
DATA DI ENTRATA IN VIGORE 20 febbraio 2024

TITOLO DELLA POLITICA:

Assistenza finanziaria ai pazienti

*Da riesaminare ogni tre anni:
Consiglio di amministrazione del Ministero*

REVISIONE ENTRO: 1° marzo 2027

POLITICA

Si tratta della politica del Ministero (e di ogni Ministero di Trinity Health) per affrontare la necessità di assistenza finanziaria e di sostegno dei pazienti per i servizi non elettivi medicalmente necessari forniti ai sensi della legge statale o federale applicabile. L'ammissibilità all'assistenza finanziaria e al sostegno da parte del Ministero è determinata su base individuale utilizzando criteri dettagliati insieme alla valutazione e all'accertamento delle esigenze di assistenza sanitaria, delle risorse finanziarie e degli obblighi del paziente e/o della famiglia. Trinity Health si aspetta il pagamento per i servizi da parte di individui in grado di pagare (come definito in questa politica).

I. Criteri di ammissibilità per l'assistenza finanziaria

L'assistenza finanziaria descritta in questa sezione viene fornita ai pazienti che risiedono nell'Area Servizi (come definito nella presente Politica). Inoltre, il Ministero fornirà assistenza finanziaria ai pazienti al di fuori della loro Area Servizi che si qualificano ai sensi della politica di assistenza finanziaria del Ministero (Financial Assistance Policy, FAP) e che presentino una condizione emergente o pericolosa per la vita e ricevano assistenza medica di emergenza.

Trinity Health fornirà assistenza finanziaria per i servizi in una struttura ospedaliera (compresi i servizi forniti nella struttura ospedaliera da un soggetto sostanzialmente correlato) e il Ministero fornirà assistenza finanziaria per i seguenti servizi:

- A. Tutte le cure medicalmente necessarie e le cure mediche di emergenza per
 - 1. i pazienti che fanno domanda e che sono determinati a beneficiare di assistenza finanziaria, e

2. i pazienti presumibilmente idonei per l'assistenza finanziaria.

B. Alcuni pagamenti dovuti da pazienti con copertura da un pagatore/ assicuratore con cui il Ministero partecipa/ contrae come descritto nella presente Politica.

I servizi di assistenza medica di emergenza saranno forniti a tutti i pazienti che si presentano al pronto soccorso ospedaliero del Ministero, indipendentemente dalla capacità del paziente di pagare o dalla fonte di pagamento. Tale assistenza medica continuerà fino a quando le condizioni del paziente si sono stabilizzate, prima di qualsiasi determinazione delle modalità di pagamento.

I seguenti servizi non sono ammissibili per l'assistenza finanziaria da Trinity Health:

- A. Servizi cosmetici e altre procedure facoltative e servizi che non costituiscono assistenza medicalmente necessaria.
- B. Servizi non forniti e fatturati dal Ministero (ad esempio, servizi medici indipendenti, infermieristica di servizio privato, trasporto in ambulanza, ecc.).
- C. Il Ministero può escludere i servizi coperti da un programma assicurativo, compresi i servizi coperti quando vengono forniti da un altro fornitore ma non coperti negli ospedali del Ministero di Trinity Health, a condizione che siano soddisfatti gli obblighi federali in materia di trattamento medico di emergenza e di travaglio attivo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

I seguenti pazienti sono idonei per l'assistenza finanziaria da Trinity Health:

- A. I pazienti non assicurati il cui reddito familiare è pari o inferiore al 200% del livello di povertà federale (Federal Poverty Level, FPL) avranno diritto a uno sconto del 100% sulle tariffe dei servizi ricevuti.
- B. Anche i pazienti non assicurati e quelli assicurati che ricevono servizi in Stati con percentuali di sconto sul reddito familiare più elevate avranno diritto a uno sconto sui costi dei servizi ricevuti.
- C. I pazienti non assicurati il cui reddito familiare è superiore al 200% dell'FPL e non supera il 400% dell'FPL (o la percentuale più alta richiesta dalla legge statale, se applicabile) avranno diritto a uno sconto sulle tariffe dei servizi ricevuti. Ai pazienti che possono beneficiare di questo livello di assistenza finanziaria non verrà addebitato un importo superiore a quello calcolato per la fatturazione generale (Amounts Generally Billed, AGB).
- D. I pazienti assicurati il cui reddito familiare è pari o inferiore al 400% dell'FPL potranno beneficiare di assistenza finanziaria per gli importi di ticket, franchigia e coassicurazione, a condizione che gli accordi contrattuali con l'assicuratore del paziente non vietino la fornitura di tale assistenza.

L'assistenza finanziaria è prevista anche per i pazienti medicalmente indigenti. Un paziente indigente dal punto di vista medico è un paziente assicurato che richiede assistenza finanziaria e

con riferimento al quale, in circostanze catastrofiche, le spese mediche per un episodio di cura superano il 20% del reddito familiare. L'importo superiore al 20% del reddito familiare (o la percentuale più bassa richiesta dalla legge statale, se applicabile) beneficerà dei ticket, le coassicurazioni e le franchigie del paziente assicurato per l'assistenza finanziaria. Gli sconti per le cure mediche indigenti per coloro che non sono assicurati non saranno inferiori all'AGB del Ministero per i servizi forniti o a un importo tale da riportare al 20% il rapporto tra spese mediche catastrofiche e reddito familiare del paziente.

II. Base per il calcolo degli importi addebitati ai pazienti

Ai pazienti idonei per l'assistenza finanziaria non verrà addebitato più dell'AGB per l'emergenza e altre cure mediche necessarie. Trinity Health utilizza un metodo look-back per calcolare l'AGB dividendo la somma delle richieste di rimborso Medicare pagate per il totale delle spese lorde presentate, in conformità alla sezione 501(r) del Codice tributario statunitense.

Una copia della descrizione del calcolo AGB e delle percentuali può essere ottenuta gratuitamente sul sito web del Ministero o chiamando il Centro Servizi Aziendali per i Pazienti al numero 800-494-5797.

III. Modalità di richiesta di assistenza finanziaria

Un paziente può qualificarsi per l'assistenza finanziaria presentando una domanda FAP compilata o attraverso un punteggio presuntivo di idoneità. L'idoneità si basa sulla valutazione e sull'accertamento delle esigenze sanitarie, delle risorse finanziarie e degli obblighi del paziente e/o della famiglia alla data della prestazione. Il paziente che risulta idoneo potrà beneficiare dell'assistenza finanziaria per sei mesi a partire dalla prima data di prestazione per la quale è stato accertato che il paziente è idoneo all'assistenza finanziaria.

L'idoneità all'assistenza finanziaria richiede la completa cooperazione del paziente, durante la procedura di richiesta, se applicabile, tra cui:

- A. Completamento della domanda FAP, compresa la presentazione di tutti i documenti richiesti; e
- B. Partecipazione alla procedura di richiesta di tutta l'assistenza disponibile, compresi, ma non solo, l'assistenza finanziaria governativa e altri programmi.

Il Ministero si adopererà per aiutare i pazienti a fare domanda per i programmi pubblici e privati per i quali possono essere qualificati e che possono aiutarli a ottenere e pagare i servizi di assistenza sanitaria. Il Ministero può prendere in considerazione la possibilità di offrire l'assistenza Premium per un periodo di tempo limitato se il paziente è altrimenti autorizzato a ricevere l'assistenza finanziaria.

Il Ministero informerà i pazienti che presentano una domanda FAP incompleta e specificherà le informazioni e/o la documentazione aggiuntiva necessarie per completare la procedura di richiesta, che dovranno essere fornite entro 30 giorni.

Il Ministero si riserva il diritto di negare l'assistenza finanziaria se la domanda FAP non viene ricevuta entro il periodo di presentazione della domanda.

I pazienti che desiderano richiedere l'assistenza finanziaria possono ottenere una copia gratuita del modulo FAP come segue:

- A. Richiedere una copia del modulo FAP all'accettazione, al Pronto Soccorso o a un consulente finanziario nel luogo in cui è stata fornita la prestazione;
- B. Scaricare e stampare la domanda FAP dal sito web del Ministero;
- C. Presentare una richiesta scritta al Centro Servizi Aziendali per i Pazienti all'indirizzo corrente pubblicato sul sito web e incluso negli avvisi e nelle domande per il FAP; oppure
- D. Chiamare il Centro Servizi Aziendali per i Pazienti al numero 800-494-5797 o al numero di telefono attuale pubblicato sul sito web e incluso negli avvisi e nelle domande per il FAP.

IV. Determinazione dell'idoneità

Trinity Health utilizzerà un modello predittivo per qualificare i pazienti all'assistenza finanziaria in modo presuntivo. L'idoneità presuntiva all'assistenza finanziaria può essere determinata in qualsiasi momento del ciclo delle entrate.

Se si stabilisce che un paziente non è idoneo a ricevere l'assistenza finanziaria o è idoneo a ricevere un'assistenza inferiore a quella più generosa disponibile nell'ambito del FAP, Trinity Health provvederà a:

- A. Comunicare al paziente le basi per la determinazione dell'idoneità e le modalità di ricorso o di richiesta di un'assistenza più generosa prevista dal FAP;
- B. Fornire al paziente almeno 30 giorni per fare ricorso o per richiedere un'assistenza più generosa; e
- C. Elaborare qualsiasi domanda FAP completa presentata dal paziente entro la fine del periodo di applicazione.

V. Comunicazione efficace

Il Ministero affiggerà in luoghi pubblici cartelli e opuscoli che forniscono informazioni di base sul FAP del Ministero. Il Ministero pubblicherà il FAP, una sintesi in linguaggio semplice e un modulo di domanda sul sito web del Ministero e metterà a disposizione dei pazienti, su richiesta, il FAP, la sintesi in linguaggio semplice e il modulo di richiesta del Ministero.

VI. Procedura di fatturazione e riscossione

Il Ministero attuerà pratiche di fatturazione e riscossione degli obblighi di pagamento dei pazienti che siano eque, coerenti e conformi alle normative statali e federali. Le azioni che Trinity Health

può intraprendere in caso di mancato pagamento sono descritte in una procedura separata di fatturazione e riscossione. Una copia della Procedura di fatturazione e riscossione può essere ottenuta gratuitamente chiamando il Centro Servizi Aziendali per i Pazienti al numero 800-494-5797 o richiedendola via e-mail. Trinity Health rispetta la 501(r) e le leggi statali applicabili in merito ai divieti di azioni di riscossione straordinarie nei confronti di individui ritenuti idonei all'assistenza finanziaria. Inoltre, a meno che l'individuo non sia in grado di pagare, Trinity Health non intraprenderà azioni legali per riscuotere una sentenza, né metterà un vincolo sulla proprietà di un individuo o segnalerà l'individuo a un ufficio crediti.

Se un paziente ha effettuato pagamenti durante il periodo di richiesta e prima della determinazione dell'idoneità, Trinity Health rimborserà gli importi in eccesso rispetto all'ammontare dell'assistenza finanziaria per la quale il paziente risulta idoneo, a meno che tale importo non sia inferiore a \$5.00.

VII. Elenco dei fornitori

Un elenco dei fornitori che erogano cure mediche d'emergenza o cure medicalmente necessarie nella struttura ospedaliera, che specifichi quali fornitori offrono assistenza finanziaria, come descritto nel FAP, e quali no, viene conservato separatamente dal presente FAP. Una copia dell'elenco dei fornitori può essere ottenuta gratuitamente sul sito web del Ministero o chiamando il Centro Servizi Aziendali per i Pazienti al numero verde 800-494-5797.

VIII. Altri sconti

I pazienti che non hanno diritto all'assistenza finanziaria, come descritto nella presente Politica, e che ricevono cure di emergenza o altre cure medicalmente necessarie/non elettive, possono beneficiare di altri tipi di assistenza offerti dal Ministero. Gli altri tipi di assistenza non sono basati sul bisogno, non fanno parte della Politica di assistenza finanziaria e sono forniti a discrezione del Ministero.

AMBITO/APPLICABILITÀ

Questa è una Politica di replica di Trinity Health. Pertanto, la presente Politica di replica deve essere adottata da ogni Ministero e filiale del Sistema che fornisce o fattura l'assistenza ospedaliera ai pazienti. La presente Politica di replica rispecchia le disposizioni della Politica finanziaria 1, la Politica di assistenza finanziaria del sistema Trinity Health. Le organizzazioni Trinity Health che forniscono o fatturano altri tipi di cura del paziente devono adottare una politica di assistenza finanziaria per soddisfare le esigenze della comunità servita e che fornisce assistenza finanziaria alle persone che hanno bisogno di assistenza finanziaria e sostegno

La legge statale sostituisce le procedure a livello di sistema e il Ministero agisce in conformità alla legge statale applicabile.

La politica è volta a soddisfare l'impegno del Ministero a:

- Fornire l'accesso a servizi sanitari di qualità con compassione, dignità e rispetto per coloro che serviamo, in particolare per gli indigenti e le persone non servite delle nostre comunità.

- Prendersi cura di tutte le persone, indipendentemente dalla loro capacità di pagare i servizi; e
- Assistere i pazienti che non possono pagare una parte o la totalità delle cure ricevute.

Il Ministero è una comunità di persone che servono insieme nello spirito del Vangelo come presenza di guarigione compassionevole e trasformatrice all'interno delle nostre comunità. In linea con i nostri valori fondamentali, in particolare con quello dell'"Impegno verso coloro che vivono in condizioni di povertà", forniamo assistenza alle persone bisognose e prestiamo particolare attenzione a coloro che sono più vulnerabili, compresi coloro che non sono in grado di pagare e coloro i cui mezzi limitati rendono estremamente difficile affrontare le spese sanitarie sostenute.

DEFINIZIONI

In grado di pagare significa

- Una persona che è stata ritenuta non idonea per Medicaid attraverso un processo di screening della domanda di Medicaid o che ha ricevuto un rifiuto da parte del programma statale Medicaid per le prestazioni Medicaid.
 - Trinity Health non esige la richiesta di Medicaid come prerequisito per l'assistenza finanziaria.
- Un individuo che è stato giudicato non idoneo all'assistenza finanziaria dopo l'esame della domanda.
- Un individuo che non ha fatto richiesta di assistenza finanziaria dopo la scadenza del periodo di richiesta di assistenza finanziaria.
- Un individuo che si è rifiutato di compilare una domanda o di collaborare al processo di richiesta di assistenza finanziaria.

Importi generalmente fatturati (Amounts Generally Billed, "AGB") indica gli importi generalmente fatturati per le cure di emergenza o altre cure medicalmente necessarie a pazienti che hanno un'assicurazione che copre tali cure. L'AGB per medici del Ministero sarà calcolato utilizzando la metodologia del look back, ovvero calcolando la somma delle richieste di rimborso Medicare pagate divisa per gli oneri totali o "lordi" di tali richieste da parte dell'Ufficio del Sistema o del Ministero ogni anno, utilizzando dodici mesi di richieste di rimborso pagate con un ritardo di 30 giorni dalla data di segnalazione alla data di dimissione più recente.

Il periodo di applicazione inizia il giorno in cui viene prestata l'assistenza e termina alla fine dei 240 giorni successivi a tale data, oppure --

- al termine del periodo di 30 giorni, i pazienti che si sono qualificati per un'assistenza inferiore a quella più generosa disponibile in base allo status di Presumptive Support o alla precedente idoneità al FAP possono richiedere un'assistenza più generosa.

- b. il termine previsto da una comunicazione scritta dopo il quale è possibile avviare le ECA.

Assistenza medica di emergenza come definito nella sezione 1867 della Legge sulla previdenza sociale (Social Security Act). I pazienti che si rivolgono a un ospedale Trinity Health per una condizione medica di emergenza devono essere trattati senza discriminazioni e senza tener conto della capacità del paziente di pagare le cure. Il Ministero opererà in conformità a tutti i requisiti federali e statali per l'assistenza di emergenza, compresi i requisiti di screening, trattamento e trasferimento ai sensi degli obblighi federali in materia di trattamento medico di emergenza e di travaglio attivo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

Reddito familiare Il reddito familiare di una persona comprende il reddito annuale di tutti i membri adulti della famiglia nel periodo precedente di 12 mesi o nell'anno fiscale precedente, come risulta da recenti buste paga o dichiarazioni dei redditi e altra documentazione. Per i pazienti di età inferiore ai 18 anni, il reddito familiare comprende il reddito annuo dei genitori e/o dei genitori adottivi o dei parenti che li assistono. La prova dei guadagni può essere determinata annualizzando il reddito familiare dell'anno in corso, tenendo conto del tasso di guadagno attuale.

Assistenza finanziaria significa sostegno (beneficenza, sconti, ecc.) fornito ai pazienti per i quali sarebbe difficile pagare l'intero costo dei servizi medicalmente necessari forniti da Trinity Health e che soddisfano i criteri di idoneità per tale assistenza.

Politica di assistenza finanziaria (Financial Assistance Policy, "FAP") indica una politica e una procedura scritte che soddisfino i requisiti descritti nel §1.501(r)-4(b).

Richiesta di assistenza finanziaria ("Richiesta FAP") indica le informazioni e la documentazione di accompagnamento che un paziente presenta per richiedere l'assistenza finanziaria nell'ambito del FAP di un Ministero. Il Ministero può ottenere informazioni da un individuo per iscritto o oralmente (o una combinazione di entrambi).

Il reddito include salari lordi, stipendi, salari e redditi da lavoro autonomo, indennità di disoccupazione, indennità per i lavoratori, pagamenti della previdenza sociale, assistenza pubblica, sussidi per i veterani, mantenimento dei figli, alimenti, assistenza scolastica, sussidi per i superstiti, pensioni, redditi da pensione, pagamenti di assicurazioni e rendite regolari, redditi da eredità e trust, affitti ricevuti, interessi/dividendi e redditi da altre fonti varie.

Assistenza medicalmente necessaria indica qualsiasi servizio o prodotto sanitario fornito da un Ministero Trinity, ragionevolmente ritenuto dal fornitore necessario per prevenire, diagnosticare o trattare una malattia, un infortunio, una patologia o i suoi sintomi. Le cure medicalmente necessarie non comprendono i servizi elettivi che non sono coperti dall'assicurazione/ pagamento governativo/piano sanitario del paziente o le procedure cosmetiche per migliorare l'aspetto estetico di una parte del corpo normale o normalmente funzionante.

Ministero (a volte indicato come Ministero della Salute) indica una filiale, un'affiliata o una divisione operativa di primo livello (diretta) di Trinity Health che ha un organo direttivo con supervisione gestionale quotidiana di una parte designata delle operazioni del Trinity Health System. Un Ministero può basarsi su un mercato geografico o sulla dedizione a una linea di servizi o a un'attività. I ministeri comprendono ministeri missionari, ministeri nazionali e ministeri regionali.

Politica di replica indica una politica modello approvata da Trinity Health e che ogni Ministero è tenuto ad adottare come politica identica, se appropriata e applicabile alle proprie operazioni, pur potendone modificare il formato per riflettere le preferenze stilistiche locali o, previa approvazione del membro dell'ELT responsabile di tale politica, per conformarsi alle leggi e ai regolamenti statali o locali applicabili o ai requisiti di licenza e accreditamento.

Politica indica una dichiarazione di indirizzo di alto livello su questioni importanti per Trinity Health, i suoi Ministeri e le sue filiali o una dichiarazione che interpreta ulteriormente i documenti di governo di Trinity Health, dei suoi Ministeri e delle sue filiali. Le politiche possono essere autonome, a livello di sistema o speculari, designate dall'organo di approvazione.

Procedura significa un documento progettato per implementare una politica o una descrizione di azioni o processi specifici richiesti.

Area Servizi indica i mercati primari serviti dai Ministeri. Ciò è dimostrato da un elenco di codici postali in cui risiedono i pazienti.

Standard o Linee guida indicano istruzioni e linee guida aggiuntive che aiutano a implementare le procedure, incluse quelle sviluppate da organizzazioni di accreditamento o professionali.

Filiale indica un'entità giuridica in cui un Ministero Trinity è l'unico membro societario o l'unico azionista.

Paziente non assicurato indica un individuo non assicurato, che non ha una copertura terza da parte di un assicuratore commerciale, di un piano ERISA, di un programma federale di assistenza sanitaria (inclusi, a titolo esemplificativo, Medicare, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), di un indennizzo per i lavoratori o di un'altra assistenza da parte di terzi a copertura totale o parziale del costo delle cure.

DIPARTIMENTO RESPONSABILE

Ulteriori indicazioni relative a questa Politica di replica possono essere ottenute dalla direzione esecutiva del Ministero.

APPROVAZIONI

Approvazione iniziale: 14 giugno 2014, Comitato per la gestione del Consiglio di amministrazione di Trinity Health

Revisioni successive: 18 settembre 2014; 1° luglio 2017; 8 dicembre 2021 6 dicembre 2023, 20 febbraio 2024