



Politica di sostegno finanziario	PSHCMG-051
Andamento ciclico dei ricavi, Penn State Health - Community Medical Group	In vigore da: 13/9/2017

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 Community Medical Group (PSHCMG).

AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutto il personale che può avere contatti con un paziente che esprime dubbi sulla situazione finanziaria.

DEFINIZIONI

Per **Sostegno finanziario** si intende la capacità di ricevere cure a titolo gratuito o a costi ridotti. I pazienti che non sono assicurati o che sono assicurati e ricevono cure necessarie dal punto di vista medico, ma non possiedono i requisiti per una copertura fornita dallo stato o da una compagnia assicurativa e il cui reddito familiare è pari o inferiore al 300% della soglia di povertà federale degli Stati Uniti, sono ammessi alle cure gratuite sotto l'auspicio della presente politica.

Per **Paziente non assicurato** si intende un soggetto che non possiede una copertura per l'assistenza sanitaria di una qualsiasi compagnia assicurativa terza, un piano ERISA, un programma di assistenza sanitaria federale (tra cui il sistema federale o statale Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, SCHIP e Tricare), sussidi per infortuni sul lavoro, conti di risparmio sanitario (Medical Savings Accounts) o altra copertura per una parte o per l'intero ammontare delle spese. I pazienti che hanno esaurito la propria copertura assicurativa sanitaria o che hanno beneficiato di 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 PSHCMG 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 e Children, WIC), idoneità a usufruire di buoni spesa per alimenti, alloggio in case popolari fornito come indirizzo valido, decesso di pazienti senza patrimoni riconosciuti o idoneità a partecipare a programmi di prescrizione finanziati dallo stato.

Per **Necessari dal punto di vista medico** si intendono i servizi di assistenza sanitaria che un medico, nell'esercitare una valutazione clinica prudente, intende fornire 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 saliente o comunque coerenti con gli standard definiti nelle questioni di principio che implicano la valutazione clinica.

(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 o provvisorie 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.

<http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm#guidelines>

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

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

Per **Beni quantificabili** si definiscono quei 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 comprendono 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) 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 pubblicato sul sito Web PSHCMG.
- 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 PSHCMG, la FAP sarà resa disponibile in tale lingua.
- f) La politica e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili ad ogni evento di sensibilizzazione nelle comunità a cui parteciperà PSHCMG.

CRITERI DI IDONEITÀ:

- a) Il sostegno finanziario è approvato in base a un reddito familiare non superiore al 300% della Soglia di povertà federale. I pazienti che possiedono 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 possedere la residenza legale a titolo permanente negli Stati Uniti da almeno un anno.

- d) Prima del riconoscimento del sostegno finanziario, il paziente dovrà aver fatto richiesta di assistenza medica tramite sistema federale o statale Insurance Marketplace (a meno che non dimostri di essere esonerato) o qualsiasi altra forma di pagamento tramite terzi applicabile.
- e) Sono state esaurite tutte le altre opzioni per il pagamento delle spese mediche, comprese tra l'altro la raccolta di fondi privati o ecclesiastici, i programmi o le donazioni di beneficenza. La mancata collaborazione da parte del paziente o del garante nel perseguire opzioni di pagamento alternative potrebbe comportarne l'esclusione dal sostegno finanziario.
- (1) Il sostegno finanziario potrebbe non essere offerto se il paziente dispone di Beni quantificabili sufficienti a saldare le spese e se la liquidazione di tali Beni quantificabili non provoca un indebito disagio al paziente.
 - (2) Il sostegno finanziario sarà concesso a un eventuale paziente deceduto sulla base di criteri stabiliti nella **Procedura per determinare le responsabilità e la risoluzione dei conti con i pazienti deceduti**.
 - (3) A seguito di programmi con cliniche per le cure gratuite (ad es.; Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.), il sostegno finanziario potrà essere concesso sulla base dei dati finanziari raccolti o determinati 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, ausili acustici o alcuni interventi di by-pass gastrico, etc.
 - (5) I piani 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 del sostegno finanziario è un anno. PSHCMG 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 potranno essere prelevate online tramite il sito Web PSHCMG, recandosi di persona in qualsiasi sede dell'organizzazione oppure a mezzo posta.
- b) Allo scopo di accertare che il paziente soddisfi i criteri di reddito e di composizione del nucleo familiare, dovrà essere fornita la seguente documentazione familiare di supporto completa e appropriata.
 - (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 preso in considerazione fino alla risoluzione finale di un patrimonio o di un contenzioso)
- (8) Determinazione dell'assistenza medica o di copertura mediante sistema Health Insurance Marketplace
- (9) Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (carta verde)
- (10) Se il nucleo familiare non possiede alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- (11) Qualsiasi altra informazione ritenuta necessaria da PSHCMG 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 perché fornisca ulteriori informazioni.

METODO E PROCEDURA DI VALUTAZIONE

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

Responsabile:	Consulenti finanziari	Associa to capo	Team Manager/ Manager	Responsabile capo o Direttore ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi	Vicepre- sidente ufficio per l'andamen- to ciclico dei ricavi o Direttore finanziario (CFO)
Importo:	< \$500	<\$5,000	<\$25,000	<\$50,000	>\$50,000

b) Una volta esaminata la domanda, per comunicare la risoluzione, il paziente o il garante sarà contattato telefonicamente e a mezzo lettera.

- c) Il responsabile che produce la risoluzione del sostegno finanziario alleggerà contestualmente la documentazione al conto del paziente (firma e sistemi di fatturazione Eclipsys) e firmerà il modulo di “richiesta di verifica”. Il conto sarà affidato al responsabile appropriato del personale per l’ulteriore gestione.
- d) Se un paziente ha i requisiti per il sostegno finanziario ed è ritenuto idoneo per i sussidi Cobra, come persona giuridica, PSHCMG 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 sarà ripianato entro 30 giorni.
- f) Una volta applicate le rettifiche per il sostegno finanziario al conto crediti del paziente, gli eventuali pagamenti precedenti o successivi ricevuti saranno rimborsati al paziente.
- g) I pazienti i cui conti sono già stati inoltrati a un’agenzia di riscossione potranno continuare a fare richiesta e ricevere l’approvazione per il sostegno finanziario.
- h) Se viene approvato il sostegno finanziario, il responsabile appropriato del personale inserirà la rettifica nel sistema e individuerà ed esaminerà tutti gli elementi irrisolti nella cartella del paziente e applicherà lo sconto previsto dal sostegno finanziario
 - (1) Il mancato contatto per una 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 è conservata per sette anni in conformità con le politiche di conservazione dei documenti di PSHCMG.
 - (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 quali quelle degli esempi che seguono:
 - (i) Il reddito del paziente è superiore alle linee guida per il sostegno finanziario, tuttavia, il suo debito supera il reddito annuo a seguito di un evento medico catastrofico.
 - (ii) Il paziente ottiene un risarcimento da 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 è intenzionato a chiedere un prestito per il pagamento, ma non ha i requisiti per ricevere l’intero importo dovuto sul conto (è richiesta la verifica da parte dell’ente prestatore).

- (iv) Il paziente è disponibile a liquidare altri beni che coprano parte del saldo.
- (v) Il paziente non compila una domanda di sostegno finanziario ma i dati finanziari/le informazioni sul reddito ottenute sono sufficienti per adottare una decisione.

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

La presente politica stabilisce un obiettivo benefico volontario del Penn State Health Community Medical Group. Di conseguenza, né tale politica né alcuna violazione della stessa andrà intesa come creazione di un obbligo legale da parte dell'ospedale o di un diritto a favore di un paziente o di terzi.

DOCUMENTI E RIFERIMENTI CORRELATI

L'appendice a questa politica comprende:

1. PSHCMG-051 - Soglie di povertà federali
2. PSHCMG-051 - Appendice con elenco dei fornitori
3. PSHCMG-051 - Appendice con le sedi dei fornitori

APPROVAZIONI

	Nome	Titolo	Data
Autorizzazione:	Steve Massini	Direttore finanziario (CFO)/ Direttore operativo (COO)	13/9/2017
Approvazione:	Dan Angel	Vice presidente Ufficio operazioni andamento ciclico dei ricavi	13/9/2017

DATA DI ORIGINE E REVISIONI

Data di origine: 13/9/2017

REVISORI E COLLABORATORI AI CONTENUTI

Directors Revenue Cycle Hospital and Professional Operations