

## **Политика работы с кредитом и задолженностью**

**Вступает в силу: 1 января 2016 года**

Настоящая «Политика работы с кредитом и задолженностью» распространяется на больницу и все учреждения, входящие в лицензию больницы 2059 или код налога 04-2103612

## Содержание

Вступление .....	1
I. Предоставление медицинских услуг .....	2
II. Право на участие в программах финансовой помощи .....	4
III. Уведомление о наличии финансовой помощи и других вариантах страхования .....	6
IV. Порядок работы больницы с задолженностью .....	7
V. Депозиты и планы оплаты в рассрочку.....	13
VI. Глоссарий .....	15
VII. Приложения/Дополнения .....	18

## Вступление

Наша больница является медицинским учреждением, предоставляющим оперативное обслуживание, необходимое с медицинской точки зрения, всем людям независимо от их платёжеспособности. Больница предлагает это обслуживание **всем** поступающим в наше учреждение пациентам 24 часа в сутки, семь дней в неделю и 365 дней в году.

При необходимости больница помогает пациентам получить финансовую помощь от общественных программ и из других источников. Чтобы сохранять рентабельность при выполнении своей миссии, больница должна нести фидуциарную ответственность за надлежащее выставление счетов и взимание оплаты за медицинские услуги, предоставляемые пациентам. Важно отметить, что, хотя федеральное правительство и руководство штата используют разные названия обязательных для больницы правил, определяющих порядок предоставления финансовой помощи пациентам, в целом к ним предъявляются одни и те же требования. Поэтому настоящая политика составлена таким образом, чтобы соответствовать как нормативам Health Safety Net (Системы обеспечения медицинского обслуживания) штата, касающимся «Политики работы с кредитом и задолженностью», так и требованиям «Политики предоставления финансовой помощи» (Financial Assistance Policy) федерального Закона о реформе здравоохранения, пояснения к которым были недавно даны в уведомлении IRS 2015-46 и которые вступят в действие по отношению к годам налогообложения начиная с 29 декабря 2015 года.

Больница не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, гражданства, статуса иностранца, религии, вероисповедания, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, возраста или инвалидности в своей политике или при проведении своей политики, касающейся получения и проверки финансовой информации, внесения депозитов до приёма или лечения пациентов, планов оплаты, отсроченного или отклонённого приёма, статуса «малоимущий пациент» согласно определению Управления Medicaid штата Массачусетс, определения того, что пациент является малоимущим, а также в своей практике выставления счетов и взимания задолженностей.

Настоящая «Политика работы с кредитом и задолженностью» разработана с целью обеспечения соответствия применимым критериям, являющимся обязательными согласно (1) нормативам предоставления соответствующих услуг Health Safety Net (101 CMR 613.00), (2) требованиям центров обслуживания программ Medicare и Medicaid в отношении проблемной задолженности (42 CFR 413.89), (3) Руководству Medicare по возмещению расходов поставщиков (Часть 1, Глава 3), а также (4) Разделу 501(г) Закона о внутреннем налогообложении в соответствии с требованиями Раздела 9007(а) федерального Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Пуб. Л. № 111-148) и пояснениям, которые были недавно даны в уведомлении IRS от 28 февраля 2011 года по вопросам сообщения такой информации в налоговых декларациях больниц по форме IRS 990.

## Наша миссия

Больница New England Baptist Hospital будет изменять жизни тех, кому мы служим, способствуя благополучию, восстанавливая функционирование, уменьшая инвалидность, облегчая боли и расширяя знания в области заболеваний опорно-двигательного аппарата и связанных с ними нарушений.

## Наша цель

- Больница New England Baptist Hospital будет признана главным и предпочитаемым учреждением, предоставляющим лечение при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.
- НЕВН будет ведущим учреждением региона и самым надёжным источником обслуживания и информирования пациентов по вопросам заболеваний опорно-двигательного аппарата и связанных с ними нарушений.
- Мы займём лидирующее место среди лучших больниц страны за счёт клинического профессионализма, нововведений, научных знаний, эффективности и легендарного уровня обслуживания наших пациентов.

### **Наши базовые ценности**

Больница New England Baptist Hospital стремится утверждать наши базовые ценности – уважение, активную жизненную позицию, превосходное обслуживание и высокие стандарты деятельности.

### **I. Предоставление медицинских услуг**

Больница оценивает предоставление медицинских услуг всем претендующим на них пациентам независимо от платёжеспособности последних. Однако предоставление услуг, не являющихся экстренными или неотложными (т.е. необязательных услуг или первичного медико-санитарного обслуживания) может задерживаться или откладываться в зависимости от результатов консультации с клиническим персоналом больницы и, если это необходимо, с медработниками, оказывающими пациенту первичную медицинскую помощь, при наличии таковых. В подобных случаях больница может отказаться предоставлять пациенту услуги, не являющиеся экстренными или неотложными, если больница не может установить источник оплаты или право на участие в программе предоставления финансовой помощи. К таким программам относятся MassHealth, Commonwealth Care, Children’s Medical Security Plan, Healthy Start, Health Safety Net и другие. Решения, касающиеся предоставления услуг и доступа к обслуживанию, зачастую определены в справочнике по вопросам оплаты за обслуживание, который имеется в страховой компании или программе финансовой помощи.

Решения о том, насколько срочно должно предоставляться лечение в связи с имеющимися у пациента клиническими симптомами, будет приниматься медицинскими специалистами на основании местной стандартной практики, стандартов клинического обслуживания, принятых на федеральном уровне и в штате, а также правил и процедур, определяющих работу медицинского персонала больницы. Помимо этого, все больницы соблюдают требования Закона об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, или EMTALA), проводя скрининговое медицинское обследование для установления факта заболевания, требующего срочного вмешательства. Важно отметить, что классификация заболеваний пациентов приводится только для целей управления рабочим процессом клиники и что такие классификации необходимы для определения порядка, в котором врачи должны принимать пациентов в зависимости от имеющихся симптомов последних. Эти классификации не отражают оценку заболевания пациента, вносимую в окончательный диагноз.

Тем пациентам, которые не застрахованы или недостаточно застрахованы, больница будет помогать найти программу финансовой помощи, которая сможет оплатить все или некоторые больничные счета таких пациентов. В отношении тех пациентов, которые имеют частное страхование, больница должна выяснять через пациента и страховую компанию, какие услуги 2016 Credit & Collection Policy (Политика работы с кредитом и задолженностью 2016 г) - Russian

могут оплачиваться страхованием данного пациента. Поскольку больница зачастую не может своевременно получить такую информацию от страховой компании, пациент обязан знать, какие услуги будут оплачиваться, до того, как обратиться за предоставлением услуг, не являющихся экстренными или неотложными. Решение о лечении заболеваний принимается в соответствии со следующими определениями:

#### 1. Услуги экстренной и неотложной медицинской помощи

В отношении всех поступающих в Больницу пациентов проводится оценка уровня необходимости в услугах экстренной или неотложной медицинской помощи независимо от личности пациента, объёма его страхования или платёжеспособности. Затем результаты оценки уровня необходимости в услугах экстренной или неотложной помощи используются Больницей для определения допустимого объёма покрытия проблемной задолженности за услуги экстренной или неотложной помощи в рамках Фонда системы обеспечения медицинского обслуживания (Health Safety Net Fund).

- a) Услуги экстренной медицинской помощи включают: услуги, необходимые с медицинской точки зрения и предоставленные после возникновения заболевания, физического или психического, проявляющегося в виде симптомов достаточной степени серьёзности, включая сильные боли, при которых у *здравомыслящего непрофессионала, обладающего средними познаниями в вопросах здоровья и медицины*, возникают разумные основания полагать, что отсутствие срочного медицинского вмешательства подвергнет это или другое лицо серьёзной опасности или приведёт к серьёзному нарушению функционирования организма или серьёзной дисфункции отдельного органа или части тела или – в отношении беременных женщин – появлению факторов, определённых в разделе 1867(e) (1) (B) Закона о социальном обеспечении, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Услугами экстренной медицинской помощи считаются скрининговое медицинское обследование и любое последующее лечение существующего заболевания, а также любые другие аналогичные услуги, предоставленные в степени, требуемой федеральным законом EMTALA (42 USC 1395(dd)).
- b) Услуги неотложной медицинской помощи включают: услуги, необходимые с медицинской точки зрения и предоставленные после внезапного возникновения заболевания, физического или психического, проявляющегося в виде острых симптомов достаточной степени серьёзности (включая сильные боли), при которых у *здравомыслящего непрофессионала возникают разумные основания полагать, что отсутствие медицинского вмешательства в течение 24 часов* подвергнет здоровье пациента опасности, приведёт к нарушению функционирования организма или дисфункции отдельного органа или части тела. Услуги неотложной медицинской помощи касаются заболеваний, не угрожающих жизни и не представляющих большого риска нанесения серьёзного вреда здоровью человека, однако требующих незамедлительного медицинского вмешательства.
- c) Требования уровня EMTALA: Больница New England Baptist Hospital не уполномочена иметь и не имеет отделения экстренной медицинской помощи, и поэтому в ней не предусматривается внеплановый приём пациентов, требующих экстренной медицинской помощи. В соответствующих случаях услуги экстренной и неотложной медицинской помощи будут предоставляться без учёта личности пациента, его страхового обеспечения или платёжеспособности. Согласно требованиям федеральных

законов, EMTALA распространяется на всех, кто поступает на территорию больницы и просит провести обследование или лечение на уровне экстренной медицинской помощи (заболевания, требующего незамедлительного медицинского вмешательства) или лечения какого-либо заболевания. Чаще всего внеплановые пациенты, требующие неотложной медицинской помощи, принимаются отделением амбулаторной помощи (Ambulatory Care Unit, или ACU). Однако, согласно EMTALA, внеплановые пациенты, просящие о предоставлении услуг экстренной медицинской помощи и при этом приходящие в другое стационарное отделение, клинику или иное вспомогательное подразделение, могут также подвергаться скрининговому медицинскому обследованию для установления факта заболевания, требующего срочного вмешательства. В отношении такого пациента будут проведены обследование и лечение заболевания, требующего срочного вмешательства, или предоставлены другие аналогичные услуги в степени, требуемой EMTALA, причём они будут считаться оказанием экстренной медицинской помощи. Решение о наличии заболевания, требующего экстренной медицинской помощи, принимается проводящим обследование врачом или другим квалифицированным медицинским специалистом больницы и отражается в медицинской документации. Решение о наличии заболевания, требующего неотложной медицинской помощи, или первичного заболевания также принимается проводящим обследование врачом или другим квалифицированным медицинским специалистом больницы и отражается в медицинской документации.

## 2. Услуги неэкстренной и несрочной медицинской помощи:

Пациентам, которые либо (1) прибывают в больницу и просят об оказании им неэкстренной и несрочной медицинской помощи, либо (2) просят о предоставлении дополнительного ухода после стабилизации заболевания, требовавшего экстренной медицинской помощи, больница может предоставлять факультативные услуги после консультации с клиническим персоналом больницы и ознакомления с вариантами страхования данного пациента.

- а) Факультативные услуги: необходимые с медицинской точки зрения услуги, которые не соответствуют приведённому выше определению экстренной или неотложной помощи. Обычно такие услуги связаны либо с оказанием первичной медицинской помощи, либо с медицинскими процедурами, заранее запланированными пациентом или поставщиком медицинских услуг (больницей, диспансером и т.д.).

## 3. Места возможного прибытия пациентов:

Пациенты могут просить о предоставлении услуг на уровне экстренной и неотложной медицинской помощи, прибывая в отделения больницы, предназначенные для оказания неотложной медицинской помощи. Больница NEBH не уполномочена иметь отделения экстренной медицинской помощи. Однако пациенты с заболеваниями, требующими экстренной и неотложной медицинской помощи, могут прибывать и в другие места, включая в том числе такие вспомогательные отделения, как отделение радиологии и лаборатория, больничные клиники и другие места. Помимо этого, больница предоставляет и другие факультативные услуги в главном корпусе, клиниках и других амбулаторных подразделениях.

## II. Документальное подтверждение права на участие в программах финансовой помощи

### 1. Общие принципы

Финансовая помощь предназначена для оказания содействия малоимущим пациентам, которые без неё не имеют возможности оплатить своё медицинское обслуживание. При предоставлении такой помощи учитываются возможности каждого пациента по внесению вклада в оплату своего медицинского обслуживания. Тем пациентам, которые не застрахованы или недостаточно застрахованы, больница будет помогать с подачей заявления в существующие программы финансовой помощи, которые могут оплатить все или некоторые больничные счета таких пациентов. Больница оказывает такую помощь как жителям штата Массачусетс, так и тем, кто не является жителем штата; однако в некоторых программах социального обеспечения штата, предназначенных для оплаты услуг больниц в штате Массачусетс, могут не предусматриваться средства для лиц, не являющихся жителями штата. Чтобы больница могла помочь незастрахованным или недостаточно застрахованным пациентам найти наиболее подходящие им варианты страхования и определить, отвечает ли пациент финансовым критериям для предоставления скидок в оплате, пациенты должны активно сотрудничать с больницами при документальном подтверждении своего семейного дохода, другого страхового обеспечения, а также при получении любой другой информации, которая может быть использована при определении права на участие в программе.

### 2. Зачисление в программу социального обеспечения

Больницы не играют роли в принятии решений по поводу права на зачисление в программу социального обеспечения. В штате Массачусетс лица, подающие заявления для зачисления в MassHealth – престижную программу финансовой помощи, предлагаемую в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, программы Children’s Medical Security или Medical Hardship – должны делать это на едином стандартном бланке заявления, подаваемом через созданную в штате новую систему регистрации, которая называется «Биржа медицинского страхования» (Health Insurance Exchange, или HIX). Следуя этой процедуре, человек может подать заявление через онлайн-вебсайт (который расположен на централизованном веб-сайте штата Health Connector), в бумажном виде или по телефону, причём представитель отдела обслуживания клиентов находится либо в MassHealth, либо в Connector. Кроме того, можно попросить одного из финансовых консультантов больницы (CAC – “certified application counselor”) помочь с подачей заявления либо на веб-сайте, либо в бумажном виде.

При подаче заявления о страховом обеспечении осуществляются следующие действия:

1. Заявителя просят создать онлайн-аккаунт, который штат использует для проведения проверки личности заявителя. После её завершения заявитель сможет подать заполненное заявление по системе hCentive, существующей на веб-сайте Connector. Если заявитель не желает проходить онлайн-проверку личности, он может подать заявление в бумажном виде. При этом могут потребоваться другие виды проверки, включая проверку уровня доходов, места жительства и гражданства.
2. Получив заявление, штат проверит право на участие в программе, сверив финансовую и другую демографическую информацию данного лица с данными, имеющимися на федеральном сайте, а также проанализировав уровень его доходов с помощью методики оценки валового дохода с поправками и изменениями. При

необходимости заявитель также представит по требованию системы дополнительные свидетельства. После этого заявитель считается:

- a. Имеющим право на страховое обеспечение MassHealth, о чём MassHealth известит заявителя по почте, причём в этом извещении будет содержаться информация о праве на это обеспечение, включая дату начала, и другая соответствующая информация; или
- b. Если заявитель имеет право на участие в соответствующем плане медицинского обеспечения в рамках программы Health Connector, то он получит извещение о своём праве и указания о дальнейших действиях. К ним относятся следующие: (1) выбор плана, (2) уплата ежемесячного страхового взноса, (3) регистрация и получение свидетельства о страховом обеспечении.

Дополнительная информация о льготах программ MassHealth и Connector и процедуре подачи заявления приведена по адресам [www.massgov/masshealth](http://www.massgov/masshealth) и [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org).

### 3. Процесс проведения больницей проверки и утверждения права на участие в программе

Больница предоставляет пациентам информацию о программах финансовой помощи, осуществляемых в рамках штата Массачусетс, или о собственной программе финансовой помощи, которые могут полностью или частично оплатить их больничные счета. В отношении тех пациентов, которые просят о предоставлении такой помощи, больница проводит проверку их права на участие в одной из существующих общественных программ и помогает им подать заявление на участие в этой программе. В число таких программ, помимо прочего, входят программы, осуществляемые в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, программа Children's Medical Security (Программа обеспечения медицинской безопасности детей), и Medical Hardship, причём заявления на участие в них должны подаваться на едином стандартном бланке заявления, подаваемом через созданную в штате новую систему регистрации, которая называется «Биржа медицинского страхования» (Health Insurance Exchange, или HIX).

Пациент обязан предоставить больнице точную и актуальную информацию, включая свою фамилию, имя и отчество, адрес, номер телефона, дату рождения, номер социального страхования (при его наличии), текущие варианты медицинского страхования (включая все другие страховки или варианты страхового обеспечения (например, полис автомобильного страхования или полис компенсации работника), которые могут оплатить стоимость предоставленного обслуживания), все другие применимые источники финансовых средств, а также информацию о гражданстве и месте жительства. Эта информация будет использована для определения оплаты услуг, предоставленных пациенту. При отсутствии конкретных источников оплаты предоставленных услуг больница использует эту информацию для того, чтобы выяснить, могут ли эти услуги быть оплачены соответствующей программой, которая осуществляет оплату в определённых случаях, считающихся проблемной задолженностью. Кроме того, больница использует эту информацию для того, чтобы обсудить право на участие в некоторых программах медицинского страхования. Если пациент или его гарант не могут предоставить необходимую информацию, то больница может (по просьбе пациента) приложить обоснованные усилия для того, чтобы получить дополнительные сведения из других источников. Это происходит тогда, когда пациент договаривается о предоставлении услуг, во время предварительной регистрации, в момент приёма пациента в больницу, при выписке или в течение разумного периода времени после выписки из больницы. Полученная больницей информация будет храниться в соответствии с применимыми законами федерального



правительства и штата, касающимися обеспечения конфиденциальности и безопасности информации.

Процесс проверки и подачи заявлений на участие в программах государственного медицинского страхования осуществляется либо в системе Virtual Gateway (представляющей собой внутренний портал Исполнительного управления здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс, на котором общественности, медицинским учреждениям и местным общественным организациям предлагается онлайн-заявление на участие в осуществляемых штатом программах), либо на стандартном бумажном бланке заявления, который заполняется пациентом и также направляется на рассмотрение Исполнительного управления здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс. Исполнительное управление здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс единолично управляет процессом обработки заявлений на участие в перечисленных выше программах, которые предлагаются детям, взрослым, лицам старшего возраста, ветеранам, бездомным и инвалидам.

При особых обстоятельствах больница может подать за пациента заявление на участие в программах, предлагаемых в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program или Medical Hardship, используя специальный бланк, разработанный Отделом штата Массачусетс по вопросам финансов и политики (Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy). К числу особых обстоятельств относятся просьбы о предоставлении финансовой помощи, связанные с тем, что заявитель находится в заключении, является жертвой жестокого отношения со стороны супруга или испытывает тяготы медицинского характера (Medical Hardship).

Более конкретно, больница помогает пациентам с составлением стандартного заявления Исполнительного управления здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс и предоставлением необходимой документации, требуемой для участия в соответствующей программе финансовой помощи. К числу необходимой документации относятся свидетельства о: (1) годовом семейном доходе (квитанции с расчётом заработной платы, документы о выплатах социальных пособий, письмо работодателя, налоговые декларации или выписки из банковских счетов), (2) гражданстве и личности, (3) иммиграционном статусе лиц, не являющихся гражданами (в соответствующих случаях), а также (4) активах тех лиц, которые одновременно участвуют в программе Medicare. Затем больница отправляет эту документацию в Управление Medicaid штата Массачусетс и помогает пациенту в получении любой дополнительной документации, если штата запросит её после отправления заявления. В штате Массачусетс предусмотрен трёхдневный период для представления всей необходимой документации после подачи заявления на участие в одной из программ. По истечении этого трёхдневного периода пациент и медицинское учреждение должны будут сотрудничать с регистрационными центрами MassHealth, чтобы получить дополнительную документацию, необходимую для участия в соответствующей программе финансовой помощи.

Все заявления рассматриваются и обрабатываются Управлением Medicaid штата Массачусетс, которое использует федеральный установленный уровень бедности, сведения об активах, а также перечисленную выше необходимую документацию как основу для определения права на участие в программах социального обеспечения, финансируемых из средств штата. Копия федерального Руководства по установленному уровню бедности, используемого штатом, прилагается к настоящей «Политике».

Больницы не играют никакой роли при принятии штатом решения о праве на участие в программах, однако по просьбе пациента они могут играть непосредственную роль при подаче заявления или получении информации, связанной с решениями по поводу страхового обеспечения. Тем не менее, пациент обязан сообщать в больницу обо всех принятых штатом решениях по поводу страхового обеспечения, чтобы обеспечивать точную и своевременную оценку всех счетов больницы.

#### 4. Будущие программы

По мере того как будут появляться новые варианты страхового обеспечения, которые обсуждаются в предложениях по поводу реформы системы здравоохранения на федеральном и региональном уровнях, больница будет вносить соответствующие изменения в настоящую «Политику работы с кредитом и задолженностью».

### **III. Уведомление о наличии финансовой помощи и других вариантах страхования**

#### 1. Общие принципы

Тем пациентам, которые не застрахованы или недостаточно застрахованы, больница будет помогать с подачей заявления в существующие программы финансовой помощи, которые могут оплатить все или некоторые больничные счета таких пациентов. Чтобы помочь таким застрахованным или недостаточно застрахованным пациентам найти существующие и необходимые программы финансовой помощи, больница будет уведомлять всех пациентов о существующих программах как в отправляемых пациентам счетах, так и в общих объявлениях, вывешиваемых в больнице на разных языках в зависимости от нашего местного сообщества и его состава. Правила предоставления финансовой помощи (Financial Assistance Policies, или FAP) и сведения об аффилированных поставщиках услуг опубликованы по адресу: [www.nebh.org/policies](http://www.nebh.org/policies)

Цель этих уведомлений заключается в том, чтобы помогать пациентам с подачей заявлений о страховом обеспечении со стороны одной из программ социального обеспечения, осуществляемых в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, программы Children's Medical Security и Medical Hardship, причём эти заявления должны подаваться на едином стандартном бланке, подаваемом через созданную в штате новую систему регистрации, которая называется «Биржа медицинского страхования» (Health Insurance Exchange, или HIX). По заявкам больница будет предоставлять конкретную информацию о процедуре отнесения к категории «малоимущий пациент» в рамках либо Программы социального обеспечения штата Массачусетс, либо предоставления дополнительной помощи малоимущим пациентам в рамках собственной внутренней программы финансовой помощи, осуществляемой больницей. Кроме того, больница будет извещать пациентов о существующих планах оплаты, которые могут оказаться полезными им в зависимости от размера их семей и доходов.

#### 2. Роль финансовых консультантов и других сотрудников финансовой службы больницы

Больница будет стремиться находить существующие варианты оплаты для тех пациентов, которые не застрахованы или недостаточно застрахованы в рамках своей текущей программы страхования, в периоды, когда пациент договаривается о предоставлении услуг, во время госпитализации, при выписке или в течение разумного периода времени после выписки из больницы. Сотрудники больницы, отвечающие за регистрацию и приём пациентов, будут

направлять всех пациентов, которым необходимы существующие варианты оплаты или финансовая помощь, в финансовую консультацию больницы для определения их права на участие в программе и затем – для проверки их права на участие в соответствующем варианте страхования. После этого больница поможет пациенту с подачей заявления на участие в соответствующих имеющихся вариантах страхования или известит их о наличии финансовой помощи в рамках собственной внутренней программы финансовой помощи.

Кроме того, больница сообщит о том, как связаться с соответствующими сотрудниками в финансовом отделе больницы, чтобы проверить правильность выставленного больницей счёта или оспорить те или иные сборы.

### 3. Методы извещения:

Больница будет вывешивать извещения (объявления) о предлагаемой финансовой помощи в соответствии с настоящей «Политикой работы с кредитом и задолженностью» в следующих местах:

- a) На участках приёма и (или) регистрации пациентов в стационарах, клиниках, пунктах неотложной помощи;
- b) В местах финансового консультирования пациентов;
- c) На центральных участках приёма/регистрации; и (или)
- d) В служебных помещениях, открытых для пациентов.

Вывешиваемые объявления будут хорошо видны и написаны разборчиво для пациентов, посещающих эти места. Кроме того, больница будет включать извещение о наличии финансовой помощи во все выписки и счета, направляемые пациентам.

При обращении пациента в больницу сотрудники финансовой службы больницы постараются выяснить, имеет ли данный пациент право на участие в какой-либо общественной программе финансовой помощи или плане оплаты. Пациент, зарегистрированный в общественной программе финансовой помощи, может иметь право на участие в некоторых планах. Помимо этого, пациенты могут иметь право на получение дополнительной помощи в зависимости от собственных внутренних требований больницы, предъявляемых к финансовой помощи, или на оплату услуг в рамках программы Medical Hardship в зависимости от документально подтвержденного дохода пациента и охватываемых льготами расходов.

## **IV. Порядок выставления счетов и работы больницы с задолженностью**

Больница имеет фидуциарную обязанность требовать вознаграждения за предоставленные услуги от лиц, имеющих возможность оплатить их, от сторонних страховщиков, оплачивающих стоимость обслуживания, а также от других программ помощи, на участие в которых пациент имеет право. При определении того, может ли пациент оплатить предоставленные услуги, а также при оказании незастрахованным или недостаточно застрахованным пациентам помощи в поисках альтернативных вариантов оплаты больница пользуется следующими критериями, связанными с выставлением счетов и работой с задолженностью пациентов.

Незастрахованным или недостаточно застрахованным пациентам будут предоставляться расценки, основанные на льготных тарифах в соответствии с политикой больницы под

названием «Обычно взимаемые суммы» (Amounts Generally Billed, или AGB), опубликованной на портале больницы ([www.nebh.org/policies](http://www.nebh.org/policies)). Вся плата за больничное лечение будет взиматься до предоставления услуг. Расценки касаются услуг больницы и не включают гонорары врачей-специалистов. Малоимущие пациенты могут подать заявление о предоставлении финансовой помощи, как описано в разделах II и III настоящей «Политики».

## 1. Сбор информации о финансовых ресурсах и страховом обеспечении пациентов

### а) Обязанности пациента:

До начала предоставления каких-либо медицинских услуг (кроме случаев, когда необходима экстренная или неотложная медицинская помощь) пациент обязан предоставить своевременную и достоверную информацию о своей ситуации со страховым обеспечением, демографическую информацию, сведения об изменениях в доходах семьи или ситуации со страховым обеспечением, а также информацию обо всех франшизах или доплатах, которые причитаются с него в связи с существующим страховым обеспечением или обязательствами по выплатам в рамках программы финансовой помощи. В состав подробной информации будет входить следующее:

- i. Фамилия, имя и отчество, адрес, номер телефона, дата рождения, номер социального страхования (при его наличии), текущие варианты медицинского страхования, сведения о гражданстве и месте жительства, а также применимые финансовые ресурсы пациента, которые могут быть использованы для оплаты его счёта;
  - ii. Фамилия, имя и отчество гаранта пациента, его адрес, номер телефона, дата рождения, номер социального страхования (при его наличии), текущие варианты медицинского страхования, а также применимые финансовые ресурсы, которые могут быть использованы для оплаты счёта пациента; а также
  - iii. Другие ресурсы, которые могут быть использованы для оплаты счёта пациента, включая другие страховые программы, полисы страхования автомобиля или дома, если лечение проводилось в связи с несчастным случаем, программы компенсации работников, страховые полисы учащихся, а также все другие доходы семьи, такие как наследство, подарки или отчисления из существующих фондов, помимо прочего.
- b) В конечном итоге пациент обязан следить за своими больничными счетами и оплачивать те из них, которые не оплачены вовремя, включая все существующие доплаты, счета совместного страхования и франшизы.
- c) Кроме того, пациент обязан извещать либо свою компанию медицинского страхования (при наличии таковой), либо организацию, которая установила право пациента на участие в одной из общественных программ, о любых изменениях дохода семьи или положения со страховым обеспечением.
- d) Больница может оказывать пациенту помощь с продлением его права на участие в общественной программе при изменении дохода семьи или ситуации со страховым обеспечением, но только в том случае, если пациент сообщит больнице о фактах, которые могут указывать на изменение ситуации данного пациента.
- e) Пациент обязан передавать в соответствующую общественную программу, участником которой он является, любую информацию, связанную с изменениями в доходе семьи, а также о любых судебных делах и страховых исках, в результате которых могут быть оплачены предоставленные больницей услуги.
- f) Помимо этого, пациент обязан передать право на оплату третьей стороне, которая покрывает стоимость услуг, оплаченных соответствующей общественной программой.

g) Обязанности больницы:

Больница будет прилагать все разумные усилия и принимать активное участие в получении страховой и другой информации пациента с целью проверки страхового покрытия медицинских услуг, предоставленных больницей. Такие усилия могут предприниматься в случаях, когда пациент договаривается о предоставлении услуг, во время предварительной регистрации, в момент приёма пациента в больницу, при выписке или в процессе взимания оплаты, который может происходить в течение разумного периода времени после выписки из больницы. Эта информация будет собираться до предоставления услуг неэкстренной и несрочной медицинской помощи (например, до проведения факультативных процедур согласно определению настоящей «Политики работы с кредитом и задолженностью»). Больница согласится на отсрочку в получении этой информации при предоставлении услуг экстренной и срочной медицинской помощи на уровне EMTALA, если процесс получения такой информации приведёт к задержке или помехе либо при проведении медицинского скринингового обследования, либо при предоставлении услуг с целью экстренной стабилизации состояния пациента.

В число разумных и активных усилий больницы будут входить, помимо прочего, запрос информации о страховом статусе пациента, проверка существующих публичных или частных баз данных, а также следование правилам известного стороннего плательщика, которые касаются выставления счетов. Когда любая такая информация станет известной сотрудникам службы регистрации или приёма пациентов больницы, они также известят пациента о его обязанности в течение 10 дней в письменном виде известить Health Safety Net или MassHealth о любых изменениях дохода семьи или ситуации со страховым обеспечением, включая любые судебные дела, страховые и гражданские иски или другие разбирательства, в результате которых могут быть оплачены предоставленные больницей услуги, а также известят пациента о его обязанности возместить Health Safety Net стоимость соответствующих услуг из средств, полученных пациентом в результате исков или судебных дел, касающихся ответственности перед третьими сторонами.

Кроме того, больница известит пациента о том, что программа социального обеспечения, участником которой он является, взимает суммы с пациента только в той степени, в которой пациент получил оплату третьей стороны (в результате судебных дел или исков) за медицинское обслуживание, оплаченное программой социального обеспечения, и может попросить Департамент государственных сборов приостановить выплаты данному лицу на сумму, равную сумме, уплаченной поставщику услуг.

Если пациент или гарант/опекун не может предоставить необходимую информацию и если пациент согласен, то больница предпримет разумные усилия для того, чтобы связаться с родственниками, друзьями, гарантом/опекуном и (или) другими соответствующими третьими сторонами и попросить их предоставить необходимую информацию.

Кроме того, больница предпримет разумные и активные усилия для того, чтобы установить, могут ли предоставленные больницей услуги быть оплачены за счёт ресурсов третьей стороны, включая в том числе:

- i. полис страхования ответственности автомобиля или дома,
- ii. полисы страхования общих несчастных случаев или телесных повреждений,
- iii. программы компенсации работников,
- iv. страховые полисы учащихся, помимо прочего, а также

- v. апелляции по поводу отклонённых исков, когда услуга должна полностью или частично оплачиваться страховщиком;
- vi. незамедлительный возврат всех полученных от Управления средств в случае, если установлен любой имеющийся ресурс третьей стороны.

Согласно соответствующим нормативам штата или положениям договора страхования, в отношении любых исков, в ходе которых в результате разумных и активных усилий больницы была получена оплата от частного страховщика или общественной программы, больница сообщит о такой оплате и зачтёт её в счёт требования, которое могло быть оплачено таким частным страховщиком или общественной программой. В отношении проводимых штатом программ социального обеспечения больница не обязана добиваться передачи права пациента на оплату третьей стороны за услуги, предоставленные в связи с несчастным случаем. В подобных случаях штат Массачусетс постарается добиться передачи оплаты предоставленных пациенту услуг, которые были оплачены либо Управлением Medicaid, либо программ, осуществляемых в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, программы Children's Medical Security Program или Medical Hardship.

Вся полученная больницей информация будет храниться в соответствии с применимыми законами федерального правительства и штата, касающимися конфиденциальности, безопасности и хищения персональных данных.

## 2. Методы выставления счетов больницей

Больница прилагает такие же разумные усилия и следует таким же разумным процедурам для получения оплаты по счетам, выставляемым незастрахованному пациенту, как и в отношении всех других пациентов. Сначала больница указывает на наличие текущего остатка, который связан с предоставленными пациенту услугами и не уплачен частным страховщиком или программой финансовой помощи. Больница следует разумному порядку действий по взиманию оплаты и выставлению счетов, который включает следующее:

- a. Отправление первоначального счёта пациенту или стороне, отвечающей за личные финансовые обязательства пациента, при этом такой первоначальный счёт включает информацию об одной из существующих программ финансовой помощи, которая может оплатить выставленный больницей счёт;
- b. Отправление последующих счетов, телефонные звонки, письма о необходимости уплаты, уведомления о личных контактах, извещения по компьютеру или любые другие методы информирования, представляющие собой добросовестные попытки связаться со стороной, отвечающей за выполнение данного обязательства, и сообщить пациенту о наличии финансовой помощи;
- c. По возможности – ведение документации об альтернативных усилиях по поиску стороны, отвечающей за выполнение данного обязательства, или правильного адреса на счетах, которые возвращены почтой с пометкой «Неправильный адрес» или «Адресат не значится»;
- d. Отправление заказной почтой последнего уведомления незастрахованным пациентам (не участвующим в одной из общественных программ), за которыми числится экстренная проблемная задолженность на сумму свыше 1000 долларов только в связи с предоставленными услугами экстренного уровня, в случае, когда уведомления не возвращались с пометкой «Неправильный адрес» или «Адресат не значится» и когда пациенты извещались в такой корреспонденции о наличии финансовой помощи;

- e. Ведение документации о постоянных действиях по выставлению счетов или взиманию оплаты, предпринимаемых на регулярной и частой основе. Такая документация ведётся вплоть до проведения органом федерального или регионального правительства аудиторской проверки отчёта о затратах за тот финансовый год, к которому относится данный счёт или аккаунт. В отношении программ социального обеспечения федеральная программа Medicare и Управление штата по вопросам финансов и политики в области здравоохранения (Division of Health Care Finance and Policy) считают, что 120 дней являются достаточным периодом времени для предпринятия постоянных действий по выставлению счетов или взиманию оплаты.
- f. Использование Системы штата Массачусетс по проверке соответствия критериям (Massachusetts Eligibility Verification System, или EVS) для подтверждения того, что пациент не относится к категории «малоимущие пациенты» по определению Управления Medicaid и не подал через систему Virtual Gateway заявления об оплате данных услуг программой социального обеспечения, прежде чем представлять в программы социального обеспечения штата иски об оплате экстренной проблемной задолженности за услуги экстренной или неотложной помощи.
- g. Ведение дела пациента, в котором содержится вся документация о предпринятых учреждением действиях по взиманию оплаты, включая копии счёта или счетов, последующих писем, отчётов о контактах по телефону или в личном порядке, а также обо всех других предпринятых усилиях.

### 3. Программы финансовой помощи больницы

Больница будет индивидуально уведомлять о наличии программ финансовой помощи пациента, с которого причитается оплата (за исключением предметов или услуг личного пользования), которую третья сторона может осуществить не в полном объёме:

- a. В момент начальной регистрации данного пациента в медицинском учреждении;
- b. Во всех выставляемых счетах; а также
- c. Когда больнице станет известно об изменениях в праве пациента на участие в программе или его медицинском страховом обеспечении.

Пациенты, имеющие право на участие в одной из проводимых штатом программ социального обеспечения, таких как программы штата Массачусетс, предлагаемые в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, программы Children's Medical Security Program или Medical Hardship, считаются участвующими в программе социального обеспечения. Всем пациентам, участвующим в таких программах социального обеспечения штата, больница может выставять счета только в отношении конкретных доплат, совместного страхования или франшизы, которые описаны в соответствующих нормативах штата и дополнительно указаны в Системе управленческой информации Medicaid (Medicaid Management Information System) штата.

Больница будет добиваться определённой оплаты в отношении тех пациентов, которые не имеют права на участие в одной из проводимых штатом Массачусетс программ социального обеспечения, например, пациентов, не являющихся жителями штата, но которые могут в других отношениях подпадать под общие категории, дающие право на получение финансовой помощи в рамках одной из проводимых штатом программ социального обеспечения. В отношении таких пациентов из будущей платы Medicare за обслуживание будет определяться сумма оплаты со скидкой.

Больница, получив запрос пациента и основываясь на результатах внутренней проверки финансового положения каждого пациента, может предложить пациенту дополнительную скидку с суммы непоплаченного счёта. Все такие проверки будут проводиться в рамках отдельной программы финансовой помощи больницы, которая одинаково распространяется на всех пациентов и при которой учитывается документально подтверждённое финансовое положение пациента и его неспособность осуществить оплату после того, как будут предприняты разумные действия по взиманию оплаты. Все скидки предоставляются больницей в соответствии с требованиями федерального и регионального правительства и не влияют на услуги, которые больница предоставляет пациенту.

#### 4. Группы населения, освобожденные от действий по взиманию оплаты 101 CMR 613.08 (3)

- a. Медицинское учреждение не должно выставять счета пациентам, участвующим в программе MassHealth, а также пациентам, получающим от правительства льготы в рамках программы «Экстренная помощь пожилым, инвалидам и детям» (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children), за исключением того, что медицинское учреждение может выставить пациентам счета за все требуемые доплаты и франшизы. Медицинское учреждение может начать выставление счёта пациенту, который заявляет, что участвует в одной из этих программ, но не может представить свидетельств такого участия. Получив удовлетворительное свидетельство того, что пациент является участником любой из перечисленных выше программ, а также подписанное заявление, медицинское учреждение обязано прекратить свои действия по взиманию оплаты.
- b. Участники Плана медицинского страхования детей (Children's Medical Security Plan), у которых валовый доход с поправками и изменениями (MAGI) составляет 300% федерального уровня бедности (FPL) или менее, освобождаются от действий по взиманию оплаты. Медицинское учреждение может начать выставление счёта пациенту, который заявляет, что участвует в Плате медицинского страхования детей, но не может представить свидетельств такого участия. Получив удовлетворительное свидетельство того, что пациент является участником Плана медицинского страхования детей, медицинское учреждение обязано прекратить свои действия по взиманию оплаты.
- c. Малоимущие пациенты, за исключением малоимущих пациентов, имеющих только стоматологическое страховое обеспечение (Dental-Only), освобождаются от действий по взиманию оплаты за все подлежащие возмещению медицинские услуги, предоставленные медицинским учреждением, получающим оплату от Health Safety Net за услуги, в период, в течение которого они считались малоимущими пациентами, за исключением доплат и франшизы. Медицинские учреждения могут продолжать выставление счетов малоимущим пациентам за охватываемые страховкой услуги, предоставленные до того, как они стали считаться малоимущими пациентами, после того, как у их статуса малоимущих пациентов закончился срок действия или он прекратился иным образом.
- d. Малоимущие пациенты, имеющие доход, подпадающий под категории семейного дохода MAGI MassHealth или исчисляемого семейного дохода Medical Hardship, описанные в 101 CMR 613.04(1) и составляющие от 150,1 до 300% FPL, освобождаются от действий по взиманию оплаты в отношении той доли счёта, выставленного ему или ей медицинским учреждением, которая превышает франшизу и может касаться доплат и франшиз, предусмотренных в 101 CMR 613.04(б)(b) и (c). Медицинские учреждения могут продолжать выставление счетов малоимущим пациентам за услуги, предоставленные до того, как они стали считаться малоимущими пациентами, после того, как у их статуса малоимущих пациентов закончился срок действия или он прекратился иным образом.
- e. Медицинские учреждения могут выставить счета малоимущим пациентам за медицинские услуги, которые не подлежат возмещению, которые были предоставлены по просьбе пациента и за оплату которых пациент согласился отвечать, за исключением тех услуг,



которые описаны в 101 CMR 613.08(3)(e)1. и 2. Медицинские учреждения обязаны получать письменное согласие пациента на выставление счетов за такие услуги.

1. Медицинские учреждения не могут выставять счета малоимущим пациентам в связи со страховыми исками, связанными с медицинскими ошибками, включая те, которые описаны в 101 CMR 613.03(1)(d).

2. Медицинские учреждения не могут выставять счета малоимущим пациентам в связи со страховыми исками, отклоненными первичным страховщиком пациента по причине административной ошибки или ошибки в выставленном счёте.

- f. По просьбе пациента медицинское учреждение может выставить счёт малоимущему пациенту, чтобы дать пациенту возможность уплатить требуемую единовременную франшизу CommonHealth, описанную в 130 CMR 506.009: *The One-time Deductible* («Единовременная франшиза»).
- g. Медицинские учреждения не могут предпринимать действий по взиманию оплаты в отношении лиц, имеющих право на участие в программе Medical Hardship, в связи со суммой счёта, превышающей вклад Medical Hardship. Если иск, уже представленный в качестве проблемной задолженности, станет подлежать оплате программой Medical Hardship из средств Health Safety Net, то медицинское учреждение должно прекратить действия по взиманию оплаты за услуги с данного пациента.

## 5. Стандартные действия по взиманию оплаты

- a. Больница не будет осуществлять «чрезвычайных действий по взиманию оплаты» до тех пор, пока не предпримет разумных усилий и не проведёт разумный анализ финансового положения пациента, при котором будет установлено, что пациент имеет право на получение финансовой помощи или освобождение от действий по взиманию оплаты или выставлению счетов в соответствии с настоящей «Политикой работы с кредитом и задолженностью». Больница будет хранить всю документацию, которая использовалась для установления этого факта, в соответствии с применимыми правилами документооборота больницы. К числу чрезвычайных действий по взиманию оплаты могут относиться судебные иски, право удержания жилья, аресты, аресты имущества или иные действия, описанные ниже в соответствии с требованиями штата.
- b. Больница не будет осуществлять действий по взиманию оплаты в отношении лиц, утверждённых для участия в Medical Hardship в рамках программы штата Массачусетс Health Safety Net, в связи с суммой счёта, превышающей вклад Medical Hardship. Кроме того, больница прекратит любые действия по взиманию оплаты, касающиеся экстренного иска по проблемной задолженности, утверждённого в Medical Hardship в рамках программы Health Safety Net.

Если больница помогает заявителю, но не сможет подать в Health Safety Net заполненное заявление в указанный срок, то больница не будет предпринимать в отношении этого заявителя действий по взиманию оплаты по тем счетам, которые могли бы оплачиваться в рамках Medical Hardship, если бы заявление было подано и удовлетворено.

- c. Больница не будет обращать взыскание на заработную плату пациента, подпадающего под категорию «малоимущие пациенты» (по определению Управления Medicaid) или его гаранта, а также не будет осуществлять залоговое право в отношении личного жилья или транспортного средства малоимущего пациента или его гаранта, кроме случаев, когда: (1) больница может доказать, что данный пациент или его гарант платёжеспособны, (2) пациент или его гарант не ответили на запросы больницы о

предоставлении информации или отказались совместно с больницей искать существующую программу финансовой помощи, а также (3) для целей залога такие действия были одобрены Советом попечителей больницы на индивидуальной основе.

- d. Больница и её представители не будут продолжать действий по взиманию оплаты или выставлению счетов в отношении пациента, который является участником рассмотрения дела о банкротстве, за исключением тех действий, которые нацелены на обеспечение её прав в качестве кредитора согласно соответствующему постановлению, при условии, что штат Массачусетс подаст свой иск о взыскании средств в отношении тех пациентов, которые зарегистрированы в программах, предлагаемых в рамках Health Connector (включая ConnectorCare), Health Safety Net, программы Children's Medical Security или Medical Hardship. Кроме того, больница и её представители не будут начислять проценты на просроченную оплату в отношении пациентов, подпадающих под категорию «малоимущие пациенты», а также тех пациентов, которые считаются малоимущими в рамках собственной внутренней программы финансовой помощи больницы.
- e. Больница обеспечивает соответствие применимым требованиям к выставлению счетов, включая нормативы Министерства здравоохранения (105 CMR 130.332), касающиеся неуплаты за конкретные услуги или случаи повторной госпитализации, которые, по определению больницы, являются результатом «серьёзных заявляемых событий» (Serious Reportable Events, или SRE). SRE, которые наступили вне больницы, исключаются из этой категории неуплаты.

Кроме того, больница не требует оплаты от малоимущих пациентов, которые имеют право на участие в программе социального обеспечения и страховые претензии которых были изначально отклонены страховой программой по причине административной ошибки, допущенной больницей при выписке счёта.

- f. Сторонние агентства по сбору платежей  
Больница заключает договоры со сторонними агентствами по взиманию платежей для того, чтобы получать помощь с получением оплаты по некоторым счетам, включая суммы, за уплату которых отвечает пациент и которые не были уплачены после выставления счетов больницы и направления окончательных уведомлений. Однако, как предусматривается в настоящей «Политике работы с кредитом и задолженностью», больница может перевести такую задолженность в категорию проблемной задолженности или благотворительной помощи (которая в иных случаях считается безнадежной в отношении оплаты) до истечения 120 дней, если она сможет установить, что пациент не имел возможности уплатить в рамках собственной внутренней программы финансовой помощи больницы.

Больница даёт сторонним агентствам по взиманию платежей специальное разрешение или заключает с ними договор и требует от них соблюдения своей политики работы с кредитом и задолженностью в отношении взимаемых задолженностей, включая обязательство воздерживаться от «чрезвычайных мер по взиманию платежей», до тех пор, пока больница не предпримет разумные усилия и не выполнит разумных процедур для выяснения того, имеет ли пациент право на помощь или освобождение от взимания платежей или выставления счетов согласно настоящей «Политике работы с кредитом и задолженностью», а также имеет ли он право на получение финансовой помощи. Все нанимаемые больницей сторонние агентства по взиманию платежей предоставят пациентам возможность подать апелляцию и передадут

больнице результаты такой апелляции пациента. Больница требует, чтобы все привлекаемые ей сторонние агентства по взиманию платежей имели лицензию штата Массачусетс и соблюдали требования постановлений 940 CMR 7.00 по вопросу взимания платежей, утверждённых главным прокурором штата Массачусетс.

## **V. Депозиты и планы оплаты в рассрочку**

Больница предоставит пациенту информацию о депозитах и планах оплаты в рассрочку, основанных на документально подтверждённом финансовом положении пациента. Все другие планы будут основаны на собственной внутренней программе финансовой помощи больницы и не будут распространяться на пациентов, способных оплатить предоставленные услуги.

### **A. Услуги экстренной медицинской помощи**

Больница не может требовать депозитов до приёма и (или) лечения от лиц, которым требуются услуги экстренной медицинской помощи 1 уровня, или от пациентов, которые определены как подпадающие под категорию «малоимущие пациенты».

### **B. Депозиты малоимущих пациентов**

Больница может требовать внесения депозита от лиц, которые определены как подпадающие под категорию «малоимущие пациенты». Такие депозиты могут ограничиваться 20% суммы франшизы, вплоть до 500 долларов. Выплата всех остающихся сумм зависит от условий плана оплаты, определённого в 101 CMR 613.08.

### **C. Депозиты пациентов программы Medical Hardship**

Больница может требовать внесения депозита от лиц, которые имеют право на участие в программе Medical Hardship. Депозиты могут ограничиваться 20% вклада Medical Hardship, вплоть до 1000 долларов. Выплата всех остающихся сумм зависит от условий плана оплаты, определённого в 101 CMR 613.08.

### **D. Планы оплаты для малоимущих пациентов по программе штата Массачусетс Health Safety Net**

Лицу, которому после внесения первоначального депозита остаётся уплатить 1000 долларов или менее, должен быть предложен план беспроцентной оплаты сроком по меньшей мере на один год с минимальной суммой ежемесячных взносов не более 25 долларов. Лицу, которому после внесения первоначального депозита остаётся уплатить более 1000 долларов, должен быть предложен план беспроцентной оплаты сроком по меньшей мере на два года.

### **E. Планы оплаты для частично малоимущих пациентов в рамках HSN.**

Согласно программе штата Массачусетс Health Safety Net, в отношении услуг, предоставленных в одном из медицинских центров, лицензированных Больницей, должны предлагаться такие же планы оплаты, как в главном больничном комплексе.

Кроме того, больница предлагает частично малоимущим пациентам, участвующим в Health Safety Net, план совместного страхования, позволяющий пациенту уплачивать 20% суммы Health Safety Net за каждый визит до тех пор, пока пациент не достигнет суммы ежегодной франшизы. Оставшаяся сумма будет списываться на Health Safety Net.

## **VI. Глоссарий**

### **Проблемная задолженность**

Долг за предоставленные пациенту услуги, который считается безнадежным после того, как были предприняты разумные усилия по взиманию оплаты в соответствии с утвержденными и соблюдаемыми больницей правилами работы с кредитом и задолженностью, не относится к убыткам по кредиту, не является обязательством федеральных агентств или организаций штата и не является подлежащей возмещению медицинской услугой.

### **Действие по взиманию оплаты**

Любые меры, посредством которых больница или назначенный ей представитель требует от пациента или ответственной стороны оплатить предоставленные услуги. Действия по взиманию оплаты включают требование о внесении депозитов до приёма и лечения, отправление выписок, данных и писем с предложением о погашении задолженности, контакты по телефону, личные контакты, а также действия агентств по взиманию платежей и адвокатов.

### **Услуги экстренной медицинской помощи**

Согласно определению, данному в нормативных положениях штата Массачусетс (101 CMR § 613.02), услуги, необходимые для оценки или стабилизации состояния здоровья, физического или психического, которое проявляется через симптомы достаточной степени тяжести, включая боли, и при которых у здравомыслящего непрофессионала, обладающего средними познаниями в вопросах здоровья и медицины, возникают разумные основания полагать, что отсутствие срочного медицинского вмешательства подвергнет здоровье пациента или – в отношении беременных женщин – здоровье женщины и её нерождённого ребёнка серьёзной опасности или приведёт к серьёзному нарушению функционирования организма или серьёзной дисфункции отдельного органа или части тела или – в отношении беременных женщин – появлению факторов, определённых в разделе 1867(e) (1) (B) Закона о социальном обеспечении, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B).

### **Программы финансовой помощи**

Программа финансовой помощи – программа, предназначенная для оказания помощи малоимущим пациентам, у которых в противном случае нет возможности оплатить своё медицинское обслуживание. При оказании такой помощи следует учитывать способность каждого человека участвовать в расходах на его или её обслуживание и при этом анализировать все источники дохода семьи и другие факторы, касающиеся страхования. Кроме того, принимаются во внимание пациенты, которые исчерпали свои страховые льготы и (или) превышают критерии получения финансовой помощи, но столкнулись с необходимостью оплатить чрезвычайные медицинские расходы. Программа финансовой помощи не заменяет помощи, оказываемой работодателями, общественной финансовой помощи или индивидуального участия в программе страхования.

*См. также портал: [www.nebh.org/policies](http://www.nebh.org/policies)*

**«Уведомление пациентов больницы New England Baptist Hospital о наличии финансовой помощи»**

**«Правила соответствия критериям получения финансовой помощи – Краткий обзор»**

**«Правила предоставления финансовой помощи (FAP)», «Заявление о предоставлении финансовой помощи»**

**«Определение «обычно взимаемых сумм» (AGB), «Аффилированные поставщики услуг»**  
2016 Credit & Collection Policy (Политика работы с кредитом и задолженностью 2016 г) - Russian

### **Health Safety Net (бывшая Free Care)**

Необходимые с медицинской точки зрения услуги, предоставляемые пациентам, которые считаются не имеющими финансовой возможности полностью или частично оплатить обслуживание в больнице согласно критериям, установленным Координатором штата (Commonwealth Connector). Предусмотрена процедура оценки пациентов на предмет страхового обеспечения посредством онлайн-системы Medical Benefit Request (MBR), которая даёт заявителям возможность подать единое заявление одновременно в программы MassHealth, Commonwealth Care, и Health Safety Net.

### **Медицинские услуги**

Услуги, предоставляемые на уровне больницы (в учреждении либо стационарного, либо амбулаторного типа), которые, как ожидается в разумной степени, могут содействовать профилактике, диагностике, предотвращению ухудшения, облегчению, исправлению или лечению состояния пациента, которое угрожает его жизни, причиняет страдания или боли, является причиной физических недостатков или дисфункции, угрожает вызвать или усугубить ограничения или привести к болезни или инвалидности.

### **Малоимущий пациент**

Лица, отвечающие критериям, предусмотренным в 101 CMR 613.04. Чтобы считаться малоимущим пациентом, данное лицо должно являться жителем штата и иметь документальное подтверждение дохода, который составляет 300% федерального уровня бедности (FPL) или менее. Уровень страхового обеспечения (первичный, вторичный, частичный) будет определять Health Safety Net.

На статус малоимущего пациента не могут претендовать следующие лица:

- i. Лица, участвующие в программах MassHealth Standard и MassHealth Family Assistance/Direct Coverage;
- ii. Лица, которые считаются имеющими право на участие в одной из программ MassHealth, включая MassHealth Premium Assistance, но не зарегистрированные в ней; а также
- iii. Лица, регистрация которых в программе MassHealth или Commonwealth Care аннулирована в связи с неуплатой страховых взносов.

### **Необходимая с медицинской точки зрения услуга**

Услуга, которая, как ожидается в разумной степени, может содействовать профилактике, диагностике, предотвращению ухудшения, облегчению, исправлению или лечению состояния пациента, которое угрожает его жизни, причиняет страдания или боли, является причиной физических недостатков или дисфункции, угрожает вызвать или усугубить ограничения или привести к болезни или инвалидности. Необходимые с медицинской точки зрения услуги включают услуги, предоставляемые на стационарной или амбулаторной основе в соответствии с определением, данным в главе XIX Закона о социальном обеспечении.

### **Медицинские услуги, подлежащие возмещению**

Соответствующие услуги, предоставляемые больницами скорой медицинской помощи или общественными центрами здравоохранения незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам, которые определены как не имеющие финансовой возможности оплатить своё обслуживание полностью или частично и которые отвечают критериям категории «малоимущие пациенты», при условии, что такие услуги не подлежат возмещению любым другим общественным или сторонним плательщиком.

### **Житель**

2016 Credit & Collection Policy (Политика работы с кредитом и задолженностью 2016 г) - Russian

Лицо, проживающее в штате Массачусетс с намерением оставаться в нём на постоянной основе или в течение неопределённого периода времени. Житель не обязан иметь постоянный адрес. Для определения статуса жителя недостаточно регистрации в высшем учебном заведении штата Массачусетс или пребывания в медицинском учреждении штата Массачусетс, за исключением учреждений сестринского ухода.

**В число осуществляемых штатом программ социального обеспечения входят:**

- MassHealth Standard: программа медицинского обслуживания отвечающих критериям лиц, осуществляемая организацией MassHealth в соответствии с 130 CMR 505.000.
- MassHealth Limited: программа экстренной медицинской помощи, осуществляемая организацией MassHealth в соответствии с 130 CMR 505.000.
- Medical Hardship: тип права на участие в Health Safety Net, который предлагается жителям штата Массачусетс, имеющим исчисляемый доход любого уровня, у которых охватываемые льготами расходы настолько истощили их исчисляемый доход, что лишили их возможности оплатить соответствующие услуги, описанные в 101 CMR 613.05.
- CommonHealth: программа MassHealth для инвалидов совершеннолетнего и детского возраста, осуществляемая организацией MassHealth в соответствии с M.G.L. с. 118E.
- Health Connector: Орган штата, отвечающий за координацию в вопросах медицинского страхования (Commonwealth Health Insurance Connector Authority), или Health Connector, организованный в соответствии с M.G.L. с. 176Q, s. 2.
- CarePlus: новый тип страхования MassHealth, предназначенный для взрослых граждан и отвечающих критериям лиц, не имеющих гражданства, моложе 65 лет.
- Commonwealth Choice: Health Connector предоставляет доступ к планам медицинского страхования, называемым «Квалифицированные планы медицинского страхования» (Qualified Health Plans, или QHPs), которые отвечают минимальным требованиям федерального правительства и штата к предлагаемым льготам.
- Insurance Partnership: предлагает медицинское страхование незастрахованным работодателям, а также индивидуальным предпринимателям.
- Children's Medical Security Plan: программа первичной медицинской помощи и профилактического педиатрического медицинского обслуживания отвечающих критериям детей в возрасте от рождения до 18 лет, осуществляемая организацией MassHealth в соответствии с M.G.L. с. 118E, s. 10F.
- Healthy Start: наблюдение беременности незастрахованных женщин и послеродовой уход за ними
- Prescription Advantage: план страхования рецептурных лекарств, предназначенный для лиц пожилого возраста и инвалидов, являющихся жителями штата, и покрывающий основные рецептурные лекарства.
- Health Safety Net: программа для лиц, являющихся жителями штата Массачусетс, которые не имеют права на медицинское страхование или возможности оплатить медицинское обслуживание.

**Больница**

Означает больницу New England Baptist Hospital.

#### **Недостаточно застрахованный пациент**

Пациент, план медицинского страхования или самострахование которого не оплачивает, целиком или частично, медицинское обслуживание, которое может оплачиваться из средств целевого фонда Health Safety Net, при условии, что пациент соответствует предусмотренным в 101 CMR 613.03 стандартам права на участие в страховании на основании своего дохода.

#### **Незастрахованный пациент**

Пациент, который является жителем штата, не участвует в плане медицинского страхования или плане самострахования и не имеет право на участие в программе медицинской помощи. Пациент, имеющий полис медицинского страхования или являющийся участником программы медицинского страхования или льгот, которая требует от такого пациента оплачивать франшизу или осуществлять доплату или не покрывает некоторые медицинские услуги или процедуры, не является незастрахованным.

#### **Услуги неотложной помощи**

Согласно определению, данному в нормативных положениях штата Массачусетс (CMR 114.6 § 12.02), необходимые с медицинской точки зрения услуги, предоставляемые в больнице или общественном центре здравоохранения при внезапном возникновении состояния здоровья, физического или психического, которое проявляется через острые симптомы достаточной степени тяжести (включая сильные боли) и при которых у здравомыслящего непрофессионала возникают разумные основания полагать, что отсутствие срочного медицинского вмешательства подвергнет здоровье пациента опасности; приведёт к нарушению функционирования организма;

## **VII. Приложения/Дополнения**

1. Копии «Финансовых уведомлений пациента», содержащиеся в:

- a. Копиях общих уведомлений больниц и (или) представителей о наличии финансовой помощи.
  - b. Копиях вывешенных объявлений, касающихся наличия финансовой помощи.
- 2. Уведомления о планах выплат, адресованные малоимущим пациентам и пациентам, испытывающим тяготы медицинского характера
- 3. Копии федерального Руководства по установленному уровню бедности, используемого штатом Массачусетс для определения права на участие в общественной программе финансовой помощи.
- 4. Заявления пациента:
  - a. Первое,
  - b. Второе,
  - c. Третье,
  - d. Четвёртое в отдел взимания платежей как часть предупреждения за 10 дней,
  - e. Разработанный план платежей,
  - f. Квитанция плана-графика платежей не получена.



## **НАЛИЧИЕ FREESARE И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

**Финансовую помощь можно получить в рамках нашего учреждения. Обращайтесь к финансовому консультанту больницы по телефону 617-754-5974 с понедельника по пятницу между 8:00 и 16:00. Сравнив размер и доход вашей семьи с установленным федеральным уровнем бедности, наши консультанты могут зарегистрировать вас и других членов вашей семьи в одном из вариантов бесплатного или малозатратного медицинского страхования.**

**Ваша обязанность - обратиться в больницу New England Baptist Hospital за получением информации или помощью наших консультантов в оформлении заявления на участие в этих вариантах страхования».**

РАЗМЕР СЕМЬИ	ПРОЦЕНТ УСТАНОВЛЕННОГО УРОВНЯ БЕДНОСТИ (ГОДОВОЙ ДОХОД СЕМЬИ)						
	100 %	150 %	200%	250%	300%	350%	400%
<b>1</b>	11,770	17,655	23,540	29,425	35,310	41,195	47,080
<b>2</b>	15,930	23,895	31,860	39,825	47,790	55,755	63,720
<b>3</b>	20,090	30,135	40,180	50,225	60,270	70,315	80,360
<b>4</b>	24,250	36,375	48,500	60,625	72,750	84,875	97,000
<b>5</b>	28,410	42,615	56,820	71,025	85,230	99,435	113,640
<b>6</b>	32,570	48,855	65,140	81,425	97,710	113,995	130,280
<b>7</b>	36,730	55,095	73,460	91,825	110,190	128,555	146,920
<b>8</b>	40,890	61,335	81,780	102,225	122,670	143,115	163,560

РАЗМЕР СЕМЬИ	ПРОЦЕНТ УСТАНОВЛЕННОГО УРОВНЯ БЕДНОСТИ (МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ)						
	100 %	150 %	200%	250%	300%	350%	400%
<b>1</b>	981	1,471	1,962	2,452	2,943	3,433	3,923
<b>2</b>	1,328	1,991	2,655	3,319	3,983	4,646	5,310
<b>3</b>	1,674	2,511	3,348	4,185	5,023	5,860	6,697
<b>4</b>	2,021	3,031	4,042	5,052	6,063	7,073	8,083
<b>5</b>	2,368	3,551	4,735	5,919	7,103	8,286	9,470
<b>6</b>	2,714	4,071	5,428	6,785	8,143	9,500	10,857
<b>7</b>	3,061	4,591	6,122	7,652	9,183	10,713	12,243
<b>8</b>	3,408	5,111	6,815	8,519	10,223	11,926	13,630