

## Политика расчетов и взыскания задолженности

### Цель

Настоящая Политика расчетов и взыскания задолженности содержит описание процедур выставления счетов, осуществления расчетов и взыскания задолженности, применимых к пациентам учреждения The Children's Hospital Corporation, осуществляющего свою деятельность под наименованием Boston Children's Hospital (далее — «Больница»). Список процедур Больницы, адреса отделений и других учреждений, предоставляющих экстренные и необходимые по медицинским показаниям услуги, к которым применяется настоящая Политика расчетов и взыскания задолженности, доступен в соответствии с настоящей Политикой. Кроме того, некоторые положения настоящей Политики, конкретно указанные в ней, применяются к услугам, предоставляемым в учреждениях Больницы или связанных с ней учреждениях фонда врачей Physician Foundation (далее — «Фонды»), где системы административного обеспечения и персонал предоставляются Фондом через Больницу. Эта Политика не распространяется на компанию Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC, осуществляющую свою деятельность под названием Boston Children's Pharmacy, а также на фармацевтическую продукцию, распространяемую Boston Children's Pharmacy.

### Положения политики

1. Больница и Фонды стремятся оказывать медицинскую помощь детям, которые нуждаются в ней, независимо от их платежеспособности.
2. Настоящая Политика расчетов и взыскания задолженности применяется ко всем экстренным и другим необходимым по медицинским показаниям услугам (определение приведено ниже), предоставляемым Больницей. Кроме того, некоторые положения настоящей Политики применяются к необходимым по медицинским показаниям услугам, предоставляемым Фондами в определенных учреждениях Фондов. К экстренным и другим необходимым по медицинским показаниям услугам не относятся необязательные косметические процедуры.
3. Больница обязуется оказывать неотложные услуги всем пациентам, не допуская дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, гражданства, статуса иностранца, религии, вероисповедания, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности,

возраста, инвалидности или статуса пациента с низким уровнем дохода (определение приведено ниже), и будет применять политики и процедуры, описанные в настоящей Политике расчетов и взыскания задолженности, без дискриминации. Больница запрещает предпринимать любые действия, которые могут мешать пациентам обращаться за экстренными услугами, в частности требовать от пациентов отделения неотложной помощи оплату до предоставления им лечения в связи с неотложными медицинскими состояниями либо давать разрешение на проведение мероприятий по взысканию долгов, которые препятствуют предоставлению экстренных услуг без дискриминации.

4. Больница и Фонды, в соответствии с их Политикой финансовой помощи, будут содействовать пациентам и поручителям (определение приведено ниже) в процессе заполнения заявлений на участие в доступных Программах государственной помощи в области здравоохранения (определение приведено ниже), когда это возможно.
5. Больница и Фонды могут предоставлять финансовую помощь пациентам, которые соответствуют определенным критериям, описанным в их Политике финансовой помощи.
6. Больница и Фонды будут: а) воздерживаться от взыскания оплаты за экстренные и необходимые по медицинским показаниям услуги (определение приведено ниже) с пациентов, которые освобождены от мер по взысканию задолженности в соответствии с настоящей Политикой расчетов и взыскания задолженности; б) возмещать таким пациентам все полученные от них платежи за экстренные и необходимые по медицинским показаниям услуги; в) обмениваться между собой информацией о страховании пациентов и их соответствии критериям участия в каких-либо государственных программах или программах Больницы.
7. Больница и Фонды могут, в соответствии с настоящей Политикой расчетов и взыскания задолженности и своей Политикой скидок для незастрахованных пациентов, предоставлять дополнительные скидки, помимо предусмотренных их Политикой финансовой помощи, на индивидуальной основе в случаях, когда пациенты испытывают особые финансовые затруднения.

## Определения

**Суммы, на которые обычно выставляются счета (Amounts Generally Billed, AGB)** — суммы, которые обычно взимаются по счетам за необходимые по медицинским показаниям услуги с застрахованных лиц, имеющих страховое покрытие таких услуг. AGB рассчитываются на основании ретроспективного метода. Более подробную информацию см. в Политике финансовой помощи Больницы в разделе «Ограничения в отношении платежей».

**Исчисляемый доход** — соответствует определению, приведенному в Правилах Health Safety Net.

**Услуги, удовлетворяющие критериям** — услуги Больницы или общественного центра здравоохранения (Community Health Center), которые могут быть оплачены за счет программы Health Safety Net в соответствии с Правилами Health Safety Net.

**Неотложное медицинское состояние** — состояние физического или психического здоровья, проявляющееся в виде симптомов достаточной степени тяжести, включая сильную боль, при котором неспециалист, обладающий средними знаниями в области здравоохранения и медицины, может обоснованно предположить, что отсутствие срочного медицинского обслуживания может подвергнуть серьезной опасности здоровье пациента или иного лица, привести к серьезному нарушению функций организма или серьезной дисфункции какого-либо органа или части тела, либо, если речь идет о беременной женщине, вызвать состояние, описанное в разделе 1395dd(e)(1)(B) главы 42 Свода законов США (United States Code, USC).

**Экстренные услуги** — необходимые по медицинским показаниям услуги, оказываемые пациенту с неотложным медицинским состоянием.

**Федеральный прожиточный минимум (Federal Poverty Level, FPL)** — пороговые значения дохода, ежегодно устанавливаемые Департаментом здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services).

**Поручитель** — лицо или группа лиц, включая родителей пациента, его законных опекунов и других членов семьи, которые берут на себя ответственность за полную или частичную оплату услуг Больницы или Фондов.

**Health Safety Net** — программа платежей, созданная и осуществляемая в соответствии с разделом 65 главы 188E Свода общих законодательных актов штата Массачусетс (General Laws of Massachusetts, MGL).

**Правила Health Safety Net** — правила, установленные в главе 101 Кодекса нормативно-правовых актов штата Массачусетс (Code of Massachusetts Regulations, CMR), см. раздел 613.00 и далее.

**Резидент штата Массачусетс** — лицо, постоянно проживающее в штате Массачусетс, которое удовлетворяет критериям, приведенным в разделе 503.002 главы 130 CMR.

**MassHealth MAGI** — валовой доход с поправками и изменениями (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), который используется для определения соответствия пациента критериям участия в программе MassHealth, включая, помимо прочего, периоды времени, подходящие для расчета дохода MAGI с целью определения соответствия критериям участия в программе MassHealth.

**Финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания** — тип соответствия критериям участия в программе Health Safety Net, доступный резидентам штата Массачусетс независимо от их уровня исчисляемого дохода, при котором допустимые расходы на медицинское обслуживание настолько исчерпали исчисляемый доход пациента или поручителя, что отсутствует возможность оплачивать услуги, удовлетворяющие критериям, как описано в разделе 613.05 главы 101 CMR.

**Необходимые по медицинским показаниям услуги** — услуги, которые с достаточной вероятностью помогут предотвратить развитие или ухудшение, диагностировать, облегчить, устранить или вылечить состояния, которые угрожают жизни, причиняют страдания или боль, вызывают физическую

патологию или дисфункцию, могут вызвать или усугубить инвалидность либо привести к болезни или физическому дефекту.

**Непокрываемые услуги** — это услуги, которые: а) не включены в качестве покрываемых льгот или услуг, удовлетворяющих критериям, в Частный план медицинского обслуживания пациента или в Программу государственной помощи в области здравоохранения, и стоимость которых пациент обязан самостоятельно оплатить поставщикам таких услуг; б) включены в качестве покрываемых льгот или услуг, удовлетворяющих критериям, но предоставляются после того, как пациент исчерпал все льготы в рамках своего Частного плана медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения; в) предоставляются поставщиком, не входящим в сеть Частного плана медицинского обслуживания пациента или Программы государственной помощи в области здравоохранения. Экстренные услуги не относятся к непокрываемым.

**Финансовая ответственность пациента** — все доплаты, совместное страхование и франшизы, которые должны быть оплачены пациентом или поручителем в соответствии с условиями Частного плана медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения, в которых пациент зарегистрирован или на участие в которых имеет право.

**Частный план медицинского обслуживания (Private Health Plan)** — предоставление покрытия медицинских услуг в рамках программы или плана медицинского страхования, любого другого плана здравоохранения, социального обеспечения или иного плана, фонда или траста, созданного с целью осуществления платежей или урегулирования иным образом вопроса оплаты медицинских услуг, предоставляемых пациентам, зарегистрированным в таких программах или планах либо имеющим право на участие в них.

**Аффилированные лица поставщика услуг** — независимые практикующие врачи, группы врачебной практики, а также другие физические и юридические лица, которые предоставляют экстренные и другие необходимые по медицинским показаниям услуги в Больнице, в том числе в любых клиниках Больницы и медицинских центрах, имеющих лицензию Больницы. Список аффилированных лиц Больницы доступен в соответствии с настоящей Политикой расчетов и взыскания задолженности.

**Программы государственной помощи в области здравоохранения (Public Health Care Assistance Programs)** — программы, учрежденные правительством штата или федеральным правительством для осуществления платежей или урегулирования иным образом вопросов оплаты покрываемых / удовлетворяющих критериям медицинских услуг, предоставляемых лицам, соответствующим критериям участия в таких программах. Программы государственной помощи в области здравоохранения включают, помимо прочих, MassHealth, Health Safety Net и субсидируемые планы, предлагаемые в соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), такие как планы ConnectorCare, Программа страхования здоровья детей (Children's Health Insurance Program, CHIP), прочие программы Medicaid и Medicare.

**Другое финансирование** — прочие ресурсы и источники финансирования, принадлежащие пациенту и поручителю, доступные им или созданные в его

интересах родственниками, друзьями или другими третьими сторонами, которые могут использоваться для оплаты медицинского обслуживания пациента, в частности через благотворительные организации и доверительные фонды (включая средства, полученные в результате краудфандинга и применения прочих подобных методов сбора средств).

**Неотложная медицинская помощь** — необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые Больницей в связи с состоянием физического или психического здоровья, проявляющемся в виде острых симптомов достаточной степени тяжести (включая сильную боль), при котором неспециалист может обоснованно предположить, что отсутствие медицинского обслуживания на протяжении 24 часов может подвергнуть серьезной опасности здоровье пациента, привести к нарушению функций организма или дисфункции какого-либо органа или части тела. Услуги неотложной медицинской помощи предоставляются при состояниях, которые не опасны для жизни и не представляют высокого риска нанесения серьезного ущерба здоровью. Необязательные услуги не относятся к неотложной медицинской помощи.

## **Классификация услуг / отсрочка или отказ в предоставлении услуг**

Пациенты могут явиться самостоятельно или быть доставлены для внепланового лечения в отделение экстренной помощи (Emergency Department) либо в главный корпус (Main Campus) Больницы и потребовать провести обследование или предоставить лечение в связи с потенциальным неотложным медицинским состоянием. Такой запрос может сделать также другое лицо от имени пациента. Состояние любого пациента, обращающегося за экстренными услугами, будет оцениваться без учета страхового покрытия или платежеспособности пациента в соответствии с федеральным Законом об оказании экстренной медицинской помощи и помощи при родах (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA). После оценки состояния пациента в отделении экстренной помощи лечащий врач отделения классифицирует требуемые услуги как экстренную или неотложную помощь (в соответствии с приведенными выше определениями) либо как несрочные услуги.

Необязательные и плановые услуги являются несрочными и не относятся ни к экстренной, ни к неотложной помощи, независимо от условий, при которых они предоставляются. Такая классификация используется Больницей с целью определения покрытия безнадежной задолженности за экстренную и неотложную помощь в рамках программы Health Safety Net.

Больница запрещает предпринимать любые действия, которые могут мешать пациентам обращаться за экстренными услугами, в частности требовать от пациентов отделения экстренной помощи оплату до предоставления им лечения в связи с неотложными медицинскими состояниями либо давать разрешение на проведение мероприятий по взысканию долгов, которые препятствуют предоставлению экстренных услуг без дискриминации.

Кроме того, Больница не будет отсрочивать лечение или отказывать в лечении пациентам, обратившимся за экстренной или неотложной помощью либо участвующим в Программе государственной помощи в области здравоохранения, исключительно по финансовым соображениям. Больница оставляет за собой право отсрочивать предоставление либо отказывать пациенту в предоставлении

помощи, не являющейся экстренной или неотложной, в частности если пациент или поручитель отказывается выполнять требования в отношении гарантийного взноса либо не имеет средств для оплаты услуг самостоятельно или посредством другого финансирования и при этом отказывается подать заявление на покрытие или использовать доступное покрытие в рамках Частного плана медицинского обслуживания или Программ государственной помощи в области здравоохранения, в которых пациент может участвовать или на участие в которых имеет право, либо если пациент или поручитель отказывается предоставить необходимые документы для таких заявлений.

## Процедуры сбора финансовой информации пациента и поручителя

**А. Сбор информации.** Перед получением любых медицинских услуг (за исключением экстренной и неотложной помощи) пациент или поручитель должен предоставить: своевременную и точную информацию о имеющемся у пациента покрытии в рамках Частного плана медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения и (или) о наличии у пациента права на такое покрытие; демографические данные; сведения об изменениях статуса покрытия в рамках Частного плана медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения; а также информацию о каких-либо франшизах, доплатах и совместном страховании, которые причитаются на основании существующего страхового покрытия пациента или других платежных обязательств. Подробная информация может включать:

1. Полное имя пациента, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, дату рождения, номер социального обеспечения (если имеется), сведения о текущем покрытии в рамках Частного плана медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения, о гражданстве и месте проживания, а также о финансовых ресурсах пациента и (или) поручителя, которые могут использоваться для оплаты медицинского обслуживания пациента.
2. Полное имя поручителя пациента, адреса, номера телефонов, адрес электронной почты, дату рождения, номер социального обеспечения (если имеется), сведения о текущем покрытии в рамках Частного плана медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения, а также о финансовых ресурсах, которые могут использоваться для оплаты медицинского обслуживания пациента.
3. Сведения о других ресурсах, которые могут быть использованы для оплаты медицинского обслуживания пациента, включая другое финансирование, другие программы страхования, полисы страхования транспортных средств или недвижимости, если лечение требуется в результате несчастного случая, а также программы компенсационных выплат работникам и полисы страхования студентов.
4. Документацию, подтверждающую указанную выше информацию.

Если требуемая информация или подтверждающая документация не были предоставлены во время планирования госпитализации или амбулаторного приема, будут предприняты последовательные попытки собрать необходимую информацию после выписки или после оказания услуг пациенту.

**В. Когда собираются данные.** Ниже описано, кто и когда может предпринимать попытки сбора указанной выше информации.

1. **При планировании госпитализации или амбулаторного приема.** Врач или его ассистент либо сотрудник Больницы, записывающий пациента на плановую услугу, запросит финансовую информацию.
2. **Во время проверки информации пациента.** Персонал службы финансовых операций пациентов, врач или его ассистент либо сотрудник Больницы, проверяющий данные о пациенте до оказания услуги, может запросить финансовую информацию при необходимости.
3. **В день госпитализации или оказания услуг, во время стационарного лечения в Больнице, во время выписки, после выписки или после оказания услуг.** Данные могут запрашивать персонал службы финансовых операций пациентов, координаторы медицинского обслуживания пациентов или менеджеры по медицинскому обслуживанию (если применимо). Если какие-либо финансовые данные пациента или поручителя вызывают сомнения, пациента или поручителя могут направить в службу финансовых операций пациентов для уточнения информации. Эта процедура применяется как при плановых, так и при экстренных услугах (как только это становится практически возможно после оказания услуги или госпитализации и в соответствии с требованиями закона EMTALA).
4. **Экстренные услуги.** Персонал отделения экстренной помощи опросит пациента, соберет и проверит все необходимые данные о нем и его финансовую информацию, как только это будет возможно в соответствии с положениями закона EMTALA. Если какая-либо информация не была получена во время госпитализации или предоставления услуг, она будет запрашиваться у пациента или поручителя на протяжении всего времени пребывания пациента в больнице или во время его выписки, если все другие попытки окажутся безуспешными. Если пациент или поручитель даст разрешение, информация может запрашиваться также у других лиц с целью оценки способности пациента или поручителя оплатить предоставленные услуги.

Кроме того, пациенты и поручители могут предоставлять информацию на портале для пациентов Больницы или на стойках регистрации, расположенных в различных частях Больницы.

**С. Проверка Больницей финансовой информации пациента.**

Персонал службы финансовых операций пациентов, административный персонал клинического отделения или координаторы медицинского обслуживания пациентов будут прилагать добросовестные и обоснованные усилия для проверки предоставленной пациентом финансовой информации в кратчайшие сроки после ее получения и до выписки пациента или предоставления ему амбулаторных услуг. Что касается услуг, предоставляемых незастрахованным пациентам, персонал службы финансовых операций пациентов проверит с помощью систем контроля MassHealth и (или) Администрации по вопросам здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services) штата Массачусетс, имеет ли пациент право или подавал ли заявление на участие в программах MassHealth, ConnectorCare и других Программах государственной помощи в области здравоохранения. Если информацию не удалось проверить до выписки пациента или предоставления амбулаторных услуг, персонал или агенты

службы финансовых операций пациентов могут попытаться проверить информацию в процессе выставления счетов и взыскания платежей.

Добросовестные и обоснованные усилия Больницы по проверке информации о пациентах включают, помимо прочего: запрос информации о страховом покрытии пациента и его праве на такое покрытие; проверку всех доступных баз данных о государственных и частных планах медицинского страхования; проверку обязательств известного стороннего плательщика; подачу страховых требований во все идентифицированные ответственные программы медицинского страхования и соблюдение требований таких программ к выставлению счетов и получению утверждений, а также обжалование отклоненных страховых требований, когда услуга полностью или частично оплачивается страховщиком.

Больница также приложит добросовестные и обоснованные усилия, чтобы выяснить, несет ли какая-либо третья сторона ответственность за оплату услуг, предоставляемых Больницей, включая, помимо прочего: 1) полисы страхования ответственности владельцев транспортных средств или недвижимости; 2) полисы страхования от несчастных случаев или от причинения вреда здоровью; 3) программы компенсационных выплат работникам; 4) полисы страхования студентов. Если будет установлена третья сторона, ответственная за оплату каких-либо услуг, за которые Больница получила платеж по программе Health Safety Net, Больница вернет такой платеж в пользу Health Safety Net. Больница проинформирует пациентов об их обязанности сообщать представителям соответствующей Программы государственной помощи в области здравоохранения о любых изменениях в доходе или статусе страхования пациента.

**Д. Раскрытие информации / переуступка прав на страховые льготы.** Пациента или поручителя могут попросить подписать соглашение о переуступке прав на страховые льготы или иные сторонние источники платежей (например, на платежи по деликтным искам) непосредственно Больнице в качестве оплаты предоставленных услуг, а также дать разрешение на раскрытие информации, если это необходимо для переуступки таких прав. В разрешении также должно быть указано, что пациент или поручитель может нести финансовую ответственность за оплату расходов, не покрытых после переуступки прав.

**Е. Подтверждение финансовой ответственности за непокрываемые услуги.** Если утверждение, требуемое Частным планом медицинского обслуживания пациента, Программой государственной помощи в области здравоохранения или другим ответственным плательщиком, не было получено до предоставления услуг либо если услуга не покрывается Частным планом медицинского обслуживания пациента или Программой государственной помощи в области здравоохранения (включая случаи, когда Больница или врач не входит в сеть поставщиков услуг такого плана или программы), пациент или поручитель должен будет подписать заявление, подтверждающее, что его уведомили об отсутствии необходимого утверждения или о недостаточном покрытии услуг, а также о его финансовой ответственности за оплату услуг, окончательно признанных непокрываемыми.

Если в какой-либо момент во время курса лечения пациента будет установлено, что пациент и (или) поручитель не могут оплатить услуги, то такой пациент и (или) поручитель будут направлены к финансовым



консультантам Больницы, которые помогут им найти Частные планы медицинского обслуживания или Программы государственной помощи в области здравоохранения, а также другие программы финансовой помощи и (или) скидок, на участие в которых они могут иметь право.

## Оплата

Как правило, полная оплата услуг ожидается после получения счета от Больницы. Пациент и поручитель обязаны вести учет и своевременно оплачивать все неоплаченные счета за лечение, полученное пациентом в Больнице, включая любые существующие доплаты, совместное страхование и франшизы.

### А. Гарантийные взносы / финансовая ответственность пациента

1. **Экстренные услуги.** Больница не будет требовать от какого-либо пациента или поручителя предоставить гарантийный взнос перед лечением или оплатить какую-либо часть финансовой ответственности пациента в качестве условия предоставления экстренных услуг, независимо от платежеспособности пациента и (или) поручителя.
2. **Неэкстренные услуги.** Больница может потребовать от пациента или поручителя предоставить гарантийный взнос перед госпитализацией или оплатить какую-либо часть финансовой ответственности пациента за неэкстренные стационарные или амбулаторные услуги, если пациент не имеет достаточного страхового покрытия для оплаты предоставляемых услуг, не освобожден от мер по взысканию задолженности и не заключил с Больницей соглашение о плане оплаты.
3. **Особые положения для пациентов, имеющих право на страховое покрытие в рамках программы Health Safety Net.** Пациенты с низким уровнем дохода не обязаны предоставлять гарантийный взнос, за исключением следующих случаев: а) от пациента с низким уровнем дохода, на которого распространяются требования в отношении франшизы, может потребоваться гарантийный взнос в размере до 20 % от суммы франшизы, но не более 500 долларов; б) от пациента, испытывающего финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, может потребоваться гарантийный взнос в размере до 20 % от его доли оплаты, но не более 1000 долларов. На все оставшиеся суммы будут распространяться условия плана оплаты, как описано в разделе 613.08 главы 101 CMR.

**В. Скидки.** Суммы скидок, начисленных по счетам пациентов, не подлежат оплате и не будут подаваться в Health Safety Net. Больница предлагает скидки в размере до 40 % от стоимости лечения незастрахованным пациентам, в зависимости от своевременности оплаты и в соответствии со своей Политикой скидок для незастрахованных пациентов. Критерии отбора и другие условия, связанные со скидками для незастрахованных пациентов, описаны в Политике скидок для незастрахованных пациентов Больницы, экземпляр которой пациенты могут получить у финансовых консультантов Больницы. Также текст политики доступен на веб-странице [www.childrenshospital.org/financialassistance](http://www.childrenshospital.org/financialassistance).

**С. Планы оплаты.** Если пациент или поручитель не могут оплатить полученный от Больницы счет за обслуживание пациента, и пациент не соответствует критериям участия в программе Health Safety Net либо в другом применимом Частном плане медицинского обслуживания пациента или Программах государственной помощи в области здравоохранения, и при этом пациент не удовлетворяет критериям получения финансовой помощи в соответствии с Политикой финансовой помощи Больницы, то Больница может предложить пациенту или поручителю возможность вносить платежи на протяжении длительного периода времени.

1. Больница предлагает пациентам с низким уровнем дохода и пациентам, испытывающим финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, стоимость обслуживания которых не превышает 1000 долларов после внесения первоначального гарантийного взноса, беспроцентный план оплаты по меньшей мере на год с минимальным ежемесячным платежом, не превышающим 25 долларов. Пациентам с низким уровнем дохода и пациентам, испытывающим финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, стоимость обслуживания которых превышает 1000 долларов после внесения первоначального гарантийного взноса, предлагается беспроцентный план оплаты на два года. В чрезвычайных обстоятельствах запросы о планах оплаты сроком более двух лет рассматриваются в индивидуальном порядке.
2. Для всех других пациентов и поручителей в чрезвычайных обстоятельствах Больница может на индивидуальной основе предлагать планы оплаты, суммы и сроки которых соответствуют обстоятельствам.
3. Больница, как правило, не предлагает план оплаты с франшизой для покрытия амбулаторных услуг.

## **Содействие в подаче заявления на получение финансовой помощи**

Больница будет предоставлять пациентам и поручителям информацию и содействовать им в подаче заявлений и получении права на участие в Программах государственной помощи в области здравоохранения и других программах финансовой помощи, включая программы MassHealth и ConnectorCare, получение статуса пациента с низким уровнем дохода в соответствии с Правилами Health Safety Net и другие программы Medicaid, а также больничные программы финансовой помощи и скидок для незастрахованных пациентов. Больница приложит все обоснованные усилия для предоставления услуг перевода пациентам и поручителям с ограниченным знанием английского языка.

Пациенты и поручители обязаны предоставить всю документацию, необходимую для подачи таких заявлений. Больница не имеет никакого влияния на установление соответствия критериям участия в Программах государственной помощи в области здравоохранения, и все решения принимаются исключительно учреждениями, ответственными за управление этими программами. Пациент и поручитель обязаны информировать Больницу обо всех

решениях этих учреждений в отношении покрытия, а также о любых изменениях в соответствии пациента критериям участия в таких программах.

**А. Публичное уведомление о доступности финансовой помощи.**

Больница будет размещать информационные листы, уведомляющие пациентов о доступной финансовой помощи и предлагаемом Больницей содействии пациентам в подаче заявлений на участие в других Программах государственной помощи в области здравоохранения. Также в них будет указано, в какие подразделения Больницы пациенты и их семьи могут обращаться за содействием. Такие информационные листы будут размещаться возле стоек приема и регистрации пациентов в стационарных, амбулаторных отделениях и в отделении неотложной помощи, а также в служебных офисах Больницы, обычно посещаемых пациентами.

**В. Индивидуальное уведомление о доступности финансовой помощи.**

Больница предоставляет индивидуальное уведомление о доступности финансовой помощи и услуг, удовлетворяющих критериям (как определено в Правилах Health Safety Net), а также других Программ государственной помощи в области здравоохранения: а) во время первоначальной регистрации пациента в Больнице; б) во всех счетах к оплате и в других документах по взысканию задолженности; в) когда Больнице станет известно об изменениях, касающихся соответствия пациента критериям или медицинского страхования. Кроме того, по запросу пациента Больница может оказывать содействие в подаче заявлений на участие в таких программах.

**С. Электронный доступ к Политике расчетов и взыскания**

**задолженности и другим политикам.** Пациенты и поручители могут ознакомиться с настоящей Политикой расчетов и взыскания задолженности, Политикой скидок для незастрахованных пациентов и Политикой финансовой помощи Больницы и Фондов, а также с расчетом AGB и другими документами, используемыми для уведомления пациентов о доступной помощи, на вебстранице [www.childrenshospital.org/financialassistance](http://www.childrenshospital.org/financialassistance).

## **Процедуры выставления счетов и взыскания задолженности; определение безнадежных долгов**

Больница прилагает ко всем счетам незастрахованных пациентов те же постоянные усилия по выставлению счетов и взысканию задолженности, что и к счетам других пациентов. Копии стандартных счетов на оплату и писем с утверждением или отказом в предоставлении финансовой помощи доступны, как описано в настоящей Политике расчетов и взыскания задолженности.

**А. Определение услуг, удовлетворяющих критериям.** Больница соблюдает правила и руководящие принципы штата Массачусетс касательно права на подачу страховых требований по программе Health Safety Net и страховых требований, поданных в рамках других Программ государственной помощи в области здравоохранения штата Массачусетс.

Больница соблюдает применимые требования по выставлению счетов, включая правила Департамента здравоохранения (Department of Public Health) (раздел 130.332 главы 105 CMR) в отношении отсутствия оплаты определенных услуг или случаев повторной госпитализации, которые, по мнению Больницы, были результатом серьезного явления, требующего немедленного уведомления (Serious Reportable Event, SRE). SRE, которые происходят не в Больнице, исключаются из этого определения об отсутствии оплаты. Больница также не требует оплаты удовлетворяющих критериям услуг, предоставленных пациенту с низким уровнем дохода, или покрываемых услуг, предоставленных участникам программы MassHealth, в отношении страховых требований, по которым страховщик пациента с низким уровнем дохода первоначально отказал в оплате из-за административной ошибки Больницы при выставлении счета.

**В. Освобождение пациента или поручителя от мер по взысканию задолженности.** Больница и Фонды не выставляют счета и иным образом не участвуют во взыскании задолженности за необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставленные какому-либо пациенту, который докажет, что он:

1. Участвует в программе MassHealth и получает льготы в рамках программы экстренной помощи пожилым людям, инвалидам и детям (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children Program) (за исключением случаев, когда Больница может выставлять счета таким пациентам в пределах их финансовой ответственности в рамках таких программ помощи). Больница может инициировать выставление счетов пациенту, который утверждает, что является участником любой из таких программ, но не может это доказать. После получения удовлетворительного доказательства того, что пациент является участником одной или нескольких таких программ, и после получения подписанного заявления Больница прекращает деятельность по взысканию.
2. Является участником Плана медицинского страхования детей (Children's Medical Security Plan, CMSP) и его уровень дохода MassHealth MAGI не превышает 400 % FPL. Больница может инициировать выставление счетов пациенту, который утверждает, что является участником программы CMSP, но не может это доказать. После получения удовлетворительного доказательства того, что пациент является участником программы CMSP, Больница прекращает деятельность по взысканию.
3. Является пациентом с низким уровнем дохода (кроме пациентов с низким уровнем дохода, имеющих право только на стоматологическую помощь) и освобожден от мер по взысканию задолженности за любые услуги, удовлетворяющие критериям, полученные только в течение периода, когда он считался пациентом с низким уровнем дохода (за исключением доплат и франшиз, связанных с услугами, удовлетворяющими критериям). Больница может выставлять счета пациентам с низким уровнем дохода за услуги, удовлетворяющие критериям, оказанные до получения пациентами такого статуса, только после истечения или досрочного прекращения срока действия их статуса пациента с низким уровнем дохода.
4. Является пациентом с низким уровнем дохода (кроме пациентов с низким уровнем дохода, имеющих право только на стоматологическую помощь) и имеет доход MassHealth MAGI или исчисляемый доход семьи, испытывающей финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания (как описано в разделе 613.04(2) главы 101 CMR), в размере не более 400 % FPL, освобожден от мер по взысканию той части

задолженности, которая превышает франшизу пациента с низким уровнем дохода, и ему могут выставляться счета на суммы доплат и франшиз в соответствии с правилами штата. Больница может и далее выставлять счета пациентам с низким уровнем дохода за услуги, оказанные до получения пациентами такого статуса, но только после истечения или досрочного прекращения срока действия их статуса пациента с низким уровнем дохода.

5. Является пациентом, испытывающим финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, в отношении той суммы счета, которая превышает его долю оплаты (рассчитывается в соответствии с применимыми Правилами Health Safety Net). Если страховое требование уже подано как экстренная безнадежная задолженность, и пациенту предоставляется право на получение выплаты в рамках программы Health Safety Net как лицу, испытывающему финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, Больница прекратит меры по взысканию задолженности за эти услуги.
6. Является пациентом, которому Больница или Фонд помогали подать заявление на получение помощи как лицу, испытывающему финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, если Больница или Фонд (в зависимости от обстоятельств) не подали заявление пациента в течение пяти (5) рабочих дней с момента его заполнения и предоставления пациентом или поручителем всей необходимой документации Больнице или Фонду в отношении любых счетов, по которым пациенту могла бы быть выплачена помощь как лицу, испытывающему финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания, если бы заявление было подано и утверждено.

Пациенты с низким уровнем дохода не освобождаются от мер по взысканию задолженности за услуги, отличные от удовлетворяющих критериям, которые предоставляются по запросу пациента или поручителя и за которые пациент или поручитель согласны нести ответственность — при условии, что пациентам с низким уровнем дохода не будут выставляться счета по страховым требованиям, связанным с медицинскими ошибками или отклоненным основным страховщиком пациента из-за административной ошибки или ошибки в счетах. Больница будет получать письменное согласие пациента или поручителя на выставление счета за такие услуги.

По запросу пациента Больница или Фонд (в зависимости от обстоятельств) может выставить счет пациенту с низким уровнем дохода, чтобы он мог удовлетворить критериям в отношении обязательной единовременной франшизы CommonHealth.

**С. Первоначальный счет.** За исключением пациентов, освобожденных от мер по взысканию задолженности, как описано выше, Больница предоставляет первоначальный счет пациенту или поручителю либо указанному третьему лицу.

**Д. Последующий контроль взыскания задолженности.** Больница привлекает сторонние агентства для взыскания задолженности по счетам, оплачиваемым пациентами за счет собственных средств, и требует от таких агентств соблюдения стандартов, установленных в действующей Политике службы финансовых операций пациентов Больницы в отношении процедур

взыскания задолженности, которая должна согласовываться с настоящей Политикой расчетов и взыскания задолженности. Все счета пациентов, не освобожденных от мер по взысканию задолженности, будут неоднократно (не менее трех раз) подвергаться мерам по взысканию. Меры по взысканию задолженности со стороны Больницы или ее назначенного агента могут включать, в частности:

1. Отправку первоначального счета пациенту или поручителю и любым другим третьим сторонам, ответственным за финансовые обязательства пациента.
2. Отправку дополнительных счетов-извещений (каждые 30 дней после определения задолженности по счетам, оплачиваемым пациентом из собственных средств).
3. Отправку письма-напоминания (заказного или с уведомлением о вручении).
4. Телефонные звонки и электронные уведомления (например, по электронной почте), уведомления при личном контакте.
5. Отправку окончательного уведомления, если сумма задолженности превышает 1000 долларов (заказным письмом).
6. Встречи с поручителем или другим ответственным лицом.

Больница будет вести дело по каждому пациенту и включать в него всю документацию по взысканию задолженности Больницей, в том числе копии счетов и писем-напоминаний, отчеты о телефонных звонках, личных контактах и других предпринятых мерах.

**Е. Возвращенная корреспонденция.** Если письма, отправленные пациенту или поручителю, будут возвращены обратно, будут предприняты меры для установления местонахождения такого пациента или поручителя. В частности, будут предприняты такие меры для получения текущего адреса:

1. Проверка всех внутренних записей и сведений о приемах для поиска в документации текущего адреса.
2. Связь с известными родственниками или друзьями.
3. Просмотр телефонного справочника в последней редакции.

Больница может привлекать сторонние агентства и поставщиков услуг для осуществления дополнительных действий по розыску должников. Все попытки найти сторону, несущую ответственность по финансовым обязательствам, или правильный адрес для выставления счетов (если они возвращаются отправителю из-за неправильного адреса или невозможности доставки адресату), документируются.

**Ф. Банкротство.** После получения официального уведомления о банкротстве пациента или поручителя все меры по взысканию задолженности прекращаются, а счет корректируется. Дела о банкротстве не подлежат передаче в Health Safety Net и компенсации со стороны этой программы.

**Г. Определение безнадежной задолженности.** Если обоснованные усилия по взысканию не привели к покрытию расходов по счетам, остаток долга может быть классифицирован как безнадежная задолженность в соответствии с настоящей Политикой расчетов и взыскания задолженности и любыми другими применимыми политиками финансового отдела (которые согласовываются с настоящей Политикой), но при условии, что финансовые обязательства пациента

не включаются в безнадежную задолженность для выставления требований в рамках программы Health Safety Net.

Условия для немедленного определения безнадежной задолженности. Когда на каком-либо этапе процесса последующего взыскания задолженности поступает информация, позволяющая определить долг по счету как безнадежную задолженность, такой счет может быть немедленно признан безнадежной задолженностью без каких-либо дальнейших действий по взысканию. В эту категорию входят:

1. Неудачная попытка выяснить причину невозможности доставки корреспонденции, которая возвращается как недоставленная. Недоставленные счета или счета с неверными адресами классифицируются для последующего ведения персоналом службы финансовых операций пациентов и по ним наводятся справки для поиска правильных адресов или контактных данных до перевода таких счетов в статус безнадежной задолженности.
2. Неудачная попытка установить действующий номер телефона пациента или поручителя после отключения текущего телефона.
3. Получение письменного или устного уведомления о нежелании либо отказе пациента или поручителя оплатить счет.
4. Получение официального уведомления от страховщика или другого ответственного плательщика о том, что страховое возмещение было выплачено страхователю, и была предпринята хотя бы одна неудачная попытка связаться с пациентом или поручителем после получения такого уведомления.

**Н. Выставление счетов Health Safety Net по безнадежной задолженности за экстренные услуги.** В дополнение к описанным выше методам взыскания задолженности Больница отправляет письма пациентам с уведомлением о вручении (за исключением пациентов, чьи уведомления были возвращены из-за невозможности доставки адресату или неправильного адреса), имеющим непогашенную задолженность за экстренные и сопутствующие услуги на сумму более 1000 долларов, прежде чем выставлять счета Health Safety Net. Счет на сумму задолженности выставляется Health Safety Net, только если он не будет оплачен по истечении 120 дней с даты первоначального уведомления о выставлении счета. Сведения об обоснованных усилиях по взысканию задолженности, предпринятых в течение этого периода, будут вноситься в финансовую документацию пациента. В отношении услуг, предоставленных незастрахованным пациентам, персонал службы финансовых операций пациентов определит, используя систему проверки права на участие в программе MassHealth, соответствует ли пациент критериям участия, подавал ли заявление на участие в программе MassHealth и является ли пациентом с низким уровнем дохода.

**И. Чрезвычайные меры по взысканию задолженности и принудительное исполнение с соблюдением установленных законом условий.** Как правило, Больница не принимает чрезвычайных мер по взысканию задолженности. Чрезвычайные меры по взысканию задолженности включают продажу долга другому поставщику услуг или другой организации, сообщение негативной информации о пациенте в бюро кредитных историй (в частности, специализирующееся на потребительских кредитах), отсрочку или отказ в предоставлении, а также требование оплаты до предоставления необходимых по медицинским показаниям услуг из-за неуплаты пациентом

зadolженности по одному или нескольким счетам за предыдущее медицинское обслуживание в соответствии с Политикой финансовой помощи Больницы, наложение ареста или обращение взыскания на личную жилую недвижимость или транспортное средство пациента, удержание из заработной платы и (или) подачу гражданского иска. Для принятия любого решения о каких-либо чрезвычайных мерах по взысканию задолженности необходимо голосование Совета попечителей (Board of Trustees). Прежде чем рекомендовать принятие чрезвычайных мер по взысканию задолженности, Больница и ее агенты должны будут продемонстрировать Совету попечителей, что были приложены все обоснованные усилия для определения права пациента на получение помощи в соответствии с Политикой финансовой помощи Больницы. Чрезвычайные меры по взысканию задолженности не будут приниматься по крайней мере до истечения 120 дней с даты, когда Больница предоставила пациенту первый после выписки счет за медицинское обслуживание. При этом потребуются предъявить письменное уведомление о доступности финансовой помощи, отправленное пациенту не менее чем за 30 дней до принудительного исполнения. В письменном уведомлении также необходимо указать, какие чрезвычайные меры по взысканию задолженности Больница намеревается принять и когда это будет сделано. Больница приостановит принятие всех чрезвычайных мер по взысканию задолженности в случае получения заявления о предоставлении финансовой помощи. Рассмотрение такого заявления должно длиться не более 30 дней.

**Ж. Автомобильные аварии.** Больница подает страховое требование на покрытие услуг, удовлетворяющих критериям, предоставленным пациенту с низким уровнем дохода, пострадавшему в результате автомобильной аварии, только если: 1) персонал Больницы убедился, что пациент, водитель и (или) владелец другого транспортного средства имеет полис страхования ответственности владельцев транспортных средств; 2) персонал Больницы приложил все усилия, чтобы получить от пациента информацию о стороннем плательщике; 3) персонал Больницы сохранил доказательства таких усилий, в частности документальное подтверждение телефонных звонков и копии писем, отправленных пациенту; 4) если применимо, персонал Больницы надлежащим образом подал страховое требование о выплате страховщику ответственности владельцев транспортных средств. В отношении автомобильных аварий и всех других возмещений по страховым требованиям, ранее выставленным Health Safety Net, Больница будет сообщать о любом возмещении в офис Health Safety Net. Сумма возмещения будет компенсирована за счет страхового требования на покрытие услуг, удовлетворяющих критериям.

Больница документирует все меры, связанные с классификацией счета как безнадежной задолженности и сообщением об этом. Поскольку в Больнице действует «бесбумажная» система ведения счетов как стационарных, так и амбулаторных пациентов, документация о принятых мерах может храниться в компьютерной системе Больницы в виде подробных записей.

## **Права и обязанности пациентов**

- А.** Больница информирует пациентов о том, что они имеют право:
1. Подавать заявления на участие в программе MassHealth, Премииальной программе выплаты помощи (Premium Assistance Payment Program), управляемой агентством Health Connector, Плате медицинскому обеспечению с возможностью списания его



оплаты с налогооблагаемой базы (Qualified Health Plan), а также на получение статуса пациента с низким уровнем дохода или пациента, испытывающего финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания.

2. Заключать соглашение о плане оплаты, как описано в настоящей Политике расчетов и взыскания задолженности и применимых Правилах Health Safety Net, если пациент имеет низкий уровень дохода или испытывает финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания.

**В.** Пациент, который получает услуги, удовлетворяющие критериям, должен:

1. Предоставить всю необходимую документацию.
2. Уведомлять MassHealth о любых изменениях в доходе MassHealth MAGI или исчисляемом доходе семьи, испытывающей финансовые затруднения в связи с оплатой медицинского обслуживания (как описано в Правилах Health Safety Net), либо в страховом статусе (включая, помимо прочего, доход, наследство, подарки и распределение прибыли трастов, доступность медицинского страхования и ответственность перед третьими сторонами).
3. Вести учет франшизы пациента и предоставлять Больнице необходимые документы, когда будет достигнута сумма франшизы, если более одного члена семьи имеют статус пациента с низким уровнем дохода либо если пациент или члены его семьи получают услуги, удовлетворяющие критериям, у более чем одного поставщика.
4. Уведомлять офис Health Safety Net или MassHealth, если пациент попал в аварию, страдает от болезни, травмы или другого повреждения, что повлекло или может повлечь за собой судебное разбирательство или требование о выплате страхового возмещения. Пациент должен:
  - a. Подать требование о возмещении убытков (если возможно).
  - b. Дать согласие соблюдать все положения главы 118E MGL, в частности:
    - (1) Передать офису Health Safety Net права на взыскание суммы, равной платежу Health Safety Net, предоставленной в результате любого требования о выплате возмещения или судебного разбирательства против третьей стороны.
    - (2) Предоставить информацию о страховом требовании или судебном разбирательстве и оказывать полное содействие уполномоченному лицу или офису Health Safety Net, если только офис Health Safety Net не установит, что такое содействие не отвечает интересам пациента, может нанести ему серьезный вред или спровоцировать эмоциональное нарушение.
    - (3) В течение 10 дней с момента подачи страхового требования, гражданского иска или другого заявления о судебном разбирательстве письменно уведомить об этом офис Health Safety Net или MassHealth.
    - (4) Выплатить Health Safety Net возмещение из денег, полученных от третьей стороны в качестве компенсации стоимости услуг, удовлетворяющих критериям, предоставленных в день аварии (либо иного происшествия)

Документ: Политика расчетов и взыскания задолженности  
или позже, после получения статуса пациента с низким уровнем дохода, но при условии, что будут возмещены только платежи Health Safety Net, предоставленные в результате аварии или иного происшествия.

**Публикация / доступность Политики расчетов и взыскания задолженности, списка аффилированных лиц поставщика услуг, образцов счетов и писем об утверждении или отклонении запроса на финансовую помощь, Политики финансовой помощи и ее краткого изложения простым языком, Политики скидок для незастрахованных пациентов и расчета сумм, на которые обычно выставляются счета**

А. Пациенты, поручители и другие представители общественности могут получить экземпляр настоящей Политики расчетов и взыскания задолженности, список аффилированных лиц поставщика услуг, образцы счетов и писем об утверждении или отклонении запроса на финансовую помощь, экземпляры Политики финансовой помощи и ее краткого изложения простым языком, экземпляр Политики скидок для незастрахованных пациентов и образец расчета сумм, на которые обычно выставляются счета, любым из следующих способов:

1. В Интернете. Настоящая Политика расчетов и взыскания задолженности и другие документы доступны онлайн по адресу: [www.childrenshospital.org/financialassistance](http://www.childrenshospital.org/financialassistance).
2. Лично. В учреждении Больницы, расположенном по адресу 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building, кабинет 160, можно получить бумажные копии таких документов: 1) Политика расчетов и взыскания задолженности; 2) список аффилированных лиц поставщика услуг; 3) образцы счетов и писем об утверждении или отклонении запроса на финансовую помощь; 4) Политика финансовой помощи и ее краткое изложение простым языком; 5) расчет сумм, на которые обычно выставляются счета; 6) Политика скидок для незастрахованных пациентов.
3. По почте. Представители общественности также могут получить копии этих документов по почте, предварительно позвонив в отдел клиентской поддержки службы финансовых операций пациентов по номеру 617-355-3397 и (или) в отдел финансового консультирования пациентов по номеру 617-355-7201.

В. Для лиц, слабо владеющих английским языком, доступны переведенные версии таких документов на нескольких языках: настоящая Политика расчетов и взыскания задолженности, Политика финансовой помощи, Краткое изложение политики финансовой помощи простым языком, заявление на получение финансовой помощи, Политика скидок для незастрахованных пациентов и расчет сумм, на которые обычно выставляются счета.

- С. В Больнице. Больница приложит все усилия, чтобы несколькими способами сообщать о своей Политике расчетов и взыскания задолженности.
1. Информационные листы, уведомляющие о доступной финансовой помощи и Политике расчетов и взыскания задолженности, будут размещены возле стоек приема и регистрации пациентов в стационарном отделении и в клинике.
  2. Публичные стенды и другие средства привлечения внимания посетителей будут размещены на видных местах по всей Больнице, включая стойки приема и регистрации пациентов стационарного отделения, клиники и отделения экстренной помощи.
  3. Копии настоящей Политики расчетов и взыскания задолженности будут предлагаться всем пациентам при поступлении в Больницу либо при выписке.

## Дополнительные / сопутствующие документы, политики и программы

1. Список аффилированных лиц поставщика услуг
2. Образцы счетов и писем об утверждении или отклонении запроса на получение финансовой помощи
3. Политика финансовой помощи
4. Краткое изложение политики финансовой помощи простым языком
5. Заявление на получение финансовой помощи
6. Политика скидок для незастрахованных пациентов
7. Программа финансовой помощи иностранным пациентам

## Реквизиты документа

<b>Название</b>	Политика расчетов и взыскания задолженности		
<b>Авторы</b>	Директор по вопросам соблюдения налоговых и финансовых нормативных требований	<b>Дата вступления в силу</b>	9/30/2016
<b>Рецензенты / редакторы</b>	Вице-президент по вопросам финансовых операций пациентов больницы Boston Children's Hospital Финансовый директор больницы Boston Children's Hospital Старший вице-президент и генеральный юрисконсульт больницы Boston Children's Hospital	<b>Даты пересмотра / изменения:</b>	12/7/2021  12/10/2021
<b>Утверждено</b>	12/20/2021	<b>Effective Date</b>	1/1/2022
Совет попечителей больницы Boston Children's Hospital			