



Politică de asistență financiară	PFS-053
St. Joseph Medical Center & Holy Spirit Medical Center Servicii financiare pentru pacienți	Data intrării în vigoare: 17 ianuarie 2023

Domeniu de aplicare și scop *Documentul se aplică persoanelor și procesărilor următoarelor componente ale Penn State Health specificate mai jos:*

<input type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/>	Medical Group – Academic Practice Division
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	Medical Group – Community Practice Division
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input type="checkbox"/>	Hampden Medical Center		
<input type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center – în vigoare la data de 10/3/2022		

DECLARAȚII DE POLITICĂ ȘI PROCEDURĂ

De a defini criteriile în baza cărora se solicită și se aprobă asistență financiară pentru pacienții eligibili care primesc îngrijire de urgență sau necesară din punct de vedere medical de la un furnizor de asistență medicală sau la o locație cu acoperire, în conformitate cu misiunea Penn State Health St. Joseph Medical Center (PSH SJMC) și Holy Spirit Health System. (PSH HSHS).

Lista cu furnizori din anexa A este o listă cu furnizorii/serviciile de asistență medicală care sunt acoperiți/acoperite sau nu de prezenta politică de asistență financiară.

DOMENIU DE APLICARE

Întregul personal medical care poate intra în contact cu un pacient care își exprimă motive de îngrijorare de natură financiară.

DEFINIȚII

Definiție Sumă facturată în general (Amount Generally Billed - AGB): AGB sau limitarea taxelor brute este calculată de PSH utilizând metodologia de retrospectivă în conformitate cu regula definitivă IRS 501R (Serviciul pentru venituri interne - IRS). PSH va utiliza această metodologie pentru a calcula suma de plată medie a tuturor cererilor plătite de asiguratorii privați de sănătate și Medicare. Persoanelor eligibile nu li se vor percepe sume mai mari decât cele facturate în general exclusiv pentru îngrijirea de urgență sau necesară din punct de vedere medical. PSH va pune la dispoziția pacienților care solicită acest lucru un exemplar scris gratuit al calculului AGB curent. Acest lucru nu trebuie confundat cu reducerea pentru îngrijiri de caritate (asistență financiară) care se aplică 100% dacă se aprobă FAP la nivel individual.

Facturarea soldului – Facturi neprevăzute: în conformitate cu legislația federală, Legea împotriva facturilor neprevăzute (No Surprises Act), Penn State Health se angajează să protejeze pacienții împotriva facturilor neprevăzute pe care le-ar primi dacă unitatea de îngrijire Penn State Health sau furnizorul de la care primesc servicii de îngrijire s-ar afla în afara rețelei pentru planul lor de sănătate. „Facturarea soldului” are loc atunci când un furnizor sau o unitate din afara

rețelei facturează diferența dintre suma de plată convenită prin planul de sănătate al pacientului și suma totală percepută de un furnizor sau de o unitate din afara rețelei pentru un serviciu. „Facturile neprevăzute” sunt facturi neașteptate ale soldului. Legea împotriva facturilor neprevăzute (No Surprises Act) protejează pacienții împotriva primirii unor facturi mai mari, atunci când sunt consultați pentru îngrijiri de urgență de către un furnizor sau o unitate din afara rețelei sau când un furnizor din afara rețelei tratează pacientul într-un spital din rețea. Dacă o unitate sau un furnizor Penn State Health este în afara rețelei, Penn State Health nu va compensa factura pentru serviciile de urgență sau serviciile post-stabilizare acoperite.

Activele numărabile sunt definite drept active care sunt considerate disponibile pentru plata datoriilor medicale, cum ar fi numerar/conturi bancare, certificate de depozit, obligațiuni, acțiuni, fonduri mutuale sau indemnizații de pensie. Definite în Buletinul de asistență medicală al Departamentului de Servicii de Sănătate (Department of Health Services - DHS), activele numărabile aferente programului de îngrijire necompensată și planurilor de caritate nu includ bunuri nelichide, precum locuințe, autovehicule, bunuri de uz casnic, conturi de pensii individuale și conturi 401K.

Îngrijire de urgență: îngrijire oferită unui pacient cu o afecțiune medicală emergentă, definită în continuare ca:

- O afecțiune care se manifestă prin simptome acute de o severitate suficientă (de exemplu, durere severă, tulburări psihice și/sau simptome de abuz de substanțe etc.), astfel încât absența asistenței medicale imediate ar putea avea ca rezultat una dintre următoarele:
 - Punerea în pericol grav a sănătății pacientului (sau, în ceea ce privește o femeie gravidă, sănătatea femeii sau a fătului) sau
 - Afectarea gravă a funcțiilor corpului sau
 - Disfuncție gravă a oricărui organ sau oricărei părți a corpului.
 - În cazul unei femei gravide care are contracții, lipsa timpului suficient pentru efectuarea unui transfer în siguranță la un alt spital înainte de naștere sau faptul că transferul poate reprezenta o amenințare pentru sănătatea sau siguranța femeii sau a fătului.

Nivelurile federale de sărăcie raportate la venit sunt publicate de Departamentul de Sănătate și Servicii Umane (Department of Health and Human Services - HHS) în Registrul federal în luna ianuarie a fiecărui an. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Asistența financiară înseamnă capacitatea de a primi îngrijire gratuită sau îngrijire la preț redus. Pacienții care au sau nu asigurare și care primesc îngrijiri necesare din punct de vedere medical, care nu sunt eligibili pentru asigurare guvernamentală sau de altă natură și care au un venit familial egal cu sau mai mic de 300% din nivelul federal de sărăcie din SUA vor fi eligibili pentru îngrijire gratuită în virtutea prezentei politicii.

Servicii necesare din punct de vedere medical înseamnă servicii de îngrijire pe care un furnizor, dând dovadă de un discernământ clinic prudent, le-ar furniza unui pacient în scopul prevenirii, evaluării, diagnosticării sau tratării unei boli, răni, afecțiuni sau simptome ale acesteia și care

- Sunt în conformitate cu standardele general acceptate ale practicii medicale.

- În aceste scopuri, „standardele general acceptate ale practicii medicale” înseamnă standarde care se bazează pe dovezi științifice credibile publicate în literatura medicală de specialitate evaluată inter pares, în general recunoscute de comunitatea medicală relevantă sau în alt mod în concordanță cu standardele stabilite în problemele de politică ce implică discernământ clinic.
- Sunt adecvate din punct de vedere clinic, în ceea ce privește tipul, frecvența, gradul, locul și durata, și sunt considerate eficiente pentru boala, rana sau afecțiunea pacientului.
- Nu sunt în primul rând pentru comoditatea pacientului, medicului sau altui furnizor de servicii medicale și nu sunt mai costisitoare decât un serviciu alternativ sau o secvență de servicii alternativă, cel puțin la fel de probabil să producă rezultate terapeutice sau de diagnostic echivalente în ceea ce privește diagnosticul sau tratamentul bolii, răni sau afecțiunii pacientului respectiv.
- Sunt servicii, articole sau proceduri considerate de investigație sau experimentale și care vor fi abordate de la caz la caz.
- Reprezintă un tratament medical necesar unei stări medicale de urgență.
- PSH-SJMC și PSH-HSHS respectă *Directivele etice și religioase pentru serviciile catolice de asistență medicală (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services)*.

Asistența financiară prezumtivă se referă la o persoană despre care se presupune că este nevoiașă și eligibilă pentru asistență financiară, atunci când sunt furnizate informații adecvate de către pacient sau prin intermediul unor surse tehnologice care permit PSH să stabilească dacă pacientul se califică pentru asistență financiară. Sursele tehnologice includ portaluri web securizate de eligibilitate și verificare pentru asistență medicală, cum ar fi, fără limitare, Compass și NaviNet. Factorii care susțin caritatea prezumtivă includ, dar nu se limitează la: lipsa adăpostului, lipsa veniturilor, eligibilitatea pentru Programele pentru femei, sugari și copii (Women’s, Infants and Children’s programs - WIC), eligibilitatea pentru bonuri de masă, locuințe pentru venituri mici furnizate ca adresă valabilă, pacienți decedați fără patrimoniu cunoscut sau eligibilitatea în programele de prescripție a rețetelor compensate.

Pacientul neasigurat este o persoană care nu are asigurare medicală prin niciun asigurător terț, un plan ERISA, program federal de asistență medicală (inclusiv piața de asigurări de sănătate federală sau a statului, Medicare, Medicaid, SCHIP și Tricare), Workers’ Compensation (asigurare pentru accidente de muncă), Medical Savings Accounts (conturi de economii de sănătate) sau alt tip de asigurare pentru factura integrală sau parțială. Pacienții care și-au epuizat asigurarea medicală sau care au servicii neacoperite, așa cum sunt descrise în polița de asigurare a pacientului, nu vor fi considerați neasigurați.

DECLARAȚII DE POLITICĂ ȘI/SAU PROCEDURĂ

NOTIFICARE:

- Prezenta politică de asistență financiară, cererea pentru asistență financiară și un rezumat scris în limbaj simplu vor fi puse la dispoziția publicului la cerere.
- Extrasele de cont de facturare ale pacientului vor conține informații referitoare la disponibilitatea asistenței financiare.
- Anunțul privind disponibilitatea acestui program va fi afișat în zonele de înregistrare a pacienților din spital, clinici și pe site-ul web al PSH.
- Politica de asistență financiară și cererea vor fi disponibile în toate locațiile clinicilor de îngrijire ambulatorie.

- Dacă limba principală a oricărei populații constituie valoarea cea mai mică dintre 1000 de persoane sau 5% din comunitatea deservită, politica de asistență financiară (FAP) va fi disponibilă în limba respectivă.
- Politica de asistență financiară și cererea vor fi disponibile la evenimentele comunitare de mobilizare la care participă PSH.
- Regula de 120/240 de zile – o perioadă de 120 de zile în care un spital este obligat să notifice o persoană despre FAP și o perioadă de 240 de zile în care un spital trebuie să proceseze o cerere depusă de persoana respectivă. PSH va trimite notificări în cursul unei perioade de notificare care se încheie după cel puțin 120 de zile de la data primului extras de cont de facturare. Spitalul nu poate iniția acțiuni extraordinare de încasare (extraordinary collection actions - ECA) împotriva unei persoane a cărei eligibilitate FAP nu a fost determinată înainte de 120 de zile de la primul extras post-externare.
- Penn State Health respectă cerințele de facturare și încasare 501R.
- PSH va respecta, atunci când este cazul, Legea împotriva facturilor neprevăzute (No Surprises Act).

CRITERII DE ELIGIBILITATE:

- Asistența financiară este aprobată în funcție de venitul familiei, conform instrucțiunilor de mai jos. Pacienții care se califică vor fi eligibili pentru îngrijire 100% gratuită pentru serviciile necesare din punct de vedere medical. PSH nu va percepe persoanelor neasigurate eligibile sau care nu sunt eligibile pentru programul de asistență financiară (FAP) sume mai mari decât cele facturate în general (AGB) pentru îngrijiri de urgență sau alte îngrijiri necesare din punct de vedere medical.

Mărimea familiei	Venit brut	Reducere de asistență financiară
1	43.740,00 \$	100%
2	59.160,00 \$	100%
3	74.580,00 \$	100%
4	90.000,00 \$	100%
5	105.420,00 \$	100%
6	120.840,00 \$	100%
7	136.260,00 \$	100%
8	151.680,00 \$	100%

*Pentru o familie care include mai mult de 8 (opt) persoane, adăugați 15.420,00 \$ pentru fiecare persoană suplimentară.

- O evaluare pentru asistență financiară începe prin completarea cererii pentru asistență financiară. Aceasta trebuie să fie completată, semnată de garant și să aibă data curentă. (A se vedea atașat)
- Pacientul trebuie să fie cetățean al Statelor Unite, rezident legal permanent sau rezident al statului Pennsylvania care poate furniza dovada rezidenței (sunt excluși cetățenii din afara SUA care trăiesc în SUA).

- Pacientul trebuie să depună o cerere pentru asistență medicală, piața de asigurări de sănătate federală sau a statului (cu excepția cazului în care este furnizată dovada scutirii) sau pentru orice altă sursă de plată terță aplicabilă înainte de a i se aproba asistența financiară.
 - Asistența financiară parțială poate fi acordată copiilor care beneficiază de autofinanțare și care sunt scutiți de solicitarea asistenței medicale.
- Toate celelalte opțiuni de plată a facturilor medicale au fost epuizate, inclusiv, fără limitare: strângere de fonduri privată sau în cadrul unei biserici, programe de caritate sau subvenții. Necooperarea din partea pacientului sau a garantului pentru solicitarea de opțiuni alternative de plată îl poate descalifica de la luarea în considerare a asistenței financiare.
 - Este posibil ca asistența financiară să nu fie acordată dacă pacientul are suficiente active numărabile pentru a-și plăti factura, iar lichidarea acestor active numărabile nu ar cauza dificultăți excesive pacientului.
 - Asistența financiară va fi acordată oricărui pacient decedat pe baza criteriilor stabilite în **Politica privind închiderea contului pacientului/garantului decedat RC-12 (RC-12 Deceased Patient/Guarantor Account Resolution Policy)**.
 - Ca urmare a programelor cu clinici de îngrijire gratuită (respectiv Hope Within, Center Volunteers in Medicine etc.), asistența financiară poate fi acordată pe baza informațiilor financiare colectate sau determinate de clinica de îngrijire gratuită.
 - Serviciile opționale, cum ar fi, fără limitare, proceduri de chirurgie plastică, fertilizare in vitro/infertilitate, ochelari, aparate auditive, implanturi peniene sau unele proceduri de by-pass gastric și orice restricții care respectă *Directivele etice și religioase pentru serviciile catolice de asistență medicală (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services)* nu sunt acoperite de această FAP.
 - Planurile de asigurare bazate pe venit cu coplăți sau solduri deductibile ale pacienților pot fi considerate eligibile pentru asistență financiară.
 - Perioada de eligibilitate pentru asistența financiară este de un an. PSH are dreptul de a solicita o nouă cerere și o nouă evaluare a capacității pacientului de a plăti, la latitudinea sa.

PROCEDURĂ DE DEPUNERE A CERERII:

- Cererile pentru asistență financiară vor fi disponibile online prin intermediul site-ului web al PSH, fizic la orice locație a clinicii sau prin e-mail.
- Următoarele documente justificative adecvate privind familia, completate, trebuie furnizate pentru a asigura că pacientul îndeplinește criteriile referitoare la venit și numărul de persoane dintr-o familie.
 - Cea mai recentă declarație de venituri federale depusă
 - Cele mai recente patru (4) taloane de plată
 - Cele mai recente patru (4) extrase de cont
 - Determinarea venitului pentru asigurări sociale
 - Venituri din șomaj
 - Venituri din pensii
 - Confirmarea distribuirii activelor succesoriale sau compensări rezultate din litigii (asistența financiară nu va fi luată în considerare până la soluționarea finală a succesiunii sau a litigiului).
 - Determinarea pieței de asistență medicală sau de asigurări de sănătate.
 - Dovada cetățeniei sau a statutului de rezidență permanentă legală (carte verde).
 - Dacă familia nu are venituri, scrisoare de la persoana (persoanele) care asistă cu cheltuieli de subzistență.
 - Orice alte informații considerate necesare de către PSH pentru a evalua în mod adecvat cererea de asistență financiară pentru a determina eligibilitatea pentru asistență financiară.

- Dacă informațiile furnizate în cadrul cererii sunt insuficiente pentru a lua o decizie adecvată, va fi contactat garantul pentru a furniza informații suplimentare.

METODĂ ȘI PROCES DE EVALUARE

- PSH va suspenda orice acțiuni extraordinare de încasare (ECA) pentru un pacient de îndată ce pacientul a depus o cerere FAP, indiferent dacă cererea este completă sau nu.

Nivelurile de aprobare pentru asistența financiară sunt după cum urmează:

Nivel de personal:	Asociați responsabili pentru cereri de asistență financiară/ Consilieri financiari	Asociat principal	Manager de echipă/ Manager	Director general Ciclul de venituri	Vicepreședinte operațiuni Ciclul de venituri sau Director financiar
Sumă:	< 500 \$	< 5000 \$	< 25.000 \$	< 50.000 \$	> 50.000 \$

- După evaluarea cererii, pacientul sau garantul va primi un apel telefonic și o scrisoare pentru a i se comunica decizia.
- Persoana care ia decizia de acordare a asistenței financiare va documenta contul pacientului în sistemul de facturare și va semna formularul „Solicitare de evaluare”. Contul va fi transmis membrului competent al personalului pentru gestionare ulterioară.
- Dacă un pacient se califică pentru asistență financiară și este eligibil pentru beneficii cobra, ca instituție, PSH poate alege să plătească prima de asigurare lunară.
- După aprobarea organizației de caritate, datoria raportată oricărei agenții de raportare a creditului va fi retrasă în termen de 30 de zile.
- Odată ce ajustările de asistență financiară au fost plasate în conturile de creanțe ale pacientului, orice plăți anterioare sau ulterioare primite vor fi rambursate pacientului.
- Pacienții ale căror conturi au fost deja transferate către o agenție de recuperare a creanțelor pot trimite cereri în continuare și li se poate acorda o aprobare pentru asistență financiară.
- Dacă asistența financiară este aprobată, membrul competent al personalului va accesa ajustarea sistemului și va identifica și evalua toate consultațiile deschise sub numărul fișei medicale a pacienților și va aplica reducerea de asistență financiară.
 - Neplata și/sau necontactarea serviciului de consiliere financiară și/sau nedepunerea sau necompletarea integrală a cererii pot duce la acțiuni care sunt prezentate în **Politica de creditare și încasări pentru pacienți RC-002 (RC-002 Patient Credit and Collections Policy)**.
 - Un exemplar din cererea de asistență financiară și/sau informațiile financiare este păstrat timp de șapte ani, în conformitate cu politicile de păstrare ale PSH.
 - Cererile suplimentare pentru asistență financiară în cadrul aceluiași an calendaristic ar putea să nu necesite documente justificative, cu excepția cazului în care există modificări ale informațiilor deja înregistrate.
 - Conducerea își poate utiliza puterea discreționară pentru circumstanțe atenuante, cum ar fi, fără limitare: (exemplele următoare):

- § Venitul pacientului depășește limita din cadrul regulamentului de caritate, însă datoria sa pentru serviciile medicale depășește venitul anual din cauza unui eveniment medical catastrofic.
- § Pacientul primește o despăgubire dintr-un proces care este mai mică decât soldul contului și nu are suficiente active numărabile/venituri personale pentru a plăti diferența.
- § Pacientul este dispus să împrumute bani pentru a plăti, dar nu se califică pentru întreaga sumă datorată în cont (este necesară verificarea de la instituția de creditare).
- § Pacientul este dispus să lichideze alte active, care acoperă o parte din sold.
- § Pacientul nu completează o cerere pentru asistență financiară, dar se obțin suficiente informații financiare/despre venit pentru a lua o decizie.

Toate politicile la care se face referire în acest document sunt disponibile pentru consultare pe site-ul web al PSH și sunt disponibile pentru a fi tipărite la cerere.

Această politică stabilește un obiectiv voluntar și caritabil al Penn State Health. În consecință, nici această politică și nici o încălcare a acesteia nu vor fi interpretate în sensul creării unei obligații legale din partea spitalului sau a unui drept pentru orice pacient sau terță parte.

POLITICI CONEXE ȘI REFERINȚE

Anexa la prezenta politică include:

- Anexa A - Furnizori/servicii acoperiți/acoperite de programul de asistență financiară – St. Joseph Regional Medical Center
- Anexa B - Furnizori/servicii acoperiți/acoperite de programul de asistență financiară – Holy Spirit Health System.
- Rezumat într-un limbaj clar și cerere de asistență financiară

Notă: În general, toți medicii Penn State Health St. Joseph Medical Center și Holy Spirit Health System vor onora acest program de asistență financiară, cu excepția cazurilor menționate în Anexă.

APROBĂRI

Autorizat:	Paula Tinch, Prim-Vicepreședinte și Director financiar
Aprobat:	Dan Angel, Vicepreședinte Ciclul de venituri

DATA EMITERII ȘI REVIZUIRILOR

Data emiterii: 01.10.2020

Data (datele) revizuirii: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18, 10/22, 1/23

Revizuit: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – Politică înlocuită în 10/10; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20; 3/21 – politici ale Holy Spirit Medical Center și St. Joseph Medical Center combinate.

Eliminarea politicii SJMC nr. ADM-CRP-008, 11/21, 10/22, 1/23

VERIFICATORI DE CONȚINUT ȘI COLABORATORI

Directori generali Ciclul de venituri; Manager consiliere financiară pentru pacienți

Anexa A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Furnizori/servicii acoperiți/acoperite de programul de asistență financiară

***A se vedea furnizorii/serviciile care nu sunt acoperiți/acoperite de programul de asistență financiară**

- Anesteziologie
- Boli infecțioase
- Cardiologie - chirurgie cardiotoracică
- Chirurgie generală*
- Chirurgie ortopedică
- Chirurgie plastică*
- Chirurgie toracică
- Chirurgie vasculară
- Farmacologie
- Îngrijire de urgență
- Îngrijirea plăgilor
- Managementul durerii
- Medicină de familie rezidenți
- Medicină de spital
- Medicină de spital pediatrie
- Medicină de urgență
- Medicină internă
- Medicină paliativă
- Medicină pelvină pentru femei
- Medicină sportivă
- Neonatologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Neurologie - AVC
- Obstetrică - ginecologie
- Oncologie
- Patologie clinică
- Radiologie
- Rezidențiat
- Robotică
- Uroginecologie și chirurgie minim invazivă



Furnizori/servicii care nu sunt acoperiți/acoperite de programul de asistență financiară

- Chirurgie cosmetică
- Unele proceduri de by-pass gastric
- Orice restricții care respectă *Directivele etice și religioase pentru serviciile catolice de asistență medicală (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service)*.

Pentru medicii care nu sunt angajați de Penn State Health, prezenta politică nu se aplică onorariilor lor. Plățile pentru onorariile facturate de acești furnizori de asistență medicală sunt responsabilitatea pacientului și nu se califică pentru o reducere sau asistență financiară în conformitate cu această politică. Această politică se aplică numai costurilor percepute de unitatea medicală pentru îngrijiri de urgență și alte îngrijiri necesare din punct de vedere medical oferite la Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Anexa B

PSH Holy Spirit Health System