



<b>Politica di credito e riscossione per i pazienti</b>	<b>RC-002</b>
<b>Gestione del ciclo dei ricavi, Penn State Health</b>	In vigore dal: <b>Ottobre 2023</b>

**Ambito di applicazione** *Il documento è applicabile al personale e alle procedure relative ai seguenti settori del Penn State Health:*

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input checked="" type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – Reparto di pratica accademica (Academic Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group - Reparto di pratica comunitaria (Community Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input checked="" type="checkbox"/>	Hampden Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute – in vigore dal 12/23
<input checked="" type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center		

### DICHIARAZIONE SULLA POLITICA

Definire linee guida chiare e coerenti per lo svolgimento di attività di fatturazione, riscossione e recupero crediti in modo da favorire la conformità, la soddisfazione del paziente e l’efficienza. Attraverso una serie di resoconti delle spese, comunicazioni scritte e telefonate, l’Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi (Revenue Cycle Department) di Penn State Health (PSH) si impegna a informare i pazienti/garanti delle loro responsabilità finanziarie e delle opzioni di sostegno finanziario disponibili, oltre a seguire i pazienti/garanti in merito alle spese da affrontare, assicurando trasparenza in relazione alla continuità del sostegno finanziario per l’assistenza sanitaria. La presente politica è conforme ai requisiti definiti nella Sezione 501(r) del Codice di diritto tributario e alla legge sul divieto di emissione di fatture impreviste (No Surprises Act) inclusa nella legge sugli stanziamenti consolidati (Consolidated Appropriations Act) del 2021.

Applicabile al personale addetto alla registrazione e alla fatturazione e ai consulenti finanziari

### DEFINIZIONI

**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 definitiva 501R dell’Agenzia delle Entrate (Internal Revenue Service, 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 pazienti in possesso dei requisiti non saranno tenuti a sostenere altre spese oltre agli importi generalmente addebitati per le cure di emergenza o per le cure necessarie dal punto di vista medico. PSH metterà a disposizione gratuitamente una copia cartacea del calcolo corrente dell’AGB ai pazienti che ne faranno richiesta. Questo non va confuso con lo sconto dell’assistenza sanitaria gratuita (sostegno finanziario) che viene applicato al 100% nel caso in cui venga approvata la politica di sostegno finanziario (Financial Assistance Policy, FAP) in favore del richiedente.

**Utilizzo di agenzie:** le agenzie di riscossione esterne vengono utilizzate nella riscossione dei crediti inesigibili. Affinché un credito venga definito inesigibile, deve essere trascorso un

periodo di nove mesi durante il quale non è stato possibile procedere alla riscossione da parte di un'agenzia di riscossione primaria o secondaria.

**Fatturazione del saldo – fatture “a sorpresa”:** conformemente alla legislazione federale, No Surprises Act, Penn State Health si impegna a tutelare i pazienti dall'addebito di fatture “a sorpresa” che verrebbero emesse nel caso in cui la struttura o l'operatore sanitario Penn State Health da cui ricevono le cure non sia convenzionato con il loro piano sanitario. Se un operatore sanitario o una struttura non convenzionata addebita al paziente la differenza tra l'importo concordato dall'assicurazione sanitaria e il costo totale della prestazione fornita, si parla di “fatturazione del saldo”. Le “fatture a sorpresa” sono fatture a saldo non previste. La No Surprises Act tutela i pazienti dall'addebito di fatture più alte quando vengono visitati per cure di emergenza da un operatore sanitario o una struttura non convenzionata o quando un operatore sanitario non convenzionato cura il paziente in un ospedale convenzionato. Se una struttura o un operatore sanitario Penn State Health non è convenzionato, Penn State Health non addebiterà alcuna fattura a saldo per le prestazioni coperte in emergenza o nel periodo successivo alla stabilizzazione del paziente.

**Estratto conto di fatturazione o resoconto:** fattura relativa ai servizi offerti. Può essere un riepilogo delle attività o una fattura dettagliata, con l'indicazione dei singoli addebiti attribuiti a un paziente.

**Data della prestazione (Date of Service, DOS):**

- DOS per un paziente ricoverato: la data di dimissione del paziente dall'ospedale.
- DOS per un paziente esterno o ambulatoriale: la data della procedura o la data in cui il paziente riceve le cure mediche.

**Servizi diagnostici:** servizi o procedure necessari per determinare la causa di una malattia o di un disturbo. L'assistenza medica diagnostica prevede il trattamento o la diagnosi di un problema a carico di un paziente mediante il monitoraggio di un problema esistente, la verifica di nuovi sintomi o il follow-up relativo alle anomalie riscontrate nei risultati degli esami. I servizi diagnostici indicano agli operatori sanitari la gravità o la causa delle patologie nei pazienti.

**Servizi o procedure facoltative:** servizi o procedure non necessari da un punto di vista medico, secondo il parere del personale medico di PSH.

**Quadro clinico di emergenza:** quadro clinico che si presenta con sintomi acuti (incluso il dolore intenso) di gravità tale da indurre una qualunque persona in possesso di conoscenze mediche di base a ritenere che, in assenza di un immediato intervento sanitario, la salute del soggetto (o, nel caso di una donna in gravidanza, la salute della donna o del nascituro) possa essere in serio pericolo, ovvero possano verificarsi una grave compromissione delle sue funzioni corporee o gravi disfunzioni a carico di organi o parti del corpo.

**Trattamento di emergenza:** cure offerte a un paziente che presenta un quadro clinico di emergenza, definito come segue.

- Quadro clinico che si presenta con sintomi acuti (ad esempio, dolore intenso, disturbi psichiatrici e/o sintomi da abuso di sostanze, ecc.) di gravità tale da far ritenere che in assenza di un intervento medico immediato potrebbe presentarsi una delle seguenti eventualità:

- grave rischio per la salute del paziente (o, nel caso di una donna in gravidanza, per la salute della donna o del nascituro); o
- grave compromissione delle funzioni fisiche; o
- grave disfunzione di un organo o di una parte del corpo;
- per una donna in gravidanza con contrazioni in corso, mancanza del tempo necessario per effettuare un trasferimento in sicurezza presso un altro ospedale prima del parto o grave rischio per la salute o la sicurezza della donna o del nascituro in caso di trasferimento.

**Garante:** soggetto finanziariamente responsabile per la copertura delle spese di un paziente. Nel caso di un adulto o di un minore emancipato, di solito il paziente fa da garante a sé stesso. In genere, pazienti di età inferiore a 18 anni non vengono indicati come garanti. Tutti i servizi offerti a un minore verranno addebitati a un genitore affidatario o a un tutore legale, a meno che il paziente non sia un minore emancipato.

**Necessario dal punto di vista medico:** qualsiasi servizio sanitario che un medico, a seguito di una valutazione clinica accurata, fornirebbe a un paziente allo scopo di prevenire, valutare, diagnosticare o trattare una patologia, una lesione, una malattia o i suoi sintomi, e che sia

- Conforme a standard di prassi medica generalmente accettati
  - 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.
- Clinicamente appropriato, in termini di tipologia, frequenza, portata, posizione e durata, e considerato efficace per la patologia, la lesione o la malattia del paziente.
- Non finalizzato principalmente alla praticità per il paziente, il medico o un altro operatore sanitario, e non più costoso di un servizio o di 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.
- I servizi, le prestazioni o le procedure considerati sperimentali saranno valutati caso per caso.

**Servizi o procedure non soggetti a copertura o sperimentali:** servizi o procedure definiti come segue:

- Servizi o procedure sperimentali – Servizi medici, procedure o farmaci non approvati per un uso generico, ma la cui sicurezza ed efficacia sono in fase di sperimentazione nell’ambito di appositi studi clinici. I servizi, le procedure e i farmaci sperimentali devono essere utilizzati per diagnosticare malattie o altre patologie o per curare, alleviare, trattare o prevenire le malattie.
  - Quando vengono sviluppati protocolli di trattamento per i servizi sperimentali, l’Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi di PSH collabora con i soggetti paganti per illustrarne la necessità medica.
- Servizi o procedure non coperte – Servizi o procedure mediche non coperte dal piano assicurativo del paziente.

**Responsabilità del paziente:** qualsiasi importo la cui responsabilità finanziaria sia attribuibile al paziente o al garante del paziente (non a un pagatore terzo).

- Rinvio delle cure – PSH può decidere di rinviare l’erogazione di servizi o procedure non di emergenza ai pazienti che si rifiutano sistematicamente di fornire impegni ragionevoli

in termini di responsabilità per le cure offerte. Sono escluse le cure che rientrano nella legge per il trattamento medico di emergenza e il travaglio attivo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

**Servizi di cure primarie o specialistiche:** servizi o procedure offerti ai pazienti che arrivano in ospedale per richiedere cure mediche non di emergenza o non urgenti o desiderano sottoporsi a ulteriori cure in seguito alla stabilizzazione del quadro clinico o successivamente a una condizione di emergenza. I servizi o le cure primarie o specialistiche previsti sono servizi o procedure mediche primarie programmati in anticipo.

**Cure urgenti:** cure offerte a un paziente il cui quadro clinico, benché non metta a rischio la vita o l'integrità degli arti né sia verosimilmente in grado di comportare lesioni permanenti, richiede cure e trattamenti urgenti, definiti dai Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), da somministrare entro 12 ore al fine di evitare quanto segue:

- Grave rischio per la salute del paziente o grave compromissione o disfunzione per il paziente; o
- Probabile insorgenza di una patologia o di una lesione che richiede servizi di emergenza, secondo la definizione offerta nel presente documento.

## **DICHIARAZIONI SULLA POLITICA E SULLE PROCEDURE**

PSH provvederà al pagamento delle spese mediche per tutti i pazienti, senza distinzioni in termini di razza, lingua madre, sesso, età, religione, grado di istruzione, attività lavorativa, status di studente, predisposizione, relazione, copertura assicurativa, posizione sociale o per qualsiasi altro fattore di discriminazione.

A ciascun paziente/garante verranno concessi un periodo di tempo ragionevole e una serie di informazioni utili per valutare le proprie responsabilità finanziarie. PSH si impegna a informare i pazienti/garanti delle loro responsabilità finanziarie prima dell'erogazione dei servizi nelle situazioni non di emergenza. PSH può posticipare o annullare le cure non di emergenza (definite dal personale medico di PSH) per i pazienti non in grado o non disponibili a sottoporsi a una verifica della situazione finanziaria prima di un servizio facoltativo. I pazienti avranno l'opportunità di richiedere sostegno finanziario in conformità con le **Politiche di sostegno finanziario - PFS-051/PFS-053**.

L'approvazione a seguito della verifica della situazione finanziaria viene concessa ai pazienti che collaborano e superano tutte le fasi necessarie per assicurare la continuità del sostegno finanziario senza eccezioni, mettendo a disposizione nello specifico:

- Attestazione della copertura assicurativa.
- Dati anagrafici corretti.
- Attestati di pagamento di tutte le spese vive (quote a carico, coassicurazioni, saldi deducibili e spese non soggette a copertura).
- Collaborazione con i consulenti finanziari di PSH al fine di ricevere indennità o sostegno finanziario da terzi
- Pagamento di importi in sospeso per servizi di assistenza sanitaria ricevuti da PSH.

Se PSH non dovesse ricevere le informazioni necessarie per l'approvazione, il conto del soggetto interessato potrebbe essere trasmesso a un'agenzia esterna che provvederà alla riscossione degli importi mancanti.

## **Polizze assicurative:**

La copertura assicurativa sanitaria del paziente è un contratto stipulato tra paziente, assicuratore e/o dipendente del paziente. Penn State Health non rientra in questo contratto. PSH si impegna a rispettare la No Surprises Act nelle situazioni in cui si applica.

I pazienti hanno i seguenti obblighi:

- Essere a conoscenza dell'eventuale necessità di un'impegnativa per le visite ambulatoriali.
- Verificare presso l'assicuratore se gli esami prescritti sono previsti dalla politica di copertura sanitaria.
- Contattare l'assicuratore per definire il programma delle indennità e stabilire se sono previsti una quota a carico del paziente o un saldo deducibile.
- Ricevere e/o firmare l'avviso di divieto di emissione di fatture impreviste e il modulo di consenso.
- Presentarsi agli appuntamenti con la documentazione necessaria.
- Contattare il nostro ufficio commerciale per contestare eventuali decisioni sfavorevoli.

In seguito alla somministrazione delle cure, si cercherà di evadere tempestivamente la richiesta di un paziente tramite la relativa assicurazione o un terzo pagante (in base alle informazioni fornite o verificate dal paziente/garante o verificate adeguatamente da altre fonti).

- Se una richiesta altrimenti valida viene respinta (o non viene evasa) dal soggetto pagante a causa di un errore di PSH, PSH non addebiterà al paziente alcun importo oltre a quello che il paziente avrebbe dovuto versare qualora la richiesta fosse stata approvata.
- Se una richiesta altrimenti valida viene respinta (o non viene evasa) da un soggetto pagante per motivi non dipendenti da PSH, il personale contatterà il soggetto pagante o il paziente nelle modalità previste per provvedere all'evasione della richiesta.
- Se la richiesta non viene evasa dopo una serie di procedure di follow-up, PSH può addebitare le spese al paziente e intraprendere altre azioni in linea con le disposizioni dei contratti stipulati con il soggetto pagante.
- Se il medico di un paziente (i) è in disaccordo con il rifiuto da parte del soggetto pagante di coprire i servizi per mancanza di necessità medica; (ii) documenta le ragioni per cui i servizi sono necessari dal punto di vista medico nella cartella clinica del paziente e (iii) ha esaurito i tentativi amministrativi di pre-autorizzazione (se applicabile) con il soggetto pagante, PSH può offrire al paziente uno sconto per il pagamento autonomo pari allo sconto AGB per i servizi o le procedure non coperti.

## **Spese a carico del paziente:**

Qualsiasi importo residuo dopo l'evasione di una richiesta assicurativa verrà addebitato al paziente (o al garante) in base alla motivazione addotta per le indennità.

In assenza di un terzo pagante (che sia un privato o un ente assicurativo), l'addebito sarà direttamente a carico dei pazienti. I pazienti pagheranno autonomamente per i servizi ricevuti. PSH non addebiterà ai pazienti non assicurati in possesso o meno dei requisiti per la richiesta di sostegno finanziario altre spese oltre gli importi generalmente addebitati (Amounts generally billed, AGB) per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

Questi pazienti riceveranno le informazioni necessarie in merito alla politica di sostegno finanziario adottata da PSH. Vedere **Politiche di sostegno finanziario - PFS-051/PFS-053**.

- PSH presume che tutti i garanti/pazienti adotteranno ogni misura ragionevole e in buona fede per provvedere al rimborso per i servizi offerti da PSH.
- Inoltre, il garante/paziente deve fornire a PSH informazioni anagrafiche complete e corrette. Il mancato rispetto di questo obbligo può comportare la necessità di ricorrere ad azioni straordinarie di riscossione coatta.

Di seguito sono riportate le linee guida relative agli obblighi previsti per il paziente.

### **Responsabilità finanziaria del paziente per i servizi di assistenza sanitaria programmati:**

- Se durante la fase di programmazione o registrazione risulta che il paziente non dispone di copertura assicurativa sanitaria o ha una copertura limitata, i conti verranno trasferiti a un consulente finanziario.
  - I consulenti finanziari preparano preventivi per tutti i pazienti che lo richiedono.
  - Se un paziente dichiara di non essere in grado di pagare l'importo indicato nel preventivo delle spese sotto la responsabilità del paziente, i consulenti finanziari possono effettuare uno screening preliminare del paziente/garante per stabilire se è idoneo a partecipare a programmi governativi o a ricevere sostegno finanziario.
  - Ai soggetti ritenuti in possesso dei requisiti di idoneità per partecipare a programmi governativi o per ricevere sostegno finanziario verrà offerta la possibilità di presentare le relative richieste.
    - Il soggetto ha l'obbligo di fornire a PSH le informazioni finanziarie necessarie da indicare nella richiesta.
    - Tutti i pazienti che richiedono il sostegno finanziario a PSH dovranno fornire tutte le informazioni necessarie per certificare la propria insolvibilità.
  - I servizi non necessari dal punto di vista medico possono essere posticipati o annullati per i pazienti che non collaborano o non sono in grado di fornire a PSH le informazioni necessarie per certificare la propria solvibilità o necessità di sostegno finanziario.
    - La necessità medica verrà stabilita a discrezione dell'operatore e del personale medico di PSH. Fare riferimento alla definizione di "Necessario dal punto di vista medico" nella sezione Definizioni del presente documento.
      - I consulenti finanziari contatteranno gli operatori per invitarli a fornire ulteriori informazioni relative al quadro clinico del paziente e alla necessità di un intervento immediato. Verranno posticipati o annullati soltanto i servizi considerati non necessari dal punto di vista medico secondo quanto stabilito dal personale medico di PSH; vedere la [Procedura di rischio finanziario](#).
    - PSH continuerà a offrire i servizi necessari dal punto di vista medico, mentre i consulenti finanziari collaboreranno proattivamente con il paziente per l'adempimento degli obblighi finanziari.
  - Se un soggetto non è in possesso dei requisiti di idoneità per partecipare a programmi governativi o per ricevere sostegno finanziario, è disponibile l'opzione del piano di pagamento mensile.
  - La mancata comunicazione delle informazioni necessarie o la mancata definizione di un piano di pagamento mensile potrebbe comportare la trasmissione del conto

del soggetto a un'agenzia di riscossione esterna per un'ulteriore tentativo di riscossione dei saldi.

- Pazienti con indirizzi all'estero - La politica di Penn State Health prevede la riscossione degli importi in sospeso al momento della prestazione del servizio per tutti i pazienti dotati di assicurazioni estere ricoverati in strutture non di lunga degenza; gli operatori con pazienti in strutture di lunga degenza devono raccogliere tutte le informazioni rilevanti per poter addebitare al paziente i servizi offerti.

Dopo la prestazione dei servizi, gli importi per il garante e quelli per i pazienti che pagano autonomamente verranno addebitati al garante. Di seguito vengono riportate le linee guida relative alla procedura di resoconto delle spese.

### **Resoconti delle spese**

- Un resoconto dei servizi dell'ospedale e/o del medico viene inviato al paziente/garante durante almeno quattro cicli incrementali di addebito di trenta giorni.
- Tutti i pazienti/garanti possono richiedere un resoconto dettagliato in qualsiasi momento.
- Se un paziente contesta l'importo da pagare e richiede la documentazione relativa alle spese, il personale risponderà tempestivamente al paziente/garante e sospenderà il pagamento per almeno 30 giorni prima di procedere alla riscossione.
- I rappresentanti dell'Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi o i fornitori esterni possono provare a contattare il paziente/garante (per telefono, a mezzo posta, inviando un sollecito di pagamento o via e-mail) durante il ciclo di addebito delle spese per procedere con la riscossione o attivare il sostegno finanziario. I tentativi di riscossione sono documentati nel conto del paziente nel sistema di fatturazione. Verrà intrapreso ogni tentativo ragionevole per contattare il garante/paziente in merito agli importi in sospeso.
- L'ultimo messaggio del resoconto delle spese indica che il conto può essere trasferito a un'agenzia di riscossione esterna qualora il pagamento non venga effettuato entro 30 giorni dalla data della lettera.
- I conti dei pazienti e dei garanti attivamente impegnati nei servizi finanziari per i pazienti di PSH o i fornitori, in base a quanto stabilito da PSH, in relazione al sostegno finanziario non potranno essere trasferiti ad agenzie di riscossione.
- I pazienti/garanti continueranno a ricevere resoconti delle spese pur essendo attivamente impegnati nei servizi finanziari per i pazienti di PSH o i fornitori e anche se hanno inoltrato una richiesta di sostegno finanziario.
- PSH rispetta i requisiti di fatturazione e riscossione stabiliti dalla normativa 501(r).
- PSH rispetta i requisiti della No Surprises Act.

Il paziente/garante ha l'obbligo di agire in buona fede e intraprendere tutte le azioni necessarie per provvedere al pagamento dei servizi offerti da PSH. I pazienti che non desiderano richiedere l'assistenza pubblica, non sono in possesso dei requisiti necessari per ricevere il sostegno finanziario o superano i limiti di reddito e necessitano di assistenza per il pagamento dei servizi possono richiedere un piano di pagamento. Di seguito sono riportate le linee guida per la definizione di un piano di pagamento.

## Piani di pagamento

- PSH offre la possibilità di definire un piano di pagamento se un paziente/garante non è in grado di sostenere interamente le proprie spese e non è idoneo a ricevere il sostegno finanziario.
- Il piano di pagamento viene definito in base all'importo in sospeso da saldare e deve essere completato entro un periodo di tempo ragionevole stabilito dalla dirigenza di PSH (6-24 mesi); vedere Linee guida per il piano di pagamento.
- I soggetti che non hanno definito formalmente un piano di pagamento con PSH possono essere soggetti a un'ulteriore riscossione da parte di un'agenzia di riscossione esterna.
- I soggetti devono effettuare puntualmente i pagamenti mensili.
- Un conto risulta in mora quando il paziente/garante non effettua il pagamento mensile concordato entro 30 giorni dalla data del resoconto. I conti in mora possono essere soggetti a un'ulteriore riscossione da parte di un'agenzia di riscossione esterna.

Se un paziente/garante prevede di non essere in grado di provvedere al pagamento o il reddito del nucleo familiare è cambiato, il soggetto può richiedere il sostegno finanziario; vedere le **Politiche di sostegno finanziario - PFS-051/PFS-053**.

- PSH può provvedere all'ulteriore riscossione degli importi in mancanza di azioni ragionevoli da parte del paziente o del garante per il pagamento dell'importo in sospeso. Potrebbero non essere state fornite, tra l'altro, le informazioni necessarie per completare la procedura di sostegno finanziario o il piano di pagamento di cui sopra. Di seguito sono riportate le linee guida per le azioni di riscossione straordinarie.

## Azioni di riscossione straordinarie

- **Agenzie di riscossione esterne** – La responsabilità dell'Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi di PSH non è quella di trasferire i conti per la riscossione esterna né di procedere con un'azione di riscossione straordinaria se non dopo aver intrapreso le azioni necessarie per stabilire se il paziente è idoneo a ricevere il sostegno finanziario.
  - Regola dei 120 e dei 240 giorni – Una struttura ospedaliera è tenuta a fornire ai pazienti informazioni sulla FAP entro 120 giorni e ad evadere una richiesta presentata dagli stessi entro 240 giorni. PSH invierà una serie di comunicazioni durante un periodo minimo di 120 giorni dalla data del primo resoconto delle spese. La struttura ospedaliera non potrà avviare azioni di riscossione straordinarie (extraordinary collection actions, ECA) nei confronti di un paziente di cui non sia stata determinata l'idoneità alla FAP entro 120 giorni dal primo resoconto delle spese successivo alla dimissione.
  - I conti verranno rettificati dopo il trasferimento all'agenzia di riscossione.
  - PSH sospenderà qualsiasi ECA nei confronti di un paziente nel momento in cui quest'ultimo presenterà una richiesta di sostegno finanziario, indipendentemente dal fatto che la richiesta sia completa o meno.
  - I conti senza un accordo di pagamento stabilito con il paziente/debitore saranno rinviati a PSH dall'agenzia dopo non più di 730 giorni (due anni) dal conferimento a tale agenzia.
  - PSH rispetta i requisiti di fatturazione e riscossione stabiliti dalla normativa 501(r).
- **Valutazione dei crediti** – Le agenzie di riscossione esterne possono segnalare i conti ad agenzie di valutazione dei crediti esterne. Nell'ambito di tutte le attività di riscossione, PSH e le agenzie di riscossione esterne dovranno osservare la legge sulle pratiche di



riscossione equa dei debiti (Fair Debt Collection Practices Act) e la legge per la tutela degli utenti telefonici della Commissione federale del commercio (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act), oltre alle norme 501(r).

- **Indirizzo del garante non corretto (Bad Guarantor Address, BGA)** – PSH intraprenderà tutte le azioni necessarie per fornire una risposta per tutti i resoconti dei pazienti rinviati al mittente dall'ufficio postale degli Stati Uniti (United States Post Office, USPS) in quanto non recapitabili. I conti che presentano le informazioni anagrafiche più aggiornate indicate con la dicitura BGA possono essere trasferiti a un'agenzia esterna come crediti inesigibili per un ulteriore follow-up per almeno 120 giorni prima del conferimento; tuttavia, questi conti non saranno soggetti a un'azione di riscossione straordinaria se non vengono prima soddisfatti i requisiti di notifica. La presente politica prevede la conformità alle norme 501(r).
- **Rinvio in sede legale** – In alcuni casi, in base alla soglia per gli importi in sospeso e alla solvibilità e/o alla tendenza all'insolvibilità da parte del garante o del terzo pagatore, PSH può adire le vie legali per provvedere alla riscossione degli importi.
  - I conti per cui viene intrapresa un'azione legale devono essere distinti dai conti con crediti inesigibili trasferiti a un'agenzia di riscossione.
  - PSH invierà per iscritto una notifica a tutti i pazienti per i quali si consiglia di procedere all'azione legale.
  - Tutti i conti per i quali si consiglia di procedere all'azione legale dovranno essere valutati entro 30 giorni. Nel corso del periodo di valutazione, verrà confermata la loro natura di crediti verso i pazienti. Dopo l'autorizzazione all'azione legale, i crediti vengono classificati come crediti inesigibili.
  - Una volta ricevuto un avviso o una notifica da parte dell'autorità giudiziaria, sarà necessario modificare e documentare opportunamente i conti come indicato nella comunicazione, che verrà poi archiviata.
  - PSH sospenderà qualsiasi ECA nei confronti di un paziente nel momento in cui quest'ultimo presenterà una richiesta di sostegno finanziario, indipendentemente dal fatto che la richiesta sia completa o meno.
  - PSH rispetta i requisiti di fatturazione e riscossione stabiliti dalla normativa 501(r).
- **Risoluzione del rapporto medico-paziente** – PSH può risolvere il rapporto medico-paziente se il paziente non è in regola con il pagamento delle cure. **Ai pazienti non saranno rifiutate le cure necessarie dal punto di vista medico o le cure urgenti.** Il direttore sanitario, l'amministratore e il medico devono essere tutti concordi in merito all'interruzione delle cure del paziente e alla risoluzione del rapporto.
  - La morosità nel pagamento delle cure interviene, tra gli altri, nei seguenti casi:
    - Mancato pagamento o pagamento sostanzialmente insufficiente, nonostante la solvibilità accertata. In questi casi è opportuno assistere i pazienti affinché possano ricevere il sostegno finanziario o definire un piano di pagamento ragionevole; vedere le **Politiche di sostegno finanziario - PFS-051/PFS-053**.
    - Rifiuto di collaborare con il personale dell'Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi ai fini della registrazione nell'ambito di un programma per il terzo pagatore a scopo assistenziale.
- **Crediti inesigibili rimborsabili nell'ambito della relazione sulle spese Medicare** – È previsto il rispetto delle linee guida e delle norme stabilite in base ai requisiti normativi CMS relativi ai crediti inesigibili Medicare.

## POLITICHE PERTINENTI E RIFERIMENTI

PSH assicura la conformità della presente politica alle linee guida e alle norme previste nella No Surprises Act e nel Registro federale ai sensi della Sezione 501(r), oltre che ai requisiti normativi CMS relativi ai crediti inesigibili Medicare.

Politiche di sostegno finanziario - PFS-051/PFS-053

Politica di dimissione del paziente (135-MGM)

**Procedura di rischio finanziario**

**Linee guida per il piano di pagamento**

### **APPROVAZIONI**

Autorizzazione:	Paula Tinch, Vice Presidente e Direttore Finanziario
Approvazione:	Nicholas Haas, Vice Presidente dell'Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi

### **DATA DEL DOCUMENTO ORIGINALE E DELLE REVISIONI**

Data del documento originale: 1/1/2008

Date di revisione: 5/1/2008, 1/1/2009, 1/7/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

Date delle correzioni: 5/1/2008, 10/6/2011 e 1/7/2016 (sostituzione della Procedura di riscossione degli oneri del paziente, 10/6); 15/4/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

2017, modificata in Politica di Penn State Health – Le seguenti politiche di St. Joseph sono state integrate nella politica di Penn State Health:

- ADM-CRP-64 – Credito e riscossione per i pazienti
  - 1-10 – Riscossione
  - Gestione n. 16 - Riscossione
- 1-3 – Crediti inesigibili nelle riscossioni per i pazienti
- 1-4 Liquidazione crediti inesigibili/pagamento autonomo
- 2-8 Rinvio di conti in sede legale
- 3-2 Notifiche dell'autorità giudiziaria
- Operatore St. Joseph – Politica per crediti inesigibili
- Operatore St. Joseph – Gestione di pazienti con indirizzi all'estero
- Operatore St. Joseph – Accordo finanziario per interventi chirurgici e procedure
- Central Penn Management Group (CPMG) – Riscossioni con pagamento autonomo

### **AUTORI E REVISORI DEI CONTENUTI**

Direttori responsabili dell'Ufficio operativo per la gestione del ciclo dei ricavi a livello ospedaliero e professionale; Responsabile per la consulenza finanziaria ai pazienti