



Politica di sostegno finanziario	PFS-051
Andamento ciclico dei ricavi, Penn State Health - Servizi finanziari per i pazienti	In vigore da: 11/19/2018

FINALITÀ

Definire i criteri in base ai quali è richiesto e approvato il sostegno finanziario a favore dei pazienti in possesso dei requisiti che ricevono cure di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico secondo la mission del Penn State Health (PSH).

AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutto il personale che può avere contatti con un paziente che si ritrova in difficoltà dal punto di vista finanziario.

DEFINIZIONI

Per **Sostegno finanziario** si intende l' idoneità a ricevere cure a titolo gratuito o a costi ridotti. I pazienti assicurati o non assicurati che ricevono cure necessarie dal punto di vista medico, ma non sono in possesso dei requisiti necessari per una copertura statale o da parte di una compagnia assicurativa e il cui reddito familiare è pari o inferiore al 300% della soglia di povertà federale degli Stati Uniti, possono accedere alle cure gratuite in base alla presente politica.

Per **Paziente non assicurato** si intende un soggetto che non riceve una copertura per l'assistenza sanitaria da parte di una qualsiasi compagnia assicurativa terza, né partecipa a un piano ERISA, un programma di assistenza sanitaria federale (come il sistema federale o statale Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, SCHIP o Tricare), che non riceve sussidi per infortuni sul lavoro, che non ha conti di risparmio sanitario (Medical Savings Accounts) o altre forme di copertura per una parte o per l'intero importo delle spese. I pazienti che hanno esaurito la propria copertura assicurativa sanitaria o che hanno servizi non coperti indicati nella polizza assicurativa del paziente non saranno considerati "non assicurati".

Con **Sostegno finanziario presumibile** si fa riferimento a un soggetto presumibilmente ritenuto indigente e in possesso dei requisiti per il sostegno finanziario quando da parte del paziente o tramite fonti tecnologiche vengono fornite informazioni adeguate che permettano a PSH di stabilire che il paziente possiede i requisiti per il sostegno finanziario. Tra i fattori a sostegno dell'assistenza gratuita presuntiva si annoverano, a titolo di esempio: mancanza di fissa dimora,

assenza totale di reddito, idoneità a partecipare a programmi per la maternità e l'infanzia (Women, Infants and Children, WIC), idoneità a usufruire di buoni spesa per alimenti, alloggio in case popolari indicato come indirizzo valido, decesso di pazienti senza patrimoni riconosciuti o idoneità a partecipare a programmi di prescrizione di farmaci finanziati dallo stato.

Per **Necessari dal punto di vista medico** si intendono i servizi di assistenza sanitaria che un medico, a seguito di una valutazione clinica accurata, prevede di offrire a un paziente allo scopo di prevenire, valutare, diagnosticare o trattare una patologia, una lesione, una malattia o i suoi sintomi, e che siano:

- (1) Conformi agli standard di prassi medica generalmente accettati.
 - (a) Per le presenti finalità, per “standard di prassi medica generalmente accettati” si intendono gli standard basati su prove scientifiche credibili pubblicate nella letteratura medica in peer-review e generalmente riconosciute dalla comunità medica o comunque coerenti con gli standard definiti in merito alle valutazioni cliniche.
- (2) Clinicamente appropriati, in termini di tipologia, frequenza, portata, posizione e durata, e considerati efficaci per la patologia, la lesione o la malattia del paziente.
- (3) Utili non principalmente per comodità del paziente, del medico o altro operatore sanitario, e non più costosi di un servizio o una serie di servizi alternativi che possano produrre risultati terapeutici o diagnostici almeno equivalenti nella diagnosi o nel trattamento della patologia, della lesione o della malattia del paziente.
- (4) I servizi, le prestazioni o le procedure considerati sperimentali saranno valutati caso per caso.

Le **fasce di reddito per le soglie di povertà federali** sono pubblicate ogni anno nel mese di gennaio dal Dipartimento per la salute e l'assistenza ai cittadini (Health and Human Services, HHS) all'interno del Registro federale. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Definizione di “importo generalmente addebitato” (Amount Generally Billed, AGB):

L'AGB, o limitazione degli oneri lordi, viene calcolato da PSH in base a una metodologia di riferimento retroattivo conforme alla norma finale 501R dell'IRS. PSH utilizzerà tale metodologia per calcolare l'importo medio di tutte le richieste di indennizzo liquidate da compagnie assicurative sanitarie private e da Medicare. I soggetti in possesso dei requisiti non saranno tenuti a sostenere per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico altre spese oltre agli importi generalmente addebitati. PSH metterà a disposizione gratuitamente una copia cartacea del calcolo corrente dell'AGB ai pazienti che ne faranno richiesta.

Per **Beni quantificabili** si intendono tutti i beni considerati disponibili per il pagamento dei debiti per prestazioni sanitarie, ad esempio disponibilità liquide/conti correnti, certificati di deposito, obbligazioni, azioni, fondi di investimento o prestazioni pensionistiche. Definiti nel Bollettino di assistenza medica (Medical Assistance Bulletin) del Dipartimento per i servizi sanitari (Department of Health Services, DHS), nel programma per le cure ospedaliere non remunerate (Hospital Uncompensated Care) e nei piani di assistenza a titolo gratuito (Charity Plans Countable Assets), i Beni quantificabili non comprendono i beni non liquidi, come case, automobili, articoli casalinghi e conti IRA e 401K.

DICHIARAZIONI SULLA POLITICA E/O LE PROCEDURE

AVVISO:

- a) La presente Politica di sostegno finanziario (Financial Assistance Policy, FAP), il modulo di richiesta di sostegno finanziario e un riepilogo scritto in forma semplificata saranno resi disponibili al pubblico su richiesta.
- b) I resoconti delle spese dei pazienti conterranno le informazioni riguardanti la disponibilità di sostegno finanziario.
- c) L'avviso della disponibilità di questo programma sarà affisso nelle aree di registrazione dei pazienti all'interno dell'ospedale e delle cliniche e verrà pubblicato sul sito Web PSH.
- d) La politica e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in tutte le sedi delle cliniche per pazienti ambulatoriali.
- e) Se la lingua principale di una comunità di utenti è parlata da almeno 1,000 persone o dal 5% del bacino di utenza, la FAP sarà resa disponibile in tale lingua.
- f) La politica e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in occasione di ogni evento di sensibilizzazione per le comunità a cui parteciperà PSH.

CRITERI DI IDONEITÀ:

- a) Il sostegno finanziario è approvato in base al reddito familiare, secondo le linee guida riportate in basso. I pazienti in possesso di tali requisiti saranno ritenuti idonei a ricevere assistenza gratuita al 100% per i servizi necessari dal punto di vista medico.

Comp. nucleo familiare	Reddito lordo	Sconto previsto dal sostegno finanziario
1	\$36,420.00	100%
2	\$49,380.00	100%
3	\$62,340.00	100%
4	\$75,300.00	100%
5	\$88,260.00	100%
6	\$101,220.00	100%
7	\$114,180.00	100%
8	\$127,140.00	100%

* Per le famiglie con un numero di componenti superiore a 8 (otto), aggiungere \$12,960.00 per ogni altra persona.

- b) La valutazione del sostegno finanziario ha inizio con la presentazione della relativa domanda. Questa deve essere compilata e firmata dal garante e dovrà recare la data corrente. (Vedere allegato)
- c) Il paziente deve essere cittadino statunitense o dimostrare di possedere la residenza legale a titolo permanente o la residenza PA (sono esclusi i cittadini non statunitensi che vivono al di fuori degli Stati Uniti).
- d) Prima di ricevere il sostegno finanziario, il paziente dovrà aver fatto richiesta di assistenza medica presso il programma federale o statale Insurance Marketplace (a meno che non dimostri di essere esonerato) o attraverso altre forme di assistenza tramite terzi.
- (1) Può essere offerto sostegno finanziario parziale ai figli economicamente autosufficienti che sono esenti dalla richiesta di assistenza medica.
- e) Sono state esaurite tutte le altre opzioni per il pagamento delle spese mediche, ad esempio la raccolta di fondi da parte di associazioni private o ecclesiastiche, i programmi e le donazioni di beneficenza. La mancata collaborazione da parte del paziente o del garante nella ricerca di opzioni di pagamento alternative potrebbe comportarne l'esclusione dal sostegno finanziario.
- (1) Il sostegno finanziario potrebbe non essere disponibile se il paziente dispone di Beni quantificabili sufficienti a sostenere le spese e se la liquidazione di tali Beni quantificabili non provoca un indebito disagio al paziente.
- (2) Il sostegno finanziario verrà offerto ai pazienti deceduti sulla base dei criteri definiti nella **Procedura RC-12 per la risoluzione dei conti dei pazienti/garanti deceduti**.
- (3) Nell'ambito di programmi con cliniche per le cure gratuite (ad esempio Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, ecc.), il sostegno finanziario potrà essere concesso sulla base dei dati finanziari raccolti o definiti dalla clinica per le cure gratuite.
- (4) Alcuni servizi, prestazioni o procedure sono considerati facoltativi, ad esempio interventi di chirurgia plastica, interventi di fecondazione assistita o contro l'infertilità, occhiali, dispositivi ausiliari per l'ascolto, alcuni interventi di by-pass gastrico, ecc.
- (5) I programmi assicurativi basati sul reddito con quota a carico del paziente o saldo deducibile potranno essere considerati idonei per il sostegno finanziario.
- (6) Il periodo di idoneità a ricevere il sostegno finanziario è di un anno. PSH ha il diritto di richiedere a propria discrezione la presentazione di una nuova domanda e una nuova valutazione dell'idoneità del paziente al pagamento.

PROCEDURA DI RICHIESTA:

- a) Le domande di sostegno finanziario sono disponibili online sul sito Web PSH e in tutte le sedi dell'organizzazione, ma è anche possibile riceverle a mezzo posta.
- b) Allo scopo di verificare che il paziente sia in possesso dei requisiti di reddito e di composizione del nucleo familiare, dovrà essere messa a disposizione la seguente documentazione familiare completa.
 - (1) Ultima dichiarazione federale dei redditi
 - (2) Ultimi quattro (4) cedolini di stipendio
 - (3) Ultimi quattro (4) estratti conto bancari
 - (4) Determinazione del reddito da previdenza sociale
 - (5) Reddito da disoccupazione
 - (6) Reddito da pensione
 - (7) Conferma delle ripartizioni di beni ereditati o di pagamenti per cause civili (il sostegno finanziario non verrà reso disponibile fino alla risoluzione definitiva di un contenzioso patrimoniale o di altra natura)
 - (8) Determinazione dell'assistenza medica o della copertura con il sistema Health Insurance Marketplace
 - (9) Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (Green Card)
 - (10) Se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che provvedono alle spese essenziali
 - (11) Qualsiasi altra informazione ritenuta necessaria da PSH per esaminare in maniera adeguata la richiesta di sostegno finanziario al fine di determinarne l'idoneità.
- c) Se le informazioni fornite all'interno della domanda non sono sufficienti a formulare una risoluzione appropriata, verrà contattato il garante affinché fornisca ulteriori informazioni.

METODO E PROCEDURA DI VALUTAZIONE

a) I livelli di approvazione per il sostegno finanziario sono i seguenti:

Responsabile:	Consulenti finanziari	Associato capo	Team Manager/ Manager	Direttore dell'ufficio per l'andament o ciclico dei ricavi	Vicepresidente dell'ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi o Direttore finanziario
Importo:	< \$500	<\$5,000	<\$25,000	<\$50,000	>\$50,000

- b) Una volta esaminata la domanda, per comunicare la decisione contatteremo il paziente o il garante telefonicamente e a mezzo posta.
- c) Il responsabile che prenderà la decisione in merito al sostegno finanziario alleggerà contestualmente la documentazione al conto del paziente nel sistema di fatturazione e firmerà il modulo di “richiesta di verifica”. La gestione del conto sarà affidata al responsabile del personale.
- d) Se un paziente ha i requisiti necessari per ricevere il sostegno finanziario ed è ritenuto idoneo a ricevere i sussidi Cobra, come persona giuridica, PSH potrà scegliere di versare il premio assicurativo mensile.
- e) In seguito all'approvazione del sostegno finanziario, il debito segnalato a una qualsiasi agenzia di recupero crediti verrà ripianato entro 30 giorni.
- f) Una volta applicate le rettifiche per il sostegno finanziario al conto crediti del paziente, tutti gli eventuali pagamenti precedenti o successivi ricevuti verranno rimborsati al paziente.
- g) Se il conto di un paziente è già stato inoltrato a un'agenzia di riscossione, il paziente potrà comunque fare richiesta e ricevere l'approvazione per il sostegno finanziario.
- h) Se viene approvato il sostegno finanziario, il responsabile del personale inserirà quest'informazione nel sistema, dopodiché individuerà e prenderà in esame tutti gli elementi irrisolti nella cartella del paziente, applicando lo sconto previsto per il sostegno finanziario.
- (1) La mancata richiesta di consulenza finanziaria e/o la mancata compilazione integrale della richiesta possono comportare le conseguenze illustrate nella **Politica di credito e riscossione per i pazienti, RC-002**.
- (2) Una copia della domanda e/o dei dati finanziari viene conservata per sette anni in conformità con le politiche di conservazione dei documenti di PSH.

- (3) In caso di ulteriori richieste di sostegno finanziario presentate nello stesso anno civile non è necessario presentare nuovamente la documentazione di supporto, a patto che non vi siano variazioni alle informazioni già presenti in archivio.
- (4) La dirigenza potrà esercitare una certa discrezionalità per circostanze attenuanti come quelle degli esempi che seguono:
- (i) Il reddito del paziente è superiore alle linee guida per il sostegno finanziario, ma il suo debito supera il reddito annuo a seguito di un evento medico catastrofico.
 - (ii) Il paziente ottiene un risarcimento per una causa civile che è inferiore al saldo del conto e non possiede Beni quantificabili/redditi personali sufficienti a pagare la differenza.
 - (iii) Il paziente ha intenzione di chiedere un prestito per fare fronte al pagamento, ma non ha i requisiti necessari per ricevere l'intero importo dovuto (è necessaria una verifica da parte dell'ente prestatore).
 - (iv) Il paziente è disponibile a liquidare altri beni per coprire parte dell'importo.
 - (v) Il paziente non compila una domanda di sostegno finanziario, ma i dati finanziari/le informazioni sul reddito ottenute sono sufficienti per prendere una decisione.

Tutte le politiche citate nel presente documento sono consultabili sul sito Web PSH e possono essere stampate su richiesta.

La presente politica stabilisce un obiettivo benefico volontario del Penn State Health. Di conseguenza, né la presente politica né alcuna violazione della stessa può determinare un obbligo legale da parte dell'ospedale o un diritto a favore di un paziente o di terzi.

DOCUMENTI E RIFERIMENTI CORRELATI

Nell'appendice a questa politica sono disponibili i seguenti documenti:

1. PFS-051 - Elenco degli operatori – Hershey Medical Center Appendice A
2. PFS-051 - Sedi degli operatori – Hershey Medical Center Appendice B
3. PFS-051 – Elenco di centri e operatori – CPMG Appendice C
4. Riepilogo scritto in forma semplificata e richiesta di sostegno finanziario

APPROVAZIONI

	Nome	Qualifica	Data
Autorizzazione:	Paul Swinko	Direttore finanziario	11/19/2018
Approvazione:	Dan Angel	Vice presidente Ufficio operativo per l'andamento ciclico dei ricavi	11/19/2018

DATA DI ORIGINE E REVISIONI

Data di origine: 10/1/2010

Date di riesame: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18

Date di revisione: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – Sostituiscono la politica 10/10; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18

REVISORI E COLLABORATORI

Directors Revenue Cycle Hospital and Professional Operations