ASCENSION WISCONSIN

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ
1 февраля 2025 г.

ПОЛИТИКА И ПРИНЦИПЫ

Данная политика указанных далее в этом параграфе организаций (далее — «Организация») разработана с целью обеспечения социально справедливой практики оказания неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг входящими в Организацию медицинскими учреждениями. Данная политика разработана специально для определения критериев, на основании которых пациенты, нуждающиеся в финансовой помощи, могут получить такую финансовую помощь, а также медицинское обслуживание в учреждениях Организации. Эта политика применяется к каждой из следующих Организаций 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, and related Ascension Medical Group providers.

1. Вся финансовая помощь является отражением нашего уважения к достоинству человека и общему благу, нашего особо внимания к людям, живущим за чертой бедности, и другим уязвимым группам, нашей солидарности с ними, а также нашей приверженности справедливому распределению благ и ответственному руководству.

2. Данная политика применяется в отношении всех услуг неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг, предоставляемых Организацией, в том числе услуг врачей и отделения охраны психического здоровья. Эта политика не распространяется на оплату за медицинское обслуживание вне рамок неотложной медицинской помощи, а также за другое необходимое обслуживание по медицинским показаниям.

3. В Списке поставщиков, на услуги которых распространяется действие политики предоставления финансовой помощи, перечислены все поставщики услуг, обеспечивающие медицинский уход в учреждениях Организации. В нем также указано, действует ли в отношении конкретного поставщика политика предоставления финансовой помощи или нет.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В целях данной Политики предусмотрено применение указанных ниже определений.

- «**501(r)**» обозначает раздел 501(r) Налогового кодекса США и принятые в соответствии с ним нормативные правила.
- «**Обычно выставляемая сумма**» или «**AGB**» обозначает — в отношении к услугам неотложной медицинской помощи или другим необходимым по медицинским показаниям услугам — сумму, которая обычно выставляется для оплаты пациентам, имеющим страховку, покрывающую стоимость таких услуг.
- «**Сообщество**» обозначает любой округ в штате Висконсин, где работает клиника или учреждение Ascension WI, включая помимо прочего округа Аутагейми, Уиннебейго, Кальюмет, Маратон, Портидж, Линкольн, Онайда, Вайлас, Кларк, Милуоки, Уокешо, Озоки, Вашингтон, Расин, Кеноша и Джефферсон. Пациент также может считаться членом Сообщества Организации, если неотложная и необходимая по медицинским показаниям помощь, которая требуется Пациенту, является всецело неотложной и необходимой по медицинским показаниям помощью, оказываемой в другом медицинском учреждении Ascension Health, в котором Пациент имеет право на получение финансовой помощи в случае такой неотложной ситуации и другой необходимой помощи по медицинским показаниям.
- «**Неотложная медицинская помощь**» обозначает заболевание, проявляющееся острыми симптомами достаточной выраженности (включая острую боль), при котором отсутствие немедленного медицинского вмешательства может обоснованно привести к:
  1. возникновению серьезной опасности для здоровья человека или, в случае беременной женщины — для здоровья женщины или ее нерожденного ребенка;
  2. серьезному нарушению функций организма; или
  3. серьезному нарушению функции органа или части тела; или
  4. в случае беременной женщины, у которой начались схватки:
     a. что имеется достаточно времени для безопасного трансфера в другую больницу перед родами; или
     b. что трансфер может представлять угрозу здоровью или безопасности женщины или ее нерожденного ребенка.
- «**Необходимое обслуживание по медицинским показаниям**» — медицинское обслуживание, которое (1) подходит, соответствует и необходимо для профилактики, диагностики или лечения заболевания Пациента; (2) является наиболее подходящей помощью или уровнем обслуживания в соответствии с состоянием здоровья пациента, и не влечет опасных последствий; (3) не предоставляется исключительно для удобства Пациента, членов его семьи, врача или лица, осуществляющего уход; и (4) скорее всего принесет Пациенту пользу, а не вред. Предстоящая плановая помощь будет считаться «необходимой по медицинским показаниям», медицинское обслуживание и сроки оказания помощи должны быть утверждены главным врачом Организации (или назначенным им лицом). Заключение о предоставлении пациенту необходимого обслуживания по медицинским показаниям должно осуществляться лицензированным поставщиком, оказывающим медицинскую помощь Пациенту, и, по усмотрению Организации, врачом приемного отделения, направившим пациента врачом и/или главным врачом или другим врачом-экспертом (в зависимости от вида рекомендуемой медицинской помощи). Если врачом-экспертом установлено, что медицинская помощь, за которой обратился пациент и на которую распространяются положения этой политики, не является необходимой по

медицинским показаниям, такое заключение также должно быть врачом приемного отделения или направившим пациента врачом.

- «**Организация**» означает Ascension Wisconsin.
- Термин «**Пациент**» обозначает лицо, получающее неотложную медицинскую помощь или необходимые по медицинским показаниям услуги в Организации, а также лицо, несущее финансовую ответственность за оказание медицинской помощи пациенту.

Предоставляемая финансовая помощь

Финансовая помощь, описанная в данном разделе, предоставляется только пациентам, проживающим в Сообществе:

1. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи пациенты с доходом менее или равным 250% Федерального прожиточного минимума («FPL»), имеют право на благотворительную помощь в размере 100% за ту часть платы за услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такому Пациенту предоставлено право на получение помощи в соответствии с возможной рассчитываемой оценкой (как описано в пункте 5 ниже), или если он подаст заявление на предоставление финансовой помощи («Заявление») на 240-й день или ранее после первой оплаты по счету Пациентом, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в размере до 100%, если Пациент подаст Заявление через 240 дней после первой оплаты по счету Пациентом, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных Пациентом. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB.

2. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты, чей доход выше 250% FPL, но не превышает 400% FPL, имеют право на частичную помощь по скользящей шкале на ту часть платы за предоставленные услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такой Пациент подаст Заявление на 240-й день или ранее после первой оплаты по счету Пациентом, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на частичную финансовую помощь по скользящей шкале, если он подаст Заявление через 240 дней после первой оплаты по счету Пациентом, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных Пациентом. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB. Размер частичной помощи по скользящей шкале рассчитывается следующим образом:

Для учреждений бывшей системы Wheaton Franciscan Healthcare и бывшей организации Columbia St. Mary's Hospital:

Показанный процент — это % скидки относительно обязательств пациента

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

северного региона - Для учрежденийбывшей организации Affinity:

Показанный процент — это % скидки относительно обязательств пациента

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

3. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенту с доходом, превышающим 400% от уровня FPL, может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости в размере некоторой части от расходов пациента на предоставленные Организацией услуги, в зависимости от величины общей задолженности Пациента за медицинские услуги. Пациенту может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости, если у Пациента имеется обременительная общая задолженность за медицинские услуги, включая задолженность за медицинские услуги перед организацией Ascension и любым другим учреждением здравоохранения, за неотложную и другую необходимую помощь по медицинским показаниям, сумма которой равна или превышает общий доход семьи такого Пациента. Размер финансовой помощи, предоставляемой по результатам проверки нуждаемости, такой же, как и для Пациента с доходом в размере 400% от уровня FPL, как указано в пункте 2 выше, если такой Пациент подаст Заявление на 240-й день или ранее после первой оплаты по счету Пациентом, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на частичную финансовую помощь по результатам проверки нуждаемости, если он подаст Заявление через 240 дней после первой оплаты по счету Пациентом, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных Пациентом. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен уплатить сумму, не превышающую рассчитанную сумму AGB.

4. Пациенту может быть отказано в праве на получение финансовой помощи, указанной в пунктах 1-3 выше, если по результатам проверки нуждаемости у такого Пациента окажется достаточно средств для оплаты. Проверка нуждаемости включает в себя основательную оценку платежеспособности Пациента на основании категорий активов, указываемых в Заявлении FAP. Пациенту, активы которого превышают 250% от уровня FPL для такого Пациента, не предоставляется право на получение финансовой помощи.

5. Соответствие критериям для получения финансовой помощи может определяться на любом этапе цикла получения доходов и может включать в себя процедуру расчета вероятной оценки для Пациента, имеющего достаточный невыплаченный остаток в течение первых 240 дней после первой оплаты счета Пациентом, с целью решения о предоставлении ему права на получения 100%-ной благотворительной помощи, даже если Пациент не заполнил Заявление на получение финансовой помощи («Заявление FAP»). Если Пациенту предоставляется 100% благотворительная помощь без подачи заполненного Заявления FAP и только на основе расчета возможной оценки, сумма финансовой помощи, на которую Пациент имеет право, ограничивается размером невыплаченного остатка Пациента после учета любых платежей, произведенных Пациентом. Определение соответствия критериям на основе вероятной оценки применяется только к оказанию того вида медицинской помощи, для которой выполняется такая вероятная оценка.

6. Если Пациент участвует в определенных планах страхования, считающих Организацию не входящей в сеть, Организация может уменьшить или отказать в финансовой помощи, которая в противном случае была бы доступна Пациенту на основании анализа

страховой информации Пациента и других соответствующих фактов и обстоятельств.

7. Пациент имеет право обжаловать отказ в получении Финансовой помощи, предоставив дополнительную информацию Организации в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента получения извещения об отказе. Все обжалования рассматриваются Организацией для вынесения окончательного решения. Если окончательным решением будет подтвержден предыдущий отказ в предоставлении Финансовой помощи, Пациенту будет направлено письменное извещение. Процедура обжалования Пациентами и членами их семей решения Организации в отношении их права на получение финансовой помощи:
   a. Пациент или семья обязаны подать апелляцию напрямую финансовому консультанту, с которым они сотрудничают. Пациент или семья обязаны приложить подробное письмо/форму с указанием особых финансовых обстоятельств, которые подтверждают необходимость апелляции, а также подтверждающие финансовые и юридические документы для письма.
   b. Все апелляции рассматриваются Советом по жалобам Организации по предоставлению финансовой помощи. Решениях совета доводятся до Пациентов-заявителей или членов их семьи в письменной форме.

Другие виды помощи для Пациентов, не соответствующих критериям для получения Финансовой помощи

Пациенты, не соответствующие описанным выше критериям для получения Финансовой помощи, могут рассчитывать на получение других видов помощи, предоставляемой Организацией. Для полноты сведений здесь также перечислены другие виды помощи, хотя они предоставляются не на основании потребности в финансовой помощи, и на них не распространяются положения раздела 501(r). Эти виды помощи приведены в этом документе исключительно для сведения жителей региона, обслуживаемого Организацией.

1. Незастрахованным пациентам, которые не соответствуют критериям для получения финансовой помощи, предоставляется скидка, рассчитываемая на основании скидки, предоставляемой плательщику, производящему максимально высокие выплаты в адрес данной Организации. На долю плательщика, производящего максимально высокие выплаты, должно приходиться не менее 3% всего количества Организации по объему или валовым поступлениям от пациентов. Если на долю единственного плательщика не приходится такой минимальный объем, необходимо усреднить контракты нескольких плательщиков, чтобы на условия оплаты, используемые для усреднения, приходилось по меньшей мере 3% от объема операций Организации за такой отдельно взятый год.
2. Незастрахованные и застрахованные Пациенты, не имеющие права на финансовую помощь, могут получить скидку за своевременную оплату. Скидка за своевременную оплату может предоставляться дополнительно к скидке для незастрахованных лиц, как указано в предыдущем пункте.

Ограничения на выставляемые суммы к оплате Пациентами, соответствующими критериям для получения финансовой помощи

С Пациентов, соответствующих критериям для получения финансовой помощи, в индивидуальном порядке взимается сумма, не превышающая сумму AGB за услуги неотложной

медицинской помощи и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не более общей суммы расходов за все прочие медицинские услуги. Организация рассчитывает одну или несколько процентных ставок AGB по ретроспективному методу look-back, включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare (fee-for-service) и всех частных медицинских страховых компаний, которые производят выплаты по страховым искам Организации в соответствии с разделом 501(r). Бесплатную копию расчетов AGB и процентных ставок можно получить на сайте Организации или, направив запрос на получение печатной копии в отдел по работе с клиентами Ascension Wisconsin.

Подача заявления на получение финансовой помощи и других видов помощи

Право Пациента на получение финансовой помощи может быть определено на основе расчета его вероятной оценки или непосредственно на основе подачи им заполненной формы Заявления на FAP. Бланк Заявление FAP и инструкции по заполнению Заявления FAP можно получить на сайте Организации или, связавшись с отделом по работе с клиентами Ascension Wisconsin. Эту информацию также можно запросить лично во всех больницах и регистратурах клиник или, направив соответствующий запрос любому финансовому консультанту Ascension Wisconsin. Организация требует, чтобы незастрахованное лицо обращалось к финансовому консультанту за помощью по оформлению заявления на участие в программе Medicaid или в других программах предоставления государственной помощи, на которую пациент потенциально имеет право, с целью определения соответствия критериям на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда соответствие критериям определяется и утверждается на основе его вероятной оценки). Пациенту может быть отказано в предоставлении финансовой помощи в случае предоставления им недостоверной информации в Заявлении на FAP или на основе его вероятной оценки, если пациент отказывается передать права на сумму страхового возмещения или право на оплату непосредственно от лица страховой компании, которая может иметь обязанности по оплате за оказанную помощь, или если пациент отказывается обращаться к финансовому консультанту за помощью по оформлению заявления на участие в программе Medicaid или в других программах предоставления государственной помощи, на которую пациент потенциально имеет право, с целью определения соответствия критериям на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда соответствие критериям определяется и утверждается на основе его вероятной оценки). При принятии решения о праве на получение помощи для конкретного случая оказания медицинской помощи Организация рассматривает Заявления на FAP, заполненные менее чем за шесть месяцев до любой даты определения соответствия критериям. Организация не рассматривает Заявления на FAP, заполненные более чем за шесть месяцев до даты определения соответствия критериям.

Выставление счета и взыскание оплаты

Меры, которые могут быть предприняты Организацией в случае неоплаты счетов, приведены в отдельной политике по выставлению счетов и взысканию оплаты. Бесплатную копию политики по выставлению счетов и взысканию оплаты можно получить на сайте Организации или, позвонив в отдел по работе с клиентами Ascension Wisconsin.

Толкование

Эта политика вместе со всеми применимыми процедурами соответствует положениям и подлежит толкованию и применению в соответствии с разделом 501(r), за исключением специально оговоренных случаев.