

**TITOLO: POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA**

**POLITICA E FINALITÀ:**

La legge sulla sanità pubblica dello Stato di New York (New York State Public Health Law), sezione 2807-k-9-a e il Codice di Diritto tributario (Internal Revenue Code), sezione 501(r) sanciscono che gli ospedali debbano fornire servizi gratuiti o a costi agevolati per cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico a pazienti per i quali sia stata riconosciuta l'incapacità di pagare integralmente o parzialmente le cure, a seconda della loro condizione finanziaria.

Il NewYork-Presbyterian/Queens (di seguito, l'Ospedale) riconosce la propria responsabilità nel fornire assistenza finanziaria (di seguito, l'Assistenza finanziaria) a quanti non dispongano di copertura assicurativa sanitaria o di adeguata copertura sanitaria e che abbiano ricevuto servizi di emergenza o altri servizi necessari dal punto di vista medico presso l'Ospedale. L'Ospedale si impegna a valutare le esigenze individuali complessive dei pazienti e ad erogare l'Assistenza finanziaria, laddove giustificata, indipendentemente da età, sesso, etnia, origine nazionale, condizione socioeconomica o status di immigrato, orientamento sessuale o credo religioso.

Se l'Ospedale determina che un paziente possa avere diritto all'Assistenza finanziaria, non avvierà alcuna azione di riscossione straordinaria (ECA), inclusi procedimenti in ambito civile, nei confronti di tale paziente.

**APPLICABILITÀ:**

1. La presente Politica si applica ai servizi di emergenza o agli altri servizi necessari dal punto di vista medico per pazienti ricoverati e/o ambulatoriali, erogati a soggetti riconosciuti idonei a ricevere assistenza in virtù della presente politica dall'Ospedale e dai suoi dipendenti. (Per le strutture attualmente coperte, vedere l'allegato C).
2. La presente Politica si applica ai servizi di emergenza erogati ai residenti dello Stato di New York (compresi i pazienti ivi trasferiti in base alla legge EMTALA) ed ai servizi non di emergenza, ma necessari dal punto di vista medico forniti a qualsiasi residente idoneo nel bacino d'utenza principale dell'Ospedale. (Vedere l'allegato A). Si definiscono servizi medici tutti i servizi previsti in base al programma Medicaid dello Stato di New York.
3. Oltre ai soggetti privi di assicurazione sanitaria che possono essere ritenuti idonei, questa politica riguarda anche i soggetti che vi hanno diritto e devono fare fronte a spese mediche straordinarie, ad esempio quote di partecipazione, franchigie o contratti di coassicurazione, e/o che hanno esaurito i benefici dell'assicurazione sanitaria (compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i conti di risparmio sanitario).

4. Per maggiori informazioni sui medici dell'Ospedale e su altri fornitori di servizi, oltre che sulla Politica di assistenza sanitaria (Financial Aid Policy) dell'Ospedale, visitare il sito [www.nyp.org/queens](http://www.nyp.org/queens). Per richiedere una copia cartacea dell'elenco dei fornitori, visitare il sito [www.nyp.org/queens-queens-physician-directory.pdf](http://www.nyp.org/queens-queens-physician-directory.pdf), chiamare il numero (718) 670-1705 o rivolgersi direttamente al fornitore interessato. In tal caso, i pazienti riceveranno fatture distinte dai fornitori che non sono coperti ai sensi di questa Politica ed emetteranno fattura autonomamente per i propri servizi. Si noti che i fornitori che fanno parte del NewYork-Presbyterian/Medical Group Queens seguono la Politica di assistenza sanitaria del gruppo, che è diversa da quella dell'Ospedale e che può essere consultata sul sito <http://www.nyp.org/medicalgroups/queens>.
5. L'Assistenza finanziaria verrà presa in considerazione alla presentazione di un'apposita domanda compilata e corredata dalla documentazione richiesta. In determinate circostanze, che sono specificate di seguito, l'Assistenza finanziaria potrà essere fornita ai pazienti secondo una graduatoria stilata sulla base del calcolo del reddito presunto da apposite agenzie di recupero crediti o centrali dei rischi.
6. L'Assistenza finanziaria verrà fornita dopo che è stata accertata l'idoneità di un paziente per il programma Medicaid o per altri programmi assicurativi, laddove ritenuti ragionevoli o appropriati.
7. Potranno essere sollevate eccezioni a questa Politica con l'approvazione di un funzionario incaricato dall'Ospedale. Le eventuali controversie in merito alle esigenze mediche verranno affrontate e risolte dal Dipartimento di gestione dei pazienti dell'Ospedale (Hospital Case Management Department) in conformità con le politiche e le procedure dell'Ospedale in materia.

## **PROCEDURA:**

### **A. Domanda: tempi/luogo/documentazione**

1. I materiali cartacei, compresi il modulo di domanda, il testo integrale della Politica e il riepilogo in forma semplificata ("Riepilogo"), saranno messi a disposizione dei pazienti nelle lingue principali dell'Ospedale, su richiesta e senza alcun costo, dai reparti di accettazione e pronto soccorso dell'Ospedale durante la fase di ammissione e registrazione, al momento della dimissione e/o a mezzo posta ordinaria. Tali materiali saranno reperibili anche sul sito web dell'Ospedale ([www.nyp.org/queens](http://www.nyp.org/queens)). Ai pazienti verrà inoltre data comunicazione di questa Politica mediante l'affissione di informazioni nelle lingue appropriate in aree ben visibili all'interno del reparto di accettazione e del pronto soccorso dell'Ospedale e l'inclusione in fatture e comunicati inviati ai pazienti con informazioni riguardanti la possibilità di usufruire degli aiuti economici e le modalità per ottenere ulteriori informazioni.

2. Mediante avviso ai pazienti nei materiali per la richiesta verrà indicato chiaramente che a seguito della presentazione della domanda debitamente compilata e corredata delle informazioni o della documentazione necessaria per determinare l'idoneità in base alla presente Politica, il paziente non sarà tenuto a pagare alcuna fattura ospedaliera fino a quando l'Ospedale non avrà espresso una decisione in merito alla domanda.
  3. I pazienti potranno presentare domanda di assistenza richiedendo e inviando il modulo di domanda compilato in qualsiasi momento durante la fase di fatturazione e riscossione. Le decisioni riguardanti tali domande verranno fornite per iscritto al richiedente non appena possibile dopo l'invio della domanda compilata, ma in ogni caso entro trenta (30) giorni dal ricevimento di tale domanda da parte dell'Ospedale. Se saranno necessarie ulteriori informazioni per determinare l'idoneità del richiedente, l'Ospedale dovrà richiederle entro il medesimo periodo di trenta (30) giorni. Le istruzioni scritte che descrivono la procedura di ricorso contro il rigetto della domanda o un'altra decisione negativa e le informazioni su come contattare il Dipartimento di salute dello Stato di New York (New York State Department of Health) dovranno essere accluse alla lettera in cui viene comunicata la decisione negativa o il rigetto della domanda.
  4. I richiedenti dovranno fornire le informazioni/la documentazione a supporto della propria domanda, oltre alla documentazione per le informazioni indicate nei moduli. Come documentazione potrebbe essere richiesta, tra l'altro, una busta paga, una lettera del datore di lavoro, se prevista, e il modulo 1040 dell'Agenzia delle Entrate (Internal Revenue Service) che certifica il reddito.
  5. È possibile che non venga presa in considerazione la situazione patrimoniale.
  6. L'Ospedale avrà facoltà di presentare richiesta e ottenere relazioni compilate da parti terze, come le agenzie di credito, riguardanti determinati pazienti per stabilire se questi possano essere considerati presumibilmente idonei (presunta ammissibilità) all'Assistenza finanziaria in base alle seguenti condizioni:
    - a. Il paziente è stato dimesso dall'Ospedale,
    - b. Il paziente non possiede una copertura assicurativa oppure la copertura è scaduta,
    - c. Sul conto del paziente resta insoluto un importo superiore a \$300,
    - d. Il paziente ha ricevuto almeno una fattura e il periodo di tempo per pagarla è scaduto, e
    - e. Il paziente non ha presentato la domanda per l'Assistenza finanziaria oppure la domanda era incompleta,
    - f. Al paziente è stato comunicato tramite avviso in fattura che l'Ospedale ha facoltà di richiedere una certificazione del suo livello di solvibilità prima di ottenere l'idoneità,
-

- g. Le certificazioni del livello di solvibilità non saranno usate per respingere le domande di Assistenza finanziaria.

L'Ospedale non segnalerà lo stato economico del paziente a tali parti terze.

- 7. I pazienti ambulatoriali dell'Ospedale verranno valutati alla registrazione iniziale. Le domande per i pazienti ambulatoriali dell'Ospedale saranno compilate e le decisioni saranno prese durante la procedura di registrazione, purché non vengano richieste ulteriori informazioni.
- 8. L'Ospedale non differirà o negherà le cure di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico, né richiederà un pagamento anticipato per le stesse, a un paziente che ne ha diritto solo perché insolvente per una o più fatture precedenti per i servizi annoverati nella presente Politica.

#### **B. Procedura di ricorso**

- 1. Se un paziente non è soddisfatto della decisione riguardo alla sua domanda di Assistenza finanziaria, potrà fare ricorso contro tale decisione presentando le sue motivazioni e l'eventuale documentazione di supporto al Responsabile dei servizi finanziari per i pazienti (Director of Patient Financial Services) o a un suo incaricato (Direttore), entro venti (20) giorni dalla decisione.
  - 2. Il Responsabile avrà a disposizione quindici (15) giorni lavorativi di tempo per esaminare il ricorso e rispondere per iscritto al paziente.
  - 3. Se il paziente non è soddisfatto della decisione del Responsabile, potrà presentare ricorso scritto contro la decisione del Responsabile, includendo le motivazioni e l'eventuale documentazione di supporto, al Vicepresidente dei servizi finanziari (Vice President of Financial Services) o a un altro incaricato (Vicepresidente) dell'Ospedale.
  - 4. Il Vicepresidente dovrà prendere una decisione per iscritto entro quindici (15) giorni dal ricevimento del ricorso. La decisione del Vicepresidente sarà definitiva.
  - 5. In caso di ricorso in sospeso, non verrà effettuata alcuna attività di riscossione.
-

### C. Procedura di pagamento

1. Subordinatamente ai requisiti della presente Politica, l'Ospedale fornirà assistenza gratuita o a costi agevolati ai richiedenti privi di copertura assicurativa o a quei richiedenti che, a livello individuale e familiare, abbiano esaurito i benefici dell'assicurazione sanitaria per un determinato servizio, compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i richiedenti con redditi inferiori al 600% della soglia di povertà federale in base all'elenco delle Direttive sulla povertà federale per i redditi extra-agricoli (Federal Poverty Guidelines for Non-Farm Income) che sono pubblicate ogni anno (per determinare l'idoneità saranno utilizzate le direttive sui redditi in vigore al momento del ricevimento della domanda compilata, e non al momento della fruizione del servizio) conformemente alla tabella progressiva appropriata delle tariffe per l'anno corrente: "Tabella progressiva delle tariffe - Pazienti ricoverati/ambulatoriali" e "Tabella progressiva delle tariffe per prestazioni cliniche" (qui accluse come allegati B-1 e B-3).
  2. L'Ospedale limiterà i costi addebitati ai soggetti aventi diritto al programma di Assistenza finanziaria agli importi generalmente addebitati (amounts generally billed, AGB) per le cure di emergenza o le altre cure necessarie dal punto di vista medico ai soggetti dotati di copertura assicurativa. L'Ospedale calcola gli AGB utilizzando il metodo previsionale e basa tale importo sulle attuali tariffe per prestazione Medicaid nello Stato di New York, promulgate dal Dipartimento di salute dello Stato di New York. In seguito alla determinazione dell'idoneità all'Assistenza finanziaria, al paziente avente diritto non potranno essere addebitati costi superiori agli AGB per le cure di emergenza o le cure necessarie dal punto di vista medico. Per determinare gli importi addebitati ai pazienti aventi diritto all'Assistenza finanziaria, l'Ospedale applicherà agli AGB una metodologia di sconto a scala progressiva in conformità con gli Allegati B-1 e B-3, in base al numero di componenti e al reddito familiare del paziente. Ipoteticamente ed esclusivamente a titolo di esempio, ad un paziente cui è stata riconosciuta l'idoneità all'Assistenza finanziaria, con una famiglia composta da 3 persone e un reddito di \$35.000, verrebbe addebitato il 10% della tariffa Medicaid prevalente (AGB) applicabile al ricovero ospedaliero di tale paziente, così come calcolato in base all'Allegato B-1.
  3. **Piani di rateizzazione.** Se un paziente non è in grado di pagare il saldo in conto, l'Ospedale proverà a negoziare con il paziente un piano di pagamento rateale. Durante la negoziazione, l'Ospedale prenderà in considerazione il saldo dovuto e valuterà la capacità del paziente di pagare.
    - a. I piani di rateizzazione permettono di pagare il saldo dovuto entro sei (6) mesi.
    - b. Il periodo di pagamento potrà essere prolungato oltre i sei (6) mesi se, a discrezione dell'Ospedale, le circostanze economiche del paziente ne giustificano la proroga.
-

- c. La rata mensile non dovrà superare il dieci per cento (10%) del reddito lordo mensile del paziente.
  - d. Se il paziente non può pagare due rate alle date convenute e continua ad essere insolvente entro i trenta (30) giorni successivi, sarà tenuto al pagamento del saldo per intero.
  - e. Se al paziente vengono addebitati gli interessi, il tasso di interesse di qualsiasi saldo non pagato non dovrà eccedere il tasso di un'obbligazione a novanta giorni emessa dal Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti (US Department of Treasury) più la metà dell'uno per cento (0,5%). Nessun piano di rateizzazione dovrà includere un'accelerazione o una clausola simile che produca un tasso di interesse più elevato su un mancato pagamento.
4. **Depositi cauzionali.** Un paziente bisognoso di cure necessarie dal punto di vista medico che presenta richiesta di Assistenza finanziaria non sarà tenuto a versare alcuna cauzione. Qualsiasi deposito cauzionale eventualmente versato dal paziente prima della sua richiesta di Assistenza finanziaria verrà incluso nella valutazione della richiesta. Se si stabilirà che tale paziente abbia diritto all'assistenza gratuita, l'intero deposito verrà rimborsato. Se si stabilirà che il paziente abbia diritto a uno sconto, qualsiasi saldo del deposito superiore a quanto dovuto dal paziente all'Ospedale verrà rimborsato.
  5. L'Ospedale manterrà una contabilità dell'importo in dollari addebitato come Assistenza finanziaria nei sistemi contabili finanziari dell'Ospedale, conformemente alla legge in vigore nello Stato di New York.
  6. Verrà sviluppato e messo in atto un meccanismo per valutare la conformità dell'Ospedale alla presente politica.

#### **D. Sensibilizzazione del personale e del pubblico**

1. Il Personale dell'Ospedale verrà istruito circa la disponibilità dell'Assistenza finanziaria e le modalità con cui i pazienti potranno ottenere ulteriori informazioni sulla procedura di presentazione delle domande. In particolare, l'Ospedale avvierà alla formazione riguardante la presente Politica tutto il personale ospedaliero che interagisce con i pazienti o che si occupa dell'emissione delle fatture o della riscossione.
  2. La comunicazione di questa Politica ai pazienti dovrà essere conforme alla Procedura A. 1.
  3. Il Riepilogo, che comprende informazioni specifiche sulle soglie di reddito utilizzate per determinare l'idoneità all'assistenza e una descrizione del bacino di utenza principale dell'Ospedale e della procedura per la presentazione della richiesta di assistenza, così come la Politica e il modulo di domanda a disposizione dei pazienti dovranno essere pubblicati sul sito web dell'Ospedale ([www.nyp.org/queens](http://www.nyp.org/queens)).
-

4. L'Ospedale comunicherà la disponibilità dell'Assistenza finanziaria al pubblico in generale, alle agenzie per i servizi sanitari comunitari e sociali locali e alle altre organizzazioni locali che assistono gli indigenti. Tra le misure intraprese per informare le agenzie no-profit e pubbliche locali figurano le seguenti:
  - a. Mettere a disposizione dei referenti locali di comitati consultivi e consigli direttivi comunitari, scuole selezionate e organizzazioni religiose nelle vicinanze di ciascun campus dell'Ospedale il materiale riguardante la Politica, il Riepilogo e i moduli di domanda;
  - b. Partecipare a riunioni con comitati comunitari locali, organizzazioni religiose, organizzazioni nel settore dei servizi sociali e con funzionari pubblici e i relativi staff per informarli della Politica;
  - c. Distribuire copie della Politica, del Riepilogo e del modulo di domanda a fiere e ad altri eventi comunitari sponsorizzati dall'Ospedale all'interno del proprio bacino d'utenza.

#### **E. Pratiche e procedure di riscossione**

1. L'Ospedale ha messo in atto pratiche e procedure di riscossione per promuovere l'accesso dei pazienti alle cure sanitarie di qualità, riducendo al minimo i casi di insolvenza. Queste pratiche e procedure sono concepite per promuovere attività di riscossione dei crediti, svolte per conto dell'Ospedale da agenzie di riscossione e avvocati, che siano coerenti con la mission, i valori e i principi base dell'Ospedale, comprese, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le Politiche di Assistenza finanziaria dell'Ospedale.
2. Le pratiche e le procedure di riscossione dell'Ospedale sono descritte in dettaglio in un'apposita Politica per le riscossioni conforme ai requisiti della legge sulla sanità pubblica dello Stato di New York (sezione 2807-k-9-a) e alle norme dell'Agenzia delle Entrate (sezione 501(r)) del Codice di Diritto tributario. La Politica per le riscossioni è disponibile in inglese e in altre lingue presso i reparti di accettazione dell'Ospedale e sul sito web dell'Ospedale all'indirizzo [www.nyp.org/queens](http://www.nyp.org/queens), selezionando il pulsante Financial Aid.

**RESPONSABILITÀ:** Servizi finanziari per i pazienti

#### **DATE DELLA POLITICA:**

**Revisione:** 20 ottobre 2015, maggio 2016, **maggio 2020**

**Approvazioni:** NYP Community Programs, Inc.

## **ALLEGATO A**

### **Bacino d'utenza principale**

Per il NewYork-Presbyterian Queens, il bacino d'utenza principale è rappresentato dai cinque distretti (contee) della Città di New York e dalla contea di Nassau.



## ALLEGATO B-1: TABELLA PROGRESSIVA DELLE TARIFFE - PAZIENTI RICOVERATI/AMBULATORIALI

IN BASE ALLE DIRETTIVE SULLA SOGLIA DI POVERTÀ PER REDDITI EXTRA-AGRICOLI - FINO AL 600%

		PS pediatrico: \$0											
		PS adulti: \$15											
		Ricovero/Chir. amb./RM: \$150											
		Ogni altra prest. non clin.: 5% della tariffa											
QUOTA PAZIENTE		10% della tariffa appl.		20% della tariffa appl.		55% della tariffa appl.		90% della tariffa appl.		100% della tariffa appl.		NO SCONTO*	
% SOGLIA POV. FED.		100%		201% - 300%		301% - 400%		401% - 500%		501% - 600%		> 600%	
N. COMPONENTI	< DIO =	> DI	< DIO =	> DI	< DIO =	> DI	< DIO =	> DI	< DIO =	> DI	< DIO =	> DI	
1	\$12,760	\$12,760	\$25,520	\$25,520	\$38,280	\$38,280	\$51,040	\$51,040	\$63,800	\$63,800	\$76,560	\$76,560	
2	17,240	17,240	34,480	34,480	51,720	51,720	68,960	68,960	86,200	86,200	\$103,440	\$103,440	
3	21,720	21,720	43,440	43,440	65,160	65,160	86,880	86,880	108,600	108,600	\$130,320	\$130,320	
4	26,200	26,200	52,400	52,400	78,600	78,600	104,800	104,800	131,000	131,000	\$157,200	\$157,200	
5	30,680	30,680	61,360	61,360	92,040	92,040	122,720	122,720	153,400	153,400	\$184,080	\$184,080	
6	35,160	35,160	70,320	70,320	105,480	105,480	140,640	140,640	175,800	175,800	\$210,960	\$210,960	
7	39,640	39,640	79,280	79,280	118,920	118,920	158,560	158,560	198,200	198,200	\$237,840	\$237,840	
8	44,120	44,120	88,240	88,240	132,360	132,360	176,480	176,480	220,600	220,600	\$264,720	\$264,720	
Per ogni ulteriore persona, aggiungere:	4,480											\$26,880	

Fonte: Comunicato del Registro federale riguardante le direttive sulle soglie di povertà federali per il 2020, pubblicato il 17 gennaio 2020

**\*VISITE AMBULATORIALI NON MEDICHE E VISITE DENTISTICHE MEDICHE:** LE RIDUZIONI SONO CALCOLATE IN BASE A UNO SCONTO SULLE TARIFFE PER PRESTAZIONE MEDICAID

**\*RICOVERI:** LE RIDUZIONI SONO CALCOLATE IN BASE ALLA TARIFFA PIÙ BASSA O AL DRG MEDICAID

**ASSISTENZA FINANZIARIA**

**ALLEGATO B-3: TABELLA PROGRESSIVA DELLE TARIFFE PER PRESTAZIONI CLINICHE  
IN BASE ALLE DIRETTIVE SULLA SOGLIA DI POVERTÀ PER REDDITI EXTRA-AGRICOLI - FINO AL 600%**

CATEGORIA	A		B		C		D		E		F		W
TARIFFA PER VISITA	Visita ped./prenatale: 0 Visita adulti: \$10		\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		NO SCNT
% SOGLIA POV. FED.	100%		101%-200%		201%-300%		301% - 400%		401%-500%		501% - 600%		> 600%
N. comp. Reddito	< DI O =	> DI	< DI O =	> DI	< DI O =	> DI	< DI O =	> DI	< DI O =	> DI	< DI O =	> DI	
1	\$12,760	\$12,760	\$25,520	\$25,520	\$38,280	\$38,280	\$51,040	\$51,040	\$63,800	\$63,800	\$76,560	\$76,560	
2	17,240	17,240	34,480	34,480	51,720	51,720	68,960	68,960	86,200	86,200	103,440	103,440	
3	21,720	21,720	43,440	43,440	65,160	65,160	86,880	86,880	108,600	108,600	130,320	130,320	
4	26,200	26,200	52,400	52,400	78,600	78,600	104,800	104,800	131,000	131,000	157,200	157,200	
5	30,680	30,680	61,360	61,360	92,040	92,040	122,720	122,720	153,400	153,400	184,080	184,080	
6	35,160	35,160	70,320	70,320	105,480	105,480	140,640	140,640	175,800	175,800	210,960	210,960	
7	39,640	39,640	79,280	79,280	118,920	118,920	158,560	158,560	198,200	198,200	237,840	237,840	
8	44,120	44,120	88,240	88,240	132,360	132,360	176,480	176,480	220,600	220,600	264,720	264,720	
Per ogni ulteriore persona, aggiungere:	4,480												26,880

Fonte: COMUNICATO del Registro federale riguardante le direttive sulle soglie di povertà federali per il 2020, pubblicato il 17/1/2020

**ASSISTENZA FINANZIARIA**

ALLEGATO C

New York-Presbyterian Hospital Queens