

Departamento responsável: Serviços empresariais corporativos	YALE NEW HAVEN HEALTH POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS
Título: Programas de auxílio financeiro	
Data de entrada em vigor: 30 de novembro de 2023	
Aprovado por: Comissão de Administração do YNHHS	
Tipo de política do sistema (I ou II): Tipo I	

OBJETIVO

O Yale New Haven Health (“Yale New Haven Health” ou “YNHHS”) está comprometido em fornecer o tratamento médico necessário, oferecendo ajuda financeira para as pessoas que tiverem necessidade e forem qualificadas. O objetivo desta Política de auxílio financeiro (Financial Assistance Policy, “FAP”) é:

- A. Explicar o auxílio financeiro disponível de acordo com a FAP;
- B. Descrever quem é elegível para receber auxílio financeiro e como solicitá-lo;
- C. Descrever como as cobranças ao paciente são calculadas para cuidados de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários para pacientes elegíveis de acordo com a FAP;
- D. Identificar os prestadores de cuidados médicos que são e os que não são cobertos pela FAP;
- E. Descrever as medidas tomadas pelos hospitais do YNHHS para divulgar amplamente esta FAP nas comunidades atendidas pelo YNHHS; e
- F. 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, o Greenwich Hospital, o Lawrence + Memorial Hospital, o Yale New Haven Hospital e o Westerly Hospital (cada um deles um “Hospital”). Além disso, os programas de auxílio financeiro são seguidos pelo Northeast Medical Group, pela Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut e pela Home Care Plus.

POLÍTICA

- A. Responsável.** O vice-presidente sênior de Revenue Cycle do YNHHS ou seu(s) representante(s) supervisionará a FAP do YNHHS.
- B. Escopo e lista de prestadores**
 - 1. **Cuidados de 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

Política dos Programas de Auxílio Financeiro

quarto privativo ou plantão particular; (b) serviços que não são clinicamente necessários, como cirurgia estética eletiva; (c) tarifas de comodidades opcionais, como cobranças pelo uso de televisão ou telefone, e (d) outros descontos ou reduções em cobranças não expressamente descritos nesta política.

2. **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/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

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, se oferecer, o que a política de auxílio financeiro do prestador cobre.

3. **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 de procurar atendimento médico de emergência. Nada nesta FAP limita as obrigações de um Hospital decorrentes da EMTALA de tratar pacientes com problemas médicos de emergência.

C. 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 verificar o número de integrantes na família e a renda familiar. O YNHHS ou um Hospital pode, a seu critério, aprovar um auxílio financeiro fora do escopo desta Política.

1. **Atendimento gratuito.** Se a renda bruta anual da família for verificada como estando em 250% ou abaixo de 250% das **Diretrizes Federais de Nível de Pobreza** (*consulte Anexo 1*), você poderá se qualificar para o atendimento gratuito (um desconto de 100% em relação ao saldo da conta do paciente).
2. **Atendimento com desconto.** Se for verificado que a renda bruta anual da família está entre 251% e 550% das **Diretrizes Federais de Nível de Pobreza**, você poderá se qualificar 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.

Política dos Programas de Auxílio Financeiro

3. **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.
4. **Outros programas de auxílio financeiro específicos do Hospital.** 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 Federais de Nível de Pobreza** dos EUA. Além disso, a clínica oferece cuidados 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.
5. **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.

D. Limitação das cobranças

Quando um paciente se qualificar por meio desta política para atendimento com desconto, mas não para atendimento gratuito, ele não será cobrado mais do que a quantia geralmente cobrada (“AGB”, Amount Generally Billed) de indivíduos que tenham plano de saúde que cobre esse atendimento.

1. **Como é feito o cálculo.** O YNHHS calcula a AGB anualmente para cada Hospital usando o “método de olhar para trás” previsto nas regulamentações de impostos federais e baseado nas taxas de “tarifa por serviço” do Medicare, incluindo os valores de compartilhamento de custos de beneficiários do Medicare e todos os planos de saúde privados que fazem pagamentos a cada unidade hospitalar relacionados ao 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 da AGB são mostrados no [Anexo 1](#).

E. Solicitação de auxílio financeiro

1. **Como solicitar.** Para solicitar auxílio financeiro, você deve preencher o formulário do YNHHS para auxílio financeiro (“Solicitação”), exceto conforme disposto abaixo. Você pode fazer uma solicitação:
 - a. On-line em www.ynhhs.org/financialassistance e em cada site do hospital do YNHHS.
 - b. Pessoalmente na área de registro ou de internação do paciente de qualquer hospital do YNHSS. 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.
 - c. Por correio, ligando e solicitando uma cópia gratuita ao Serviços Financeiros do Paciente em (855) 547-4584.

Política dos Programas de Auxílio Financeiro

2. **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 obter assistência com a FAP. A Solicitação também explica que (i) o Hospital responderá a cada Solicitação por escrito, (ii) os pacientes podem enviar uma nova solicitação de 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, de acordo com a FAP, baseando-se no não fornecimento de informações ou de documentos que a FAP ou a Solicitação não exigir como parte da Solicitação.
3. **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:
 - a. 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 informando ou descrevendo como o indivíduo pode obter informações sobre a AGB do atendimento;
 - b. Reembolsar ao indivíduo qualquer quantia que tenha sido paga pelo atendimento que exceda a quantia que considera-se que o paciente é pessoalmente responsável por pagar 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
 - c. Tomar medidas razoáveis para reverter quaisquer ações extraordinárias de cobrança.
4. **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:
 - a. O YNHHS, em nome de cada Hospital, usa uma ferramenta de triagem de terceiros para auxiliar na identificação de indivíduos com saldo de pagamento automático que não fizeram a solicitação de auxílio financeiro, mas cuja renda é menor ou igual a 250% do Nível de Pobreza Federal (*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).
 - b. 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 formato aceitável para o Vice-Presidente Sênior de Finanças de que tal pessoa é paciente de uma dessas clínicas.
 - c. O YNHHS pode usar determinações de elegibilidade anteriores para determinar presumivelmente que o indivíduo é novamente elegível para cuidados solidários segundo esta Política.

F. 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 automático (Indivíduo Responsável) é elegível para auxílio financeiro de acordo com esta FAP. Qualquer ECA deve ser aprovada pelo vice-presidente sênior de ciclo de receitas ou seu(s) representante(s), que deve confirmar, antes da aprovação, que os requisitos de esforços razoáveis nesta FAP foram atendidos.

O Hospital seguirá o seu próprio ciclo de faturamento de contas a receber de acordo com práticas e processos 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) da seguinte maneira:

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 em um Hospital.
2. Pelo menos três extratos separados para cobrança de contas de pagamento automático 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 automático 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

Política dos Programas de Auxílio Financeiro

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 a auxílio financeiro que pode estar disponível na FAP.
5. Sujeito ao cumprimento das disposições desta política, um Hospital YNHHS pode usar a ECA listada no Anexo 2 desta política para obter o pagamento pelos serviços médicos prestados.

G. 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 da FAP, um resumo em linguagem simples da FAP e a solicitação da FAP mediante pedido, gratuitamente, por correio ou no Departamento de Emergência do Hospital e em todos os pontos de registro em um formulário impresso 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 uma cópia da FAP, um resumo em linguagem simples da FAP, o formulário de solicitação da FAP ou que a Política de Faturamento e Cobrança seja enviada a você, ou se você precisar de uma cópia da FAP, resumo em linguagem simples ou formulário de solicitação da FAP traduzido para um idioma diferente do inglês. 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.

H. Conformidade com a legislação estadual

Cada hospital deverá cumprir as leis estaduais relevantes, incluindo, dentre outras, os Estatutos gerais de Connecticut que regem as cobranças, pelos hospitais, de pacientes sem plano de saúde, a Norma estadual de Rhode Island para fornecimento de tratamento de caridade definida na Seção 11.3 do Departamento de Rhode Island para regras de saúde e regulamentações pertencentes a conversões de hospitais (as “regulamentações de RI”) e a Norma estadual para fornecimento de tratamento sem pagamento definida na Seção 11.4 das regulamentações de RI e a Lei de prática civil de Nova York que proíbe os provedores de tratamento de saúde de NY de penhorar os bens de um indivíduo para cobrar uma dívida médica.

Política dos Programas de Auxílio Financeiro

REFERÊNCIAS

- A. Código de Receita Interna 501(c)(3)
- B. Código de Receita Interna 501(r)
- C. Estatuto Geral de Connecticut § 19a-673 et seq.
- D. Regulamentos de RI 11.3 e 11.4
- E. Seção de Direito de Prática Civil de NY 5.201(b)

POLÍTICAS RELACIONADAS

Faturamento e cobranças

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

ANEXOS

- A. Anexo 1: Diretrizes Federais de Pobreza dos EUA (“Federal Poverty Guidelines”, FPG) e escala móvel para auxílio financeiro
- B. Anexo 2: Ações extraordinárias de cobrança
- C. Anexo 3: Idiomas para pessoas com proficiência limitada em inglês

HISTÓRICO DE POLÍTICAS

A. Data de origem da política	20/09/2013; 01/01/2017 (LMH e WH)
B. Substitui	Programas de auxílio financeiro do Yale New Haven Hospital para serviços hospitalares (NC:F-4); Política do Yale New Haven Hospital – Distribuição de fundos de atendimento gratuito NC:F-2; 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; 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
D. Aprovado sem revisões	19/01/2023 (atualização do Anexo 1); 24/01/2024 (atualização do Anexo 1)

Anexo 1

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

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

Desde 12 de janeiro de 2024, os valores da FPG são os seguintes. *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	<u>Atendimento gratuito</u>	<u>Escala móvel A</u>	<u>Escala móvel B</u>	<u>Escala móvel C</u>	<u>Atendimento com desconto</u>
	Elegibilidade de cobertura	Pacientes com ou sem plano de saúde	Pacientes com plano de saúde	Pacientes com plano de saúde	Pacientes com plano de saúde	Pacientes sem plano de saúde
	Desconto da FAP	100%	35%	25%	15%	72%
	Elegibilidade por renda bruta	0% - 250% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL	251% - 550% FPL
Integrantes na família	1	US\$ 0 - US\$ 37.650	US\$ 37.651 - US\$ 52.710	US\$ 52.711 - US\$ 67.770	US\$ 67.771 - US\$ 82.830	US\$ 37.651 - US\$ 82.830
	2	US\$ 0 - US\$ 51.100	US\$ 51.101 - US\$ 71.540	US\$ 71.541 - US\$ 91.980	US\$ 91.981 - US\$ 112.420	US\$ 51.101 - US\$ 112.420
	3	US\$ 0 - US\$ 64.550	US\$ 64.551 - US\$ 90.370	US\$ 90.371 - US\$ 116.190	US\$ 116.191 - US\$ 142.010	US\$ 64.551 - US\$ 142.010
	4	US\$ 0 - US\$ 78.000	US\$ 78.001 - US\$ 109.200	US\$ 109.201 - US\$ 140.400	US\$ 140.401 - US\$ 171.600	US\$ 78.001 - US\$ 171.600
	5	US\$ 0 - US\$ 91.450	US\$ 91.451 - US\$ 128.030	US\$ 128.031 - US\$ 164.610	US\$ 164.611 - US\$ 201.190	US\$ 91.451 - US\$ 201.190

As porcentagens de AGB são calculadas anualmente. AGB do ano civil de 2024 (% das cobranças) por Hospital: BH 31,25%, GH 32,48%, LMH 36,15%, YNHHS 34,36% e WH 27,63%. Assim, o desconto percentual mais favorável para pacientes do YNHHS elegíveis para atendimento com desconto de acordo com esta Política para 2024 seria de pagar no máximo 28% das cobranças brutas.

Anexo 2

AÇÕES EXTRAORDINÁRIAS DE COBRANÇA

Penhor de propriedade

Penhores de 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 se candidatou nem se qualificou para outro programa de auxílio financeiro estabelecido pela Política de auxílio financeiro do hospital para obter ajuda 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.
- f) Para os profissionais de saúde de Nova York, não é permitido penhorar residências pessoais.

Anexo 3

Idiomas para pessoas com proficiência limitada em inglês

Albanês
Árabe
Bengali
Chinês simplificado
Chinês tradicional
Persa dari
Persa farsi
Francês
Grego
Gujarati
Crioulo haitiano
Hindi
Italiano
Coreano
Pashto
Polonês
Português brasileiro
Português europeu
Russo
Espanhol
Tagalo
Turco
Ucraniano
Urdu paquistanês
Vietnamita