

Area di servizio: Corporate Business Services	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM – POLICY E PROCEDURE	
Titolo: Policy sui programmi di assistenza finanziaria (Financial Assistance Programs Policy)		
Data di approvazione: 20/09/2013	Approvato da: Boards of Trustees Senior Vice President, Finance	
Data di entrata in vigore: 20/09/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital	Data di riesame/revisione: 21/01/2015, 30/09/2016, 16/12/2016, 01/06/2017, 15/7/2018, 12/02/2019	
Distribuzione: MCN Policy Manager	Tipo di policy (I o II): Tipo I	
Sostituisce: Programmi di assistenza finanziaria per servizi ospedalieri dello Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services) (NC:F-4) Programmi di assistenza finanziaria per servizi ospedalieri del Bridgeport Hospital (Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services) (9-13) Programmi di assistenza finanziaria per servizi ospedalieri del Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance Programs for Hospital Services) Policy sui fondi liberi per servizi ospedalieri e assistenza finanziaria del Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital Charity (Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital Charity Care, Financial Assistance, Free Bed Fund Policy)		

FINALITÀ

Yale New Haven Health System (“YNHHS”) riconosce che i pazienti potrebbero non essere in grado di pagare le cure medico-sanitarie di cui hanno bisogno senza ricorrere all’assistenza finanziaria. Coerentemente con la sua missione, YNHHS si impegna a prendere in attenta considerazione le condizioni economiche dei pazienti al momento di definire gli importi da loro dovuti per i servizi d’urgenza e gli altri servizi medici necessari.

Per promuovere la sua missione, YNHHS ha messo in atto una serie di programmi di assistenza finanziaria (Financial Assistance Programs, FAP) volti ad alleviare i costi delle cure d’urgenza e di altre cure mediche necessarie. I FAP si propongono di:

- (i) specificare tutti i tipi di assistenza finanziaria disponibili nell’ambito dei FAP stessi;
- (ii) fornire informazioni chiare sui criteri di idoneità, i requisiti per presentare la domanda e il metodo per richiedere l’assistenza finanziaria;

Financial Assistance Programs Policy

- (iii) descrivere i criteri impiegati per calcolare gli importi fatturati ai pazienti aventi diritto a partecipare ai FAP per le cure d'urgenza e le altre cure mediche necessarie; e
- (iv) descrivere le azioni intraprese dagli ospedali YNHHS per pubblicizzare largamente questi FAP nelle comunità da essi servite.

APPLICABILITÀ

Questa policy riguarda ciascun ospedale certificato affiliato con YNHHS: Bridgeport Hospital ("BH"), Greenwich Hospital ("GH"), Lawrence + Memorial Hospital ("LMH"), Yale New Haven Hospital ("YNHH") e Westerly Hospital ("WH") (ciascuno indicato come "Ospedale").

POLICY

I. Ambito ed elenco degli operatori sanitari

- A. **Cure d'urgenza e altre cure mediche necessarie.** I FAP si applicano alle cure d'urgenza e alle altre cure mediche necessarie, inclusi i servizi erogati in regime di degenza e day hospital fatturati da un Ospedale. Dai FAP sono esclusi: (a) stanza privata o personale infermieristico privato; (b) servizi medici non ritenuti necessari, come la chirurgia cosmetica elettiva; (c) altre spese elettive non standard, come le spese per uso di apparecchi televisivi o telefonici, e (d) altri sconti o riduzioni degli addebiti non espressamente descritti nella presente Policy.
- B. **Elenco degli operatori sanitari.** L'elenco degli operatori sanitari che dispensano cure d'urgenza e altre cure mediche necessarie presso un Ospedale è riportato in:
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf
L'elenco indica se i servizi forniti dai singoli operatori sanitari sono coperti dai FAP. Se non sono coperti da questi FAP, i pazienti dovranno contattare l'ambulatorio dell'operatore sanitario prescelto al fine di determinare se questi offre assistenza finanziaria e, in caso positivo, che cosa copre la sua policy di assistenza finanziaria.
- C. **Conformità a EMTALA.** Gli enti ospedalieri sono obbligati a osservare la legge sui trattamenti medici d'urgenza e il travaglio di parto attivo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) conformemente alle loro policy; viene inoltre fatto loro divieto di svolgere attività che mirano a scoraggiare un individuo dal ricorrere a cure mediche d'urgenza.

II. Programmi di assistenza finanziaria e idoneità

L'assistenza finanziaria è riservata ai cittadini e ai residenti degli Stati Uniti d'America che compilano una domanda di assistenza finanziaria e soddisfano gli ulteriori requisiti di idoneità descritti di seguito.

- A. **Assistenza gratuita (Free Care).** Il programma Free Care offre assistenza gratuita ai pazienti con un reddito familiare annuale lordo inferiore o pari al 250% delle linee guida federali del livello di povertà (Federal Poverty Guidelines) (*vedere l'Allegato 1*). Qualsiasi paziente che a

Financial Assistance Programs Policy

discrezione dell'Ospedale abbia diritto ad assistenza medica statale dovrà ricevere dallo Stato l'approvazione negli ultimi sei mesi.

YNHHS utilizza inoltre, per conto di BH, GH e YNHH, uno strumento di screening di terzi che identifica gli individui sprovvisti di assicurazione sanitaria che non hanno ancora saldato tutte le spese ospedaliere e non hanno fatto domanda di assistenza finanziaria, ma il cui reddito è inferiore o pari al 250% del livello federale di povertà (Federal Poverty Level), e che quindi sono idonei a ricevere assistenza medica gratuita. Se un paziente viene identificato mediante questo processo, il saldo potrebbero essere eliminato, e il paziente considerato idoneo a ricevere cure gratuite.

- B. Assistenza a tariffe scontate (Discounted Care).** Se il paziente di un Ospedale non ha assicurazione e il suo reddito familiare annuale lordo è compreso tra il 251% e il 550% del livello federale di povertà (Federal Poverty Level), l'Ospedale applicherà uno sconto agli importi normalmente fatturati (Amounts Generally Billed, AGB) dall'Ospedale stesso (nella definizione data nella Sezione III qui sotto e nell'Allegato 1).
- C. Fondi vincolati per servizi ospedalieri (Hospital Bed Funds).** Il paziente potrebbe avere diritto a ricevere assistenza finanziaria tramite i fondi vincolati per servizi ospedalieri, ossia fondi donati all'Ospedale per fornire terapie ai pazienti dell'Ospedale stesso. Non vi sono limiti specifici di reddito per essere beneficiari dei fondi vincolati per servizi ospedalieri. L'idoneità viene determinata caso per caso dai designatori del fondo sulla base delle necessità finanziarie. Tutti i pazienti che compilano l'apposita domanda di assistenza finanziaria saranno automaticamente presi in considerazione per ricevere i fondi vincolati per servizi ospedalieri.
- D. Altri programmi di assistenza finanziaria specifici per ciascun Ospedale.**
- (i) **Programma "Io e il mio bebè" di Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program).** Questo programma è riservato alle pazienti di Yale New Haven Hospital e offre gratuitamente alle pazienti che ne hanno diritto assistenza prenatale, servizi per il travaglio e il parto e alcuni tipi di assistenza post-parto. Lei potrebbe rientrare in questo programma se risiede nella New Haven County, non ha alcun tipo di assicurazione sanitaria e la Sua famiglia ha un reddito inferiore a 2 volte e mezzo il Federal Poverty Level. Per ulteriori informazioni o per ottenere un modulo di richiesta, si rivolga ai nostri rappresentanti presso il Women's Center oppure chiami il numero 203-688-5470.
 - (ii) **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** serve pazienti assicurati da Medicare, Medicaid o programmi assicurativi offerti tramite Access Health CT e la cui famiglia ha un reddito inferiore a 4 volte il Federal Poverty Level. Inoltre, l'Ospedale offre assistenza a tariffe scontate a pazienti che non abbiano diritto ad assicurazione, residenti a Greenwich e la cui famiglia abbia un reddito inferiore a 4 volte il Federal Poverty Level. Per ulteriori informazioni o per ottenere un modulo di richiesta, chiami il numero 203-863-3334.

III. Limiti degli addebiti - Importi addebitati ai pazienti aventi diritto ai FAP

Se l'assistenza finanziaria non copre il 100% dell'importo addebitato da YNHHS per i servizi erogati, gli importi addebitati ai pazienti idonei a ricevere assistenza finanziaria ai sensi della presente Policy non potranno essere superiori all'importo normalmente fatturato (Amount Generally Billed, AGB) da un Ospedale per tali cure. YNHHS calcola l'AGB una volta all'anno per ciascun Ospedale utilizzando il metodo di esame retroattivo chiamato "look back method" e basato sulle tariffe per servizio ("fee-for-service") di Medicare, inclusi gli importi di condivisione dei costi applicati ai beneficiari di Medicare e a tutti gli assicuratori sanitari privati che effettuano i rimborsi a ciascun Ospedale per l'anno fiscale precedente. YNHHS potrà applicare lo sconto percentuale per ciascun Ospedale, oppure potrebbe scegliere di utilizzare lo sconto percentuale più favorevole ai pazienti YNHHS. L'AGB è incluso nell'Allegato 1.

Il significato delle espressioni "amount generally billed" e "look back method" impiegate nel presente documento è lo stesso di quello dell'Internal Revenue Code §501(r)(5) e 1.501(r)-5.

IV. Metodo di presentazione della domanda di assistenza finanziaria

Per richiedere assistenza finanziaria, il paziente deve compilare un'apposita domanda ("Domanda"). Tale Domanda definisce (i) i programmi FAP disponibili e i criteri di idoneità, (ii) la documentazione da presentare per la determinazione dell'idoneità, e (iii) le informazioni di contatto per l'assistenza FAP. La Domanda specifica anche (i) che l'Ospedale risponderà per iscritto a ciascuna Domanda, (ii) che i pazienti possono ripresentare la domanda FAP in qualsiasi momento, e (iii) che ogni anno si rendono disponibili nuovi fondi per servizi ospedalieri. Gli Ospedali non possono negare l'assistenza finanziaria FAP sulla base della mancata presentazione da parte del paziente di informazioni o documenti che i FAP o la Domanda non richiedono come parte della Domanda.

Gli Ospedali YNHHS faranno sforzi ragionevoli per determinare l'idoneità dei pazienti e documentare tutte le determinazioni di idoneità a ricevere assistenza finanziaria nei pertinenti account paziente. Dopo aver determinato che un paziente ha diritto ai FAP, l'Ospedale:

- (i) fornirà un estratto conto indicante l'importo dovuto dal paziente avente diritto ai FAP, specificando il modo in cui l'importo è stato determinato e indicando o descrivendo come il paziente possa ottenere informazioni sull'AGB per le cure ricevute;
- (ii) rimborserà al paziente qualsiasi cifra pagata per le cure che superi l'importo di sua responsabilità in quanto avente diritto ai FAP, a meno che tale importo in eccesso sia inferiore a \$5, o qualsiasi altra cifra definita dall'IRS; e
- (iii) adotterà misure ragionevoli per revocare eventuali azioni straordinarie di recupero crediti.

V. Mancati pagamenti – Azione giudiziale

Un Ospedale (e qualsiasi agenzia di recupero crediti o altra parte incaricata del recupero dei crediti) non avvierà un'azione straordinaria di recupero crediti (Extraordinary Collection Action, ECA) prima di 120 giorni dall'emissione della prima fattura post-dimissione per le cure ricevute e prima di fare

Financial Assistance Programs Policy

ogni sforzo ragionevole per determinare se un paziente pagante in proprio o qualsiasi altro individuo responsabile (Individuo/i Responsabile/i) ha diritto a ricevere assistenza finanziaria FAP. Tutte le ECA devono essere approvate dal Vicepresidente di Corporate Business Services o da una persona da questi designata, che prima dell'approvazione dovrà confermare che siano stati soddisfatti i requisiti di sforzo ragionevole specificati nel presente FAP.

L'Ospedale seguirà il suo ciclo di fatturazione nel rispetto dei processi e delle prassi operativi interni. Nell'ambito di tali processi e prassi, l'Ospedale dovrà, come minimo, notificare i pazienti dell'esistenza dei FAP dalla data in cui viene fornita l'assistenza fino al termine del ciclo di fatturazione (oppure durante il periodo imposto dalla legge, a seconda di quale dei due sia più lungo), facendo quanto segue:

1. A tutti i pazienti saranno consegnati un riassunto in termini colloquiali e un modulo di domanda di assistenza finanziaria FAP facenti parte del processo di dimissione o ricovero da un Ospedale.
2. Almeno tre avvisi separati di recupero crediti saranno spediti per posta o inviati per e-mail al più recente indirizzo dei pazienti paganti in proprio ed eventuali altri Individui Responsabili, a patto però che non sia necessario inviare ulteriori avvisi dopo che un Individuo Responsabile ha presentato una domanda compilata di assistenza finanziaria FAP o ha saldato il conto. Fra il primo e l'ultimo dei tre avvisi dovranno trascorrere almeno 60 giorni. Spetta all'Individuo Responsabile fornire un recapito corretto al momento del ricevimento del servizio o in caso di trasloco. Se un account non ha un indirizzo valido, si riterrà di aver fatto ogni "sforzo ragionevole". Tutti gli avvisi inviati ai pazienti paganti in proprio dovranno includere, senza limitazioni:
 - a. un sommario accurato dei servizi ospedalieri a cui si riferisce tale avviso;
 - b. gli addebiti per tali servizi;
 - c. l'importo che l'Individuo Responsabile sarà tenuto a pagare e se tale importo non è noto, una stima in buona fede di tale importo alla data dell'avviso; e
 - d. un avviso ben chiaro che notifichi e informi l'Individuo Responsabile della disponibilità dell'assistenza finanziaria FAP, incluso il numero di telefono del dipartimento e l'indirizzo del sito Web da cui scaricare le copie dei documenti.
3. Almeno uno degli avvisi inviati per posta o tramite e-mail includerà una notifica scritta che informi l'Individuo Responsabile delle ECA che verranno avviate se l'Individuo Responsabile non presenta domanda di assistenza finanziaria FAP o non paga l'importo dovuto entro la scadenza indicata. Tale avviso deve pervenire all'Individuo Responsabile almeno 30 giorni prima della scadenza specificata nell'avviso stesso, e dovrà essere accompagnato da un riassunto in termini colloquiali. Spetta all'Individuo Responsabile fornire un recapito corretto al momento del ricevimento del servizio o in caso di trasloco. Se un account non ha un indirizzo valido, si riterrà di aver fatto ogni "sforzo ragionevole".

Financial Assistance Programs Policy

4. Prima di avviare un'ECA, si dovrà tentare di contattare verbalmente l'Individuo Responsabile chiamando l'ultimo numero telefonico fornito, almeno una volta nell'arco di tempo in cui vengono inviati gli avvisi (per posta o per e-mail) se il conto non è stato ancora saldato. Durante tutte le conversazioni, il paziente o l'Individuo Responsabile saranno informati dell'assistenza FAP a cui potrebbero avere diritto.
5. Nel rispetto dei termini della presente Policy, un Ospedale YNHHS ha la facoltà di avviare Azioni straordinarie di recupero crediti (Extraordinary Collection Actions, ECA) nei modi indicati nell'Allegato 2 della Policy, al fine di ottenere il pagamento per i servizi medici erogati.

VI. Applicabilità della Policy

Copie dei FAP, del riassunto in termini colloquiali dei FAP e del modulo di domanda FAP sono reperibili nel sito Web <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Ciascun Ospedale mette a disposizione gratuitamente copie dei FAP, del riassunto in termini colloquiali dei FAP e del modulo di domanda FAP su richiesta, inviandole per posta, o affiggendole nel Pronto Soccorso dell'Ospedale (Hospital Emergency Department) e in tutti i punti di registrazione, in formato cartaceo in lingua inglese e nella lingua straniera principale di qualsiasi popolazione con conoscenza limitata della lingua inglese che conti 1.000 individui o costituisca almeno il 5% della popolazione (a seconda di quale numero sia il minore tra i due) servita dall'Ospedale. L'elenco delle lingue straniere è riportato nell'Allegato 3.

Chiamare Corporate Business Services al numero verde 855- 547-4584 per informazioni sui criteri di idoneità per la partecipazione ai programmi di assistenza finanziaria, per richiedere una copia dei FAP, del riassunto in termini colloquiali dei FAP, del modulo di domanda FAP o della Policy sulla fatturazione e sul recupero crediti (Billing and Collection Policy), o se si desidera una copia dei FAP, del riassunto in termini colloquiali o del modulo di domanda FAP in una lingua diversa dall'inglese I pazienti possono anche richiedere al personale degli uffici Patient Registration, Patient Financial Services e Social Work/Case Management informazioni su come avviare la domanda FAP.

Per pubblicizzare ulteriormente i FAP sono stati pubblicati avvisi in giornali quotidiani di ampia diffusione, in tutti gli estratti conto inviati ai pazienti, in tutte le comunicazioni orali con i pazienti relative agli importi dovuti dai pazienti, e sono state organizzate sessioni informative e altre iniziative mirate.

VII. Comitato di controllo della gestione

I FAP saranno monitorati da un comitato di controllo della gestione presieduto da uno dei Vicepresidenti YNHHS, che includerà anche rappresentanti di Corporate Business Services, dei servizi finanziari per i pazienti, relazioni con i pazienti, finanza e personale medico, come necessario. Il comitato si riunirà con frequenza almeno trimestrale.

VIII. Conformità alle leggi statali

Financial Assistance Programs Policy

Ciascun Ospedale rispetterà le leggi statali pertinenti, compresi senza limitazioni gli Statuti generali del Connecticut (Connecticut General Statutes) che regolano il recupero dei crediti da pazienti non assicurati da parte degli ospedali (Collections by Hospitals from Uninsured Patients) e la norma statale del Rhode Island per l'erogazione di assistenza sanitaria (*Rhode Island Statewide Standard for the Provision of Charity Care*) specificata nella Sezione 11.3 delle Rhode Island Department of Health Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions (le "Norme RI") e la *norma statale per l'erogazione di assistenza non risarcita (Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care)* specificata nella Sezione 11.4 delle Norme RI.

RIFERIMENTI

Internal Revenue Code 501(c)(3)

Internal Revenue Code 501(r)

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

Norme RI 11.3 e 11.4

POLICY CORRELATE

Policy sulla fatturazione e sul recupero crediti YNHHS (YNHHS Billing and Collections Policy)

Policy EMTALA di YNHHS: screening medico e stabilizzazione medica, emergenza e trasferimento (YNHHS EMTALA Policy: Medical Screening/Stabilization, On-Call and Transfer)

Policy del Yale New Haven Hospital in materia di fondi per assistenza gratuita NC:F-2 (Yale New Haven Hospital Policy – Distribution of Free Care Funds NC:F-2)

Policy e procedure del centro ambulatoriale del Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Center Policies and Procedures)

Allegato 1

250% e 550% delle Linee guida federali del livello di povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG)

<u>N. persone componenti il nucleo familiare:</u>	<u>100%</u>	<u>250%</u>	<u>550%</u>	
1	\$ 12.490	\$ 31.225	\$ 68.695	
2	\$ 16.910	\$ 42.275	\$ 93.005	
3	\$ 21.330	\$ 53.325	\$117.315	
4	\$ 25.750	\$ 64.375	\$141.625	
5	\$ 30.170	\$ 75.425	\$165.935	
6	\$ 34.590	\$ 86.475	\$190.245	
Assistenza gratuita (Free Care). Aggiungere \$11.050 per ciascun componente aggiuntivo del nucleo familiare				
Assistenza a tariffe scontate (Discounted Care). Aggiungere \$24.310 per ciascun componente aggiuntivo del nucleo familiare				

Importi normalmente fatturati (Amounts Generally Billed, AGB)

I pazienti aventi diritto a ricevere assistenza finanziaria ai sensi della presente Policy riceveranno assistenza come indicato nella tabella seguente:

Tutti gli Ospedali YNHHS:

Reddito familiare annuale	Importo dello sconto % degli addebiti	A carico del paziente % degli addebiti
< o = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	69%	31%

**Per l'anno solare 2019, AGB (% degli addebiti): BH 34%, GH 31,2%, LMH 39,9%, YNH 32,4% e WH 33,9%*

Re. 12 febbraio 2019

Allegato 2

AZIONI STRAORDINARIE DI RECUPERO CREDITI

Ipotecche su immobili

Le ipoteche sugli immobili di residenza personale sono permesse soltanto se:

- a) il paziente ha avuto l'opportunità di fare richiesta di fondi gratuiti per servizi ospedalieri e non ha risposto, ha rifiutato o non è stato ritenuto idoneo a ricevere tali fondi;
- b) il paziente non ha fatto domanda o non ha diritto a ricevere altri tipi di assistenza finanziaria FAP dell'Ospedale per il pagamento del suo debito oppure, pur avendone parzialmente diritto, non ha saldato la quota di sua competenza;
- c) il paziente non ha tentato di negoziare il pagamento o non ha voluto negoziare il pagamento, oppure non osserva i termini del pagamento negoziati tra l'Ospedale e il paziente stesso;
- d) il totale degli importi da pagare è superiore a \$10.000 e le proprietà da ipotecare hanno un valore stimato di almeno \$300.000; e
- e) l'ipoteca non comporterà un pignoramento di un immobile di residenza personale.

Allegato 3

Lingue di cui viene fornita la traduzione

Albanese
Arabo
Cinese semplificato
Francese
Francese-creolo (Creolo di Haiti)
Tedesco
Greco
Hindi
Italiano
Giapponese
Coreano
Pashto
Persiano Dari
Persiano Farsi
Polacco
Portoghese
Portoghese-creolo (Capo Verde)
Russo
Spagnolo
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Turco
Vietnamita