



Sistema di sostegno finanziario	PFS-053
Holy Spirit Health System - Servizi Finanziari per i Pazienti	In vigore da: Ottobre 2020

AMBITO DI APPLICAZIONE *Il documento è applicabile al personale e alle procedure relative ai seguenti settori del Penn State Health:*

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Servizi Condivisi del Penn State Health (Shared Services) | <input type="checkbox"/> Penn State College of Medicine |
| <input type="checkbox"/> Milton S. Hershey Medical Center | <input type="checkbox"/> Gruppo Medico - Dipartimento Norme Accademiche |
| <input type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center | <input type="checkbox"/> Gruppo Medico - Dipartimento Assistenza Sociale |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solo Holy Spirit Medical Center | |

DICHIARAZIONI SULLA POLITICA E/O SULLE PROCEDURE

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 necessarie dal punto di vista medico o trattamenti di emergenza da un operatore sanitario o una struttura sanitaria convenzionata secondo la mission di Penn State Health Holy Spirit Health System. (PSH HSHS)

Nell'Appendice A è riportato un elenco degli operatori sanitari/servizi convenzionati e non con il presente sistema di sostegno finanziario.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutto il personale che ha contatti con pazienti in stato di difficoltà dal punto di vista finanziario.

DEFINIZIONI

Definizione di “importo generalmente addebitato” (Amount Generally Billed, AGB): L'AGB, o limite degli oneri lordi, viene calcolato da PSH in base a una metodologia retroattiva di riferimento conforme alla norma definitiva 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 pazienti 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 dei pazienti che ne faranno richiesta una copia cartacea gratuita del calcolo corrente dell'AGB. Questo non andrà confuso con lo sconto previsto dal programma di assistenza sanitaria gratuita (sostegno finanziario) applicato in misura del 100% nel caso in cui al richiedente venga approvato il FAP (sistema di sostegno finanziario).

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 pensioni. 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 compensate (Hospital Uncompensated Care) e nei programmi di assistenza a titolo gratuito, i Beni quantificabili non comprendono i beni non liquidi, come immobili, veicoli, arredi e conti IRA e 401K.

Trattamento di emergenza: Cure offerte a un paziente che presenta un quadro clinico di emergenza definito come segue:

- Quadro clinico che presenta sintomi acuti di gravità tale (ad esempio, dolore intenso, disturbi psichiatrici e/o sintomi da abuso di sostanze, ecc.) 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 e 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.

Le **fasce di reddito federali considerate sotto la soglia di povertà** 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>

Per **Sostegno finanziario** si intende l'idoneità a ricevere cure a titolo gratuito o a costi ridotti. I pazienti assicurati e 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 al presente sistema.

Per **Necessari dal punto di vista medico** si intendono i servizi di assistenza sanitaria che un medico, a seguito di una valutazione clinica accurata, decide 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:

- Conformi ai protocolli medici generalmente accettati.
 - In questo ambito, per "protocolli sanitari standard" si intendono quei protocolli 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 appropriati, in termini di tipologia, frequenza, portata, posizione e durata, e considerati efficaci per la patologia, la lesione o la malattia del paziente.
- Non proposti per la convenienza del paziente, 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 per la diagnosi o il trattamento della patologia, lesione o malattia del paziente.
- I servizi, le prestazioni o le procedure considerati sperimentali saranno valutati caso per caso.
- Cure mediche necessarie per una condizione di emergenza.
- PSHSJ si attiene alle *Directive etiche e religiose in materia di servizi di assistenza sanitaria forniti da istituzioni cattoliche*.

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 digitali vengono fornite informazioni adeguate che permettano a PSH di stabilire che il paziente possiede i requisiti per il sostegno finanziario. Tra le fonti digitali si annoverano i portali Web protetti per la verifica dei requisiti e l'ammissibilità all'assistenza medica come, a titolo di esempio, Compass e NaviNet. Tra i fattori a sostegno dell'assistenza gratuita presumibile si annoverano, a titolo esemplificativo: 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 farmaci finanziati dallo stato.

Per **Paziente non assicurato** si intende un soggetto che non ha copertura sanitaria da parte di una compagnia assicurativa terza, né da un programma ERISA o da 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, e che non ha conti di risparmio sanitario (Medical Savings Accounts) o altre forme di copertura parziale o totale delle spese mediche. I pazienti che hanno esaurito la propria copertura assicurativa sanitaria, o che hanno servizi non coperti come indicato nella polizza assicurativa del paziente, non saranno considerati “non assicurati”.

DICHIARAZIONI RELATIVE AL SISTEMA E/O ALLE PROCEDURE

AVVISO:

- L'informativa del presente Sistema 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.
- I resoconti delle spese dei pazienti conterranno le informazioni riguardanti la disponibilità di sostegno finanziario.
- 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 di PSH.
- L'informativa e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in tutte le sedi delle cliniche per pazienti ambulatoriali.
- 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.
- L'informativa e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in occasione di ogni evento di sensibilizzazione per le comunità a cui parteciperà PSH.
- 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 straordinarie di riscossione coatta (extraordinary collection actions, ECA) nei confronti di un paziente di cui non sia stata determinata l'idoneità alla FAP prima che siano trascorsi 120 giorni dal primo resoconto di spesa successivo alla dimissione.
- Penn State Health rispetta i requisiti di fatturazione e riscossione stabiliti dalla normativa 501R.

CRITERI DI IDONEITÀ:

- 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. 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 per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

Composizione del nucleo familiare	Reddito lordo	Sconto previsto dal sostegno finanziario
1	\$38.280,00	100%
2	\$51.720,00	100%
3	\$65.160,00	100%
4	\$78.600,00	100%
5	\$92.040,00	100%
6	\$105.480,00	100%
7	\$118.920,00	100%
8	\$132.360,00	100%

* Per le famiglie con un numero di componenti superiore a 8 (otto), aggiungere \$13.440,00 per ogni altra persona.

- 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)
- Il paziente deve essere cittadino statunitense o dimostrare di possedere la residenza legale a titolo permanente o la residenza in Pennsylvania (sono esclusi i cittadini non statunitensi che vivono al di fuori degli Stati Uniti).
- Prima di poter ricevere il sostegno finanziario, il paziente dovrà aver fatto richiesta di assistenza medica tramite il sistema federale o statale Insurance Marketplace (a meno che non dimostri di essere esonerato) o qualsiasi altra forma applicabile di pagamento tramite terzi.
 - Può essere offerto sostegno finanziario parziale ai figli economicamente autosufficienti che sono esenti dalla richiesta di assistenza medica.
- 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.
 - 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.
 - 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**.
 - Nell'ambito dei programmi offerti da cliniche che prevedono prestazioni 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 stessa.
 - I servizi facoltativi come, a titolo esemplificativo, interventi di chirurgia estetica, interventi di fecondazione assistita o contro l'infertilità, occhiali, ausili acustici, protesi peniene o alcuni interventi di by-pass gastrico e le eventuali limitazioni conformi alle *Directive etiche e religiose in materia di servizi di assistenza sanitaria forniti da istituzioni cattoliche* non sono coperti dalla presente FAP.
 - I piani assicurativi basati sul reddito con quota a carico del paziente o saldo detraibile potranno essere considerati idonei per il sostegno finanziario.
 - 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:

- I moduli di richiesta di sostegno finanziario sono disponibili online sul sito Web PSH e in tutte le sedi dell'organizzazione, ma è anche possibile riceverli a mezzo posta.
- 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.
 - Ultima dichiarazione federale dei redditi
 - Ultimi quattro (4) cedolini di stipendio
 - Ultimi quattro (4) estratti conto bancari
 - Determinazione del reddito da previdenza sociale
 - Reddito da disoccupazione
 - Reddito da pensione
 - 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)
 - Determinazione dell'assistenza medica o della copertura con il sistema Health Insurance Marketplace
 - Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (Green Card)
 - Se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie.
 - Qualsiasi altra informazione ritenuta necessaria da PSH per esaminare in maniera adeguata la richiesta di sostegno finanziario al fine di determinarne l'idoneità.
- Se le informazioni fornite all'interno della richiesta non sono sufficienti a formulare una risoluzione appropriata, verrà contattato il garante affinché fornisca ulteriori informazioni.

METODO E PROCEDURA DI VALUTAZIONE

- PSH sospenderà qualsiasi procedimento ECA intrapreso 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 livelli di approvazione per il sostegno finanziario sono i seguenti:

Livelli del Personale Responsabile:	Consulenti finanziari	Supervisore capo	Team Manager/ Manager	Direttore capo del Ciclo Ricavi	Vicepresidente dell'ufficio Ciclo Ricavi o Direttore finanziario (CFO)
Importo:	<\$500	<\$5.000	<\$25.000	<\$50.000	>\$50.000

- Una volta esaminata la richiesta, per comunicare la decisione contatteremo il paziente o il garante sia telefonicamente che a mezzo posta.
- 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 caso sarà affidata al personale responsabile per il completamento della pratica.
- Se un paziente ha i requisiti per il sostegno finanziario ed è ritenuto idoneo per i sussidi Cobra, PSH, in quanto organismo giuridico, potrà scegliere di versare il premio assicurativo mensile.

- In seguito all'approvazione del sostegno finanziario, il debito segnalato a una qualsiasi agenzia di recupero crediti verrà ripianato entro 30 giorni.
- 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.
- 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.
- 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.
 - Il mancato pagamento e/o la mancata richiesta di consulenza finanziaria e/o la mancata compilazione integrale della richiesta possono comportare le conseguenze illustrate nel **Sistema di credito e riscossione per i pazienti, RC-002.**
 - 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.
 - 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.
 - La dirigenza potrà esercitare una certa discrezionalità per circostanze attenuanti quali quelle sotto indicate a livello puramente esemplificativo:
 - 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.
 - 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.
 - 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).
 - Il paziente è disponibile a liquidare altri beni per coprire parte dell'importo.
 - Il paziente non compila una domanda di sostegno finanziario ma i dati finanziari/le informazioni sul reddito ottenuti sono sufficienti per adottare 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 da parte di 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.

RELATIVE INFORMATIVE E REFERENZE

L'appendice a questo programma comprende:

- Appendice A - Operatori sanitari/servizi coperti dal programma di sostegno finanziario - Holy Spirit Health System.
- Riepilogo scritto in forma semplificata e richiesta di sostegno finanziario

Nota: In termini generali, l'intero Penn State Health Holy Spirit Health System si impegna ad onorare il presente Programma di Sostegno Finanziario ad eccezione di quanto riportato nell'Appendice

APPROVAZIONI

Autorizzato:	Paula Tinch, Vice Presidente e Direttore Finanziario
Approvato:	Dan Angel, Vice Presidente del Ciclo Ricavi

DATA DI ORIGINE E REVISIONI

Data di origine: 10/1/2020

Date di revisione:

REVISORI E COLLABORATORI

Direttori capo del ciclo ricavi; Responsabile per la consulenza finanziaria ai pazienti

Appendice A

PSH Holy Spirit Health System