



शीर्षक:	मरीज को वित्तीय सहायता	दिनांक:	04/01//2016
		पूर्व संस्करण की तिथि:	01/12/2015
श्रेणी:	SYS.MIS.FAP	अनुमोदित:	बीएसएचएसआई बोर्ड

नीति

आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक सभी की पहुँच को सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्धता, बॉन सेकौर्स हेल्थ सिस्टम इन्कॉर्पोरेटड (“बीएसएचएसआई”) की नीति है। बीएसएचएसआई सभी मरीजों को उनकी गरिमा, सम्मान और संवेदना के साथ समान सुविधा प्रदान करती है, चाहे वे बीमाकृत हो या अबीमाकृत, और मरीज की भर्ती, सेवा प्रदान करने, घर वापसी और बिलिंग एवं कलेक्शन की प्रक्रिया के दौरान उनसे संवेदनापूर्ण व्यवहार किया जाता है। वित्तीय सहायता और आपातकालीन चिकित्सा देखभाल नीतियों, वित्तीय सहायता प्राप्ति के लिए योग्य व्यक्तियों के लिए शुल्कों को सीमित करने तथा बिलिंग और कलेक्शन के लिए समुचित प्रयासों को ध्यान में रखकर, इस नीति के मसौदे को 1986 के इंटरनल रेवेन्यू कोड की धारा 501 (आर) में निहित आवश्यकताओं को संतुष्ट करने के इरादे से तैयार किया है, जिसमें समय-समय पर संशोधन किया गया है और इसकी व्याख्या तदनुसार की जानी चाहिए।

प्रयोजन

सभी गहन देखभाल और मुक्त आपातकालीन कक्ष सुविधाओं द्वारा इस नीति का इस्तेमाल किया जाना चाहिए।

परिभाषाएँ

सामान्य तौर बिल जाने वाली राशियाँ (एजीबी) – सामान्य तौर बिल की जाने वाली राशियों का तात्पर्य उस राशि से है, जिसे आपातकाल और आवश्यक चिकित्सकीय सेवाओं के लिए बीमाकृत मरीजों पर आरोपित किया जाता है। जो मरीज वित्तीय सहायता के पात्र हैं, उनके लिए ऐसी सेवाओं का शुल्क सामान्य तौर बिल जाने वाली राशियों (“एजीबी”) से अधिक नहीं होगा। इस प्रकार के शुल्क आपात स्थिति और अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए मेडिकेयर तथा वाणिज्यिक भुगतानकर्ताओं के औसत स्वीकृत राशि पर आधारित होते हैं। स्वीकृत राशि के तहत बीमा कंपनी द्वारा भुगतान की जाने वाली राशि, यदि कोई हो, के साथ-साथ व्यक्तिगत रूप से भुगतान की जाने वाली राशि शामिल है। 26 CFR \$1.501(r) के लुक बैक विधि द्वारा एजीबी की गणना की जाती है।

अयोग्य ऋण – एक मरीज या गारंटर के खाते की शेष बकाया राशि, जिसे असंग्रहणीय के तौर पर बट्टे खाते में डाल दिया जाता है।

कॉस्मेटिक – एक ऐसी सर्जरी, जिसका प्रमुख उद्देश्य मरीज की दिखावट में सुधार करना है।

असंगत अंश प्राप्त करने वाला अस्पताल (डीएसएच) – एक ऐसा अस्पताल, जो ज्यादातर कम आय वाले मरीजों को सेवा प्रदान करता है और अबीमाकृत मरीजों को सेवा प्रदान करने की लागत के बदले में मेडिकेड या मेडिकेयर चिकित्सा सेवा केंद्र से भुगतान प्राप्त करता है।

गृहणीय सेवाएँ – बीएसएचएसआई सुविधाओं की ओर से उपलब्ध कराई गई सेवाएँ, जो इस वित्तीय सहायता नीति के तहत पात्र हैं, इसके तहत शामिल होंगे:

- एक आपातकालीन कक्ष में प्रदान की गई आपातकालीन चिकित्सा सेवाएँ
- एक गैर-आपातकालीन अस्पताल कक्ष में जानलेवा परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए प्रदान की गई गैर-वैकल्पिक चिकित्सा सेवाएँ
- चिकित्सकीय तौर पर अनिवार्य सेवाएँ

आपातकालीन चिकित्सकीय स्थिति – एक ऐसी चिकित्सकीय स्थिति, जिसमें अत्यंत गंभीरता के साथ तीव्र दर्द के लक्षण (गंभीर दर्द सहित) साफ दिखाई देते हैं, और उस वक्त स्वास्थ्य एवं चिकित्सा सेवाओं के बारे में औसत ज्ञान रखने वाला विवेकपूर्ण आदमी तत्काल समुचित चिकित्सा सेवाओं के अभाव में इन परिणामों की उम्मीद कर सकता है:

- व्यक्ति के स्वास्थ्य के लिए गंभीर संकट की स्थिति या एक गर्भवती स्त्री के मामले में स्त्री अथवा उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य को खतरा;
- शारीरिक प्रकाश्यों को गंभीर क्षति; या

(C) शरीर के किसी अंग या हिस्से का सामान्य रूप से कार्य न करना

पारिवारिक आय – एक व्यक्ति द्वारा अर्जित या उसे प्रदान की जाने वाली सकल नकद राशि या नकद राशि के समकक्ष आय को पारिवारिक आय कहते हैं। आय के तहत गैर नकदी लाभ और सार्वजनिक सहायता, जैसे कि भोजन और आवास के लिए सब्सिडी एवं शैक्षिक सहायता को शामिल नहीं किया जाता है।

निर्धनता के संबंध में संघीय दिशानिर्देश - निर्धनता के संबंध में संघीय दिशानिर्देश का प्रयोग अमेरिकी सरकार द्वारा इस नीति के उद्देश्यों के लिए एक मरीज और उसकी/उसके परिवार की गरीबी के स्तर को परिभाषित करने हेतु किया जाता है। यह एक परिवार की कुल संपत्ति, वार्षिक खपत अथवा अपने कल्याण के स्व-मूल्यांकन पर आधारित न होकर परिवार की सालाना नकद आय पर आधारित है। निर्धनता के संबंध में संघीय दिशानिर्देशों को अमेरिकी स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग प्रतिवर्ष अपने संघीय रजिस्टर में अद्यतन करता है, जो इसके निर्धारण के समय से प्रभावी हो जाता है।

नियत दर – मरीजों द्वारा चयनित कुछ विशिष्ट सेवाओं के लिए एक पूर्व निर्धारित शुल्क, जिसका भुगतान उन सेवाओं को प्रदान करते समय मरीज के द्वारा किया जाता है।

गारंटर – मरीज, देखभालकर्ता या कोई संस्था, जो मरीज के स्वास्थ्य देखभाल संबंधी बिल के भुगतान के लिए जिम्मेदार है।

घर का मुखिया – कर विवरणी में जो व्यक्ति "परिवार के मुखिया" के रूप में सूचीबद्ध है।

निराश्रित - स्थायी आवास के बिना रह रहा कोई व्यक्ति, जो सड़कों पर, एक आश्रयगृहों में, मिशन में, परित्यक्त इमारतों या वाहनों में अथवा किसी अन्य अस्थिर या गैर-स्थायी स्थिति में रह रहा हो। यदि कोई व्यक्ति कई दोस्तों और/या विस्तारित परिवार के साथ 90 दिनों से अधिक समय तक अपने आवास को साझा करता है, तो उस व्यक्ति को बेघर माना जा सकता है।

घर के परिवार के सदस्य ("आश्रित") – घर में "रहने" वाले व्यक्ति, जिनके बारे में परिवार के मुखिया ने कर विवरणी में दावा किया है।

चिकित्सा पात्रता वेंडर/चिकित्सा सहायता पक्षसमर्थन - सरकारी कार्यक्रमों के लिए मरीजों की पात्रता को जाँचने और बीएसएचएसआई को वित्तीय सहायता उपलब्ध कराने के लिए बीएसएचएसआई द्वारा पक्षसमर्थक वेंडरों को अनुबंधित किया जाता है।

आवश्यक चिकित्सकीय सेवाएँ – मरीज की किसी बीमारी, चोट, गंभीर हालत या रोग के उपचार, रोकथाम, या इसके लक्षणों का पता लगाने के लिए जरूरी स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ, जो स्वीकृत चिकित्सा मानकों के अनुरूप हो। यदि इनमें से किसी भी परिस्थिति में हालत गंभीर हो जाते हैं या किसी प्रकार का दुष्प्रभाव सामने आता है तो इसे भी चिकित्सकीय उपचार के लिए आवश्यक माना जाता है।

वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य सेवाएँ - इस नीति के अंतर्गत निम्नलिखित स्वास्थ्य सेवाएँ वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं:

- दुर्घटना के परिणामस्वरूप प्रदान की गई सेवाएँ। तीसरे पक्ष द्वारा देय भुगतान को सुनिश्चित करने के लिए इस प्रकार के प्रभार सभी कानूनी दस्तावेजों के अधीन हैं, भले ही इन दस्तावेजों को मरीज के वित्तीय सहायता कार्यक्रम हेतु प्रारंभिक पात्रता के बाद दायर किया गया हो और मंजूरी दे दी गई हो। यदि तीसरे पक्ष की बीमाकृत राशि मौजूद है, तो बीएसएचएसआई तीसरे पक्ष के दाता से बकाया एकत्रित करेगा। यदि तीसरे पक्ष की बीमाकृत राशि मौजूद नहीं है, तो मरीज वित्तीय सहायता प्राप्ति के लिए आवेदन कर सकता है।
- वैकल्पिक गैर-आवश्यक चिकित्सकीय प्रक्रियाएँ, जैसे कि कॉस्मेटिक और नियत दर के तहत आने वाली प्रक्रियाएँ, तथा ऐसे बीमाकृत मरीज जो अपने बीमा का उपयोग नहीं करना चाह रहे हैं, स्थायी चिकित्सकीय उपकरण, घर पर की गई देखभाल और दवाओं का सेवन।

नियामक आवश्यकताएँ

इस नीति के माध्यम से बीएसएचएसआई, इन गतिविधियों पर लागू होने वाले अन्य सभी संघीय, राज्य स्तरीय एवं स्थानीय कानूनों, नियमों और विनियमों का अनुपालन करेगा, और इन नीतियों का अनुसरण करेगा।

प्रक्रिया

बीएसएचएसआई द्वारा संघीय, राज्य या स्थानीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अथवा या बॉन सेकौर्स पेशेन्ट फाइनेशियल असिस्टेंस प्रोग्राम ("एफएपी") के लिए व्यक्तियों और उनके परिवार के सदस्यों के पात्रता की लगातार जाँच करना, इस प्रक्रिया का मूलधार है। किसी भी मरीज को इस नीति के तहत सभी आवश्यक दस्तावेजों के साथ आवेदन को संतोषजनक ढंग से पूरा करने पर वित्तीय सहायता मिल सकती है। यदि कोई मरीज वित्तीय सहायता हेतु आवेदन को संतोषजनक ढंग से पूरा करने से असहमत है, और आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत नहीं करता है, तो वह इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के योग्य नहीं है (वशतः मरीज को धारा 501 (आर) के नियमों के तहत अपेक्षित सूचनाएँ प्राप्त हुई हैं)।

बीएसएचएसआई यह आशा करता है कि, बीएसएचएसआई एफएपी के लिए जाँच से पूर्व सभी मरीजों के संघीय, राज्य या स्थानीय बीमा कार्यक्रमों के लिए योग्यता की जाँच की जानी चाहिए। वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मरीजों को इसमें सहयोग करते हुए बीएसएचएसआई को समुचित और समय पर जानकारी प्रदान करने की उम्मीद की जाती है। स्वास्थ्य बीमा खरीदने के लिए आर्थिक रूप से सक्षम व्यक्तियों को ऐसा करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा, ताकि उनके समग्र व्यक्तिगत स्वास्थ्य तथा व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुँच को सुनिश्चित किया जा सके।

कुछ स्थितियों में, राज्य में लागू कानून के माध्यम से ऐसे राज्यों में अस्पताल की सुविधाओं पर अतिरिक्त या बिल्कुल अलग दायित्वों को आरोपित किया जा सकता है। इस नीति का प्रयोजन ऐसे राज्यों में संघीय और राज्य, दोनों कानून की आवश्यकताओं को पूरा करना है। इसी के अनुसार, कुछ प्रावधान कुछ विशेष राज्यों में ही लागू हैं, जिनका वर्णन नीचे किया गया है।

1. **पात्रता मापदंड**

वित्तीय सहायता रूपी अनुदान दिये जाने का निर्धारण किसी व्यक्ति की आर्थिक आवश्यकता के आधार पर किया जाएगा, और इसके लिए व्यक्ति की जाति, धर्म, रंग, लिंग, आयु, वैवाहिक स्थिति, राष्ट्रीय मूल, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान, आनुवांशिक जानकारी, अनुभव, विकलांगता या विधि द्वारा संरक्षित किसी अन्य विशेषता पर विचार नहीं किया जाएगा।

2. **मरीजों पर आरोपित राशियाँ**

एफएपी ऐसे बीमाकृत तथा अबीमाकृत मरीजों हेतु योग्य सेवाओं के लिए 100% वित्तीय सहायता प्रदान करता है, जिनके परिवार की सकल वार्षिक आय, वर्तमान संघीय निर्धनता दिशानिर्देशों (एफपीजी) का 200% अथवा कम हो, और इसे प्रतिवर्ष समायोजित किया जाता है। बीएसएचएसआई ऐसे मरीजों को भी रियायत प्रदान करता है, जिनके परिवार की सकल वार्षिक आय एफपीजी के 201% से 400% के बीच है।

3. एजीबी

एफएपी के लिए योग्य व्यक्ति या एक अबीमाकृत व्यक्ति से आपात स्थिति या अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए एजीबी से अधिक शुल्क नहीं वसूला जाएगा। बीएसएचएसआई ऐसे अबीमाकृत मरीजों को छूट देता है, जो वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं। व्यक्तियों को दी जाने वाली इस छूट को एजीबी कहते हैं। एजीबी को प्रतिवर्ष बाजार के अनुसार समायोजित किया जाता है, और इसकी गणना मेडिकेयर और वाणिज्यिक दरों पर लुक-बैक विधि की मदद से की जाती है, जिसमें को-पेमेन्ट और डिडक्टेबल्स भी शामिल हैं।

4. संभावित पात्रता

कई बार ऐसे उदाहरण सामने आते हैं, जब एक अबीमाकृत व्यक्ति वित्तीय सहायता के योग्य लगता है, लेकिन वह मरीज अपनी पात्रता को साबित करने के लिए आवश्यक दस्तावेज उपलब्ध कराने में असमर्थ होता है। इस प्रकार की घटनाओं में मरीज की अनुमानित आय और/या संघीय निर्धनता स्तर को अन्य स्रोतों के माध्यम से उपलब्ध किया जा सकता है, जैसे कि, क्रेडिट एजेंसियाँ, जो मरीज को वित्तीय सहायता उपलब्ध कराने को सही साबित करने के लिए पर्याप्त सबूत उपलब्ध कराएगा। संभावित पात्रता का चयन हर मामले का निरीक्षण करने के बाद किया जाता है, और यह केवल देखभाल के उस प्रकरण के लिए ही प्रभावी होता है

5. पात्रता की अवधि

कोई भी मरीज, वित्तीय सहायता के लिए पहले बिलिंग स्टेटमेंट की तारीख के 240 दिनों बाद तक आवेदन कर सकता है। यदि मरीज को वित्तीय सहायता प्रदान करने की मंजूरी दे दी जाती है, तो उसका कवरेज उसके आवेदन पर हस्ताक्षर की तारीख से 240 दिन पहले से लेकर 240 दिन बाद तक मान्य होगा। जिन मरीजों को वित्तीय सहायता के लिए मंजूरी दे दी जाती है, अगर वे 240 दिनों की अनुमोदित समय सीमा के भीतर फिर से सेवाओं के लिए वापस आते हैं, तो हर बार उसके आगमन पर संघीय, राज्य या स्थानीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों के लिए जाँच की जाएगी। बीएसएचएसआई वित्तीय सहायता कार्यक्रम एक बीमा नहीं है।

स्थायी निवासी और गैर-नागरिक, दोनों वित्तीय सहायता के पात्र हैं। हालाँकि, वित्तीय सहायता के लिए बीजा के आधार पर संयुक्त राज्य अमेरिका में रह रहे मरीजों का मूल्यांकन हर मामले के लिए अलग-अलग आधार पर किया जाएगा। अगर बीजा पर रह रहे एक मरीज को वित्तीय सहायता के लिए मंजूरी दे दी जाती है, तो अनुमोदन समय सीमा केवल देखभाल के उस प्रकरण के लिए होगी, उसके आवेदन पर हस्ताक्षर की तारीख से 240 दिन पहले या बाद नहीं। मरीजों को अपने बीजा, और किसी भी बीमा, वित्तीय और/या किसी प्रायोजक के बारे में जानकारी की एक-एक प्रति उपलब्ध कराना आवश्यक है।

6. भागीदार सेवा प्रदाता

कुछ आवश्यक चिकित्सकीय और आपातकालीन देखभाल सेवाएँ, गैर-बीएसएचबीआई सेवा प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाती हैं, जो बीएसएचबीआई के कर्मचारी नहीं होते हैं, जो चिकित्सा सेवाओं के लिए अलग से बिल कर सकते हैं और इस वित्तीय सहायता नीति का हिस्सा नहीं हो सकते हैं।

इस नीति को बीएसएचएसआई के निदेशक बोर्ड ने मंजूरी दी है।

बिलिंग और कलेक्शन के लिए कृपया हमारी बिलिंग और कलेक्शन संबंधी नीति को देखें।