



Politică privind asistența financiară	PFS-053
St. Joseph Medical Center & Holy Spirit Medical Center Servicii financiare pentru pacienți	Data intrării în vigoare: 26 ianuarie 2022

DOMENIUL DE APLICARE ȘI SCOPUL Documentul se aplică persoanelor și procesărilor următoarelor componente din cadrul 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		

MISIUNILE POLITICII ȘI PROCEDURII

De a defini criteriile în baza cărora asistența financiară este solicitată și aprobată pentru pacienții eligibili care primesc îngrijire medicală necesară sau urgentă 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 acoperite sau nu de această politică pentru asistența financiară.

DOMENIU DE APLICARE

Personalul medical care poate intra în contact cu un pacient care își exprimă îngrijorările de natură financiară.

DEFINIȚII

Definiția Amount Generally Billed (Suma facturată în general - 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 pentru îngrijirea de urgență sau necesară din punct de vedere medical. PSH va pune la dispoziția pacienților care solicită acest lucru o copie scrisă gratuită a calculului AGB curent. Acest lucru nu trebuie confundat cu reducerea pentru îngrijiri de caritate (asistență financiară) care se aplică 100% dacă se aprobă FAP individuală.

Facturarea soldului – Facturi neprevăzute: În conformitate cu legislația federală, No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute), 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 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. No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute) 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 valori ce sunt considerate disponibile pentru plata datoriilor medicale, cum ar fi numerar/conturi bancare, certificate de depozit, obligațiuni, acțiuni, fonduri mutuale sau indemnizații de pensie. Definit în Buletinul de asistență medicală al Department of Health Services (Departamentul de Servicii de Sănătate - DHS), activele numărabile aferente programului de îngrijire necompensată și planurilor de caritate nu includ bunuri imobiliare, precum case, autovehicule, bunuri de uz casnic, conturi de pensii 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 parte 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 Department of Health and Human Services (Departamentul de Sănătate și Servicii Umane - 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 medicale necesare, 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 sub auspiciul prezentei politici.

Serviciile medicale necesare înseamnă servicii de îngrijire pe care un furnizor, exercitând un raționament 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 de practica medicală.
 - În aceste scopuri, „standardele general acceptate de practica medicală” înseamnă standarde care se bazează pe dovezi științifice credibile publicate în literatura medicală revizuită de colegi specializați, în general recunoscute de comunitatea medicală relevantă sau în concordanță cu standardele stabilite în problemele de politică ce implică raționamentul clinic.
- Sunt adecvate din punct de vedere clinic, în ceea ce privește tipul, frecvența, răspândirea, 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, 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 de investigare 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 *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services (Directivile etice și religioase pentru serviciile catolice de asistență medicală)*

Asistența financiară prezumtivă se referă la o persoană despre care se presupune că este nevoiașă și eligibilă pentru asistență financiară, atunci când pacientul oferă informații adecvate sau prin 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, inclusiv, dar fără a se limita la Compass și NaviNet. Factorii care susțin caritatea prezumtivă includ, dar nu se limitează la: lipsa adăpostului, lipsa veniturilor, eligibilitatea pentru Women’s, Infants and Children’s programs (Programul pentru femei, sugari și copii - 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 The Federal or State Health Insurance Marketplace, 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.

MISIUNILE POLITICII ȘI/SAU PROCEDURII

NOTIFICARE:

- Prezenta politică privind asistența 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 pentru asistența financiară.
- Anunțul privind disponibilitatea acestui program va fi postat în zonele de înregistrare a pacienților din spital, clinici și pe site-ul PSH.
- Politica privind asistența financiară și cererea vor fi disponibile în toate locațiile clinicilor de îngrijire ambulatorie.
- Dacă limba principală a oricărei populații care înregistrează valoarea cea mai mică dintre 1.000 de persoane sau 5% din comunitatea deservită, politica privind asistența financiară (FAP) va fi disponibilă în limba respectivă.
- Politica privind asistența financiară și cererea vor fi disponibile la evenimentele comunitare 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 timpul 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, No Surprises Act (Legea împotriva facturilor neprevăzute).

CRITERII DE ELIGIBILITATE:

- Asistența financiară este aprobată pe baza venitului 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 medicale necesare.

Mărime familie	Venit brut	Reducere asistență financiară
1	40.770,00 \$	100%
2	54.930,00 \$	100%
3	69.090,00 \$	100%
4	83.250,00 \$	100%
5	97.410,00 \$	100%
6	111.570,00 \$	100%
7	125.730,00 \$	100%
8	139.890,00 \$	100%

*Pentru o familie care include mai mult de 8 (opt) persoane, adăugați 14.160,00 \$ 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. (Vezi atașat)
- Pacientul trebuie să fie cetățean al Statelor Unite, rezident legal permanent sau rezident PA 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 la solicitarea asistenței medicale.
- Toate celelalte opțiuni de plată a facturilor medicale au fost epuizate, inclusiv, dar fără a se limita la: 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 **RC-12 Deceased Patient/Guarantor Account Resolution Policy (Politica privind închiderea contului pacientului/garantului decedat R-12)**.
 - 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 care includ, dar nu se limitează la proceduri de chirurgie plastică, invitro/infertilitate, ochelari, aparate auditive, implanturi peniene sau unele proceduri de by-pass gastric și orice restricții care respectă *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services (Directivile etice și religioase pentru serviciile catolice de asistență medicală)* 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 evaluarea capacității pacientului de a plăti, la discreția sa.

PROCEDURA PENTRU DEPUNEREA CERERII:

- Cererile pentru asistență financiară vor fi disponibile online prin intermediul site-ului PSH, fizic la orice locație a clinicii sau prin e-mail.
- Trebuie furnizate următoarele documente justificative adecvate privind familia, pentru a se asigura că pacientul îndeplinește criteriile de venit și numărul de persoane dintr-o familie.
 - Cea mai recentă declarație de venituri federale
 - 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 altă informație solicitată de PSH pentru a revizui în mod adecvat cererea de asistență financiară pentru a determina calificarea pentru asistență financiară.
- Dacă informațiile furnizate în cadrul cererii sunt insuficiente pentru a efectua o determinare adecvată, va fi contactat garantul pentru a furniza informații suplimentare.

METODA ȘI PROCESUL DE EVALUARE

- PSH va suspenda orice acțiuni extraordinare de încasare (ECA) pentru un pacient, odată 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:	Consilieri financiari	Asociat senior	Manager de echipă/ Manager	Director general Ciclul venituri	Vicepreședinte operațiuni Ciclul venituri sau Director financiar
Sumă:	< 500 \$	< 5.000 \$	< 25.000 \$	< 50.000 \$	> 50.000 \$

- După revizuirea cererii, pacient sau garantul va fi apelat telefonic și i se va trimite o scrisoare pentru a comunica determinarea.
- Persoana care realizează determinarea asistenței financiare va documenta contul pacientului în sistemul de facturare și va semna formularul „Solicitare de revizuire”. Contul va fi transmis către membrul corespunzător al personalului pentru gestionare ulterioară.
- Dacă un pacient se califică pentru asistență financiară și este eligibil pentru beneficiile 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 creanțe pot trimite cereri în continuare și li se poate acorda o aprobare pentru asistența financiară.
- Dacă asistența financiară este aprobată, membrul personalului corespunzător va accesa ajustarea sistemului și va identifica și revizui toate consultațiile deschise sub numărul de fișă medicală 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 **RC-002 Patient Credit and Collections Policy (Politica de creditare și încasări pentru pacienți RC-002)**.

- O copie a cererii pentru asistență financiară și/sau a informațiilor financiare este păstrată timp de șapte ani, în conformitate cu politicile de păstrare 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, inclusiv, dar fără a se limita la (exemplele următoare):
 - Venitul pacientului depășește limita din cadrul regulamentului de caritate; datoria sa pentru serviciile medicale depășește venitul anual din cauza unui eveniment medical grav.
 - 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 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 conduce la crearea unei obligații legale din partea spitalului sau vreun drept pentru orice pacient sau terță parte.

POLITICI CONEXE ȘI REFERINȚE

Anexa la prezenta politică include:

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

Notă: În general, toți medicii Penn State Health Hershey Medical Center și Community Practice Division 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 venituri

DATA EMITERII ȘI REVIZUIRII

Data emiterii: 01.10.2020

Data (datele) revizuirii: 10.10. 16.02, 17.06, 18.02

Revizuit: 10.10; 12.01, 14.12, 16.02 – Politică înlocuită pe 10.10; 17.06, 18.02, 18.10, 18.11, 19.02, 20.01; 21.03 – combinată cu politicile Holy Spirit Medical Center și St. Joseph Medical Center. Eliminare politică SJMC #ADM-CRP-008, 21.11.

VERIFICATORI DE CONȚINUT ȘI CONTRIBUITORI

Directori generali Ciclul de venituri; manager consiliere financiară pentru pacienți

Anexa A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Furnizori/servicii acoperite de programul pentru asistență financiară

***Consultați furnizorii/serviciile care nu sunt acoperite de programul pentru asistență financiară**

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



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

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

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 comisioanelor unității pentru îngrijire de urgență și alte îngrijiri medicale necesare oferite la Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Anexa B

PSH Holy Spirit Health System