

Ultima approvazione	Dic 2022	Titolare	Layne Gambol: responsabile conti dei pazienti
In vigore da	Gen 2023	Area	Politiche di compliance aziendale
Ultima revisione	Dic 2022	Riferimenti	CCP-FI-006
Prossima revisione	Dic 2025		

Politica dell'ospedale su incassi e assistenza finanziaria

I. SCOPO

Stabilire gli standard per pratiche di fatturazione, di recupero crediti e di assistenza finanziaria eque e giuste che riflettano lo stato del Capital Health Medical Center di Hopewell e del Capital Health Regional Medical Center (collettivamente denominati "Capital Health) in qualità di operatore sanitario senza scopo di lucro e che ne promuovano la missione di fornire accesso a servizi di assistenza medica di alta qualità ai residenti nella relativa area di servizio, a prescindere dalla capacità di pagare.

II. MODULI/ALLEGATI

Prospetto finanziario riservato di Capital Health

Elenco degli operatori Capital Health

III. APPARECCHIATURE/FORNITURE

Nessuna

IV. POLITICA

In connessione con la propria Dichiarazione della missione aziendale, Capital Health e qualsiasi entità sostanzialmente correlata secondo quanto definito dall'Agenzia delle entrate statunitense mantiene pratiche di fatturazione eque e giuste che trattano tutti i pazienti con dignità, rispetto e compassione. Capital Health fornisce servizi di emergenza e altri servizi medici necessari a chiunque, a prescindere dalla capacità di pagare in conformità con la propria politica sulle prestazioni di emergenza (Politica n. CCP-PC-002) e con la Legge federale sul trattamento medico di emergenza e sul lavoro (EMTALA, Emergency Medical Treatment and Labor Act). Capital Health facilita l'assistenza ai pazienti incapaci di pagare i servizi ricevuti in parte o in toto in un modo coerente con la propria missione e i propri

valori e che prendono in considerazione la capacità di ciascun individuo di contribuire al costo della propria assistenza.

Fare riferimento all'Appendice B per un elenco di tutti gli operatori che prestano servizi di emergenza o altri servizi medici necessari presso il Capital Health Medical Center di Hopewell e il Capital Health Regional Medical Center e se essi siano o meno coperti dalla Politica sull'assistenza finanziaria ("FAP"). Tale elenco sarà sottoposto a revisione con cadenza trimestrale e aggiornato, se necessario.

V. AMPIA PUBBLICIZZAZIONE

La FAP, il prospetto finanziario riservato di Capital Health ("Domanda") e il riepilogo semplificato ("PLS") sono disponibili in inglese e nella lingua primaria delle popolazioni con una conoscenza limitata dell'inglese che costituiscono il numero inferiore tra 1.000 individui o il 5% della comunità cui viene prestato servizio presso ciascuna area di servizio primario della struttura ospedaliera. Sarà intrapresa ogni azione volta a garantire che i documenti della FAP siano chiaramente comunicati ai pazienti la cui lingua primaria non è inclusa tra le traduzioni disponibili. Il PLS è una dichiarazione scritta che notifica un individuo in merito al fatto che la struttura ospedaliera offre assistenza finanziaria e fornisce informazioni in merito alla presente FAP in una lingua che sia chiara, concisa e di facile comprensione.

Capital Health intraprende azioni ragionevoli volte a informare i pazienti della potenziale disponibilità di assistenza finanziaria. In caso un paziente ponga domande sull'assistenza finanziaria, il personale gli comunicherà che tale assistenza finanziaria potrebbe essere disponibile ma esclusivamente ai sensi di criteri stabiliti nella presente politica e che, per ulteriori informazioni, il paziente o il medico devono contattare il responsabile del recupero crediti (Credit and Collections Manager) nel reparto contabilità pazienti.

La FAP, la Domanda e il PLS saranno palesemente visibili nel seguente modo:

- A. La FAP; la Domanda e il PLS sono ampiamente disponibili sul sito Web di Capital Health: www.capitalhealth.org;
- B. Copie cartacee della FAP, della Domanda e del PLS sono disponibili su richiesta gratuitamente via posta e nelle sedi pubbliche di ciascuna struttura ospedaliera (che include come minimo il pronto soccorso e le aree di ammissione) site ai seguenti indirizzi:

Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue
Trenton, NJ 08638

- C. Informare e notificare i membri della comunità cui ciascuna struttura ospedaliera presta servizio sulla FAP in modo da raggiungere i membri della comunità che con maggiore probabilità avranno bisogno di assistenza finanziaria;
- D. Notificare e informare i membri che ricevono assistenza medica presso le strutture ospedaliere sulla FAP:
 - 1. Offrendo una copia cartacea del PLS ai pazienti ricoverati come parte del processo di ricovero;
 - 2. Includendo palesi notifiche scritte che informino i pazienti sulla disponibilità dell'assistenza finanziaria su tutte le fatture;
 - 3. Tramite palesi segnaletiche che notifichino e informino i pazienti sulla disponibilità dell'assistenza finanziaria nei luoghi pubblici di ciascuna struttura ospedaliera.

VI. PROGRAMMI DI ASSISTENZA FINANZIARIA E CRITERI DI IDONEITÀ

A. Pazienti non assicurati:

Per paziente non assicurato si intende un paziente sprovvisto di copertura assicurativa per i servizi medici necessari e che risulta non idoneo per qualsiasi programma locale, federale o statale. Il paziente che soddisfa la presente definizione e i criteri definiti ai punti "a" e "b" qui di seguito si qualificherà per uno sconto per non assicurati imposto dallo Stato secondo il quale la responsabilità del paziente si attesta a non più del 115% del rimborso Medicare (*NJ Public Law 2008, c.60*). Per avere diritto a questo sconto non occorre presentare domanda.

Lo sconto è calcolato come segue:

- 1. Per tutti i servizi di ricovero, utilizzare il 115% dell'importo DRG Medicare; e
- 2. Per tutti i servizi ambulatoriali, utilizzare il 115% dell'importo Medicare.

Capital Health si riserva il diritto di applicare gli sconti con equità, in base alle condizioni finanziarie dei singoli pazienti.

B. Programma di assistenza per il pagamento delle cure ospedaliere del New Jersey ("Charity Care"):

L'assistenza Charity Care è gratuita o con addebito ridotto per i pazienti che ricevono servizi di ricovero o ambulatoriali presso ospedali per cure intensive in tutto lo Stato del New Jersey.

Charity Care è un programma statale disponibile ai residenti del New Jersey che:

1. Non dispongono di copertura assicurativa per spese mediche o la cui copertura che paga solo parte della fattura;
2. Non hanno diritto ad alcuna copertura privata o sponsorizzata dal governo; e
3. Soddisfano i criteri di idoneità relativi sia al reddito sia ai beni stabiliti dallo Stato.

Criteri di idoneità per reddito: i pazienti con reddito familiare lordo pari o inferiore al 200% delle linee guida federali sulla povertà (“FPG”, Federal Poverty Guidelines) sono idonei al 100% della copertura Charity Care. I pazienti con reddito familiare lordo superiore al 200% ma pari o inferiore al 300% delle FPG sono idonei a ricevere assistenza medica a costo ridotto ai sensi del programma Charity Care. I criteri di idoneità per reddito si basano sul reddito immediatamente precedente la data del servizio.

Criteri di idoneità per beni: per essere idoneo, i beni individuali di un paziente non devono superare l'importo di 7.500 USD e i beni familiari non possono superare l'importo di 15.000 USD alla data del servizio. Per le finalità della presente sezione, i familiari i cui beni devono essere presi in considerazione sono gli individui legalmente responsabili secondo quanto definito nel N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

L'assistenza medica gratuita o i costi parzialmente coperti saranno determinati dall'uso dei criteri di reddito per i non assicurati del Dipartimento della sanità del New Jersey.

C. Sconto per pazienti con copertura assicurativa inadeguata:

Capital Health fornisce uno sconto per tutti i pazienti idonei con copertura assicurativa inadeguata che non possono permettersi il pagamento di tutta o di parte della propria fattura ospedaliera. Questo sconto è disponibile per i pazienti con copertura assicurativa inadeguata che soddisfano i seguenti criteri di idoneità per reddito.

Criteri di idoneità per reddito: i pazienti con reddito familiare lordo pari o inferiore al 400% delle linee guida federali sulla povertà (“FPG”) sono idonei al 100% della copertura. I pazienti con reddito familiare lordo superiore al 400% ma pari o inferiore al 600% delle FPG sono idonei a ricevere assistenza medica a costo ridotto.

L'assistenza medica gratuita o i costi parzialmente coperti saranno determinati raddoppiando gli importi inclusi nei criteri di reddito per i non assicurati del Dipartimento della sanità del New Jersey.

VII. IMPORTI GENERALMENTE FATTURATI (“AGB”)

In conformità con il Codice di diritto tributario §501(r)(5), in caso di assistenza di emergenza o di altra assistenza medica necessaria, ai pazienti idonei per l'assistenza finanziaria ai sensi della presente FAP non sarà addebitato un importo superiore rispetto a quello che sarebbe addebitato a un individuo dotato di copertura assicurativa per tale assistenza medica.

Capital Health si è avvalsa del metodo retrospettivo, della tariffa Medicare per il servizio oltre ad assicurazioni private per calcolare una percentuale AGB per ciascuna delle proprie strutture ospedaliere. La percentuale AGB è calcolata annualmente sulla base di tutti i crediti ammessi dalla tariffa Medicare per il servizio più assicurazioni private in un periodo precedente di 12 mesi, divisa per la somma dei costi lordi associati a tali crediti. La percentuale AGB applicabile sarà applicata ai costi lordi per determinare l'AGB.

Le percentuali AGB risultanti sono le seguenti:

Capital Health Regional Medical Center

- Servizi di ricovero: 8,02%
- Servizi ambulatoriali: 11,11%

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Servizi di ricovero: 7,00%
- Servizi ambulatoriali: 9,73%

Ai pazienti idonei per l'assistenza finanziaria sarà addebitato sempre l'importo minore tra l'AGB o eventuali tariffe scontate disponibili ai sensi della presente FAP.

VIII.METODO PER RICHIEDERE L'ASSISTENZA FINANZIARIA – CHARITY CARE E PERSONE SOTTOASSICURATE

- A. I pazienti che soddisfano i criteri di idoneità per il programma Charity Care devono inviare una Domanda per il programma di assistenza ospedaliera per il New Jersey completata.

Questa richiesta comprende documentazione specifica come richiesto dall'Articolo Charity Care del manuale dei servizi ospedalieri N.J.A.C. 10:52. I seguenti documenti sono obbligatori ai fini della determinazione dell'idoneità:

1. Documenti di identificazione adeguati del paziente e della famiglia.
Ciò può comprendere uno qualsiasi tra: patente di guida, tessera della previdenza sociale, tessera di registrazione dello straniero, certificato di nascita, passaporto, visto, identificazione rilasciata dallo stato, ecc.
2. Documento comprovante la residenza nel New Jersey alla data del servizio. Ciò può comprendere uno qualsiasi tra: patente di guida, tessera identificativa del piano di welfare, bolletta, dichiarazione dei redditi federale, dichiarazione dei redditi statale, dichiarazione dei sussidi di disoccupazione (nota: l'assistenza medica di emergenza rappresenta un'eccezione ai requisiti di residenza).
3. Documento comprovante il reddito lordo.

Ciò può comprendere buste paga, modulo W-2, dichiarazione dei sussidi di disoccupazione, ecc.

4. Documento comprovante i beni posseduti alla data del servizio.
Questi sono articoli prontamente convertibili in denaro. Includono estratti conto bancari, dichiarazioni di investimento, ecc.

Di tanto in tanto, potrebbe essere richiesta ulteriore documentazione a seconda delle circostanze del singolo richiedente. Un individuo può fare domanda per il programma Charity Care fino a due anni (730 giorni) dopo la data del servizio.

- B. I pazienti che soddisfano i criteri di idoneità per lo sconto per i pazienti dotati di copertura assicurativa non adeguata devono inviare un prospetto finanziario riservato di Capital Health completato per essere considerati per l'idoneità. Non sono richiesti ulteriori documenti con questo invio.

Normalmente, i pazienti che hanno bisogno di assistenza finanziaria invieranno inizialmente un prospetto finanziario riservato. In base alle informazioni fornite, il Credit and Collections Department (Dipartimento di recupero crediti) di Capital Health informerà il paziente circa la sua eventuale idoneità all'assistenza finanziaria.

Una volta inviata una Domanda completata, un membro del personale dell'ufficio recupero crediti sottoporrà a revisione la Domanda al fine di determinare l'idoneità finanziaria. I pazienti, o l'individuo responsabile finanziariamente, saranno notificati per iscritto di tutte le decisioni. Capital Health si riserva il diritto di applicare gli sconti con equità, in base alle condizioni finanziarie dei singoli pazienti.

Se Capital Health riceve una Domanda incompleta, sarà fornita una notifica scritta al paziente, o all'individuo responsabile finanziariamente, indicante le informazioni e/o la documentazione aggiuntiva necessaria al fine di determinare l'idoneità alla FAP. Ai pazienti, o all'individuo responsabile finanziariamente, saranno concessi il maggiore tra 30 giorni o il numero di giorni rimanenti nel periodo di presentazione della domanda (due anni o 730 giorni dalla data del servizio) per inviare una Domanda completata comprese eventuali informazioni aggiuntive richieste da Capital Health. Inoltre, a tutti i pazienti sarà fornito un PLS.

Fare riferimento all'Articolo V per sapere dove il modulo della Domanda sia disponibile gratuitamente e su richiesta.

IX. PRATICHE DI FATTURAZIONE E RECUPERO CREDITI

- A. Tutti gli account che sono contrattualmente lasciati con una passività finanziaria da parte dell'assicuratore o che mancano di copertura di responsabilità civile sono considerati pazienti paganti in proprio. A questi pazienti saranno offerte informazioni sull'assistenza finanziaria al momento della registrazione.

B. I pazienti paganti in proprio ricevono una serie di quattro bollettini di dati e una notifica urgente nell'arco di 135 giorni dalla data della prima fattura per il servizio ricevuto. Questa notifica urgente deve essere inviata ai pazienti dando loro un minimo di 30 giorni per saldare l'importo dovuto prima che il debito venga trasferito a un'agenzia di recupero crediti. La notifica:

- indicherà che è disponibile l'assistenza finanziaria per i pazienti idonei;
- includerà un numero telefonico presso il quale gli individui possono ottenere informazioni sulla FAP e l'assistenza con il processo di presentazione della Domanda;
- includerà l'indirizzo del sito Web dell'organizzazione sul quale è possibile ottenere copie della FAP, della Domanda e del PLS;
- identificherà le azioni straordinarie di recupero crediti ("ECA") che la terza parte intende avviare per ottenere il pagamento per il servizio fornito;
- indicherà una scadenza dopo la quale tali ECA possono essere avviate (la quale scadenza non deve essere precedente a 30 giorni successivi alla data in cui tale notifica è fornita); e
- includerà una copia del PLS.

Capital Health intraprenderà le azioni ragionevoli volte a notificare oralmente in merito alla FAP e alle modalità con cui il singolo può ottenere assistenza finanziaria con il processo di presentazione della Domanda.

C. Oltre ai bollettini e alla notifica urgente, il dipartimento di contabilità pazienti effettua chiamate telefoniche per gli account con un saldo superiore a 750,00 USD per tentare di ottenere il saldo. Nel caso si verifichino condizioni impreviste, saranno compiuti ragionevoli sforzi per effettuare telefonate, ma queste non possono essere garantite (esempio: assenza di energia, pandemia nazionale).

D. In caso una passività di un paziente pagante in proprio non venga risolta entro 135 giorni, l'account viene considerato come credito inesigibile e trasferito a una delle due agenzie di recupero crediti esterne a seconda del cognome del paziente (suddivisione alfabetica).

E. L'agenzia di recupero crediti primaria ha 270 giorni per recuperare il credito. Al termine dei 270 giorni, in caso sia ancora presente un saldo in sospeso, l'account viene restituito in modo automatico e quindi riassegnato a un'agenzia di recupero crediti secondaria. Viene utilizzata solo un'agenzia di recupero crediti secondaria.

- F. Un soggetto ha due anni (730 giorni) dalla data del servizio per presentare richiesta di assistenza finanziaria.
- G. Quando viene ricevuta una Domanda completata, Capital Health garantisce quando segue:
- Le ECA nei confronti del paziente verranno sospese;
 - Una determinazione di idoneità verrà effettuata e documentata in maniera tempestiva;
 - Capital Health notificherà il paziente per iscritto circa la determinazione e le basi per la determinazione, le modalità con cui è stato determinato l'importo e la percentuale AGB applicabile;
 - Verrà fornita una fattura aggiornata che indica l'importo dovuto dal paziente idoneo alla FAP (se applicabile); e
 - Eventuali importi pagati in eccesso rispetto all'importo dovuto dal paziente idoneo alla FAP saranno rimborsati di conseguenza (se applicabili e superiori a 5 USD).
- H. Se viene ricevuta una Domanda incompleta, Capital Health fornirà al paziente una notifica scritta che descrive le informazioni o la documentazione aggiuntiva necessaria per effettuare una determinazione di idoneità alla FAP. Le terze parti sospenderanno le ECA relative al pagamento per il servizio fino a quando Capital Health determina l'idoneità o meno alla FAP.
- I. L'agenzia di recupero crediti secondaria è l'unica agenzia autorizzata ad adire vie legali su un account inserito tra i crediti inesigibili. A parte gli account perseguiti legalmente dall'agenzia di recupero crediti secondaria, quest'ultima ha altresì a disposizione 270 giorni per recuperare il credito.
- J. Al termine del periodo di 270 giorni con l'agenzia di recupero crediti secondaria, l'account viene quindi restituito in modo automatico al sistema contabile del paziente e gli viene assegnato il codice d'agenzia "TB" (Take back, Restituire).
- K. Un account con il codice di agenzia TB è stato nel ciclo di recupero crediti per i paganti in proprio per 135 giorni, con un'agenzia di recupero crediti primaria per 270 giorni e con un'agenzia di recupero crediti secondaria per altri 270 giorni.
- L. Tutti i conti vengono trattati allo stesso modo a prescindere dal pagatore.

Quando un paziente esprime l'incapacità o la difficoltà ad adempiere all'obbligo finanziario nei confronti di Capital Health associato alle proprie cure mediche, Capital Health collabora con il paziente al fine di determinare se sia disponibile assistenza

finanziaria per consentire al paziente di pagare. L'assistenza finanziaria può comprendere:

- A. La definizione di un piano di pagamento ragionevole, che non superi i giorni rimanenti nel ciclo di fatturazione prima del trasferimento all'agenzia di recupero crediti primaria;
- B. Identificazione dell'assistenza sanitaria disponibile attraverso programmi quali Medicaid, Charity Care o altre organizzazioni caritatevoli;
- C. Uno sconto parziale o una completa rinuncia dei costi associati alle cure mediche del paziente in conformità con i termini e le condizioni della presente politica.

Capital Health richiede alle proprie agenzie di recupero crediti di rispettare la presente politica. Al fine di facilitare la conformità con la presente politica, Capital Health include in tutti gli accordi con le agenzie di recupero crediti:

- A. La richiesta che l'agenzia di recupero crediti si astenga da qualsiasi attività che viola il Fair Debt Collections Practices Act (15 U.S.C. Sezione 1692 et. seq.).
- B. Un riconoscimento da parte dell'agenzia di recupero crediti dello status non-profit e della missione di Capital Health e dell'accettazione da parte dell'agenzia di astenersi da pratiche di riscossione contrarie allo stato o in violazione della presente politica.

Capital Health intraprende azioni legali esclusivamente nel tentativo di ottenere l'adempimento di un obbligo finanziario di un paziente laddove esistano motivi ragionevoli di ritenere che il paziente o la parte responsabile disponga di un reddito e/o di beni sufficienti ad adempiere all'obbligo senza eccessive difficoltà. Capital Health non pretende la vendita o la preclusione della residenza principale di un paziente per adempiere all'obbligo finanziario dello stesso.

X. RIFERIMENTI

United States Department of Health and Human Service, Office of Inspector General's Compliance Guidance to Hospital, marzo 1998

American Hospital Association and New Jersey Hospital Association Statement of Principles and Guidelines for Hospital Billing and Collection Practices

Disegno di legge dell'assemblea del New Jersey, A 2609