

ASCENSION WISCONSIN

ZASADY POMOCY FINANSOWEJ 1 lutego 2025 r.

ZAŁOŻENIA/ZASADY

Założeniem organizacji wymienionych poniżej (dalej „Organizacja”) jest zapewnienie sprawiedliwego dostępu do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej w placówkach należących do Organizacji. Założenie to odzwierciedla poniższy dokument opisujący zasady kwalifikacji do otrzymania pomocy finansowej przez pacjentów Organizacji, którzy potrzebują wsparcia finansowego. Niniejsze zasady mają zastosowanie do każdej z następujących organizacji należących do Ascension Wisconsin:

Ascension SE Wisconsin Hospital – St Joseph Campus, Ascension SE Wisconsin Hospital – Elmbrook Campus, Ascension SE Wisconsin Hospital – Wauwatosa/Brown Deer Campus, Ascension All Saints Hospital, Ascension SE Wisconsin Hospital – Franklin Campus, Ascension St. Francis Hospital and Midwest Orthopedic Specialty Hospital, LLC, Ascension Wisconsin Surgery Center-Mount Pleasant, Columbia St. Mary’s Hospital Milwaukee, St. Mary’s Hospital Ozaukee, and Sacred Heart Rehabilitation Institute, Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus (Emerus joint venture), Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus (Emerus joint venture), SJWI-Women’s Outpatient Center, ASWI-AMG-WI Avenue Family Practice, Ascension Calumet Hospital, Ascension NE Wisconsin Mercy Hospital, Ascension NE Wisconsin St. Elizabeth Hospital, oraz dostawców powiązanych z Ascension Medical Group.

1. W poszanowaniu godności każdego człowieka i w trosce o wspólne dobro solidaryzujemy się z osobami dotkniętymi ubóstwem lub inną trudną sytuacją życiową i dbamy o sprawiedliwy społecznie podział dóbr, czego wyrazem jest świadczona przez nas pomoc finansowa osobom potrzebującym.
2. Poniższy zbiór zasad odnosi się do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej świadczonej przez Organizację, w tym do usług świadczonych przez zatrudnionych lekarzy oraz usług z zakresu zdrowia behawioralnego. Nie ma on jednak zastosowania do płatności za opiekę w innych niż nagłych przypadkach i inną niż niezbędna opiekę medyczną.
3. Lista świadczeniodawców objętych zasadami pomocy finansowej zawiera listę świadczeniodawców świadczących opiekę w ośrodkach Organizacji, która określa, które są objęte zasadami pomocy finansowej, a które nie.

DEFINICJE

Na potrzeby niniejszego dokumentu ustala się następujące definicje:

- **"501(r)"** oznacza sekcję 501 (r) kodeksu podatkowego oraz przepisy tam opublikowane.
- **"Kwota ogólnie naliczana"** lub **"AGB"** oznacza, w odniesieniu do opieki w nagłych przypadkach i innej medycznie niezbędnej opieki, kwotę zwykle naliczaną osobom, które mają ubezpieczenie obejmujące taką opiekę.
- **"Wspólnota"** oznacza każde hrabstwo w stanie Wisconsin, które posiada placówkę lub klinikę Ascension WI, w tym między innymi Outagamie, Winnebago, Calumet, Marathon, Portage, Lincoln, Oneida, Vilas, Clark, Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Racine, Kenosha i Jefferson. Pacjent zostanie również uznany za członka Wspólnoty Organizacji, jeśli konieczną opieką w nagłych przypadkach i medycznie wymaganą przez Pacjenta jest kontynuacja opieki w nagłych przypadkach i niezbędnej medycznie opieki otrzymanej w innym ośrodku Ascension

Health, w którym Pacjent zakwalifikował się do pomocy finansowej w przypadku takiej medycznie niezbędnej opieki i w nagłych przypadkach.

- **"Opieka w nagłych przypadkach"** oznacza stan medyczny objawiający się ostrymi objawami wystarczającego stopnia (w tym silnym bólem), w wyniku którego można racjonalnie oczekiwać, że brak natychmiastowej pomocy medycznej doprowadzi do:
 1. Narażenia na poważne niebezpieczeństwo zdrowia danej osoby lub, w odniesieniu do kobiety w ciąży, stanu zdrowia kobiety lub jej nienarodzonego dziecka;
 2. Poważnego upośledzenia czynności organizmu; lub
 3. Poważnej dysfunkcji organu lub części ciała; lub
 4. W odniesieniu do kobiety w ciąży, która ma skurcze;
 - a. Tego, że jest wystarczająco dużo czasu na bezpieczny transfer do innego szpitala przed porodem; lub
 - b. Tego, że przeniesienie to może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa kobiety lub nienarodzonego dziecka.
- **"Medycznie niezbędna opieka"** oznacza opiekę, która jest (1) odpowiednia i spójna z i niezbędna do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia stanu Pacjenta; (2) najbardziej odpowiednie świadczenie lub poziom usług dla stanu Pacjenta, które mogą być zapewnione bezpiecznie; (3) nie zapewnia się przede wszystkim wygody Pacjenta, rodziny, lekarza lub opiekuna Pacjenta; i (4) bardziej prawdopodobne, że przyniesie pacjentowi korzyści, a nie zaszkodzi. Aby przyszła zaplanowana opieka została uznana za „niezbędną opiekę medyczną”, jej zakres i czas muszą zostać zatwierdzone przez dyrektora ds. medycznych Organizacji (lub osobę przez niego wyznaczoną). Decyzję o tym, czy opieka medyczna jest niezbędna musi podjąć dyplomowany lekarz świadczący taką opiekę Pacjentowi oraz, według uznania Organizacji, lekarz przyjmujący, lekarz kierujący lub/i dyrektor ds. medycznych lub inny lekarz opiniujący (w zależności od zalecanego rodzaju opieki). W przypadku, gdy opieka wymagana przez Pacjenta objętego niniejszymi zasadami nie zostanie uznana przez lekarza prowadzącego badanie za niezbędną medycznie, decyzja ta musi również zostać potwierdzona przez lekarza przyjmującego lub kierującego.
- **"Organizacja"** oznacza Ascension Wisconsin.
- Termin **"Pacjent"** oznacza osoby, które otrzymują opiekę w nagłym przypadku i inną niezbędną opiekę medyczną w Organizacji oraz osobę odpowiedzialną finansowo za opiekę nad pacjentem.

Świadczone pomoc finansowa

Pomoc finansowa opisana w tym ustępie świadczona będzie wyłącznie Pacjentom będącym częścią Społeczności:

1. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, Pacjentom, których dochód jest niższy bądź równy 250% wartości federalnego progu ubóstwa (FPL, Federal Poverty Level), przysługuje tzw. ulga w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości opłat za opiekę medyczną, którymi Pacjent jest obciążony lub, jeśli ubezpieczyciel uiścił część opłat, w wysokości pozostałej należności, jeśli Pacjent kwalifikuje się na podstawie domniemanej kwalifikacji Pacjenta do uzyskania takiej pomocy (opisanej w ustępie 5 poniżej) lub złoży wniosek o pomoc finansową („Wniosek”) w dniu lub przed 240. dniem od otrzymania pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala i jeśli taki Wniosek zostanie zatwierdzony przez Organizację. Pacjent będzie mógł uzyskać pomoc finansową w wysokości do 100% pełnej sumy, jeśli złoży wniosek po 240. dniu od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala, ale wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta ogranicza się do wysokości niezapłaconej przez Pacjenta sumy po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na jego konto. Pacjent uprawniony do otrzymania takiej pomocy finansowej nie będzie obciążony kwotą większą niż obliczona wartość AGB.

2. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, Pacjentom, których dochód jest wyższy niż 250% wartości federalnego progu ubóstwa, ale nie przekracza 400% tej wartości, przysługuje wyliczana przy użyciu skali ruchomej ulga na opłaty, którymi Pacjent jest obciążony lub, jeśli ubezpieczyciel uiścił część opłat, na pozostającą należność, jeśli Pacjent złoży wniosek w dniu lub przed 240. dniem od otrzymania pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala i jeśli taki Wniosek zostanie zatwierdzony przez Organizację. Pacjent będzie kwalifikował się do pomocy finansowej ze zniżką zgodnie ze skalą ruchomą, jeśli Pacjent złoży Wniosek po 240. dniu po pierwszym rachunku za wypis Pacjenta, ale następnie kwota pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta w tej kategorii będzie ograniczona do kwoty nieuregulowanego salda Pacjenta po uwzględnieniu płatności dokonanych na koncie Pacjenta. Pacjent uprawniony do otrzymania takiej pomocy finansowej nie będzie obciążony kwotą większą niż obliczona wartość AGB. Poniżej przedstawiono progi ulgi wyliczanej przy użyciu skali ruchomej:

W przypadku regionu południowego (spuścizna Wheaton Franciscan Healthcare i spuścizna Columbia St. Mary's Hospital):

Wskazany procent to procentowe zmniejszenie odpowiedzialności pacjenta

Wielkość rodziny	Poziom pomocy w zakresie opieki charytatywnej i procent FPL						
	100%	95%	90%	85%	80%	75%	75%
	250% FPL	275% FPL	300% FPL	325% FPL	350% FPL	375% FPL	400% FPL
	Poziom dochodów nieprzekraczający						
1	39 125 USD	43 038 USD	46 950 USD	50 863 USD	54 775 USD	58 688 USD	62 600 USD
2	52 875 USD	58 163 USD	63 450 USD	68 738 USD	74 025 USD	79 313 USD	84 600 USD
3	66 625 USD	73 288 USD	79 950 USD	86 613 USD	93 275 USD	99 938 USD	106 600 USD
4	80 375 USD	88 413 USD	96 450 USD	104 488 USD	112 525 USD	120 563 USD	128 600 USD
5	94 125 USD	103 538 USD	112 950 USD	122 363 USD	131 775 USD	141 188 USD	150 600 USD
6	107 875 USD	118 663 USD	129 450 USD	140 238 USD	151 025 USD	161 813 USD	172 600 USD
7	121 625 USD	133 788 USD	145 950 USD	158 113 USD	170 275 USD	182 438 USD	194 600 USD
8	135 375 USD	148 913 USD	162 450 USD	175 988 USD	189 525 USD	203 063 USD	216 600 USD
9	149 125 USD	164 038 USD	178 950 USD	193 863 USD	208 775 USD	223 688 USD	238 600 USD
10	162 875 USD	179 163 USD	195 450 USD	211 738 USD	228 025 USD	244 313 USD	260 600 USD

W przypadku regionu północnego (starsze powinowactwo):

Wskazany procent to procentowe zmniejszenie odpowiedzialności pacjenta

Poziom pomocy w zakresie opieki charytatywnej i procent FPL							
Wielkość rodziny	100%	95%	90%	85%	80%	75%	65%
	250% FPL	275% FPL	300% FPL	325% FPL	350% FPL	375% FPL	400% FPL
Poziom dochodów nieprzekraczający							
1	39 125 USD	43 038 USD	46 950 USD	50 863 USD	54 775 USD	58 688 USD	62 600 USD
2	52 875 USD	58 163 USD	63 450 USD	68 738 USD	74 025 USD	79 313 USD	84 600 USD
3	66 625 USD	73 288 USD	79 950 USD	86 613 USD	93 275 USD	99 938 USD	106 600 USD
4	80 375 USD	88 413 USD	96 450 USD	104 488 USD	112 525 USD	120 563 USD	128 600 USD
5	94 125 USD	103 538 USD	112 950 USD	122 363 USD	131 775 USD	141 188 USD	150 600 USD
6	107 875 USD	118 663 USD	129 450 USD	140 238 USD	151 025 USD	161 813 USD	172 600 USD
7	121 625 USD	133 788 USD	145 950 USD	158 113 USD	170 275 USD	182 438 USD	194 600 USD
8	135 375 USD	148 913 USD	162 450 USD	175 988 USD	189 525 USD	203 063 USD	216 600 USD
9	149 125 USD	164 038 USD	178 950 USD	193 863 USD	208 775 USD	223 688 USD	238 600 USD
10	162 875 USD	179 163 USD	195 450 USD	211 738 USD	228 025 USD	244 313 USD	260 600 USD

3. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych Zasad udzielania pomocy finansowej, Pacjenci, których dochód jest wyższy niż 400% wartości federalnego progu ubóstwa, mogą ubiegać się o uzyskanie stosownych ulg w opłatach za usługi świadczone przez Organizację po przejściu procesu analizy zamożności (tzw. Means Test) w oparciu o całkowity dług medyczny Pacjenta. Pacjent będzie kwalifikował się do pomocy finansowej na podstawie testu środków, jeśli Pacjent ma nadmierne całkowite zadłużenie medyczne, które obejmuje zadłużenie medyczne wobec Wniebowstąpienia i dowolnego innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, w przypadku opieki w nagłych przypadkach i innej opieki niezbędnej medycznie, która jest równa lub większa niż dochód brutto gospodarstwa domowego Pacjenta. Poziom pomocy finansowej świadczonej zgodnie z badaniem środków jest taki sam, jak przyznawany pacjentowi z dochodem wynoszącym 400% FPL zgodnie z akapitem 2 powyżej, jeśli taki Pacjent złoży Wniosek w dniu lub przed 240 dniem od pierwszego wypisu Pacjenta, a Wniosek zostanie zatwierdzony przez Organizację. Pacjent będzie mógł uzyskać ulgę wyliczaną na podstawie procesu analizy zamożności, jeśli złoży wniosek po 240. dniu od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala, ale wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta ogranicza się do wysokości niezapłaconej przez Pacjenta sumy po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na jego konto. Pacjent uprawniony do otrzymania takiej pomocy finansowej nie będzie obciążony kwotą większą niż obliczona wartość AGB.
4. Pacjent może nie kwalifikować się do pomocy finansowej opisanej w ustępach 1–3 powyżej, jeżeli na podstawie „Testów aktywów” okaże się, że ma aktywa wystarczające do pokrycia kosztów. Test aktywów polega na merytorycznej ocenie zdolności Pacjenta do dokonania płatności w oparciu o kategorie aktywów z wniosku FAP. Pacjent mający aktywa, których wartość przekracza 250% wartości federalnego progu ubóstwa, może nie kwalifikować się do pomocy finansowej.
5. Decyzja o udzieleniu pomocy finansowej może zostać podjęta w dowolnym momencie tzw. cyklu pozyskiwania dochodu (revenue cycle) i może opierać się o domniemaną kwalifikację do pomocy Pacjenta, którego niezapłacona suma w ciągu pierwszych 240 dni od momentu otrzymania pierwszego rachunku za opiekę przy wypisie ze szpitala jest wystarczająco wysoka, by uzyskać ulgę w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości opłat za opiekę medyczną, nawet jeśli Pacjent nie wypełnił wniosku o pomoc finansową („Wniosek FAP”). W przypadku udzielenia ulgi w ramach opieki dobroczynnej w wysokości całości opłat za opiekę medyczną Pacjentowi, który nie złożył wypełnionego Wniosku FAP, lecz gdy pomoc przyznano mu wyłącznie na podstawie domniemanej kwalifikacji, kwota pomocy finansowej, do której Pacjent jest uprawniony, ogranicza się do nieopłaconej kwoty po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na rzecz Pacjenta. Ustalenie uprawnień do pomocy na podstawie domniemanej kwalifikacji dotyczy tylko tego zakresu opieki, dla którego przeprowadzana jest domniemana kwalifikacja.
6. W przypadku Pacjenta, który uczestniczy w niektórych planach ubezpieczeniowych, które uznają Organizację za "poza siecią", Organizacja może ograniczyć lub odmówić pomocy finansowej, która w przeciwnym razie byłaby dostępna dla Pacjenta na podstawie przeglądu informacji o ubezpieczeniu Pacjenta oraz innych istotnych faktów i okoliczności.
7. Pacjent może złożyć odwołanie w związku z odrzuceniem wniosku o udzielenie pomocy finansowej, dostarczając Organizacji wszelkie dodatkowe dane w terminie czternastu (14) dni od otrzymania powiadomienia o odrzuceniu. Organizacja zapozna się dokładnie z każdym odwołaniem i wyda rozstrzygającą decyzję. Jeżeli potwierdzi ona zasadność wcześniejszego odrzucenia wniosku o udzielenie pomocy finansowej, Pacjent otrzyma stosowne powiadomienie na piśmie. Proces odwoływania się przez Pacjentów i ich rodziny od decyzji Organizacji podjętych w sprawie kwalifikacji do udzielenia pomocy finansowej jest

następujący:

- a. Pacjent lub rodzina powinny złożyć odwołanie bezpośrednio do doradcy finansowego, z którym pracuje. Pacjent lub rodzina powinny zawierać szczegółowe pismo/formularz wskazujący szczególne okoliczności finansowe uzasadniające odwołanie oraz wszystkie dokumenty finansowe i prawne na poparcie pisma.
- b. Komisja odwoławcza ds. pomocy finansowej Organizacji rozpatrzy wszystkie formularze odwołań, a jej decyzje przedstawiane zostaną odwołującym się Pacjentom lub ich rodzinom w formie pisemnej.

Inne formy wsparcia dla pacjentów, którym nie przysługuje pomoc finansowa

Pacjenci, którym nie przysługuje pomoc finansowa opisana powyżej, mogą kwalifikować się do otrzymania innych form wsparcia oferowanych przez Organizację. Przedstawione tutaj inne formy wsparcia nie odnoszą się do artykułu 501(r) i zostały zawarte w niniejszym dokumencie jedynie dla wygody zainteresowanych społeczności korzystających ze świadczeń Organizacji.

1. Nieubezpieczonym pacjentom, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, przysługuje ulga obliczana w oparciu o wartość ulgi przyznanej tzw. największemu płatnikowi Organizacji (highest-paying payor). Koszty poniesione przez największego płatnika Organizacji muszą pokrywać koszty usług dla co najmniej 3% populacji świadczeniobiorców Organizacji, przy czym odsetek ten mierzony jest liczbą pacjentów albo przychodami brutto ze świadczeń dla pacjentów. Jeżeli żaden pojedynczy płatnik nie przekroczył poziomu wyznaczonego przez tę wartość minimalną, ulga powinna zostać naliczona na podstawie średniej wyciągniętej z wartości więcej niż jednej umowy płatniczej, których postanowienia obowiązują w odniesieniu do świadczeń przypadających na min. 3% przychodów Organizacji w danym roku.
2. Nieubezpieczeni i ubezpieczeni Pacjenci, którzy nie zakwalifikowali się do otrzymania pomocy finansowej mogą uzyskać ulgę za szybką spłatę zobowiązań. Ulga za szybką spłatę zobowiązań może przysługiwać jako dodatek do zniżki dla osób nieubezpieczonych, o której mowa w poprzednim paragrafie.

Ograniczenia wysokości opłat pobieranych od pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej

Pacjenci kwalifikujący się do otrzymania pomocy finansowej nie mogą zostać indywidualnie obciążeni kwotą wyższą niż wartość AGB opłaty za opiekę w przypadkach nagłych lub inną niezbędną opiekę medyczną ani kwotą wyższą od opłat brutto za wszystkie inne świadczenie medyczne. Organizacja wyznacza jedną wartość procentową AGB na podstawie tzw. metody retrospektywnej oraz z uwzględnieniem opłat Medicare za usługi i należności spłacanych przez prywatnych ubezpieczycieli medycznych, zgodnie z postanowieniami artykułu 501(r). Bezpłatną kopię opisu i wartości procentowych obliczeń AGB można uzyskać na stronie internetowej Organizacji lub poprzez żądanie wysłkowej kopii z Działu obsługi klienta Ascension Wisconsin.

Wnioskowanie o pomoc finansową lub inne formy wsparcia

Pacjent może zostać objęty pomocą finansową w wyniku uznania domniemanej kwalifikacji do pomocy lub po złożeniu wypełnionego wniosku FAP o pomoc finansową. Wniosek FAP i instrukcje dotyczące wniosku FAP są dostępne na stronie internetowej Organizacji, kontaktując się z Działem Obsługi Klienta Ascension Wisconsin, prosząc osobiście we wszystkich szpitalach i obszarach rejestracji kliniki lub prosząc o to doradcę finansowego Ascension Wisconsin. Wymogiem Organizacji będzie to, aby nieubezpieczony Pacjent skonsultował się z doradcą finansowym w celu ubiegania się o Medicaid lub inne programy pomocy publicznej, do których Pacjent jest potencjalnie uprawniony (z wyjątkiem przypadków, w których Pacjent kwalifikuje się i został zatwierdzony na podstawie domniemanej kwalifikacji do pomocy). Pacjentowi nie należy się pomoc finansowa, jeśli poda

falszywe informacje we wniosku FAP lub w związku z procesem uzyskiwania domniemanej kwalifikacji do pomocy, jeśli Pacjent nie zgodzi się na przeznaczenie wpływów z ubezpieczenia na opłacenie opieki lub bezpośrednią zapłatę należnej sumy za opiekę przez firmę ubezpieczeniową zobowiązaną do zapłaty takiej sumy, lub jeśli pacjent odmawia współpracy z doradcą finansowym w celu ubiegania się o Medicaid lub inne programy pomocy publicznej, do których Pacjent jest potencjalnie uprawniony (z wyjątkiem przypadków, w których Pacjent kwalifikuje się i został zatwierdzony na podstawie domniemanej kwalifikacji do pomocy). Organizacja uzna wniosek FAP wypełniony w okresie krótszym niż sześć miesięcy przed jakąkolwiek datą ustalania kwalifikowalności podczas podejmowania decyzji na temat uprawnień do pomocy dla aktualnie przyjmowanej opieki. Organizacja nie będzie uznawać wniosków FAP wypełnionych w okresie dłuższym niż sześć miesięcy przed datą ustalenia kwalifikowalności.

Rozliczenia i windykacja

Środki, jakie Organizacja może powziąć w przypadku nieuiszczenia opłat są opisane w osobnym dokumencie dot. zasad rozliczania i windykacji. Bezpłatną kopię zasad naliczania opłat i zbiorów można uzyskać na stronie internetowej Organizacji lub dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta Ascension Wisconsin.

Interpretacja

Niniejszy dokument oraz odnoszące się do niego procedury należy interpretować i realizować w zgodzie z artykułem 501(r), z wyjątkiem fragmentów, w których wskazano inaczej.