

Área de serviço: Serviços empresariais corporativos	POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS DO YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM
Título: Política dos Programas de Auxílio Financeiro	
Data de aprovação: 20/09/2013	Aprovado por: Comissão de Administração do YNHHS
Data de vigência: 20/09/2013 01/01/2017 Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital	Data de revisão/revisado em: 21/01/2015, 30/09/2016, 16/12/2016, 01/06/2017, 15/07/2018, 15/06/2020
Distribuição: MCN Policy Manager	Tipo de política (I ou II): Tipo I
Substitui: Programas de Auxílio Financeiro do Yale New Haven Hospital para Serviços Hospitalares (NC:F-4) Programas de Auxílio Financeiro do Bridgeport Hospital para Serviços Hospitalares (9-13) Visão Geral dos Programas de Auxílio Financeiro para Serviços Hospitalares do Greenwich Hospital Política de Atendimento Solidário, Auxílio Financeiro, Fundo para Leitos Gratuitos do Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital	

OBJETIVO

O Yale New Haven Health ("Yale New Haven Health" ou "YNHHS") está empenhado em fornecer cuidados clinicamente necessários por meio de auxílio financeiro a indivíduos carentes qualificados. O objetivo desta Política de Auxílio Financeiro (Financial Assistance Policy, "FAP") é:

1. Explicar o auxílio financeiro disponível de acordo com a FAP;
2. Descrever quem é elegível para auxílio financeiro e como solicitá-lo;
3. Descrever como as despesas do paciente são calculadas para atendimento de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários para pacientes elegíveis de acordo com a FAP;
4. Identificar os prestadores de cuidados médicos que são e os que não são cobertos pela FAP;
5. Descrever as medidas tomadas pelos hospitais do YNHHS para divulgar amplamente esta FAP nas comunidades atendidas pelo YNHHS; e
6. Explicar quais ações de cobrança podem ser tomadas em decorrência da falta de pagamento das contas do Yale New Haven Health.

APLICABILIDADE

Esta política se aplica a cada hospital licenciado afiliado ao YNHHS, incluindo o Bridgeport Hospital ("BH"), o Greenwich Hospital ("GH"), o Lawrence + Memorial Hospital ("LMH"), o Yale New Haven Hospital ("YNHH") e o Westerly Hospital ("WH") (cada um deles, um "Hospital").

POLÍTICA

1. Responsável. O Vice-Presidente Sênior de Finanças do YNHHS ou seu representante supervisionará a FAP do YNHHS.

2. Escopo e lista de prestadores

A. Emergência e outros cuidados clinicamente necessários. Esta FAP se aplica a cuidados de emergência e outros cuidados clinicamente necessários, incluindo serviços de internamento e ambulatório, faturados por um Hospital. A FAP exclui: (a) enfermeiros de quarto privativo ou plantão particular; (b) serviços que não são clinicamente necessários, como cirurgia estética eletiva; (c) tarifas de comodidades eletivas, como cobranças de televisão ou telefone, e (d) outros descontos ou reduções em cobranças não expressamente descritos nesta política.

B. Lista de prestadores. Uma lista de prestadores que oferecem cuidados de emergência e outros cuidados clinicamente necessários em um Hospital pode ser encontrada aqui: https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf

A lista indica se o prestador está coberto pela FAP. Se o prestador não estiver coberto por esta FAP, os pacientes deverão entrar em contato com o escritório do prestador para determinar se ele oferece auxílio financeiro e, em caso afirmativo, o que a política de auxílio financeiro do prestador cobre.

C. Conformidade com a EMTALA. Os Hospitais são obrigados a cumprir a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho de Parto Ativo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) de acordo com suas políticas e são 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 em condições médicas de emergência.

3. Programa de auxílio financeiro

O auxílio financeiro está disponível para indivíduos que moram nos Estados Unidos que preencham o formulário de solicitação de auxílio financeiro exigido e atendam aos requisitos adicionais de elegibilidade descritos abaixo. Todos os pacientes devem ser encorajados a investigar todas as fontes disponíveis de auxílio financeiro, incluindo programas governamentais e privados de assistência.

As decisões sobre auxílio financeiro são tomadas caso a caso e com base apenas na necessidade financeira. As decisões nunca levam em consideração idade, sexo, raça, cor, nacionalidade, estado civil, status social ou de imigração, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero, afiliação religiosa, deficiência, condição de veterano de guerra ou militar ou qualquer outro fundamento proibido por lei. O formulário de auxílio financeiro descreve os documentos necessários para comprovar o número de integrantes na família e a renda familiar. O YNHHS ou um Hospital pode, a seu critério, aprovar auxílio financeiro fora do escopo desta Política.

- 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 dos EUA (consulte o Anexo 1), você poderá ser elegível para atendimento gratuito (um desconto de 100% no saldo da conta do 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 dos EUA, você poderá ser elegível para um desconto com base em uma escala móvel, conforme mostrado no Anexo 1. Para pacientes com plano de saúde, o desconto será aplicado ao saldo restante da conta do paciente depois da aplicação do pagamento do plano de saúde ou de terceiros.
- C. Fundos para leitos hospitalares.** Você pode ser elegível para receber auxílio financeiro de fundos para leitos hospitalares, que são fundos que foram doados ao Hospital para fornecer atendimento médico a pacientes que podem não ter condições de pagar pelos cuidados hospitalares. A elegibilidade é determinada caso a caso e leva em consideração as restrições dos doadores e, se aplicável, as nomeações feitas pelos nomeadores do fundo. Todos os pacientes que preencherem o formulário necessário de auxílio financeiro serão considerados automaticamente para os fundos para leitos hospitalares.
- D. Outros programas de auxílio financeiro específicos para hospitais.**
- (i) Programa Me & My Baby do Yale New Haven Hospital.** Este programa está disponível para pacientes do Yale New Haven Hospital. Ele oferece serviços de pré-natal, trabalho de parto e parto, e alguns cuidados pós-parto gratuitos. Você pode ser elegível caso more no Condado de New Haven, não tenha qualquer tipo de plano de saúde e sua família ganhe menos de 2 1/2 vezes o Nível de Pobreza Federal dos EUA. Para obter mais informações ou para solicitar um formulário de inscrição, consulte nossos representantes no Yale New Haven Hospital Women's Center ou ligue para 203-688-5470.
 - (ii) A Clínica Ambulatorial do Greenwich Hospital** atende pacientes com plano de saúde Medicare, Medicaid ou planos oferecidos pelo Access Health CT e cuja renda familiar seja inferior a 4 vezes as Diretrizes do Nível de Pobreza Federal dos EUA. Além disso, a clínica oferece atendimento com desconto para indivíduos que não são elegíveis para plano de saúde, residem em Greenwich e têm renda familiar inferior a 4 vezes o Nível de Pobreza Federal dos EUA. Para obter mais informações ou para receber um formulário de inscrição, ligue para 203-863-3334.
- E. Indigente do ponto de vista médico.** O auxílio financeiro também pode ser considerado para pacientes que não atendam aos critérios, mas cujas contas médicas excedam determinada porcentagem da renda ou dos bens da família.

4. Limitação nas cobranças

Quando um paciente se qualifica sob esta política para atendimento com desconto, mas não para atendimento gratuito, o paciente não é cobrado mais do que o valor geralmente cobrado (amount generally billed, "AGB") de indivíduos que tenham plano de saúde que cubra esses atendimentos.

- A. Como é feito o cálculo.** O YNHHS calcula o AGB anualmente para cada Hospital usando o "método retrospectivo" de acordo com os regulamentos fiscais federais e com base nas tarifas de taxa por serviço do Medicare, incluindo valores de compartilhamento de custos do beneficiário do Medicare e todas as empresas privadas de plano de saúde que pagaram sinistros a cada Hospital para o 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.

5. Solicitação de auxílio financeiro

- A. Como solicitar auxílio.** Para solicitar auxílio financeiro, você deve preencher o formulário YNHHS para auxílio financeiro ("Solicitação"), exceto conforme disposto abaixo. Você pode fazer uma solicitação:
- (1) On-line em www.ynhhs.org/financialassistance e no site de cada Hospital do YNHHS.
 - (2) Pessoalmente em qualquer área de admissão ou registro de pacientes de qualquer Hospital do YNHHS. Placas e informações por escrito sobre o auxílio financeiro estarão disponíveis nos departamentos de emergência e nas áreas de registro de pacientes de cada Hospital.
 - (3) Por correio, ligando e solicitando uma cópia gratuita ao departamento de Serviços Financeiros do Paciente em (855) 547-4584.
- B. Solicitação.** A Solicitação descreve (i) os programas de auxílio financeiro e os requisitos de elegibilidade, (ii) os requisitos de documentação para determinação de elegibilidade e (iii) as informações de contato para assistência da FAP. A Solicitação também explica que (i) o Hospital responderá a cada Solicitação por escrito, (ii) os pacientes podem enviar uma nova solicitação para auxílio financeiro sob a FAP a qualquer momento e (iii) fundos adicionais para leitos gratuitos são disponibilizados a cada ano. Os hospitais não podem negar auxílio financeiro sob a FAP com base na falta de fornecimento de informações ou documentos que a FAP ou a Solicitação não exigem como parte da Solicitação.
- C. Pacientes elegíveis para a FAP.** Os Hospitais do YNHHS farão esforços razoáveis para determinar a elegibilidade e documentar quaisquer determinações de elegibilidade para auxílio financeiro nas contas de pacientes aplicáveis. Quando um Hospital determina que um paciente é elegível para a FAP, o Hospital deve:
- (i) Fornecer um extrato de faturamento indicando o valor que o indivíduo deve como paciente elegível para a FAP, incluindo como o valor foi apurado e que informe ou descreva como o indivíduo pode obter informações sobre o AGB para o atendimento;
 - (ii) Reembolsar ao indivíduo qualquer quantia que tenha sido paga pelo atendimento que exceda a quantia determinada como sendo responsabilidade pessoal do paciente como um indivíduo elegível para a FAP, a menos que a quantia excedente seja inferior a US\$ 5, ou qualquer outro valor definido pelo IRS; e

(iii) Tomar medidas razoáveis para reverter quaisquer ações extraordinárias de cobrança.

D. Elegibilidade presumida. O YNHHS pode determinar a elegibilidade para atendimento gratuito ou com desconto de acordo com esta Política com base nas informações sobre as circunstâncias de vida de um paciente obtidas de outras fontes que não o indivíduo que busca auxílio financeiro, incluindo as seguintes fontes ou outras fontes semelhantes:

- (i) O YNHHS usa, em nome de cada Hospital, uma ferramenta de triagem de terceiros para auxiliar na identificação de indivíduos com saldo de pagamento do próprio bolso que não fizeram a solicitação de auxílio financeiro, mas cuja renda é menor ou igual a 250% do Nível de Pobreza Federal dos EUA (*ou seja*, elegíveis para atendimento gratuito). Se um paciente for identificado por meio desse processo, os saldos pendentes do Hospital poderão ser ajustados para atendimento solidário (gratuito).
- (ii) O YNHHS é afiliado à Yale University e é o centro acadêmico de saúde da Yale School of Medicine. Pacientes sem plano de saúde atendidos por clínicas de atendimento primário 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 necessidade de fazer uma solicitação de auxílio financeiro, mediante confirmação do YNHHS em um formulário aceitável para o Vice-Presidente Sênior de Finanças de que tal pessoa é paciente de uma dessas clínicas.
- (iii) O YNHHS pode usar determinações de elegibilidade anteriores para determinar presumivelmente que o indivíduo é novamente elegível para cuidados solidários segundo esta Política.

6. Relacionamento com as práticas de cobrança do YNHHS

Um Hospital (e qualquer agência de cobrança ou outra parte à qual ele tenha encaminhado uma dívida) não se envolverá em qualquer ação de cobrança extraordinária ("extraordinary collection action", ECA) antes de 120 dias após a emissão do primeiro extrato de cobrança pós-alta para o atendimento e antes de fazer esforços razoáveis para determinar se um paciente ou qualquer outro indivíduo com responsabilidade financeira por uma conta de pagamento do próprio bolso (Indivíduo Responsável) é elegível para auxílio financeiro sob esta FAP. Qualquer ECA deve ser aprovada pelo Vice-Presidente Sênior de Finanças, ou seu(s) representante(s), que deve confirmar antes da aprovação que os requisitos de esforços razoáveis nesta FAP foram atendidos.

O Hospital seguirá seu ciclo de faturamento de contas a receber de acordo com os processos e práticas operacionais internos. Como parte de tais processos e práticas, o Hospital, no mínimo, notificará os pacientes sobre sua FAP a partir da data em que o atendimento for realizado e durante todo o ciclo de faturamento de contas a receber (ou durante o período exigido por lei, o que for mais longo):

1. Todos os pacientes receberão um resumo em linguagem simples e um formulário de solicitação de auxílio financeiro sob a FAP como parte do processo de alta ou admissão de um Hospital.

2. Pelo menos três extratos separados para cobrança de contas de pagamento do próprio bolso serão enviados pelo correio ou por e-mail para o último endereço conhecido do paciente e de qualquer outra pessoa responsável; desde que, entretanto, nenhuma declaração adicional precise ser enviada depois que o Indivíduo Responsável enviar uma solicitação preenchida para auxílio financeiro sob a FAP ou tiver pago o valor integralmente. Devem ter decorrido pelo menos 60 dias entre o primeiro e o último dos três envios por correio exigidos. É obrigação do Indivíduo Responsável fornecer um endereço de correspondência correto no momento do atendimento ou ao se mudar. Se uma conta não tiver um endereço válido, a determinação de "Esforço razoável" terá sido atendida. Todos os extratos de conta de um único paciente de contas com pagamento do próprio bolso incluirão, entre outros:
 - a. Um resumo preciso dos serviços hospitalares cobertos pelo extrato;
 - b. As cobranças de tais serviços;
 - c. O valor que deve ser pago pelo Indivíduo Responsável (ou, se esse valor não for conhecido, uma estimativa de boa fé desse valor na data do extrato inicial);
 - e
 - d. Um aviso por escrito visível que notifica e informa o Indivíduo Responsável sobre a disponibilidade de auxílio financeiro sob a FAP, incluindo o número de telefone do departamento e endereço direto do site onde é possível obter cópias dos documentos.
3. Pelo menos um dos extratos enviados por correio ou por e-mail deverá incluir uma notificação por escrito que informe o Indivíduo Responsável sobre as ECAs que deverão ser tomadas se o Indivíduo Responsável não pedir auxílio financeiro sob a FAP ou pagar o valor devido no prazo de cobrança. Essa declaração deverá ser fornecida ao Indivíduo Responsável pelo menos 30 dias antes do prazo especificado no extrato. Um resumo em linguagem simples acompanhará este extrato. É obrigação do Indivíduo Responsável fornecer um endereço de correspondência correto no momento do atendimento ou ao se mudar. Se uma conta não tiver um endereço válido, a determinação de "Esforço razoável" terá sido atendida.
4. Antes do início de qualquer ECA, uma tentativa verbal de entrar em contato com os Indivíduos Responsáveis será feita por telefone pelo último número de telefone conhecido, se houver, pelo menos uma vez durante a série de extratos enviados por correio ou e-mail se a conta permanecer sem pagamento. Durante todas as conversas, o paciente ou o Indivíduo Responsável será informado sobre o auxílio financeiro que pode estar disponível na FAP.
5. Sujeito ao cumprimento das disposições desta política, um Hospital do YNHHS pode usar a ECA listada no Anexo 2 desta política para obter o pagamento pelos serviços médicos prestados.

7. Disponibilidade da Política

Cópias da FAP, um resumo em linguagem simples da FAP e a solicitação da FAP estão disponíveis em www.ynhhs.org/financialassistance.

Cada Hospital disponibiliza cópias impressas da FAP, de um resumo em linguagem simples da FAP e do formulário de solicitação da FAP mediante pedido, gratuitamente, por correio ou no Departamento de Emergência do Hospital e em todos os pontos de registro. Esses documentos são disponibilizados em inglês e no idioma principal de qualquer população com proficiência limitada em inglês que constitua o que for menor dentre 1.000 indivíduos ou 5% ou mais da população atendida pelo Hospital. Consulte o [Anexo 3](#) para obter uma lista de idiomas.

Entre em contato com os Serviços Empresariais Corporativos gratuitamente pelo telefone (855) 547-4584 para obter informações sobre elegibilidade ou sobre os programas que podem estar disponíveis para você, para solicitar o envio de uma cópia da FAP, de um resumo em linguagem simples da FAP, do formulário de solicitação da FAP ou da Política de Faturamento e Cobrança, ou se precisar de uma cópia da FAP, do resumo em linguagem simples ou do formulário de solicitação da FAP traduzido para um idioma diferente daqueles oferecidos. Além disso, os pacientes podem perguntar ao Registro de Pacientes, Serviços Financeiros do Paciente e Serviço Social/Gerenciamento de Caso sobre como iniciar o processo de solicitação da FAP.

Outros esforços para divulgar amplamente a FAP incluem a publicação de avisos em jornais de grande circulação; notificação por escrito da FAP em extratos de cobrança; avisos sobre a FAP em comunicações orais aos pacientes quanto ao valor devido; e realização de apresentações abertas e outras sessões informativas.

8. Conformidade com a legislação estadual

Cada hospital deve cumprir a legislação estadual relevante, incluindo, sem limitação, Estatutos Gerais de Connecticut que regem as Cobranças por Hospitais de Pacientes sem Plano de Saúde e a *Norma Estadual de Rhode Island para a Realização de Atendimentos Solidários* estabelecida na Seção 11.3 das Normas e Regulamentos do Departamento de Saúde de Rhode Island Referente a Conversões Hospitalares (os "Regulamentos de RI") e a *Norma Estadual para a Prestação de Atendimento Não Compensado* estabelecida na seção 11.4 dos Regulamentos de RI.

REFERÊNCIAS

Internal Revenue Code 501(c)(3)
Internal Revenue Code 501(r)
Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
Regulamentos de RI 11.3 e 11.4

POLÍTICAS RELACIONADAS

Política de Faturamento e Cobrança do YNHHS
Política EMTALA do YNHHS: Triagem Médica/Estabilização, Plantão e Transferência
Política do Yale New Haven Hospital — Distribuição de Fundos de Atendimento Gratuito NC:F-2
Políticas e Procedimentos do Centro Ambulatorial do Greenwich Hospital

Anexo 1

Diretrizes Federais de Pobreza dos EUA ("Federal Poverty Guidelines", FPG) e escala móvel para auxílio financeiro

Os valores das FPG são atualizados periodicamente no Registro Federal pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Os valores atuais das FPG estão disponíveis em <http://aspeAhs.gov/poverty-guidelines>.

Veja na tabela os valores das FPG em 15 de janeiro de 2020. *Esses valores estão sujeitos a mudanças.* Os pacientes elegíveis para auxílio financeiro de acordo com esta política receberão atendimento em todos os hospitais do Yale New Haven Health da seguinte forma:

	Nome da FAP	Atendimento gratuito	Atendimento com desconto	Escala móvel A	Escala móvel B	Escala móvel C
	Elegibilidade de cobertura	Pacientes com ou sem plano de saúde	Pacientes sem plano de saúde	Pacientes com plano de saúde	Pacientes com plano de saúde	Pacientes com plano de saúde
	Desconto FAP	100%	69%	35%	25%	15%
	Elegibilidade por renda bruta	0% - 250% FPL	251% - 550% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL
Integrantes na família	1	US\$ 0 - US\$ 31.900	US\$ 31.901 - US\$ 70.180	US\$ 31.901 - US\$ 44.660	US\$ 44.661 - US\$ 57.420	US\$ 57.421 - US\$ 70.180
Integrantes na família	2	US\$ 0 - US\$ 43.100	US\$ 43.101 - US\$ 94.820	US\$ 43.101 - US\$ 60.340	US\$ 60.341 - US\$ 77.580	US\$ 77.581 - US\$ 94.820
Integrantes na família	3	US\$ 0 - US\$ 54.300	US\$ 54.301 - US\$ 119.460	US\$ 54.301 - US\$ 76.020	US\$ 76.021 - US\$ 97.740	US\$ 97.741 - US\$ 119.460
Integrantes na família	4	US\$ 0 - US\$ 65.500	US\$ 65.501 - US\$ 144.100	US\$ 65.501 - US\$ 91.700	US\$ 91.701 - US\$ 117.900	US\$ 117.901 - US\$ 144.100
Integrantes na família	5	US\$ 0 - US\$ 76.700	US\$ 76.701 - US\$ 168.740	US\$ 76.701 - US\$ 107.380	US\$ 107.381 - US\$ 138.060	US\$ 138.061 - US\$ 168.740
Integrantes na família	6	US\$ 0 - US\$ 87.900	US\$ 87.901 - US\$ 193.380	US\$ 87.901 - US\$ 123.060	US\$ 123.061 - US\$ 158.220	US\$ 158.221 - US\$ 193.380

Cálculos de AGB

As porcentagens de AGB são calculadas anualmente. AGB do ano civil de 2020 (% das cobranças) por Hospital: BH 32,4%, GH 31,9%, LMH 39,9%, YNHHS 33,3% e WH 32,6%. Assim, o desconto percentual mais favorável para pacientes do YNHHS elegíveis para atendimento com desconto de acordo com esta Política para 2020 seria não pagar mais do que 31% das cobranças brutas.

Anexo 2

AÇÕES EXTRAORDINÁRIAS DE COBRANÇA

Penhor de propriedade

Penhor em residências pessoais são permitidos apenas se:

- a) O paciente teve a oportunidade de solicitar fundos de leitos gratuitos e não respondeu, recusou ou foi considerado inelegível para tais fundos;
- b) O paciente não fez a solicitação ou não se qualificou para outro tipo de auxílio financeiro previsto na Política de Auxílio Financeiro do Hospital para auxiliar no pagamento de sua dívida, ou se qualificou em parte, mas não pagou a parte pela qual era responsável;
- c) O paciente não tentou fazer nem concordou com um acordo de pagamento, ou não está cumprindo com os acordos de pagamento que foram acordados entre o Hospital e o paciente;
- d) O valor agregado dos saldos das contas é superior a US\$ 10.000 e as propriedades a serem colocadas em penhor têm valor avaliado de pelo menos US\$ 300.000; e
- e) O penhor não resultará na execução hipotecária de uma residência pessoal.

Anexo 3

Idiomas oferecidos a populações com proficiência limitada em inglês

Albanês
Árabe
Chinês simplificado
Francês
Crioulo francês (crioulo haitiano)
Alemão
Grego
Hindi
Italiano
Japonês
Coreano
Pashto
Persa (dari)
Persa (farsi)
Polonês
Português
Crioulo português (cabo-verdiano)
Russo
Espanhol
Suaíle
Tagalo
Tigrínia
Turco
Vietnamita