podstawie FAP danej jednostki. Jednostki mogą uzyskiwać informacje od osoby w formie pisemnej lub ustnie (albo w obu tych formach).

„Dochód” obejmuje wynagrodzenia brutto, pensje, dochody z pracy najemnej i pracy na własny rachunek, zasiłki dla bezrobotnych, odszkodowania pracownicze, świadczenia z Social Security, pomoc publiczną, świadczenia dla weteranów, alimenty na dziecko, alimenty na małżonka, pomoc edukacyjną, świadczenia dla osób pozostałych przy życiu po śmierci członka rodziny, emerytury, dochody emerytalne, regularne wypłaty z ubezpieczeń i rent, dochody z mas spadkowych i funduszy powierniczych, otrzymywane czynsze, odsetki/dywidendy oraz dochody z innych źródeł.

„Świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia” oznaczają wszelkie świadczenia zdrowotne lub produkty medyczne udzielane lub dostarczane przez jednostkę Trinity, które w uzasadnionej ocenie świadczeniodawcy są niezbędne do zapobiegania chorobie, jej diagnozowania lub leczenia, a także do zapobiegania urazom, leczenia ich lub łagodzenia ich objawów. „Świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia” nie obejmują świadczeń planowych, które nie są objęte obowiązującym ubezpieczeniem pacjenta, płatnością ze środków publicznych lub planem zdrowotnym, ani zabiegów kosmetycznych mających na celu poprawę wyglądu prawidłowej lub prawidłowo funkcjonującej części ciała.

„Jednostka” (określana również jako „jednostka ochrony zdrowia”) oznacza podmiot zależny pierwszego stopnia (bezpośredni), podmiot powiązany lub jednostkę operacyjną Trinity Health, posiadającą organ zarządzający sprawujący bieżący nadzór nad wyznaczoną częścią działalności Systemu Trinity Health. Jednostka może być wyodrębniona na podstawie obszaru geograficznego, którego dotyczy jej działalność, lub ze względu na specjalizację w określonym rodzaju świadczeń bądź obszarze działalności. Jednostki obejmują jednostki misyjne, krajowe oraz regionalne.

„Polityka lustrzana” oznacza wzorcową politykę zatwierdzoną przez Trinity Health, którą każda jednostka jest zobowiązana przyjąć jako identyczną politykę, jeżeli jest ona odpowiednia i ma zastosowanie do jej działalności. Jednostka może jednak zmienić jej format w celu dostosowania do lokalnych preferencji stylistycznych lub, po uzyskaniu zgody członka ELT odpowiedzialnego za daną Politykę lustrzaną, w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami stanowymi lub lokalnymi, a także wymaganiami dotyczącymi licencjonowania i akredytacji.

„Polityka” oznacza ogólne wytyczne dotyczące istotnych kwestii mających znaczenie dla Trinity Health, jej jednostek i podmiotów zależnych lub postanowienie stanowiące dalszą interpretację dokumentów regulujących działalność Trinity Health, jej jednostek i podmiotów zależnych. Polityki mogą być samodzielne, ogólnosystemowe lub lustrzane, zgodnie z ich oznaczeniem przez organ zatwierdzający.

„**Procedura**” oznacza dokument opracowany w celu wdrożenia polityki lub opisujący konkretne wymagane działania bądź procesy.

„**Obszar świadczenia usług**” oznacza główne rynki obsługiwane przez jednostki. Potwierdza to wykaz kodów pocztowych, pod którymi zamieszkują pacjenci.

„**Standardy lub wytyczne**” oznaczają dodatkowe instrukcje i wskazówki pomagające we wdrażaniu procedur, w tym opracowane przez organizacje akredytacyjne lub zawodowe.

„**Podmiot zależny**” oznacza osobę prawną, w której jednostka Trinity jest jedynym członkiem korporacyjnym lub jedynym udziałowcem.

„**Pacjent nieubezpieczony**” oznacza osobę, która nie posiada ubezpieczenia ani innego finansowania ze strony podmiotu trzeciego, w tym ubezpieczenia komercyjnego, planu ERISA, federalnego programu opieki zdrowotnej (w tym m.in. Medicare, Medicaid, SCHIP i CHAMPUS), ubezpieczenia pracowniczego (Workers’ Compensation) ani innej pomocy ze strony podmiotu trzeciego pokrywającej całość lub część kosztów świadczeń.

ODPOWIEDZIALNY DZIAŁ

Dalsze wytyczne dotyczące niniejszej Polityki można uzyskać w Dziale Doskonalenia Rozliczeń Trinity Health.

POWIĄZANE PROCEDURY I INNE MATERIAŁY

- Procedura finansowa nr RE.PFS.3 – Pomoc finansowa dla pacjentów
- Procedura finansowa nr RE.PFS.13 – Procedura rozliczeń i windykacji należności

ZATWIERDZENIA

Pierwsze zatwierdzenie: 14 czerwca 2014 r. przez Komitet ds. Odpowiedzialnego Zarządzania Rady Dyrektorów Trinity Health

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