

Departamento responsável: Serviços de negócios corporativos (Corporate Business Services)	POLÍTICA E PROCEDIMENTOS DO YALE NEW HAVEN HEALTH
Título: Programas de assistência financeira (Financial Assistance Programs)	
Data de vigência: 01 de maio de 2025	
Aprovado por: Conselho de Administração do YNHHS	
Tipo de política do sistema (I ou II): Tipo I	

FINALIDADE

O Yale New Haven Health (“Yale New Haven Health” ou “YNHHS”) se compromete em fornecer assistência financeira a indivíduos qualificados que precisam de ajuda para pagar atendimentos de emergência ou atendimentos médicos necessários. A finalidade desta Política de assistência financeira (Financial Assistance Policy, “FAP”) é:

- A. Explicar qual assistência financeira está disponível na FAP;
- B. Descrever quem é elegível para assistência financeira e como se inscrever;
- C. Descrever como as taxas do(a) paciente são calculadas para emergência ou outro atendimento médico necessário para pacientes elegíveis para FAP;
- D. Identificar os profissionais que estão e não estão incluídos na FAP;
- E. Descrever as etapas que os hospitais do YNHHS adotam para divulgar amplamente esta FAP nas comunidades atendidas pelo YNHHS; e
- F. Explicar quais ações de cobrança podem ser realizadas por falta de pagamento das contas do Yale New Haven Health.

APLICABILIDADE

Esta política se aplica a todos os hospitais licenciados afiliados ao YNHHS, incluindo o Bridgeport Hospital, o Greenwich Hospital, o Lawrence + Memorial Hospital, o Yale New Haven Hospital e o Westerly Hospital (cada um referido como um “Hospital”). Além disso, os programas de assistência financeira são seguidos pelo Northeast Medical Group, Yale New Haven Health Urgent Care, Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut e Home Care Plus (cada um mencionado como “Provedor não hospitalar do YNHHS”).

POLÍTICA

- A. Diretor responsável.** O vice-presidente sênior do YNHHS, do ciclo de receitas (Revenue Cycle) ou seu representante supervisionará a FAP do YNHHS.
- B. Escopo e lista de provedores**
 1. **Emergência e outros atendimentos médicos necessários.** Esta FAP se aplica aos atendimentos de emergência e outros atendimentos médicos necessários, incluindo serviços de internação e ambulatoriais, cobrados por um hospital ou provedor não hospitalar do YNHHS. A FAP exclui: (a) enfermeiros de quarto privado ou de plantão particular; (b) serviços que não

Política de programas de assistência financeira (Financial Assistance Programs Policy)

são necessários do ponto de vista médico, como cirurgia estética opcional; (c) outras taxas de conveniência opcionais, como despesas de televisão ou telefone, e (d) outros descontos ou reduções de despesas não expressamente descritos nesta política.

2. **Lista de provedores.** Encontre a seguir uma lista de provedores que prestam atendimentos de emergência e outros atendimentos médicos necessários em um hospital:

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

A lista indica se o provedor está incluído na FAP. Se o provedor não estiver incluído na FAP, os pacientes devem entrar em contato com o consultório/escritório do provedor para determinar se ele oferece assistência financeira e, em caso afirmativo, o que a política de assistência financeira do provedor cobre.

3. **Conformidade com a EMTALA.** Os hospitais são obrigados a cumprir a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) de acordo com suas políticas e também estão proibidos de se envolver em atividades que desencorajem um indivíduo a procurar atendimento médico de emergência. Nada nesta FAP limita as obrigações de um hospital sob a EMTALA de tratar pacientes com condições médicas de emergência.

C. Programa de assistência financeira

1. **Requisitos gerais de elegibilidade.** Os pacientes se qualificarão para um ajuste da assistência financeira dos valores devidos por emergência e/ou outro atendimento médico necessário pelo paciente individual (mas não dos valores devidos por um pagador terceirizado) se atenderem aos seguintes critérios:

- Não (i) ter seguro e não ser elegível para nenhum programa governamental de benefícios de saúde ou plano de saúde qualificado disponível por meio da Lei de Atendimento de Saúde Acessível (Affordable Care Act), ou (ii) ter cobertura de seguro insuficiente;
- Morar nos Estados Unidos;
- Atender aos critérios de renda descritos abaixo;
- Enviar um formulário de inscrição preenchido com a documentação necessária ou atender aos critérios estabelecidos para elegibilidade presumida, conforme descrito abaixo; e
- Cooperar com a inscrição do Medicaid ou de quaisquer outros programas de pagamento de terceiros que possam estar disponíveis.

2. Critérios de renda

- a. **Atendimento gratuito.** Se for verificado que a renda familiar anual bruta é igual ou inferior a 250% das Diretrizes Federais de Nível de Pobreza (Federal Poverty Level Guidelines) (*ver Anexo 1*), um(a) paciente pode se qualificar para atendimento gratuito (um desconto de 100% em relação ao saldo da conta do(a) paciente).
- b. **Atendimento com desconto.** Se for verificado que a renda familiar anual bruta está entre 251% e 550% das Diretrizes Federais de Nível de Pobreza (Federal Poverty Level Guidelines), um(a) paciente pode se qualificar para um desconto conforme mostrado no *Anexo 1*. Para pacientes que possuem seguro, o desconto será aplicado ao saldo da conta do(a) paciente que permanece após a aplicação dos pagamentos do seguro ou de terceiros pagadores.

- c. **Indigente do ponto de vista médico.** Os pacientes que não atendem aos critérios de renda acima também podem ser considerados elegíveis para assistência financeira, se as contas médicas excederem uma certa porcentagem da renda ou bens da família.
3. **Fundos para leitos hospitalares.** Um(a) paciente pode ser elegível para receber assistência financeira proveniente de fundos para leitos gratuitos doados a um hospital que oferece atendimento médico a pacientes que podem não ter condições de pagar por atendimento hospitalar. Esses fundos representam uma pequena parte do financiamento geral para assistência financeira com elegibilidade, levando em consideração as restrições dos doadores e, se aplicável, as indicações feitas pelos representantes do fundo. Todos os pacientes que preencherem o formulário de inscrição obrigatório para assistência financeira serão automaticamente considerados nos fundos para leitos hospitalares.
4. **Outros programas de assistência financeira específicos para hospitais.** O Greenwich Hospital fornece assistência financeira a certos indivíduos que eram pacientes da antiga clínica ambulatorial de cuidados primários do Greenwich Hospital para serviços de internação e ambulatoriais no Greenwich Hospital.

Faz parte da política do Yale New Haven Health tomar decisões sobre assistência financeira sem discriminação. As decisões não consideram idade, sexo, raça, cor, nacionalidade, estado civil, status social ou de imigrante, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero, afiliação religiosa, deficiência, status de veterano ou militar ou qualquer outra base proibida por lei. O YNHHS pode, a seu critério, aprovar a assistência financeira fora do escopo desta Política.

D. Limitação de taxas para serviços hospitalares

Quando um(a) paciente se qualifica sob esta política para atendimento com desconto, mas não atendimento gratuito para serviços hospitalares qualificados, o(a) paciente não será cobrado(a) mais do que o valor geralmente cobrado (amount generally billed, “AGB”) para indivíduos que possuem seguro cobrindo tais atendimentos.

1. **Como o AGB é calculado.** O YNHHS calcula o AGB anualmente para cada hospital usando o “método de retrospectiva” de acordo com os regulamentos fiscais federais e com base nas tarifas de taxa por serviço do Medicare, incluindo os valores de compartilhamento de custos do beneficiário do Medicare e todas as seguradoras de saúde privadas que pagam reivindicações a cada instalação hospitalar no ano fiscal anterior. O YNHHS pode aplicar o desconto percentual por hospital ou pode optar por usar o desconto percentual mais favorável aos pacientes do YNHHS. Os descontos do AGB são mostrados no Anexo 1.

E. Formulário de inscrição para assistência financeira

1. **Como se inscrever.** Para se inscrever para assistência financeira, o(a) paciente deve preencher o formulário de inscrição do YNHHS para assistência financeira (“Formulário de inscrição”), exceto conforme disposto abaixo. O formulário de inscrição está disponível:
 - a. On-line no site www.ynhhs.org/financialassistance e no site de cada Hospital do YNHHS.
 - b. Pessoalmente em qualquer área de internação ou registro de pacientes do Hospital do YNHHS.
 - c. Por correio, ligando e solicitando uma cópia gratuita do Patient Financial Services pelo número (855) 547-4584.

2. **Formulário de inscrição.** O Formulário de inscrição descreve (i) os programas de assistência financeira e requisitos de elegibilidade, (ii) os requisitos de documentação para determinações de elegibilidade e (iii) as informações de contato para assistência da FAP. O Formulário de inscrição também explica que (i) o YNHHS responderá a cada Formulário de inscrição por escrito, (ii) os pacientes podem se inscrever novamente para assistência financeira sob a FAP a qualquer momento e (iii) os fundos adicionais para leitos hospitalares gratuitos ficam disponíveis todos os anos. O YNHHS não negará assistência financeira sob a FAP em caso de falha no fornecimento de informações ou documentos que a FAP ou o Formulário de inscrição não exijam como parte da inscrição.
3. **Pacientes elegíveis para FAP.** Os Hospitais YNHHS farão esforços razoáveis para determinar a elegibilidade e documentar quaisquer determinações de elegibilidade para assistência financeira nas contas de pacientes aplicáveis. Uma vez que o YNHHS determine que um(a) paciente é elegível para a FAP, o YNHHS irá:
 - a. Fornecer um extrato de cobrança indicando o valor que o indivíduo deve como paciente elegível para FAP, incluindo como o valor foi determinado e declara, ou descreve, como o indivíduo pode obter informações sobre o AGB para o atendimento, se aplicável;
 - b. Reembolsar ao indivíduo qualquer valor que ele tenha pago pelo atendimento que exceda o valor que ele está determinado a ser pessoalmente responsável por pagar como um indivíduo elegível para FAP, a menos que tal valor excedente seja inferior a 5 dólares, ou outro valor definido pela Receita Federal (Internal Revenue Service, IRS); e
 - c. Tomar medidas razoáveis para reverter quaisquer ações extraordinárias de cobrança.
4. **Elegibilidade presumível.** O YNHHS pode determinar a elegibilidade para atendimento gratuito ou com desconto sob esta Política com base em informações sobre as circunstâncias de vida de um(a) paciente obtidas de outras fontes que não o(a) paciente, incluindo as seguintes fontes ou fontes semelhantes:
 - a. O YNHHS, em nome de cada Hospital, usa uma ferramenta de triagem de terceiros para auxiliar na identificação de indivíduos com saldos de autopagamento que não se inscreveram para assistência financeira, mas cuja renda é menor ou igual a 250% do Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level) (*ou seja*, elegível para atendimento gratuito). Se um(a) paciente for identificado(a) por meio desse processo, seu saldo hospitalar pendente pode ser ajustado para atendimento de caridade (gratuito).
 - b. O YNHHS é afiliado à Yale University e é o centro acadêmico de saúde da Yale School of Medicine. Pacientes que não têm seguro atendidos por clínicas de cuidados primários administradas por estudantes da Yale University para indivíduos de baixa renda, incluindo a Haven Free Clinic, podem ser considerados elegíveis para atendimento gratuito ou com desconto sem a necessidade de preencher uma formulário de inscrição para assistência financeira, mediante recebimento da confirmação do YNHHS em um formulário aceitável ao vice-presidente sênior do Ciclo de receitas de que a pessoa é paciente de qualquer uma dessas clínicas.

- c. O YNHHS pode usar determinações de elegibilidade anteriores para determinar presumivelmente que o indivíduo pode ser novamente elegível para atendimentos de caridade sob esta FAP.

F. Relação com as práticas de cobrança do YNHHS

Um hospital do YNHHS (e qualquer agência de cobrança ou outra parte à qual tenha encaminhado dívida) não se envolverá em nenhuma ação de cobrança extraordinária (extraordinary collection action, “ECA”) antes de 120 dias após a emissão da primeira declaração de cobrança pós-alta para o atendimento. Nenhuma ECA será realizada, até que o YNHHS tenha feito esforços razoáveis para determinar se um(a) paciente ou qualquer outro indivíduo com responsabilidade financeira por uma conta de autopagamento (Indivíduo(s) Responsável(is)) é elegível para assistência financeira sob esta FAP, conforme confirmado e aprovado pelo vice-presidente sênior do Ciclo de receitas ou seu(s) representantes(s).

O Hospital seguirá seu ciclo de Contas a Receber de acordo com os processos e práticas operacionais internas. Como parte desses processos e práticas, o YNHHS notificará os pacientes sobre sua FAP a partir da data em que o atendimento for prestado e durante todo o ciclo de faturamento (ou durante o período exigido por lei, o que for mais longo) por meio de métodos que incluem:

1. Todos os pacientes receberão um resumo em linguagem simples desta FAP e um formulário de inscrição para assistência financeira sob a FAP como parte do processo de alta ou entrada de um hospital.
2. Pelo menos três extratos separados para cobrança serão enviados por correio ou e-mail para o último endereço conhecido do(a) paciente e de outro(s) Indivíduo(s) Responsável(is) por um período de pelo menos sessenta (60) dias; desde que, no entanto, nenhum extrato adicional seja enviado após o(s) indivíduo(s) responsável(is) enviar um formulário de inscrição preenchido para assistência financeira sob a FAP ou ter pago integralmente. O(a) paciente ou Indivíduo(s) Responsável(is) deve(m) fornecer um endereço de correspondência correto no momento do serviço ou no momento da mudança. Se uma conta do(a) paciente não tiver um endereço válido, o YNHHS será considerado como tendo feito “Esforços Razoáveis” para determinar a elegibilidade do(a) paciente sob esta FAP. Todos os extratos da conta única do(a) paciente incluirão:
 - a. Um resumo dos serviços hospitalares abrangidos pelo extrato;
 - b. As taxas por tais serviços;
 - c. O valor que deve ser pago pelo(s) Indivíduo(s) Responsável(is) (ou, se o valor não for conhecido, uma estimativa de boa-fé na data do extrato inicial); e
 - d. Um aviso visível por escrito da disponibilidade de assistência financeira sob a FAP, incluindo o número de telefone do departamento e o endereço direto do site onde cópias de documentos podem ser obtidas.
3. Pelo menos um dos extratos enviados por correio ou e-mail descreverá as ECAs que o YNHHS pretende realizar se o(s) indivíduo(s) responsável(is) não se inscrever(em) para assistência financeira sob a FAP nem pagar o valor devido até o prazo de faturamento. Esse extrato deve ser

Política de programas de assistência financeira (Financial Assistance Programs Policy)

fornecido ao(s) indivíduo(s) responsável(is) pelo menos 30 dias antes do prazo especificado no extrato. Um resumo em linguagem simples desta FAP acompanhará este extrato.

4. O YNHHS tentará entrar em contato com o(s) Indivíduo(s) Responsável(is) por telefone no último número de telefone conhecido, se houver, pelo menos uma vez durante a série de extratos enviados por correio ou e-mail. Durante todas as conversas, o(a) paciente ou Responsável(is) será(ão) informado(s) sobre a assistência financeira que pode estar disponível sob a FAP.
5. Sujeito ao cumprimento das disposições desta FAP, o YNHHS pode realizar qualquer uma das ECAs listadas no Anexo 2 em um esforço para obter o pagamento pelos serviços médicos prestados.

G. Disponibilidade da política

Cópias desta FAP, um resumo em linguagem simples desta FAP e do Formulário de inscrição para FAP estão disponíveis em www.ynhhs.org/financialassistance.

O YNHHS disponibilizará cópias em papel desta FAP, um resumo em linguagem simples desta FAP e do Formulário de inscrição para FAP mediante solicitação, gratuitamente, por correio ou em cada Departamento de Emergência Hospitalar (Emergency Department) do YNHHS e em todos os pontos de registro. Os formulários em papel estarão disponíveis em inglês e no idioma principal de qualquer população com proficiência limitada em inglês que constitua menos de 1.000 indivíduos ou 5% ou mais da população atendida pelo Hospital do YNHHS. Consulte o Anexo 3 para obter uma lista de idiomas.

Os pacientes devem entrar em contato com o Corporate Business Services gratuitamente pelo telefone (855) 547-4584 para obter informações sobre a elegibilidade ou os programas que podem estar disponíveis, para solicitar uma cópia desta FAP, resumo em linguagem simples desta FAP, do Formulário de inscrição para FAP ou da Política de cobrança e faturamento a ser enviada, ou para cópias desta FAP, resumo em linguagem simples ou Formulário de inscrição para FAP traduzido para um idioma diferente do inglês. Além disso, os pacientes podem perguntar ao Registro do paciente (Patient Registration), Serviços financeiros do paciente e Serviço social/Gerenciamento de casos (Social Work/Case Management) sobre o início do processo de inscrição para FAP.

Outros esforços para divulgar amplamente a FAP incluem a publicação de avisos em jornais de circulação geral; fornecer notificação por escrito da FAP em extratos de cobrança; notificar a FAP em comunicações verbais com os pacientes sobre o valor devido; e realização de eventos abertos ao público e outras sessões informativas.

H. Conformidade com a Lei Estadual

O YNHHS cumprirá as leis estaduais relevantes, incluindo, sem limitação, os Estatutos Gerais de Connecticut (Connecticut General Statutes) que regem as Cobranças por hospitais de pacientes que não têm seguro (Collections by Hospitals from uninsured Patients), a *Norma Estadual de Rhode Island para a Prestação de Atendimento de Caridade (Rhode Island Statewide Standard for the Provision of Charity Care)* estabelecida na Seção 11.3 das Regras e Regulamentos Relativos a Conversões Hospitalares do Departamento de Saúde (Department of Health Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions) de Rhode Island (os “Regulamentos de RI”) e a *Norma Estadual para a Prestação de Atendimento Não Remunerado (Statewide Standard for the Provision of*

Política de programas de assistência financeira (Financial Assistance Programs Policy)

Uncompensated Care) estabelecida na Seção 11.4 dos Regulamentos de RI e na lei de Prática Civil de Nova York que proíbe os prestadores de serviços de saúde de NY de colocar ônus de propriedade nas residências principais de um indivíduo para cobrar dívidas médicas.

REFERÊNCIAS

- A. Internal Revenue Code 501(c)(3)
- B. Internal Revenue Code 501(r)
- C. Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- D. RI Regulations 11.3 and 11.4
- E. NY Civil Practice Law Section 5.201(b)

POLÍTICAS RELACIONADAS

Faturamento e cobranças

EMTALA: Requisitos de triagem/estabilização médica, plantão e transferência

ANEXOS

- A. Anexo 1: Federal Poverty Guidelines (FPG) & Financial Assistance
- B. Anexo 2: Extraordinary Collection Actions
- C. Anexo 3: Limited English Proficiency Languages

HISTÓRICO DA POLÍTICA

A. Data de origem da política	20/09/2013; 01/01/2017 (LMH e WH)
B. Substitui	Programas de assistência financeira para serviços hospitalares do Yale New Haven Hospital (NC: F-4); Política do Yale New Haven Hospital - Distribuição de fundos de atendimento gratuito NC: F-2; Programas de assistência financeira para serviços hospitalares do Bridgeport Hospital (9-13); Visão geral dos programas de assistência financeira para serviços hospitalares do Greenwich Hospital; Atendimento de caridade, assistência financeira, política de fundo para leitos gratuitos do Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital; Políticas e procedimentos do centro ambulatorial do Greenwich Hospital
C. Aprovado com revisões	21/01/2015; 30/09/2016; 16/12/2016; 01/06/2017; 15/07/2018; 15/06/2020; 30/11/2023; 28/02/2025
D. Aprovado sem revisões	19/01/2023 (atualização do Anexo 1); 24/01/2024 (atualização do Anexo 1); 06/07/2024 (Anexo 1 atualizado); 30/01/2025 (Anexo 1 atualizado)

Anexo 1

Diretrizes Federais de Pobreza e Assistência Financeira

Os valores de FPG são atualizados periodicamente no Registro Federal pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services) dos Estados Unidos. Os valores atuais de FPG estão disponíveis em <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Até 30 de janeiro de 2025, os valores de FPG eram os seguintes. Esses valores estão sujeitos a alterações. Os pacientes elegíveis para assistência financeira sob esta Política receberão assistência da seguinte forma:

		<u>Atendimento gratuito</u>	<u>Atendimento com desconto</u>
	Elegibilidade de cobertura	Pacientes com e sem seguro	Pacientes com e sem seguro
	Desconto	100%	Bridgeport Hospital – 68% Greenwich Hospital – 67% Lawrence + Memorial Hospital - 68% Yale New Haven Hospital – 65% Westerly Hospital – 75% Provedores não hospitalares do YNHHS – 65%
	Elegibilidade de renda bruta	0% - 250% do Nível federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)	251% - 550% do Nível federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)
Tamanho da família	1	US\$ 0 - US\$ 39.125	US\$ 39.126 - US\$ 86.075
	2	US\$ 0 - US\$ 52.875	US\$ 52.876 - US\$ 116.325
	3	US\$ 0 - US\$ 66.625	US\$ 66.626 - US\$ 146.575
	4	US\$ 0 - US\$ 80.375	US\$ 80.376 - US\$ 176.825
	5	US\$ 0 - US\$ 94.125	US\$ 94,126 - US\$ 207.075

As porcentagens do AGB são calculadas anualmente. O AGB do ano civil de 2025 (% de encargos) por hospital é: Bridgeport Hospital 32,63%, Greenwich Hospital 33,90%, Lawrence + Memorial Hospital 32,35%, Yale New Haven Hospital 35,85%, and Westerly Hospital 25,65%.

Anexo 2

AÇÕES DE COBRANÇA EXTRAORDINÁRIA

Ônus de propriedade

Os ônus sobre residências pessoais são permitidos apenas se:

- a) O(a) paciente teve a oportunidade de se inscrever para receber fundos para leitos gratuitos e não respondeu, recusou ou foi considerado(a) inelegível para tais fundos;
- b) O(a) paciente não se inscreveu ou não se qualificou para outra assistência financeira de acordo com a Política de Assistência Financeira do Sistema, para auxiliar no pagamento de sua dívida, ou se qualificou, em parte, mas não pagou sua parte responsável;
- c) O(a) paciente não tentou fazer ou concordou com um acordo de pagamento, ou não está cumprindo os acordos de pagamento que foram acordados pelo Sistema e pelo(a) paciente;
- d) O agregado dos saldos da conta é superior a US\$ 10.000 e a(s) propriedade(s) a ser(em) sujeita(s) à garantia é/são de pelo menos US\$ 300.000 em valor avaliado; e
- e) O penhor não resultará em uma execução hipotecária em uma residência pessoal
- f) Para os profissionais de saúde de Nova York, não são permitidos ônus sobre residências pessoais.

Anexo 3

Idiomas com proficiência limitada em inglês

Albanês
Árabe
Bengalês
Chinês (simplificado)
Chinês (tradicional)
Dari
Francês
Grego
Guzerate
Haitiano
Hindi
Italiano
Japonês
Coreano
Pastó
Polonês
Português (Brasil)
Português (Europeu)
Russo
Espanhol (EUA)
Tagalo
Turco
Ucraniano
Urdu
Vietnamita