

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

<b>1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ .....</b>	<b>3</b>
<b>3. ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИНЦИПАХ.....</b>	<b>3</b>
<b>4. КЛАССИФИКАЦИЯ И ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ.....</b>	<b>4</b>
A. Общий принцип .....	4
B. ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.....	4
C. Помощь, не являющаяся экстренной или неотложной .....	5
D. Учреждения, в которые пациенты могут обратиться за помощью .....	6
<b>5. ПОЛУЧЕНИЕ И ПРОВЕРКА ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ.....</b>	<b>6</b>
A. ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.....	7
B. Помощь, не являющаяся экстренной или неотложной .....	7
<b>6. ФИНАНСОВЫЕ СОГЛАСОВАНИЯ.....</b>	<b>7</b>
A. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ .....	7
B. ПОДГОТОВКА СМЕТЫ.....	8
C. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ .....	8
D. НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ (ОПЛАТА ЗА СЧЁТ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ) .....	9
E. МАЛООБЕСПЕЧЕННЫЕ ПАЦИЕНТЫ (ЖИТЕЛИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС).....	9
F. ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ — РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ФИНАНСОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ..	12
<b>7. КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ФИНАНСОВЫМ ВОПРОСАМ.....</b>	<b>14</b>
A. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	14
B. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО ФИНАНСОВЫМ ВОПРОСАМ .....	15
C. ТРЕБОВАНИЯ К МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММАХ ШТАТА.....	15
D. ПОДАЧА ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ ШТАТА .....	16
E. ОДОБРЕНИЕ ПОКРЫТИЯ.....	17
F. ОСПАРИВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	17
<b>8. СКИДКИ, ПЕРЕРАСЧЁТЫ И БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ.....</b>	<b>17</b>
A. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	17
B. ПРОЧИЕ СКИДКИ, КОРРЕКТИРОВКИ И БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ .....	18
<b>9. ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ И ВЗЫСКАНИЕ ЗАДОЛЖЕННОСТИ.....</b>	<b>19</b>
A. ОБЗОР .....	19
B. ВЫПИСКИ, ПИСЬМА И ЗВОНКИ ПАЦИЕНТАМ.....	19
C. УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕВЫШЕНИИ .....	22
D. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ .....	22



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL  
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

Е. ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ В ОСОБЫХ СИТУАЦИЯХ .....	24
<b>10. РАЗМЕЩЕНИЕ НЕВОЗВРАТНОЙ ЗАДОЛЖЕННОСТИ.....</b>	<b>25</b>
А. КРЕДИТНАЯ ИСТОРИЯ .....	26
В. СУДЕБНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО .....	26
С. АРЕСТ ИМУЩЕСТВА ЗА ДОЛГИ.....	26
D. КОЛЛЕКТОРСКИЕ АГЕНТСТВА .....	26
<b>11. КРЕДИТОВЫЕ ОСТАТКИ И ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ.....</b>	<b>26</b>
<b>12. СЕРЬЁЗНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕМЕДЛЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (SRE)27</b>	
<b>13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА .....</b>	<b>27</b>
А. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА .....	27
В. ПОЛИТИКА ПО НЕДОПУЩЕНИЮ ДИСКРИМИНАЦИИ .....	28
<b>14. ОТЧЕТНОСТЬ, АУДИТ И СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ НОРМАТИВНО- ПРАВОВЫХ АКТОВ.....</b>	<b>28</b>
<b>ПРОЧИЕ ПРИМЕНИМЫЕ ПОЛИТИКИ PARTNERS HEALTHCARE: .....</b>	<b>29</b>
<b>СПРАВОЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ: .....</b>	<b>29</b>

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

**1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

Настоящая Политика по кредитованию и работе с задолженностью действительна для всех больничных учреждений, участвующих в программе Partners HealthCare System, Inc. (далее — Partners, или PHS), а также любых других учреждений, на которые распространяется действие лицензии вышеуказанной организации, включая: Massachusetts General Hospital (MGH), Brigham and Women's Hospital (BWH), Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH), Cooley Dickinson Hospital (CDH), Newton-Wellesley Hospital (NWH), Martha's Vineyard Hospital (MVH), McLean Hospital (MH), Nantucket Cottage Hospital (NCH), North Shore Medical Center (NSMC), Wentworth Douglas Hospital (WDH), Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH), Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC) и Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC), Massachusetts Eye and Ear (MEE), далее — «Больница». Политика распространяется на всех врачей, прямо или косвенно работающих в больничном учреждении. Все другие учреждения сети Partners в общем случае должны отвечать требованиям настоящей Политики. Полные списки аффилированных лиц поставщика медицинских услуг будут доступны для ознакомления с 1 октября 2017 года в соответствии со Статьей 101 CMR (Кодекса нормативно-правовых актов штата Массачусетс) 613.08(d).

**2. ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ**

Настоящая Политика была разработана после консультации с представителями каждой организации, чтобы удовлетворять нужды каждой из них. Однако в некоторых областях из-за местных условий может возникнуть необходимость в добавлении положений, специфичных для конкретного учреждения. Положения, специфичные для конкретного учреждения, подлежат предварительному утверждению либо (1) исполнительным вице-президентом PHS по финансовым вопросам, либо (2) вице-президентом PHS по управлению циклом получения дохода. Координация документов, подаваемых на рассмотрение в Health Safety Net в соответствии с положениями Политики по кредитованию и работе с задолженностью, будет осуществляться департаментом биллинговых решений PHS с учетом любых требующихся подтверждающих документов или свидетельств.

**3. ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИНЦИПАХ**

Учреждения сети Partners являются организациями, освобожденными от уплаты налогов, основная задача которых — оказание услуг всем нуждающимся в медицинском обслуживании.

Пациентам, нуждающимся в срочном или экстренном медицинском обслуживании (определение которого приведено в разделе 4B), не отказывают в таком обслуживании независимо от их платежеспособности. При этом, чтобы больницы сети Partners (в том числе восстановительные центры и центры лечения расстройств поведения) могли и дальше оказывать качественные услуги и обеспечивать потребности населения, каждое учреждение обязано требовать своевременной оплаты оказанных услуг.

## Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.

Настоящая Политика призвана помочь обеспечить соответствие применимым нормативно-правовым актам штата Нью-Гемпшир и Массачусетс, в том числе критериям политики по кредитованию и работе с задолженностью в соответствии с MGL п. 58 и сопутствующими нормативно-правовыми актами, введенными в действие Администрацией министерства здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс, 101 CMR 614 и 101 CMR 613 (Health Safety Net), далее — «Нормативно-правовые акты штата». Кроме того, настоящая Политика охватывает все требования Руководства по оплате услуг учреждений, работающих по программе Medicare (часть 1, глава 3), центров по оказанию услуг по программам Medicare и Medicaid, требования к невозвратной задолженности по программе Medicare (42 CFR 413.89 и раздел 501(r) Кодекса внутренних доходов, предусмотренные положениями раздела 9007 (а) федерального закона «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (публичные законы №№ 111-148).

### 4. КЛАССИФИКАЦИЯ И ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ

#### А. ОБЩИЙ ПРИНЦИП

Все пациенты, которым необходимо внеплановое лечение, оцениваются в соответствии с представленной в настоящем разделе классификацией. Пациенту не может быть отказано в срочной или неотложной помощи, исходя из наличия/отсутствия у больницы возможности установить личность пациента, объема его/её страхового покрытия или платёжеспособности; кроме того, такое обслуживание не может быть отложено. Однако оказание помощи, не являющейся экстренной или неотложной, может быть отложено или перенесено на более поздний срок после консультации с медицинским персоналом больницы, если больница не может определить источник оплаты таких услуг.

Срочность оказания помощи, зависящая от клинических симптомов каждого пациента, оценивается специалистами-медиками в соответствии с местной стандартной практикой, стандартами лечения государства и штата, а также политиками и процедурами, которыми руководствуется медицинский персонал больницы. Кроме того, все больницы руководствуются положениями федерального закона «Об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах» (EMTALA) о проведении медицинского скрининга с целью определения наличия/отсутствия показаний к оказанию экстренной медицинской помощи. Важно отметить, что классификация патологических состояний пациентов служит исключительно для клинического применения; такие классификации определяют порядок, в котором врачи должны осматривать пациентов, исходя из их симптомов. Такие классификации не являются оценкой состояния здоровья пациента, которая будет указана в окончательном диагнозе.

Срочность оказания медицинской помощи оценивается в соответствии с приведёнными ниже определениями:

#### В. ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Больница оказывает экстренную и неотложную помощь независимо от того, удалось ли установить личность пациента, объема его/её страхового покрытия или платёжеспособности.

Экстренная помощь включает:

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

*Необходимые по медицинским показаниям услуги, оказываемые после возникновения патологического состояния (физического или психического здоровья), выражающегося в появлении достаточно серьезных симптомов, включая сильную боль, которое, по мнению здравомыслящего непрофессионала, обладающего среднестатистическими знаниями о здоровье и медицине, при отсутствии срочной медицинской помощи может поставить под серьезную угрозу здоровье этого или иного лица, привести к серьезному нарушению функций организма или привести к нарушениям работы каких-либо органов или частей тела; объем помощи беременным женщинам уточняется согласно разделу 1867(e) (1) (B) закона «О социальном обеспечении», раздел 42 § 1295dd(e)(1)(B) Свода законов США (USC). Медицинское скрининговое обследование и стабилизирующее лечение в случае состояния, требующего экстренных медицинских мер, или любое подобное обслуживание, предоставляемое в объеме, установленном как обязательный в Законе об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах (EMTALA) (42 USC 1395(dd)), квалифицируется как услуги неотложной помощи. Медицинский скрининг и лечение в случае возникновения патологического состояния, требующего срочного оказания помощи, или иные аналогичные услуги оказываемые в объеме, предусмотриваемом EMTALA (42 USC 1395(dd)), классифицируются как экстренная помощь.*

*Услуги неотложной помощи также включают в себя:*

- *услуги, классифицируемые лицензированным медицинским персоналом как экстренная помощь;*
- *медицинская помощь, оказываемая в стационаре, которая связана с экстренной помощью, оказанной амбулаторным пациентам; а также*
- *перевозку пациента из другой больницы скорой неотложной помощи в больницу PHS для предоставления медицинского обслуживания, которое в ином случае было бы недоступно.*

**Неотложная помощь** включает:

*Необходимые по медицинским показаниям услуги, оказываемые после внезапного возникновения патологического состояния (физического или психического здоровья), выражающегося в появлении достаточно серьезных острых симптомов (включая сильную боль), которое, при неоказании медицинской помощи в течение 24 часов, по мнению здравомыслящего непрофессионала, может поставить под угрозу здоровье этого лица, привести к нарушению функций организма или привести к нарушениям работы каких-либо органов или частей тела. Неотложная помощь оказывается в случае возникновения состояний, не представляющих угрозы для жизни или высокого риска серьезного нарушения функций организма.*

**С. Помощь, не являющаяся экстренной или неотложной**

Помощь, не являющуюся экстренной или неотложной, можно дополнительно разделить на:

## **Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.**

«Плановое обслуживание»: необходимые по медицинским показаниям услуги, не подпадающие под представленное выше определение «экстренной или срочной помощи». Пациент как правило, но не обязательно, заранее планирует такое обслуживание.

«Иное обслуживание»: услуги, необходимость оказания которых не подтверждена врачом, проводившим осмотр.

«Постэкстренная помощь»: Необходимые по медицинским показаниям услуги, оказываемые в больнице, классифицируемые как постэкстренная помощь, включая услуги по реабилитации.

«Лечение расстройств поведения»: Необходимые по медицинским показаниям услуги, оказываемые в ряде случаев, направленные на восстановление психологического и психического здоровья пациента.

Больница вправе отказать пациенту в оказании не экстренной или не срочной помощи, если специалисты больницы не имеют достаточных оснований полагать, что такие услуги будут оплачены. Оказание услуг, не являющихся необходимыми по медицинским показаниям, откладывается на неопределённый срок, до тех пор, пока не будут согласованы условия оплаты и порядок расчётов. Такие услуги включают, в том числе: косметическую хирургию; социальные, образовательные и профессиональные услуги; теле- и интернет-медицину; хирургическое изменение пола и предварительную гормонотерапию; услуги, оказываемые всеми специализированными учреждениями, обеспечивающими проживание и уход, не предъявляющими претензий к страховым компаниям.

### **D. Учреждения, в которые пациенты могут обратиться за помощью**

Все пациенты вправе обращаться за экстренной и срочной помощью в отделения неотложной помощи больниц и обозначенные пункты неотложной помощи. Однако пациенты, которым требуется экстренная или срочная помощь, также могут обратиться в ряд других учреждений, включая, в том числе, предродовое и родильное отделения, вспомогательные отделения, клиники, больницы и иные учреждения. Больница также оказывает плановое обслуживание в главном корпусе, местных медицинских центрах, клиниках и иных учреждениях амбулаторного обслуживания.

## **5. ПОЛУЧЕНИЕ И ПРОВЕРКА ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ**

Больница приложит все усилия для установления личностей всех пациентов, а также получения, регистрации и проверки полноты демографических и финансовых сведений о каждом пациенте, подающем заявку на медицинское обслуживание. Информация, которую необходимо получить, включает демографические сведения (такие как имя пациента, адрес, номер телефона, номер карты социального страхования (при наличии), пол, дату рождения и иные данные, позволяющие установить личность пациента), информацию о медицинском страховании (включая наименование и адрес, абонентскую информацию и данные о льготах, например, доплатах, суммах франшизы и совместного страхования), достаточную для



**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

обеспечения оплаты услуг. Требование о том, что больница обязана получить полную информацию, зависит от состояния пациента; неотложная потребность пациента в получении медицинской помощи имеет первостепенное значение.

Пациент обязан своевременно предоставлять полную демографическую и страховую информацию, а также знать, какие услуги покрывает его/её страховой полис.

**А. ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

Регистрация и приём пациентов, которым требуется экстренная и неотложная помощь, осуществляются в соответствии с требованиями EMTALA. Как правило, сбор демографической и страховой информации о пациентах осуществляют как можно скорее; при этом, сбор информации откладывают, если он может вызвать задержку в проведении медицинского скрининга или негативно отразиться на клиническом состоянии пациента. Если пациент не в состоянии предоставить демографическую или страховую информацию во время обслуживания, и если он/она даёт своё согласие, информацию получают путем опроса друзей или родственников, которые могут сопровождать пациента, или на которых пациент может иным образом указать. Там, где представляется возможным, предоставленную пациентом страховую информацию должен подтвердить плательщик через веб-сайт или систему электронного обмена данными (EDI).

**В. Помощь, не являющаяся экстренной или неотложной**

Регистрация и приём пациентов, обратившихся за помощью, не являющейся экстренной или неотложной, осуществляются перед началом оказания такой помощи. Демографическая, финансовая и страховая информация повторно обращающихся пациентов или пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, подлежит пересмотру и обновлению (в случае необходимости); в соответствующих случаях их страховой статус проверяют через EDI или иным доступным способом.

**6. ФИНАНСОВЫЕ СОГЛАСОВАНИЯ**

**А. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ**

Больница приложит все усилия для определения финансовой ответственности пациентов в разумно кратчайшие сроки в течение курса лечения пациентов. При наличии соответствующей возможности перед оказанием услуг больница осуществляет сбор доплат, сумм франшизы и совместного страхования или требуемых депозитов. Пациенты, участвующие в программах регулируемого медицинского обслуживания или программах страхования с определёнными требованиями к доступу, несут ответственность за понимание и соблюдение всех предусматриваемых страховой программой требований, включая направления, разрешения и прочие «сетевые» ограничения. Во всех возможных случаях больница запрашивает у страховой компании любые необходимые предварительные одобрения, разрешения или гарантии оплаты. При определённых обстоятельствах, в том числе при оказании экстренной и срочной помощи, запрос на предоставление направлений и разрешений может быть направлен после оказания услуг. Все пациенты, сумма расходов на медицинские услуги которых превысит их бюджет, будут уведомлены о возможности получения консультации по финансовым вопросам, которая может помочь им выполнить свои обязательства по оплате перед больницей. Больница приложит все усилия, чтобы

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

довести до сведения всех пациентов всю имеющуюся в её распоряжении информацию о финансовой ответственности пациентов до оказания услуг. В соответствии с EMTALA перед оказанием услуг будет проведён скрининг, определяющий финансовую ответственность пациента.

**В. ПОДГОТОВКА СМЕТЫ**

Больница предоставит пациентам сметы (по запросу) в течение 2 рабочих дней с даты запроса. Данные сметы генерируются с использованием последней доступной информации, обычно с применением модуля системы выставления счетов. Отделения, ответственные за составление смет, различаются в зависимости от учреждения, однако, как правило, этим занимаются одно или несколько указанных ниже отделов: Регистратура, отдел консультирования по финансовым вопросам, отдел по выставлению счетов и департамент биллинговых решений.

Пациент получает окончательную смету вместе с информацией о способах оплаты.

**С. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ**

Больница приложит все усилия для проверки страхового статуса пациента и оказания пациенту содействия в соблюдении требований выбранной страховой программы. Такая проверка будет проводиться в соответствии с принципами, кратко изложенными в разделе 5. Во всех возможных случаях такая проверка будет включать определение предполагаемой финансовой ответственности пациента, в том числе применимых сумм совместного страхования, франшизы и доплат. В тех случаях, когда это возможно и клинически приемлемо, пациента просят уплатить заранее определенные суммы (доплата, фиксированная франшиза) перед или в день оказания услуг. В некоторых случаях страховая программа пациента и тип покрытия не предусматривают точного определения финансовой ответственности пациента в отношении услуг в дату регистрации. В таких случаях больница вправе потребовать депозит в сумме, наиболее точно соответствующей предполагаемой финансовой ответственности пациента. Пациенты, которые не могут обеспечить оплату услуг, могут быть направлены в отдел консультирования по финансовым вопросам.

- 1) Программы страхования с договором. Больница заключает договоры с организациями, предусматривающие различные программы страхования. В предусмотренных договорами случаях больница будет взимать оплату всех услуг, на которые распространяется страховое покрытие. Перед оказанием услуг пациента попросят уплатить суммы всех доплат, франшиз и совместного страхования. Если по мнению страховой компании какая-либо услуга не покрывается страховой программой или не подлежит оплате по иным основаниям, оплата данной услуги будет взыскана с самого пациента в соответствии с условиями страхового договора. Во всех возможных случаях больница будет оказывать пациенту содействие в обжаловании отказов или иных неблагоприятных решений, касающихся выбранной страховой программы, с учётом требования страховых программ о том, что заявление об обжаловании подаётся пациентом.



**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- 2) Программы страхования без договора. Больница выставит страховой компании пациента счёт даже при отсутствии договора между больницей и такой страховой компанией. Несмотря на то, что Больница будет выставлять счета в соответствии со страховой программой пациента, основную финансовую ответственность всё же несет пациент или поручитель; несвоевременная оплата страховой компанией выставленного больницей счёта чревата тем, что счёт за оказанные услуги будет выставлен непосредственно пациенту, за исключением случаев, когда пациент защищён от взыскания задолженности (раздел 9.B.3). Счета на суммы, оставшиеся после расчётов по страховой программе, выставляются непосредственно пациенту. Во всех возможных случаях больница будет оказывать пациенту содействие в обжаловании отказов или иных неблагоприятных решений, касающихся выбранной страховой программы, с учётом требования страховых программ о том, что заявление об обжаловании подаётся пациентом.

**D. НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ (ОПЛАТА ЗА СЧЁТ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ)**

Пациентов, не имеющих страхового полиса и не классифицированных ранее в качестве «одобренных для оказания Финансовой помощи» или «малообеспеченных пациентов» (определение дано ниже, в разделе 6(E), просят заранее предоставить депозит за услуги, оказание которых не предусмотрено EMTALA. Размер депозита составляет 100% от расчётной стоимости услуг, которые будут оказаны, за вычетом скидок (см. Раздел 8). Если точно рассчитать стоимость услуг не представляется возможным, больница вправе потребовать уплаты заранее определённой суммы депозита или иных гарантий оплаты. Если пациент не уплачивает депозит или ссылается на отсутствие возможности такой выплаты, его/её могут направить в отдел консультирования по финансовым вопросам. Всем пациентам предоставляется информация о предусмотренных в больнице программах скидок. Незастрахованным жителям будет предложена возможность получения консультации по финансовым вопросам с целью определения их соответствия критериям доступных государственных программ или программ штата, а также содействие в подаче заявки на участие в таких программах. Государственные программы включают, в том числе: MassHealth, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net и любые другие программы, которые могут быть предложены в будущем агентством Health Connector. Финансовые консультанты, как правило, помогают пациентам подавать заявки на участие в не субсидируемых программах страхования, предлагаемых посредством Health Connector (программы медицинского обеспечения, отвечающие требованиям для списания их оплаты с налогооблагаемой базы). При отсутствии срочной необходимости в оказании услуг, приём пациента или оказание ему амбулаторных услуг могут быть отложены или отменены до тех пор, пока пациент не будет в состоянии оплатить услуги, не согласует условия оплаты и порядок расчётов, не приобретет страховой полис или не станет участником программы оказания финансовой помощи, покрывающей упомянутые услуги.

**E. МАЛООБЕСПЕЧЕННЫЕ ПАЦИЕНТЫ (ЖИТЕЛИ ШТАТА МАССАЧУСЕТС)**

- 1) Определение и соответствие требованиям: Малообеспеченными признаются пациенты, соответствующие критериям, указанным в MA 101 CMR 613.04(1). К ним, как правило, относятся пациенты, проживающие в штате Массачусетс, подавшие

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

заявку на участие в программах EOHHS и подтвердившие, что их MA MAGI (Massachusetts Adjusted Gross Income — скорректированный валовый доход в штате Массачусетс) равен или меньше 300% FPG (Федерального уровня бедности). Соответствие пациента статусу, дающему право на участие в какой-либо программе (MassHealth, Health Safety Net и CMSP менее 300%), проверяется во время регистрации с использованием системы MMIS службы Medicaid в штате Массачусетс, TriZetto или иной регистрационной системы больницы, в зависимости от конкретного случая; любые изменения в статусе пациента заносятся в его карту. Указанные в настоящем разделе ограничения в отношении малообеспеченных пациентов необходимы для услуг в больницах скорой неотложной помощи в штате Массачусетс и в общем случае не включают в себя услуги в местных лечебных учреждениях, больницах штата Нью-Гемпшир, McLean Hospital и Spaulding Rehabilitation Network. Скидки на услуги, оказываемые в данных учреждениях, описаны в Политике оказания финансовой помощи и предоставления скидок незастрахованным пациентам

- 2) Ограничения по обслуживанию: Пациенты, считающиеся малообеспеченными пациентами, по мере возможности обслуживаются в соответствии с руководящими принципами страховой защиты HSN или MassHealth, включая ограничения по «услугам, удовлетворяющим применимым критериям», определение которых приведено в нормативно-правовых актах штата и применимых фармацевтических справочниках. Пациентов, желающих получить «услугу, не удовлетворяющую применимым критериям», в письменной форме уведомляют о максимальной стоимости такой услуги, после чего перед оказанием услуг они своей подписью подтверждают, что принимают на себя финансовую ответственность за предоставление такой услуги. Перечень программ, по которым малообеспеченным пациентам оказываются медицинские услуги, приведён в разделе 9 В (3) — Пациенты, защищённые от взыскания задолженности.
  
- 3) HSN и особо затруднительные медицинские обстоятельства: Житель штата Массачусетс, независимо от уровня дохода, имеет право на покрытие особо затруднительных медицинских обстоятельств за счёт HSN, если на покрытие разрешённых медицинских расходов будет уходить сумма, превышающая уровень дохода семьи, а значит он/она будет не в состоянии оплатить стоимость такого медицинского обслуживания. Данная ретроспективная программа, регламентированная нормативно-правовыми актами и ограниченная по сфере применения, представляет собой разовое определение, а не категорию страхового покрытия (101 CMR 613.05). Данная программа применяется только после оказания услуг, когда пациент уже взял на себя финансовые обязательства.
  - (a) Классификация расходов: Тип и сумма разрешённых медицинских расходов указаны в 101 CMR 613.05. Для данной цели учитываются оплаченные и неоплаченные счета, переданные пациенту не более, чем за 12 месяцев до даты обращения, с ограничением количества заявок не более 2 за 12 месячный период.

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- (b) Процесс подачи заявки: Больница окажет пациенту содействие в сборе всей необходимой информации и подаче заявления на участие в программе «HSN и особо затруднительные медицинские обстоятельства» для рассмотрения и утверждения HSN. Пациенты несут ответственность за сбор и подачу документов в отношении всех соответствующих применимым критериям медицинских расходов. От больницы потребуется передать заявки в HSN в течение 5 дней с даты получения от пациента всех документов и их проверки.
  - (c) Определение: HSN определяет, имеет ли пациент право на участие в программе, и уведомляет больницу, которой пациент должен предъявлять счета, и счета которой могут быть предъявлены HSN. Определение особо затруднительных медицинских обстоятельств производится только для счетов, представленных совместно с заявкой. Срок в данном случае не ограничен, однако счета могут использоваться для подачи заявки только один раз.
  - (d) Защита от взыскания задолженности: Любые меры по взысканию задолженности прекращаются в отношении всех сумм, на которые, согласно HSN, распространяется действие программы особо затруднительных медицинских обстоятельств. К таким суммам относятся суммы, которые уже могли быть переданы стороннему агенту или коллекторскому учреждению, выступающему от имени больницы. Если больница не подаёт заявку в течение 5 дней с момента получения от пациента всей необходимой информации, меры по взысканию оплаты с пациента по счетам, которые могли быть квалифицированы согласно программе особо затруднительных медицинских обстоятельств, предпринимать нельзя.
- 4) Финансовая ответственность малообеспеченных пациентов:
- (a) Финансовая ответственность малообеспеченных пациентов ограничивается доплатами (с любым плательщиком, за исключением Medicare), франшизами, установленными HSN или излишком CommonHealth (в последнем случае при условии, что пациент соглашается на оплату счетов за счёт излишка CommonHealth).
  - (b) Доплаты за услуги аптек: Малообеспеченные пациенты в возрасте старше 18 лет несут ответственность за доплаты в связи с услугами аптек. С учётом положений общих политик доплаты взыскиваются в дату оказания услуг. Неосуществленные доплаты считаются ответственностью пациента и взыскиваются в соответствии с обычной процедурой взыскания оплаты за счёт собственных средств. На доплаты за услуги аптек в год предусматривается не более 250 долларов США.
  - (c) Депозиты для малообеспеченных пациентов, относимые к частичной франшизе HSN или программе HSN по особо затруднительным медицинским обстоятельствам: Депозит взыскивается с малообеспеченных пациентов в случае первичного страхового покрытия, распространяющегося на оплату всех необходимых по медицинским показаниям услуг, не являющихся экстренными или неотложными. Текущий статус годовой франшизы семьи пациента пересматривается, после чего может быть взыскан депозит в размере 20% от годовой франшизы пациента (или взнос на случай особо затруднительных медицинских обстоятельств), не превышающий 500 долларов США.

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- (d) Графики платежей: До сведения малообеспеченных пациентов доводится информация о графиках платежей с целью погашения имеющейся задолженности в соответствии с условиями раздела 9 D 4).
  - (e) Услуги, не удовлетворяющие применимым критериям: Малообеспеченные пациенты обязаны заранее оплатить услуги, не удовлетворяющие применимым критериям, включая, в том числе, услуги по лечению бесплодия, теле- и интернет-медицину, косметические услуги или услуги ортопеда при отсутствии медицинских показаний, при условии, что им заблаговременно будет предоставлена информация о максимальной стоимости таких услуг, после чего они должны собственноручной подписью подтвердить, что такие услуги не покрываются программами HSN или иными программами финансовой помощи штата Массачусетс. Услуги не будут оказаны до тех пор, пока не будет произведена оплата в соответствии с положениями пункта 4 А.
- 5) Финансовая ответственность малообеспеченных пациентов – Больницы, специализирующиеся на лечении расстройств поведения и услугах по реабилитации – Финансовая ответственность за такие услуги покрывается Политикой оказания финансовой помощи незастрахованным пациентам
- 6) В ожидании: Рассмотрение вопроса о присвоении статуса «Малообеспеченный пациент»: Оплата счетов пациентами, в отношении которых больница подала заявку на участие в программе, финансируемой штатом или государством, обычно приостанавливается на срок до 30 дней в ожидании определения их статуса. По истечении 30 дней счета переквалифицируются в категорию «оплата за счёт собственных средств» до тех пор, пока не будет определён статус пациентов. Требование об уплате депозита может быть отложено на срок рассмотрения финансовым консультантом вопроса о том, надлежащим ли образом заполнена заявка пациента и будет ли она одобрена.

**Г. ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ — РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ФИНАНСОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

В некоторых случаях для поддержки обработки заявок пациентов может потребоваться дополнительная информация.

- 1) Страхование от несчастных случаев на производстве: В регистрационной карточке гаранта должны чётко указываться услуги, связанные с несчастными случаями на производстве. Дополнительная информация, которая может потребоваться в таких случаях, включает дату и время несчастного случая, имя/наименование и телефон работодателя, а также название и телефон компании, осуществляющей страхование работодателя от несчастных случаев на производстве. (Для получения информации о подаче заявок на получение выплаты от компании, страхующей от несчастных случаев на производстве, перед подачей заявки в HSN см. раздел 10, F, 4).
- 2) Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и гражданская ответственность перед третьими лицами: В регистрационной карточке должны чётко указываться услуги страхования при дорожно-транспортном происшествии и ответственности перед

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- третьими лицами. Будут предприняты разумные усилия по сбору дополнительной информации, необходимой для представления требований в связи с ДТП, включая дату и время происшествия, место (в случае возникновения гражданской ответственности перед третьими лицами) и данные компании, в которой застрахован автомобиль (не относится к происшествиям в штате Нью-Гемпшир, в котором больница не может предъявлять претензии к компании, страхующей ответственность перед третьими лицами на случай ДТП). В регистрационную систему (при наличии таковой) необходимо внести имя/наименование поверенного по данному случаю. (Для получения информации о подаче заявок на получение выплаты от компании, страхующей ответственность перед третьими лицами на случай ДТП, перед подачей заявки в HSN в штате Массачусетс см. раздел 10, F, 3). В штате Нью-Гемпшир претензия предъявляется медицинской страховой компании пациента, либо счет направляется непосредственно пациенту в зависимости от указаний последнего. На услуги после ДТП, счет за которые выставлен пациенту, скидки не распространяются
- 3) Лица, подвергшиеся насилию (Массачусетс): Услуги, оказываемые лицам, подвергшимся насилию, надлежащим образом отмечаются в регистрационной анкете, с указанием времени и места инцидента. В таких случаях определённую сумму на покрытие медицинских расходов, которые не покрываются медицинской страховкой или программой Health Safety Net, выделяет Генеральная прокуратура. При наличии показаний таких пациентов направляют в отдел консультирования по финансовым вопросам для заполнения необходимых документов на получение компенсации из фонда помощи лицам, подвергшимся насилию.
  - 4) Согласно HITECH (Закон «О применении медицинских информационных технологий в экономической деятельности и клинической практике» 2010 года) во время оказания услуг пациенты вправе требовать, чтобы их PHI (информацию о состоянии здоровья) в отношении определённых ситуаций или услуг не передавали в страховую компанию в целях получения оплаты. Пациент обязан оплатить оставшуюся стоимость оказанных услуг в дату их оказания или после получения калькуляции. Согласно HITECH пациент вправе отказаться от выставления счета страховой компании. Это не отменяет финансовой ответственности пациента за оплату счетов. Отчетность подлежит проверке в соответствии с применимой процедурой в целях предотвращения несанкционированного снятия средств.
  - 5) Конфиденциальные заявки в HSN: Конфиденциальные заявки подаются в двух указанных ниже случаях:
    - (a) Несовершеннолетние: Конфиденциальные заявки могут подаваться от имени несовершеннолетних в отношении услуг в сфере планирования семьи и услуг, касающихся заболеваний, передающихся половым путём. Такие заявки обрабатываются за счёт дохода несовершеннолетних, без учёта семейного дохода. Таких пациентов следует направлять на консультацию по финансовым вопросам.



**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- (b) Лица со следами побоев или насилия: Такие лица также могут претендовать на обслуживание HSN, исходя из уровня их личного дохода. Для таких лиц может быть одобрен весь спектр услуг в рамках HSN. Таких пациентов следует направлять на консультацию по финансовым вопросам.
- 6) Лица без документов. При подаче заявки на присуждение статуса малообеспеченного пациента некоторые лица могут опасаться возможных последствий со стороны иммиграционных контролирующих органов. Пациентам с ограниченными финансовыми возможностями рекомендуется подать заявление на участие в программе штата или любой другой программе, финансируемой государством. Если пациент продолжает выказывать озабоченность, его могут направить на консультацию в сторонние учреждения. Если пациент отказывается подавать заявление на получение подобной помощи, он будет продолжать оплачивать услуги за счёт собственных средств. Пациент будет продолжать получать экстренные и неотложные услуги (в том числе снабжение лекарственными препаратами сроком до двух недель для устранения непосредственной угрозы здоровью пациента). Предоставление услуг, не являющихся экстренными или неотложными, может быть приостановлено на неопределённый срок до тех пор, пока у пациента не появятся возможности для их оплаты, соответствующих финансовых условий, страхового полиса или участия в программе финансовой помощи, покрывающей стоимость предоставления таких услуг.
- 7) Научные исследования: Услуги, связанные с научными исследованиями, принимаются к рассмотрению в дату регистрации и надлежащим образом отмечаются, чтобы обеспечить выставление счетов за услуги соответствующему исследовательскому фонду.
- 8) Доноры органов: Больница устанавливает личность доноров органов в дату оказания услуг и гарантирует подачу заявок на такие услуги в соответствующие страховые компании или иные источники финансирования.
- 9) Иностранцы: В дополнение к процедурам, применяемым к застрахованным и незастрахованным пациентам, работники больницы будут прилагать все разумно обоснованные усилия по сбору данных о временном и постоянном месте проживания граждан других стран, а также предпримут любые дополнительные действия для обеспечения предоплаты всех услуг, не покрываемых страховой программой.

## **7. КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ФИНАНСОВЫМ ВОПРОСАМ**

### **А. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Работники больницы предпримут разумные меры для установления личности пациентов, не имеющих страхового полиса, или имеющих полисы с недостаточным покрытием, для предоставления им консультационных услуг или оказания помощи. Работники больницы предоставят таким пациентам и членам их семей консультации по финансовым вопросам, в том числе проведут скрининг в части возможного использования других источников для



## **Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.**

финансирования страхового покрытия (включая, во всех возможных случаях, программы Medicaid в других штатах (кроме штата Массачусетс или Нью-Гемпшир), и предоставят информацию обо всех возможных способах оплаты счетов больницы. Работники больницы порекомендуют пациентам, которые могут претендовать на страховое покрытие в рамках программ, финансируемых штатом или государством, подать заявку на участие и оказать им содействие в получении льгот. Жители штата Массачусетс могут подавать заявки и получать одобрение на предоставление им страхового покрытия в соответствии с HSN в части совместного страхования и франшиз, которые не покрываются первичной программой страхования.

### **В. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО ФИНАНСОВЫМ ВОПРОСАМ**

В указанных ниже местах больницы должны быть размещены объявления (плакаты), свидетельствующие о наличии программ оказания финансовой помощи и указывающие, куда следует обратиться за получением такой помощи:

1. в стационаре, клинике, отделение скорой помощи и регистратуре местных медицинских центров;
2. в зонах ожидания отдела консультирования по финансовым вопросам;
3. в центральной зоне/регистратуре, открытой для пациентов;
4. в зонах ожидания служебных помещений, открытых для пациентов.

Плакаты должны быть переведены на иностранные языки, если такие языки являются основными для более чем 10% местных жителей, пользующихся услугами больницы. Как правило, текст на плакатах указывается на английском и испанском языках. Размещаемые плакаты должны быть хорошо видны и понятны пациентам, посещающим упомянутые зоны. На плакатах также должны быть указаны инструкции по получению услуг переводчика для пациентов, говорящих на других языках.

В дату первой регистрации в сети Partners HealthCare всем пациентам предоставляются стандартные уведомления. Такие уведомления также широко распространяются во всех больницах и медицинских центрах и согласно установленным правилам предоставляются пациентам каждый раз, когда они собираются оплачивать медицинские услуги за счёт собственных средств. Полные копии настоящей Политики, Политики PHS по предоставлению скидок незастрахованным пациентам и оказанию финансовой помощи предоставляются пациентам по запросу. С указанным и выше политиками можно ознакомиться в сети Интернет по адресу [www.partners.org/patientbilling](http://www.partners.org/patientbilling) с хорошо видимыми ссылками на домашние страницы всех больниц.

### **С. ТРЕБОВАНИЯ К МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММАХ ШТАТА**

Право на участие в большинстве программ штата обычно имеют только те пациенты, которые могут подтвердить, что они проживают на территории соответствующего штата. Как правило, пациенты, временно переселившиеся исключительно для получения льгот, предусматриваемых системой медицинского страхования, не соответствуют требованиям к

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

месту жительства. Больница оказывает пациентам с ограниченным доходом, которые не соответствуют критериям участия в программе штата, помощь в определении альтернатив и консультирует их по вопросам ответственности.

**D. ПОДАЧА ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ ШТАТА**

Работники больницы оказывают содействие пациенту в процессе подготовки заявления на участие в программах штата в части сбора и направления документов, необходимых для участия в выбранной программе штата. Физические лица подают единую унифицированную заявку на страховое покрытие через систему направления заявок штата (hCentive). Заявление можно подать в режиме онлайн (воспользовавшись веб-сайтом Health Connector штата), в бумажном виде или по телефону через представителя службы поддержки MassHealth или Health Connector. При этом необходимо документально подтвердить следующее (но не ограничиваясь этим): (1) уровень годового дохода семьи (квитанции о выплате заработной платы, платежей по социальному обеспечению, а также письмо от работодателя, налоговые декларации или выписки из банков), (2) личность и гражданство, (3) иммиграционный статус для граждан других государств (при необходимости) и (4) имущество лиц от 65 лет и старше. Представители штата уведомят пациента о необходимости предоставления дополнительных документов в ходе окончательной проверки. Пациент имеет право на получение предварительного покрытия в случае выполнения применимых требований программы.

- 1) Процесс подачи заявки на участие в программах штата. Все заявки на участие в программах штата, в том числе заявки, поданные онлайн и в бумажном виде, должны быть подписаны пациентом или его/её законным представителем. Подтверждения подаются только после того, как заявка была обработана, и у представителей штата имеется необходимая документация. В процессе подачи заявки пациентам разъясняют, что HSN вправе сообщить информацию о том, что пациент использует HSN, его/её работодателю. Раскрытие такой информации является частью процесса подачи заявки на участие в программах штата.
- 2) Определение соответствия применимым критериям. Все заявки на участие в программах штата рассматриваются и обрабатываются службой Medicaid, использующей федеральные нормативно-правовые акты, устанавливающие прожиточный минимум, а также необходимые документы, перечисленные выше, в качестве основы для определения соответствия применимым критериям всех программ штата.
- 3) Заполнение заявки на участие в программе HSN по особо затруднительным медицинским обстоятельствам. Заявка на участие в программе по особым обстоятельствам заполняется работниками больницы и передается в HSN через систему INET для определения соответствия применимым критериям.
- 4) Уведомление об ответственности пациентов. Финансовые консультанты сделают всё возможное для уведомления пациентов HSN об их ответственности, предусмотримой пунктом 13 А, включая требование о подаче отчётности по всем

## **Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.**

поступлениям или о возмещении HSN любых взыскиваемых с третьих лиц сумм, которые пациенты могли получить.

### **Е. ОДОБРЕНИЕ ПОКРЫТИЯ**

Больница не играет никакой роли в определении критериев соответствия программам, устанавливаемых службой Medicaid в штате Массачусетс или программой Medicaid в штате Нью-Гемпшир, однако, по запросу пациента, может принимать непосредственное участие в подаче заявок или направлении запросов на предоставление информации в связи с принятыми решениями о предоставлении покрытия. Все уведомления о соответствии применимым критериям выдаются соответствующей службой штата. Пациент несёт ответственность за предоставление больнице информации обо всех решениях о предоставлении покрытия, принятых органами Штата, для точного и своевременного вынесения решений по всем счетам больницы.

### **Е. ОСПАРИВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Пациенты вправе требовать пересмотра определения своего статуса программой соответствующего штата. Запрос вместе с подтверждающими документами нужно направить в службу Medicaid. Запросы на предоставление дополнительной информации, направленные в больницу, рассматриваются в течение 30 дней.

## **8. СКИДКИ, ПЕРЕРАСЧЁТЫ И БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ**

### **А. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Больницы могут предоставлять скидки или иные корректировки пациентам, если они соответствуют критериям Политики PHS в отношении незастрахованных пациентов и Политики по оказанию финансовой помощи или в зависимости от конкретного случая, при условии, что директор по финансовым вопросам больницы, вице-президент PHS по управлению циклом получения дохода, директор отдела PHS департамента биллинговых решений или назначенные ими лица санкционируют предоставление таких скидок. Скидки должны быть чётко определены и задокументированы; кроме того, они не должны противоречить надлежащей практике ведения бизнеса, требованиям действующих национальных и федеральных законов и должны соответствовать руководствам, периодически издаваемыми органами государственной и федеральной власти.

Скидки не зависят от отношений пациента и (или) членов его/её семьи с работниками больницы или работниками руководящих органов.

Из соображений «профессиональной этики» скидки не предоставляются практикующим врачам или членам их семей.

Скидки не предлагаются пациентам с целью побудить их к получению услуг или иным образом установить отношение к созданию услуг, оплачиваемых федеральной программой здравоохранения; скидки также не подлежат обмену на деньги или иные услуги,

## **Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.**

предоставляемые больницей или любой другой организацией Partners (включая скидки для магазина сувениров, кафе и т.д.).

Как правило, доплаты, суммы совместного страхования или франшиз не списываются и не дисконтируются.

Основания для списания или дисконтирования доплат, сумм совместного страхования или франшиз следующие:

- Подтверждённое тяжелое финансовое положение, обычно оцениваемое исходя из дохода пациента и информации о его/её имуществе.
- Возникновение серьёзного явления, требующего немедленного уведомления, или иной клинической проблемы, являющейся причиной отказа от визита. Любые доплаты и франшизы, взимаемые до визита (например, при регистрации), также подлежат возмещению. (Для получения дополнительной информации см. Политику Partners на случай неуплаты в случае событий, связанных с качеством или безопасностью).
- В редких случаях директор по финансовым вопросам больницы, вице-президент PHS по управлению циклом получения дохода или назначенные ими лица могут санкционировать исключения.

Основания для предоставления других типов скидок:

- поощрение оперативной оплаты;
- признание уникальных случаев тяжёлого финансового положения;
- минимизация взыскиваемых административных затрат;
- особые ставки, согласованные перед оказанием услуг; и
- необходимость установления положительных взаимосвязей с пациентами, включая, в том числе, непредвиденные задержки и иные неоптимальные условия оказания услуг.

### **В. ПРОЧИЕ СКИДКИ, КОРРЕКТИРОВКИ И БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ**

В больнице предусмотрены программы предоставления скидок незастрахованным пациентам и финансовой помощи для дополнительных скидок. Финансовая помощь обычно признается больницей как благотворительная помощь. Такие программы подлежат утверждению исполнительным вице-президентом по финансам Partners, после чего они подаются в соответствии с процедурой, описанной в разделе 2. Больница также может признать благотворительной помощью остатки сумм, которые не могут быть взысканы с пациента ввиду его защиты от взыскания задолженности в соответствии с положениями 101 CMR 13.08 (3) и раздела 9 В (3) настоящей Политики. Невыплаченные пациентом остатки сумм, соответствующие критериям Политики больницы по оказанию благотворительной помощи, могут быть представлены в отчёте как невозвратная задолженность Medicare.

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

**9. ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ И ВЗЫСКАНИЕ ЗАДОЛЖЕННОСТИ**

**А. ОБЗОР**

Работники больницы предпримут разумные меры для взыскания средств для оплаты всех соответствующих расходов за счёт страховых компаний в соответствии с отраслевыми стандартами, а также для своевременного выставления платежей и перерасчётов по договорам пациентов. Такие меры включают выставление счетов по всем активным программам страхования, соответствующим требованиям плательщиков, и своевременный анализ отклонённых заявлений о наступлении страхового события. Пациенты или их гаранты, будут нести ответственность за остатки на счетах после оплаты всех страховых платежей, перерасчётов, а также будут выступать одной из сторон при согласовании размера скидки/перерасчёта в соответствии с уведомлением об оплате, получаемом от плательщика, за исключением случаев контроля остатка по счёту HSN или освобождения от взыскания средств в порядке, определённом законами штата. Меры по взысканию могут включать выписки по счетам пациентов, письма пациентов, номера телефонов, заверенные письма-извещения с окончательным требованием о погашении задолженности.

**В. ВЫПИСКИ, ПИСЬМА И ЗВОНКИ ПАЦИЕНТАМ**

Представители больницы или назначенные ими агенты будут регулярно составлять и направлять пациентам по почте выписки с указанием сумм, подлежащих уплате больнице. Насколько это возможно, пациенту будет предоставлен общий перечень всех расходов, платежей и перерасчётов, включённых в первоначальный счёт для каждой даты оказания услуг. Как правило, пациенты получают 3 (три) или более выписки или письма за расчётный период длительностью 120 дней при отсутствии каких-либо других действий, при которых выставление счетов нецелесообразно. В журналах операций системы выставления счетов и (или) в комментариях к счетам отображаются все действия со счетом, включая выставление счетов на оплату. Персоналу рекомендуется вносить в действующую систему выставления счетов или систему сбора платежей из собственных средств все контактные данные пациента (или гаранта).

- 1) Приостановление выставления счетов. В определённых ситуациях деятельность по дальнейшему выставлению счетов или взиманию оплаты может стать неуместной, может быть отложена или прекращена. Такие ситуации включают, в том числе: Неверный адрес (см. раздел 7 ниже), банкротство (раздел F (1), смерть пациента, претензии пациента или вопросы, касающиеся обслуживания клиентов, малый остаток (раздел 10(B) (8) или ожидание решения о присвоении статуса малообеспеченного пациента или участника программы MassHealth.
- 2) Уведомление о возможности получения финансовой помощи. Направляемые пациентам выписки содержат любые предусматриваемые нормативно-правовыми актами уведомления, информирующие пациентов о возможности и способах получения финансовой помощи. Язык и содержание таких уведомлений должны соответствовать положениям действующих редакций EOHHS и IRS 501(r). Уведомления о возможности получения финансовой помощи также включаются во все другие письменные или устные сообщения для пациентов (там, где это целесообразно).



**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- 3) Пациенты, защищённые от взыскания задолженности. Работники больницы предпримут разумные меры для недопущения применения процедур по взысканию средств, включая телефонные звонки, выписки и письма, к тем пациентам, чьи средства могут быть освобождены от взыскания соответствующими законами, в том числе к пациентам, имеющим статус малообеспеченных, присвоенный службой Medicaid (за исключением пациентов, чей статус малообеспеченных распространяется только на стоматологические услуги), или пациентам, участвующим в программе MassHealth, программе медицинского страхования детей (CMSP), пациентам, чей семейный доход MAGI равен или меньше 300% FPG, пациентам, участвующим в программах оказания экстренной помощи пожилым людям, людям с ограниченными возможностями и детям (EAEDC), и Health Safety Net (полная или частичная программа), за исключением выплаты франшиз и доплат, рассматриваемых такими программами в качестве ответственности пациента, а также доплат сторонних плательщиков, кроме Medicare. Если пациент подпадает под одну из перечисленных выше категорий, любые действия по взысканию задолженности (за исключением взыскания доплат и франшиз HSN) с такого пациента завершаются в отношении услуг, оказанных в период, когда пациент соответствовал применимым критериям. Действия по взысканию задолженности также прекращаются, если пациент признан малообеспеченным, и если подлежащая взысканию сумма относится к периоду, когда пациент не был участником квалифицирующей программы. Больница вправе и дальше направлять пациентам письма с требованием о предоставлении информации или осуществления пациентами определённых действий для урегулирования вопросов, касающихся страхового покрытия и (или) соответствия критериям какой-либо программы, с основным плательщиком или программой страхования от несчастных случаев на производстве или для получения информации о страхователе гражданской ответственности третьих лиц на случай ДТП.
- 4) Окончательное требование о погашении задолженности Работники больницы предпримут разумные меры для направления каждому пациенту окончательного требования о погашении задолженности до перевода счёта в категорию невозвратной задолженности. В большинстве случаев окончательное требование о погашении задолженности является частью выписки, направляемой гаранту.
- 5) Невозвратная задолженность, требующая принятия срочных мер. Если работники больницы ходатайствуют в HSN о признании какой-либо задолженности невозвратной и требующей принятия срочных мер, они обязаны убедиться в том, что такая задолженность удовлетворяет следующим требованиям:
- (a) по данному счёту работы по взысканию задолженности ведутся постоянно в течение, как минимум, 120 дней.
  - (b) В MMIS был направлен соответствующий запрос для анализа возможного покрытия.
  - (c) Оказанные услуги подпадают под определение экстренных или неотложных услуг, данное в настоящей Политике.



**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- (d) Направлено окончательное требование о погашении задолженности в размере 1000 долларов США или больше. При наличии документального подтверждения неправильности указанного адреса для счёта пациента, заявление по таким счетам можно предоставлять в HSN без окончательного требования о погашении задолженности заказным письмом, при условии истечения 120 дней с момента выставления первоначального счёта и наличии подтверждений того, что непосредственные и разумные попытки работников больницы установить правильность адреса оказались тщетными. Следует принять разумные меры для уведомления жителей штата Массачусетс о том, что Health Safety Net может предоставлять любые данные по претензиям, направленным в HSN, работодателю пациента.
- 6) Звонки и письма с предложением о погашении задолженности. Работники больницы предпримут разумные меры для взыскания всех сумм, причитающихся к уплате в пользу больницы. Меры, предпринимаемые работниками больницы, могут различаться в зависимости от количества факторов, включая, в том числе, сумму остатка на счёте и применение к пациенту в прошлом мер по взысканию. Дополнительные меры по взысканию задолженности могут включать звонки пациентам и письма в дополнение к стандартным выпискам (см. раздел 10 В). Во всех возможных случаях такие звонки и письма должны включать напоминания о наличии возможности получения финансовой помощи.
- 7) Возвраты в связи с неверным адресом. Работники больницы предпримут разумные меры для отслеживания и повторного направления всех выписок по счетам пациентов, возвращённых почтовой службой США с пометкой «не доставлено». По возможности, в системах выставления счетов такие счета будут идентифицироваться как «счета с неверным адресом», а сам адрес будет проверен и изменён с использованием программ по «розыску скрывающихся должников», предоставляемых сторонними компаниями. Как правило, после определения счёта как счёта с неверным адресом, по нему не будут направляться выписки или письма до момента установки нового адреса. Работники больницы не должны продолжать направлять письменные выписки по неверным адресам, поскольку это нецелесообразно с финансовой точки зрения и может привести к нарушению предусматриваемых HIPAA требований о соблюдении конфиденциальности. Счета с неверным адресом имеют соответствующую пометку в регистрационной системе, предупреждающую работников, вовлечённых в процесс регистрации, о необходимости получения от пациента нового адреса. Информация о счетах, последняя версия демографических данных по которым содержит неверный адрес, может быть передана сторонним организациям в рамках дальнейшей работы с невозвратной задолженностью, за исключением счетов с возможной невозвратной задолженностью, требующей принятия срочных мер, которые будут обрабатываться через 120 дней после определения их таковыми.
- 8) Перерасчёт малого остатка. С учётом расходов на обработку выписок и взыскание оплаты работники больницы могут не предоставлять выписки по счетам с установленным «низким уровнем оплаты». По аналогии после выставления счетов

## Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.

работники больницы могут ограничить деятельность по взысканию задолженности и проведению научных исследований по счетам с низким уровнем оплаты и провести перерасчёт по «счетам с низким уровнем списания». Перерасчёт малого остатка никоим образом не будет предоставляться в HSN для оплаты в рамках этого раздела. Как правило, пороговым для счетов гарантов считается значения остатка менее 10,00 долларов США.

### С. УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕВЫШЕНИИ

Работники больницы проверяют остаток по счёту каждого пациента на предмет превышения размера трастового фонда Health Safety Net в соответствии с требованиями 101 CMR 614. Суммы превышения будут выставлены к оплате пациенту, а поступившие средства будут возвращены HSN в соответствии с запрошенным ими графиком.

### Д. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

- 1) Общие сведения. Оплата услуг больниц сети Partners может осуществляться различными способами. Отсрочка оплаты, графики оплаты или частичная оплата депозитов обычно осуществляются только в приёмном отделении больницы или в департаменте биллинговых решений PHS. Все условия оплаты и порядок расчётов соответствуют заранее установленным критериям, и будут соответствующим образом отражаться в системах по выставлению и регистрации счетов больницы.
- 2) Формы оплаты
  - (a) Предоплату можно внести в форме подтверждённых/банковских чеков, безналичных платежей или с использованием кредитных/дебетовых карт. В большинстве больниц оплата наличными невозможна. Персональным чеком банка США обычно можно оплатить остатки, не превышающие 5000 долларов США, если ранее не были зафиксированы случаи отказов выплат по чекам ввиду недостаточности средств. Персональные чеки на оплату запланированных услуг может потребоваться предоставлять заранее, чтобы дать работникам больницы время на проверку чеков. Пациенты, по которым ранее были зафиксированы случаи возникновения невозвратной задолженности, обслуживаются в индивидуальном порядке для определения подходящего способа оплаты.
  - (b) Банковская ячейка. Персональные чеки для оплаты услуг могут передаваться в банковскую ячейку больницы. Направляемая по почте информация об оплате кредитной картой не принимается.
  - (c) Система выставления и оплаты электронных счетов Partners. Многие учреждения предоставляют электронным доступ к счетам и предлагает возможность оплаты счетов в электронной форме с использованием кредитных/дебетовых карт или путём безналичного перевода на счёт в автоматизированной клиринговой палате (ACH).
  - (d) Приём платежей осуществляется путем звонка в колл-центр департамента биллинговых решений PHS или другой указанный центр по обслуживанию клиентов.

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- (е) Работники больницы оставляют за собой право проверять «необеспеченные» чеки и возвращать любой платёж, который мог быть списан со счёта пациента. «Необеспеченный» чек может служить основанием для перевода такого счёта в категорию невозвратной задолженности.
- 3) Валюта. Если не предусмотрено иное, все платежи осуществляются в долларах США. Платежи в валюте, отличной от доллара США, подлежат конвертации по курсу банка больницы, с учётом всех комиссионных расходов за конвертирование.
- 4) Графики оплаты. Графики оплаты предоставляются всем пациентам по запросу при условии, что их счета актуализированы. Окончательное принятие графика оплаты происходит после полной проверки статуса и истории платежей пациента. Департамент биллинговых решений PHS обрабатывает и контролирует все графики оплаты пациентов. Графики обычно относятся к суммам, причитающимся к уплате во всех больницах сети Partners, участвующим в программе Partners eCare. При наличии возможности графики оплаты согласовываются всеми учреждениями.
- (а) Графики оплаты при частичной франшизе HSN или программе HSN по особо затруднительным медицинским обстоятельствам:
- (i) Перед оказанием услуг, не являющихся экстренными или неотложными, от пациента могут потребовать внесения первоначального взноса в размере 500 долларов США или 20% от франшизы с учётом всех депозитов.
  - (ii) При остатке по счёту в 1000 долларов США или менее предлагаются графики оплаты на один год, при всех прочих остатках — до двух лет. Ежемесячный платёж, предусматриваемый графиками оплаты для таких пациентов, составляет 25 долларов США.
- (b) Графики оплаты для всех прочих пациентов
- (i) Максимум для графика оплаты на год при остатке по счёту в 1000 долларов США или менее
  - (ii) Максимум для графика оплаты на два года при остатке по счёту более 1000 долларов США.
  - (iii) В исключительных случаях после получения одобрения высшего руководства предлагаются графики оплаты на более длительный срок.
  - (iv) Ежемесячный платёж, предусматриваемый графиками оплаты, не может быть менее 25 долларов США.
- (c) Если пациент согласился на график оплаты и соблюдает его, проценты на остаток по счёту не начисляются.
- (d) Графики оплаты регулярно пересматриваются, чтобы гарантировать актуальность всех платежей. Если пациент пропускает два платежа подряд, больница вправе переквалифицировать его/её счет в невозвратную задолженность. После получения от пациента уведомления об изменении его/её финансового положения

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

больница вправе произвести переоценку неисполненных обязательств пациента по оплате.

**Е. ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ В ОСОБЫХ СИТУАЦИЯХ**

- 1) Банкротство пациента. Работники больницы предпримут разумные меры для контроля каждого уведомления о банкротстве, которые будут добавляться в дело для обеспечения выполнения всех требований судопроизводства, включая порядок предоставления искового заявления, при необходимости, или отказа для взыскания долга.
- 2) Смерть пациента. Когда это необходимо и экономически целесообразно, больница проводит поиск недвижимости, проводит опись и заявляет право залога на такую недвижимость.
- 3) Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и гражданская ответственность перед третьими лицами (ГОПТЛ) (Массачусетс): В случае ДТП/ГОПТЛ будут предприняты разумные меры для выставления счёта в адрес соответствующей страховой компании для возможного взыскания суммы личного ущерба. Заявления о наступлении медицинского страхового случая будут обрабатываться после урегулирования всех вопросов, связанных со страхованием от личного ущерба. При невозможности установления личности поверенного пациента, ответственного за заявление о наступлении страхового события пациента, работники больницы могут воспользоваться правом удержания определённой суммы на покрытие будущих платежей за лечение телесных повреждений со страховой компании, обеспечивающей страхование на случай ДТП. Заявления о наступлении страхового случая не передаются в HSN до тех пор, пока не будут предприняты все возможные меры по взысканию сумм ущерба с других сторон. Во всех возможных случаях пациентам будут напоминать об их обязанности по сообщению в службу Medicaid или HSN о любых возможных исках, связанных с возникновением ГОПТЛ, в течение 10 дней со дня их подачи. В случае получения страхового возмещения после подачи заявления о наступлении страхового события в HSN, сумма такого возмещения вычитается из исходной суммы, что доводится до сведения HSN, включая недействительные и возмещённые заявления.
- 4) Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и гражданская ответственность перед третьими лицами (ГОПТЛ) (Нью-Гемпшир): Пациенты, у которых есть медицинская страховка, могут выбрать вариант, при котором счет выставляет больница. По выставленным пациентам счетам обычные скидки и корректировки не предоставляются.
- 5) Страхование от несчастных случаев на производстве: Как правило, иски о несчастных случаях на производстве полностью удовлетворяет компания, страхующая от несчастных случаев на производстве, при наличии имеющего законную силу покрытия. Работники больницы предпримут разумные меры для получения покрытия в рамках страхования от несчастных случаев на производстве, включая подачу исков.

## **Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.**

При отсутствии покрытия страхования от несчастных случаев на производстве, требования о выплате возмещения при наступлении страхового события обрабатываются в рабочем порядке.

- 6) Вторичное покрытие HSN: Работники больницы предпримут разумные меры для ограничения количества заявлений о наступлении страхового события, направляемых в адрес HSN в качестве компании, обеспечивающей вторичное страхование остатков, считающихся покрываемыми HSN, включая франшизы, совместное страхование и услуги с отсутствующим покрытием, случаи исчерпания пациентом своих страховых выплат или отсутствие взаимоотношений с плательщиком в момент предоставления услуг. Заявки на оказание услуг, отклонённые вследствие технической неисправности или иной технической проблемы в соответствии с 101 CMR 613.03(1)(c), в HSN не направляются. В случае получения работниками больницы дополнительного или скорректированного платежа по заявлению о наступлении страхового события, ранее направленному в HSN, скорректированное заявление будет представлено в адрес HSN.
- 7) Частичная франшиза HSN: Работники больницы будут выставять пациентам счёта в размере 100% их ежегодной частичной франшизы HSN до тех пор, пока пациент не оплатит сумму, эквивалентную размеру ежегодной франшизы, включая любые остатки, предусмотренные графиком платежей. Заявления о наступлении страхового события будут направлены в HSN только после полного погашения пациентом стоимости франшизы. Это относится ко всем пригородным учреждениям и медицинским центрам, осуществляющим деятельность в соответствии с лицензией больницы.
- 8) Лица, подвергшиеся насилию: Работники больницы окажут таким пациентам помощь в подаче заявок на участие в организованной Генеральной прокуратурой штата программе помощи лицам, подвергшимся насилию. В большинстве случаев выставление счетов таким пациентам откладывается на срок рассмотрения заявки на участие в упомянутой выше программе. Такие платежи считаются полной оплатой; пациент не получает счетов на оплату оставшихся сумм.

### **10. РАЗМЕЩЕНИЕ НЕВОЗВРАТНОЙ ЗАДОЛЖЕННОСТИ**

После исчерпания всех разумных мер и попыток взыскания оплаты в соответствии с внутренними процедурами, соответствующие счета могут быть переведены в категорию невозвратной задолженности. Как правило, это происходит, если оплата не проводится в течение 120 дней с момента выставления счёта, за некоторыми исключениями, связанными с неправильным адресом или прочими смягчающими обстоятельствами. Как правило, в отношении счетов, относящихся к категории невозвратной задолженности, проводится дополнительная работа по взысканию оплаты со стороны персонала, внешних коллекторских агентств или поверенных по сбору платежей в соответствии с действующим законодательством. Работники больницы гарантируют, что они сами или сторонние агентства



**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

будут предпринимать дальнейшие действия в отношении невозвратной задолженности, руководствуясь представленными ниже средствами.

**A. КРЕДИТНАЯ ИСТОРИЯ**

Как правило, несмотря на то, что больница не передаёт данные о невозвратной задолженности пациентов в кредитные бюро, настоящая Политика не ограничивает работников больницы в осуществлении таких действий в отдельных случаях в настоящем или будущем. При этом работники больницы или их агенты могут пользоваться услугами кредитных бюро для установления рейтинга кредитоспособности пациента и определения вероятности исполнения им/ею своих финансовых обязательств.

**B. СУДЕБНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО**

Больница и её агенты вправе подать иск против пациента с целью вынесения судебного решения о выплате причитающихся больнице сумм. Ни при каких обстоятельствах в процессе взыскания задолженности не может использоваться судебный приказ об аресте для обеспечения гражданского иска (известный в прессе как «арест конкретного лица»).

**C. АРЕСТ ИМУЩЕСТВА ЗА ДОЛГИ**

Больница вправе осуществлять арест, опись и продажу имущества только после рассмотрения этого вопроса и получения одобрения директора больницы по финансовым вопросам. Кроме того, во всех случаях, когда службой Medicaid пациенту присвоен статус малообеспеченного пациента или когда пациент является участником программ финансовой помощи, больница не будет требовать соблюдения установленных законом условий в отношении личного жилья пациента или гаранта, не получив на то особой санкции от совета попечителей больницы.

**D. КОЛЛЕКТОРСКИЕ АГЕНТСТВА**

Агентства, желающие взыскать с пациента неоплаченный остаток по счетам от имени больницы, должны соблюдать положения настоящей Политики по кредитованию и работе с задолженностью. Представители больницы будут рассматривать и контролировать работы по любой получаемой в свой адрес претензии. Работники каждого агентства обязаны полностью соответствовать положениям федеральных правил справедливого взыскания долгов, а также правил справедливого взыскания долгов, установленных Генеральной прокуратурой штата Массачусетс. Работники каждого агентства обязаны своевременно информировать о каждом случае взыскания задолженности или каждой операции по счёту, включая решение о прекращении дальнейшего взыскания задолженности. Как правило, коллекторские агентства прекращают попытки взыскания задолженности по счёту, если в течение года по такому счёту не зафиксировано операций, платежей и иных действий, свидетельствующих о потенциально возможной оплате.

**11. КРЕДИТОВЫЕ ОСТАТКИ И ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ**

Как правило, больницы возвращают пациентам средства неиспользованных кредитов, которые могут возникнуть в результате удержания чрезмерной суммы со счёта пациента. В случае отсутствия возможностей для возврата кредитового остатка пациенту или его/её



## **Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе Partners HealthCare 1 января 2020 г.**

гаранту работники больницы вернут кредитный остаток на счёт Казначейства Содружества Массачусетс в соответствии с нормами обращения с оставленным имуществом штата.

### **12. СЕРЬЁЗНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕМЕДЛЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (SRE)**

В случаях отсутствия оплаты за отдельные услуги или повторной госпитализации в результате наступления явления, определяемого представителями больницы как серьёзное явление, требующее немедленного уведомления, (SRE), работники больницы руководствуются требованиями к процедуре выставления счетов, включая постановления Министерства здравоохранения (105 CMR 130.332). Если SRE наступило за пределами больницы, оно не подпадает под определение неоплачиваемого. Больницы не взыскивают оплату с малообеспеченных пациентов, соответствующих критериям участия в программе Health Safety Net, чьи заявки первоначально были отклонены страховой программой вследствие ошибки, допущенной администраторами больницы при выставлении счетов. Представители больницы также хранят всю информацию в соответствии с действующим федеральными законами и законами штата о неприкосновенности личной жизни, обеспечении безопасности и недопущении кражи данных, удостоверяющих личность.

### **13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА**

#### **A. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА**

Пациент обязан:

- Своевременно предоставлять полную информацию о страховом полисе и демографические данные, а также уведомлять работников больницы о том, что он/она является участником программ штата, и любых изменениях своего статуса, включая, в том числе, объём дохода и состояние страховки.
- Для жителей штата Массачусетс: подавать заявки и обеспечивать наличие страхового покрытия, предоставляемого спонсируемыми государством программами, требованиям которых пациент удовлетворяет, в том числе предоставлять все необходимые документы в установленный срок. Все пациенты обязаны получать и продлевать срок действия страхового покрытия, если таковое им доступно. Уведомлять работников больницы о любых потенциальных страховых покрытиях на случай дорожно-транспортных происшествий, возникновения гражданской ответственности перед третьими лицами или несчастных случаев на производстве. Пациенты, участвующие в программах штата, обязаны подавать заявку на компенсацию, по возможности, относительно любого происшествия, травмы или потери трудоспособности, а также в течение десяти дней передавать представителям организаций, предоставляющих страхование по страховым программам штата (например, Medicaid или Health Safety Net), информацию относительно судебного разбирательства или заявления о наступлении страхового события для обеспечения оплаты стоимости услуг, оказываемых больницей. После этого, пациент обязан передать представителю третьей стороны право производить платежи за услуги, покрываемые программой представительства Medicaid в штате Массачусетс или Health Safety Net.

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

- Предпринимать разумные меры для понимания лимитов своего страхового покрытия, включая лимиты сети, лимиты страхового покрытия предоставляемых услуг и финансовой ответственности, обусловленные лимитами страхового покрытия, доплат, совместного страхования и франшиз.
- Соответствовать принципам предоставления страховых направлений, предварительных согласований и прочим процедурам административного управления медицинским учреждением.
- Соответствовать прочим требованиям в сфере страхования, включая заполнение бланков для координации страховых выплат, поддержание в актуальном состоянии информации о своих личных данных, о лечащем враче и прочие требования к плательщику.
- Своевременно осуществлять совместную оплату, уплачивать суммы франшиз и совместного страхования.
- Своевременно обновлять демографические и страховые данные, а также данные о соответствии критериям участия в программах HSN и данные о годовой франшизе.

**В. Политика по недопущению дискриминации**

Больница не допускает дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, национальному происхождению, гражданству, статусу ненатурализованного иностранца, религии, вероисповеданию, полу, гендерной принадлежности, сексуальной ориентации, возрасту или недееспособности ни в положениях своих политик, ни в их практическом применении в связи с вопросами получения и подтверждения финансовой информации, депозитных платежей перед госпитализацией или перед оказанием медицинской помощи, выбором графика оплаты, отсрочкой госпитализации или отказом в ней или соответствием пациента критериям участия в программах Health Safety Net.

**14. ОТЧЕТНОСТЬ, АУДИТ И СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ**

Больница обязуется исполнять все требования в отношении составления и представления отчётности, предусматриваемые пунктом 118G MGL, 101 CMR 613, 614 и соответствующими административными бюллетенями.

Больница обязуется вести подлежащие аудиту записи об осуществляемой деятельности в соответствии с критериями и требованиями 101 CMR 613 и 101 CMR 614.

Больница обязуется представить настоящую Политику по кредитованию и работе с задолженностью в электронном виде в службы Medicaid и Health Safety Net в случае внесения в нее каких-либо изменений или в случае изменений в нормативно-правовой базе службы Medicaid и Health Safety Net, требующих обязательного представления обновлённой политики.



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL  
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

**Политика по кредитованию и работе с задолженностью по программе  
Partners HealthCare  
1 января 2020 г.**

**ПРОЧИЕ ПРИМЕНИМЫЕ ПОЛИТИКИ PARTNERS HEALTHCARE:**

Политика Partners по предоставлению скидок незастрахованным пациентам и оказанию финансовой помощи

**СПРАВОЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ:**

Нормативно-правовые акты штата Массачусетс 101 CMR 613, 614 и MGL пункт 118G.  
IRS 501 (r) с