

Oggetto: Politica sull'assistenza finanziaria SJH (assistenza sanitaria prestata a titolo benefico)	Numero politica: PSJH RCM 002 NoCal	
Reparto: Revenue Cycle Management (Gestione del ciclo dei ricavi)	<input checked="" type="checkbox"/> Nuovo <input type="checkbox"/> Rivisto <input type="checkbox"/> Revisionato	Data: 22 marzo 2019
Sponsor esecutivo: Kimberly Sullivan, Vicepresidente senior Funzionario capo ciclo introiti	Responsabile politica: Marie Sorci, Dir. Area Servizi ciclo introiti	
Approvato da: Consiglio di Amministrazione PSJH	Data implementazione: 1 maggio 2019	

St. Joseph Health ("SJH") è un'organizzazione sanitaria cattolica senza fini di lucro guidata dall'impegno a servire tutti, specialmente i poveri e i più vulnerabili, dai suoi valori fondamentali di compassione, dignità, giustizia, eccellenza e integrità, e dalla convinzione che l'assistenza medica sia un diritto umano. La filosofia e la consuetudine di ogni ospedale SJH è che i servizi sanitari di emergenza e altrimenti clinicamente necessari siano subito disponibili a favore di coloro che si trovano nelle comunità che serviamo, a prescindere dalla loro capacità di pagare.

AMBITO DI APPLICAZIONE:

La presente politica vale per tutti gli ospitali SJH nelle contee di Humboldt, Sonoma e Napa, e a tutti i servizi di emergenza, urgenti e altri servizi clinicamente necessari forniti dagli ospedali SJH in tali contee (ad eccezione delle cure sperimentali o investigative). Un elenco degli ospedali SJH interessati da questa politica è disponibile nell'Allegato A, Elenco delle strutture coperte.

La presente politica deve essere interpretata in modo coerente con la Sezione 501(r) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti del 1986, e successivi emendamenti, e, per quanto riguarda gli ospedali SJH in California, le Politiche sui prezzi ospedalieri equi descritte nel Codice della sanità e della sicurezza della California (California Health and Safety Code - Sezioni 127400-127446). In caso di eventuali conflitti tra tali leggi e la presente politica, preverranno tali leggi.

SCOPO:

Lo scopo di questa politica è di garantire un metodo equo, non discriminatorio, efficace e uniforme per la fornitura di assistenza finanziaria (assistenza medica prestata a titolo benefico) a persone idonee che non sono in grado di pagare in tutto o in parte i servizi ospedalieri di emergenza e altri servizi ospedalieri clinicamente necessari erogati dagli ospedali SJH.

L'intento di questa politica è di rispettare tutte le leggi federali, statali e locali. La presente politica e i programmi di assistenza finanziaria qui contenuti costituiscono la politica ufficiale di assistenza finanziaria (FAP, Financial Assistance Policy) e la Politica di assistenza medica di emergenza per ciascun ospedale di proprietà, in leasing o gestito da SJH.

POLITICA:

SJH fornirà servizi ospedalieri gratuiti o scontati a pazienti idonei con basso reddito, non assicurati e sottoassicurati e a pazienti con spese mediche elevate, come quelli con reddito pari o inferiore al 350% della soglia federale della povertà, quando la capacità di pagare i servizi costituisce una barriera all'accesso all'assistenza ospedaliera di emergenza e ad altra assistenza clinicamente necessaria senza che sia stata identificata alcuna fonte alternativa di copertura. I pazienti devono soddisfare i requisiti di idoneità descritti in questa politica.

Gli ospedali SJH con servizi di pronto soccorso dedicati forniranno, senza discriminazione, assistenza per le condizioni mediche di emergenza (ai sensi della legge sull'assistenza medica di emergenza e sul lavoro "Emergency Medical Treatment and Labor Act") in linea con le capacità disponibili, a prescindere dal fatto che una persona abbia o meno diritto all'assistenza finanziaria. SJH non discriminerà in base a età, razza, colore, credo, etnia, religione, origine nazionale, stato civile, sesso, orientamento sessuale, identità di genere o espressione, disabilità, condizione di appartenenza alle forze armate o di ex-militare, o qualsiasi altra categoria proibita dalle leggi federali, statali o locali nel prendere una decisione relativa all'assistenza finanziaria.

Gli ospedali SJH forniranno esami di screening medico d'emergenza e trattamenti stabilizzanti, o manderanno e trasferiranno una persona se tale trasferimento è appropriato in conformità a 42 C.F.R.R 482.55. SJH vieta qualsiasi azione, prassi di accettazione o politica che possa scoraggiare le persone in cerca di assistenza medica di emergenza come, ad esempio, permettere attività di recupero crediti che interferiscono con l'erogazione dell'assistenza medica di emergenza.

Elenco dei professionisti soggetti alla Politica di assistenza finanziaria di SJH: Ogni ospedale SJH identificherà specificamente un elenco di medici, gruppi di medici o altri professionisti che forniscono servizi coperti o meno in questa politica. I medici del pronto soccorso che forniscono servizi clinici di emergenza ai pazienti negli ospedali della California, sono tenuti, in base alle leggi della Californiana, a fornire sconti ai pazienti non assicurati o ai pazienti con costi medici elevati (come definiti dalle politiche di politiche di prezzo equo dell'ospedale delineate nel Codice della sanità e della sicurezza della California, Sezioni 127400-127446) che sono pari o inferiori al 350% della soglia federale della povertà. Ogni ospedale SJH è tenuto a fornire questo elenco a qualsiasi paziente che ne richieda una copia. L'elenco dei fornitori si trova anche online sul sito web di St. Joseph Health: www.stjhs.org.

Criteri di idoneità all'assistenza finanziaria L'assistenza finanziaria è a disposizione dei pazienti e dei garanti, sia assicurati che privi di assicurazione, dove tale assistenza è conforme alla presente politica e alle leggi federali e statali che disciplinano i benefici che possono essere concessi ai pazienti. Gli ospedali SJH compiranno ogni sforzo ragionevole per determinare l'esistenza o meno di altre coperture eventualmente disponibili, in tutto o in parte, per l'assistenza medica fornita dagli ospedali SJH, prima di effettuare qualsiasi sforzo di riscossione nei confronti del paziente.

I pazienti che richiedono assistenza finanziaria sono tenuti a completare la domanda standard di assistenza finanziaria SJH; l'idoneità si baserà sulle esigenze finanziarie in tale momento. Saranno compiuti sforzi ragionevoli per comunicare ai pazienti la disponibilità dell'assistenza finanziaria e informarli al riguardo all'atto del ricovero e della dimissione dall'ospedale, sull'estratto conto del paziente, presso gli sportelli di fatturazione accessibili ai pazienti, sul sito web dell'ospedale SJH, mediante avviso a voce nel corso di discussioni relative ai pagamenti, nonché tramite segnaletica esposta nelle aree riservate ai pazienti degenti ed ambulatoriali, come l'accettazione e il pronto soccorso. SJH conserverà le informazioni utilizzate per determinare l'idoneità in conformità alle sue politiche di tenuta dei registri.

Presentazione di domanda per l'assistenza finanziaria: I pazienti o i garanti possono richiedere e presentare una domanda di assistenza finanziaria, disponibile gratuitamente presso il ministero SJH o nel seguente modo: comunicare al personale dei servizi finanziari del paziente, all'atto o antecedentemente alla dimissione dall'ospedale, che l'assistenza è stata richiesta e presentata con la documentazione completata; per posta, o visitando il sito web di www.stjhs.org, scaricando e inviando la domanda compilata con la documentazione. Le persone che presentano domanda di assistenza finanziaria saranno sottoposte a uno screening preliminare che comprenderà un esame per verificare se il paziente ha esaurito o non ha diritto ad altre fonti di pagamento.

Ogni ospedale SJH mette a disposizione dei pazienti personale designato ad assisterli nella compilazione della domanda di assistenza finanziaria e nella determinazione dell'idoneità per l'assistenza finanziaria SJH o assistenza finanziaria da programmi assicurativi finanziati dal governo, se disponibili. In caso di domande o dubbi e per aiutare nella compilazione della domanda di assistenza finanziaria sono disponibili servizi di interpretariato.

Un paziente o un garante che può aver diritto a richiedere l'assistenza finanziaria può fornire a SJH documentazione sufficiente a supporto della determinazione dell'idoneità in qualsiasi momento quando viene a sapere che il reddito di una persona è al di sotto del minimo stabilito dalla soglia federale della povertà ai sensi delle pertinenti normative federali o statali.

Situazione finanziaria individuale: Reddito, attività monetarie e spese del paziente saranno impiegati per valutare la situazione finanziaria individuale del paziente. Le attività monetarie non potranno includere piani pensionistici o di compenso differito qualificati ai sensi dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti né i piani di compenso differiti non qualificati. Né i primi 10.000 dollari delle attività monetarie del paziente né il primo 50% delle attività monetarie di un paziente oltre i primi 10.000 dollari saranno conteggiati per determinare l'idoneità.

Qualifiche del reddito: I criteri di reddito, sulla base della soglia federale della povertà (FPL, Federal Poverty Level), possono essere utilizzati per determinare l'idoneità all'assistenza gratuita o scontata. Vedere l'Allegato B per ulteriori informazioni.

Determinazioni e approvazioni: I pazienti riceveranno la comunicazione della determinazione dell'idoneità alla Politica di assistenza finanziaria entro 30 giorni dalla presentazione della domanda di assistenza compilata e della documentazione necessaria. Una volta ricevuta la domanda, gli sforzi di raccolta straordinaria saranno sospesi fino all'invio al paziente di una determinazione scritta della sua idoneità. SJH non determinerà l'idoneità all'assistenza sulla base di informazioni che l'ospedale ritiene errate o inaffidabili.

Risoluzione delle controversie: Il paziente può presentare ricorso contro la determinazione di non idoneità all'assistenza finanziaria fornendo documentazione supplementare pertinente a SJH entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di diniego. Tutti i ricorsi saranno esaminati e, se la revisione confermerà il diniego, la notifica scritta sarà inviata al garante e al Dipartimento della sanità dello Stato, ove richiesto e in conformità con la legge. La procedura di ricorso finale si concluderà entro 10 giorni dal ricevimento del diniego da parte di SJH. Il ricorso può essere inviato a Santa Rosa Memorial, 1165 Montgomery Guidare, Santa Rosa, CA 95405.

Beneficenza Presuntiva: SJH può approvare per il paziente un adeguamento di beneficenza al suo saldo conto con mezzi diversi da una domanda di assistenza finanziaria completa. Tali determinazioni saranno effettuate su base presuntiva utilizzando uno strumento di valutazione finanziaria riconosciuto nel settore che valuta la capacità di pagare sulla base di documenti finanziari o di altro tipo pubblicamente disponibili, compresi, a titolo meramente esemplificativo, il reddito familiare, le dimensioni del nucleo familiare e la cronologia dei pagamenti e del credito.

Altre circostanze particolari: I pazienti che hanno diritto a programma di assistenza sponsorizzato dal governo per i bassi redditi, sono considerati indigenti. Pertanto, tali pazienti hanno diritto all'assistenza finanziaria quando i programmi negano il pagamento e poi ritengono che gli addebiti siano a carico del paziente. I saldi conto del paziente in conseguenza ad addebiti non rimborsati danno diritto a storno completo per beneficenza. In particolare sono inclusi come ammissibili gli addebiti relativi a quanto segue:

- Ricoveri ospedalieri respinti
- Giorni di assistenza medica respinti in regime di ricovero
- Servizi non coperti
- Diniego di richiesta di autorizzazione al trattamento (TAR, Treatment Authorization Request)
- Dinieghi dovuti a limitazioni della copertura

Spese mediche catastrofiche: SJH, a sua discrezione, può concedere interventi di beneficenza in caso di spese mediche catastrofiche. Questi pazienti saranno presi in considerazione individualmente.

Limitazioni degli addebiti per tutti i pazienti idonei all'assistenza finanziaria: Nessun paziente qualificato per qualsiasi delle summenzionate categorie assistenziali sarà personalmente responsabile oltre alla percentuale degli "importi fatturati normalmente" (AGB, Amounts Generally Billed) calcolata sugli addebiti lordi, secondo quanto definito in seguito.

Piano di pagamento rateale ragionevole: Una volta che per un paziente sia stata approvata l'assistenza finanziaria parziale, ma tale paziente sia ancora responsabile per un saldo, SJH negozierà un accordo per un piano di pagamento rateale. Il piano di pagamento rateale ragionevole consisterà in rate mensili non superiori al 10 % del reddito mensile del paziente o del suo nucleo familiare, escluse deduzioni per le spese di vita essenziali che il paziente ha indicato sulla domanda di assistenza finanziaria. Il piano di pagamento rateale non sarà gravato da interessi. I calendari per i piani di pagamento rateale saranno prorogati per i pazienti con ricorsi per richieste di copertura ancora in sospeso.

Fatturazione e recupero crediti: Eventuali saldi insoluti dovuti dai pazienti o dai garanti dopo l'applicazione degli eventuali sconti disponibili possono essere riferiti al recupero crediti. Ogni tentativo di riscossione dei saldi insoluti verrà interrotto in attesa della decisione finale riguardo all'idoneità alla Politica di assistenza finanziaria. SJH non esegue, consente o permette alle agenzie di riscossione dei crediti di eseguire alcuna azione di riscossione straordinaria prima di: (a) compiere uno sforzo ragionevole per determinare se il paziente ha i requisiti per ottenere l'assistenza finanziaria; o (b) 120 giorni dopo l'invio del primo estratto conto al paziente. Per informazioni sulla fatturazione di SJH e sulle pratiche di riscossione delle somme dovute dai pazienti, consultare la politica dell'ospedale SJH, disponibile gratuitamente presso l'accettazione di ogni ospedale SJH, o all'indirizzo: www.stjhs.org.

Rimborsi ai pazienti: Nel caso in cui un paziente o un garante abbia effettuato un pagamento per le prestazioni e successivamente risulti idoneo ad assistenza medica gratuita o scontata, tutti i pagamenti effettuati in relazione a tali prestazioni durante il periodo di ammissibilità alla Politica di assistenza finanziaria che eccedono l'obbligo di pagamento saranno rimborsati in conformità alle norme statali.

Revisione annuale: Questa Politica sull'assistenza finanziaria SJH (assistenza sanitaria prestata a titolo benefico) SJH verrà revisionata annualmente dai responsabili designati del ciclo degli introiti.

ECCEZIONI:

Vedere il precedente paragrafo Ambito di applicazione.

DEFINIZIONI:

Ai fini di questa politica, valgono i seguenti requisiti e le seguenti definizioni:

1. Soglia federale della povertà (FPL, Federal Poverty Level): La soglia federale della povertà significa le linee guida relative alla povertà aggiornate periodicamente nel Federal Register dal Dipartimento della Sanità e dei Servizi Umani degli Stati Uniti.
2. Importi normalmente fatturati (AGB, Amount Generally Billed): Gli importi generalmente fatturati per l'assistenza di emergenza e altrimenti clinicamente necessaria per i pazienti che hanno un'assicurazione sanitaria sono indicati in questa politica come "AGB". SJH utilizza il metodo prospettivo di Medicare per la determinazione degli AGB. L'AGB è uguale all'importo che sarebbe stato rimborsato da Medicare in base al metodo "fee-for-service", cioè addebito per il servizio, più l'importo che il paziente avrebbe dovuto pagare sotto forma di ticket, coassicurazione e franchigie, se il paziente fosse stato beneficiario di Medicare al momento del servizio.
3. Azione straordinarie di riscossione dei crediti (ECA, Extraordinary Collection Action): Le ECA sono definite come azioni che richiedono un procedimento legale o giudiziario, che comportano la vendita di un debito ad altri o la comunicazione di informazioni negative ad agenzie di credito. Le azioni che richiedono un procedimento legale o giudiziario a tal fine includono: diritto di pegno; pignoramento di beni immobili; sequestro o pignoramento di un conto bancario o di altri beni personali; avvio di un'azione civile contro una persona; azioni che causano l'arresto di una persona; azioni che fanno sì che una persona sia soggetta restrizioni personali; e pignoramento salariale.
4. Spese mediche elevate: Le spese mediche elevate sono quelle che corrispondono alla definizione delle politiche di prezzo equo dell'ospedale - Codice della sanità e della sicurezza della California (Sezioni 127400-127446), cioè: (1) spese annue a carico del singolo individuo presso l'ospedale SJH che superano il 10% del reddito familiare del paziente nei 12 mesi precedenti, (2) spese annue a carico del paziente che superano il 10% del reddito familiare del paziente, se il paziente fornisce la documentazione delle spese mediche pagate dal paziente o dalla sua famiglia nei 12 mesi precedenti, o (3) livello inferiore determinato dall'ospedale SJH in conformità alla Politica sull'assistenza sanitaria prestata a titolo benefico dell'ospedale SJH.

RIFERIMENTI:

<i>Internal Revenue Code (Codice fiscale federale), Sezione 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Code (Codice della sanità e della sicurezza della California), sezioni 127000 -127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA, legge sul trattamento medico di emergenza e sul lavoro), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 e 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines (Linee guida sulla beneficenza dell'associazione ospedaliera americana)</i>
<i>California Hospital Association Charity Guidelines (Linee guida sulla beneficenza dell'associazione ospedaliera della California)</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines (Linee guida dei servizi sanitari cattolici di beneficenza)</i>
<i>Providence St. Joseph Health Commitment to the Uninsured Guidelines (Linee guida per gli impegni di Providence St. Joseph Health nei confronti dei non assicurati)</i>
<i>Provider Reimbursement Manual (Manuale sui rimborsi dei fornitori), Parte I, Capitolo 3, Sezione 312</i>

Allegato A – Elenco delle strutture coperte

Ospedali St Joseph Health nella California settentrionale	
St. Joseph Hospital, Eureka	Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital	Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center	

Allegato B - Soglie di reddito per gli ospedali St. Joseph Health nella California settentrionale

Se il reddito familiare è...	E il paziente è...	In tal caso...																						
200% o meno della soglia federale della povertà,	Non assicurato o assicurato	L'intero importo (100%) della parte della fattura che si riferisce ai servizi di responsabilità del paziente sarà condonato.																						
201% - 350% della soglia federale della povertà,	Non assicurato,	L'obbligo di pagamento a carico del paziente sarà una percentuale dell'AGB per il servizio sulla base della scala graduale sottostante: <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e1f5fe;">Se il reddito è questa percentuale della soglia federale della povertà...</th> <th style="background-color: #e1f5fe;">In tal caso la percentuale dell'AGB è...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>201 – 215%</td><td>10%</td></tr> <tr><td>216 – 230%</td><td>20%</td></tr> <tr><td>231 – 245%</td><td>30%</td></tr> <tr><td>246 – 260%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>261 – 275%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>276 – 290%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>291 – 305%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>306 – 320%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>321 – 335%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>336 – 350%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Se il reddito è questa percentuale della soglia federale della povertà...	In tal caso la percentuale dell'AGB è...	201 – 215%	10%	216 – 230%	20%	231 – 245%	30%	246 – 260%	40%	261 – 275%	50%	276 – 290%	60%	291 – 305%	70%	306 – 320%	80%	321 – 335%	90%	336 – 350%	100%
	Se il reddito è questa percentuale della soglia federale della povertà...	In tal caso la percentuale dell'AGB è...																						
201 – 215%	10%																							
216 – 230%	20%																							
231 – 245%	30%																							
246 – 260%	40%																							
261 – 275%	50%																							
276 – 290%	60%																							
291 – 305%	70%																							
306 – 320%	80%																							
321 – 335%	90%																							
336 – 350%	100%																							
Assicurato,	L'obbligo del paziente sarà ridotto dai pagamenti dell'assicurazione: <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e1f5fe;">Se...</th> <th style="background-color: #e1f5fe;">In tal caso...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Il pagamento dell'assicurazione è superiore o uguale all'AGB,</td> <td>L'intero importo (100%) della parte della fattura di responsabilità del paziente sarà condonato.</td> </tr> <tr> <td>Il pagamento dell'assicurazione è inferiore all'AGB,</td> <td>Il paziente pagherebbe la differenza tra il pagamento dell'assicurazione e l'AGB.</td> </tr> </tbody> </table>	Se...	In tal caso...	Il pagamento dell'assicurazione è superiore o uguale all'AGB,	L'intero importo (100%) della parte della fattura di responsabilità del paziente sarà condonato.	Il pagamento dell'assicurazione è inferiore all'AGB,	Il paziente pagherebbe la differenza tra il pagamento dell'assicurazione e l'AGB.																	
Se...	In tal caso...																							
Il pagamento dell'assicurazione è superiore o uguale all'AGB,	L'intero importo (100%) della parte della fattura di responsabilità del paziente sarà condonato.																							
Il pagamento dell'assicurazione è inferiore all'AGB,	Il paziente pagherebbe la differenza tra il pagamento dell'assicurazione e l'AGB.																							
351% - 500% della soglia federale della povertà,	Non assicurato,	Il paziente paga l'importo dell'AGB.																						
	Assicurato,	Il paziente paga la differenza tra il pagamento dell'assicurazione e l'AGB.																						
Oltre il 500% della soglia federale della povertà,	Impegno finanziario in corso secondo la definizione dei "costi medici elevati",	Il paziente paga non più che l'AGB.																						