



<b>Politica di sostegno finanziario</b>	<b>PFS-051</b>
<b>Andamento ciclico dei ricavi, Penn State Health – Servizi finanziari per i pazienti</b>	<b>In vigore da: 1/7/2017</b>

## **FINALITÀ**

Definire i criteri in base ai quali viene 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 Hershey Medical Center (PSHHMC).

## **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 beneficiato di servizi non soggetti a copertura 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 necessari per ricevere il sostegno finanziario quando tramite il paziente stesso o con altri mezzi vengono recuperate una serie di informazioni che permettano a PSHHMC di determinare l' idoneità del paziente. 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 e 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 medicinali 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) Non fondamentali in termini di praticità per il paziente, il medico o un 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 considerate sperimentali saranno valutate 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 (Department of Health and Human Services, DHHS) 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 PSHHMC in base a una metodologia di riferimento retroattivo conforme alla norma definitiva 501R dell’IRS. PSHHMC adotta questo metodo per calcolare l’importo medio di tutte le richieste di indennizzo assolute 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. PSHHMC metterà a disposizione una copia cartacea gratuita del calcolo attuale 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, i beni quantificabili non includono i beni non liquidi, come case, automobili, articoli casalinghi e conti IRA e 401K.

## **DICHIARAZIONI DELLA POLITICA E/O DELLE PROCEDURE**

### **COMUNICAZIONE:**

- 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) Nei resoconti delle spese dei pazienti saranno indicate le informazioni relative alla disponibilità di sostegno finanziario.
- c) L'avviso della disponibilità di questo programma sarà disponibile nelle aree di registrazione dei pazienti all'interno dell'ospedale e delle cliniche e verrà pubblicato sul sito Web PSHHMC.
- d) La politica e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in tutte le sedi delle cliniche per pazienti ambulatoriali.
- e) Se una lingua principale è parlata da più del 10% dei residenti del bacino d'utenza di PSHHMC, 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 PSHHMC.

### **CRITERI DI IDONEITÀ:**

- a) Il sostegno finanziario è approvato in presenza di un reddito familiare non superiore al 300% della Soglia di povertà federale. 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.
- 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 risiedere legalmente e a titolo permanente negli Stati Uniti da almeno un anno.
- d) Prima di poter 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.
- 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. PSHHMC ha il diritto di richiedere a propria discrezione la presentazione di una nuova domanda e di una nuova valutazione dell'idoneità del paziente a ricevere il sussidio.

#### **PROCEDURA DI RICHIESTA:**

- a) Le domande di sostegno finanziario sono disponibili online sul sito Web PSHHMC 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 PSHMC per esaminare adeguatamente la richiesta di sostegno finanziario al fine di valutare l' idoneità a percepirlo da parte del richiedente.

- c) Se le informazioni indicate all'interno della domanda non sono sufficienti per prendere una decisione, verrà contattato il garante per ricevere ulteriori informazioni.

## METODO E PROCEDURA DI VALUTAZIONE

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

<b>Responsabile:</b>	<b>Consulenti finanziari</b>	<b>Associato capo</b>	<b>Team Manager/Manager</b>	<b>Direttore dell'ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi</b>	<b>Vicepresidente dell'ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi o Direttore finanziario (CFO)</b>
<b>Importo:</b>	<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 allegherà 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, PSHHMC 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 PSHHMC.
- (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 per 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 indicate nel presente documento sono disponibili sul sito Web PSHHMC e possono essere stampate su richiesta.**

**La presente politica definisce un obiettivo benefico volontario del Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center. 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**

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

1. [PFS-051 - Soglie di povertà federali](#)
2. [PFS-051 - Appendice con elenco dei fornitori](#)
3. [PFS-051 - Appendice con le sedi dei fornitori](#)
4. Riepilogo scritto in forma semplificata e richiesta di sostegno finanziario

#### **APPROVAZIONI**

	Nome	Qualifica	Data
Autorizzazione:	Paul Swinko	Direttore finanziario (CFO)	1/7/2017
Approvazione:	Dan Angel	Vicepresidente dell'ufficio operativo per l'andamento ciclico dei ricavi	1/7/2017

### **DATA DI ORIGINE E REVISIONI**

Data di origine: 1/10/2010

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

Date di revisione: 10/10, 12/1, 14/12, 16/2 – Sostituzione della politica 10/10, 17/6

### **REVISORI E COLLABORATORI**

Direttori dell'ufficio operativo per l'andamento ciclico dei ricavi a livello ospedaliero e professionale