

Título da Norma:	Norma de Auxílio Financeiro para Serviços de Saúde	No. da Norma:	179
Palavras-chave	auxílio financeiro ao paciente, atendimento beneficente, atendimento necessário, NSA		

I. Objetivo da Norma

Estabelecer uma norma para a administração do auxílio financeiro do Dartmouth-Hitchcock para programa de assistência à saúde. Esta norma descreve os atendimentos prestados nas instalações do D-H, tanto os de emergência como outros que são necessários:

- critério de elegibilidade para auxílio financeiro;
- método pelo qual os pacientes podem solicitar auxílio financeiro;
- base para calcular os valores cobrados aos pacientes elegíveis para auxílio financeiro segundo esta norma, e limitação das cobranças para atendimento de emergência ou outros que são clinicamente necessários; e
- medidas do D-H para divulgar a norma na comunidade atendida.

Esta norma tem por objetivo cumprir os requisitos do NH RSA 151:12-b, Seção 501(r) do Código do Internal Revenue e a Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010, e será modificada conforme o exigido pela legislação aplicável.

II. Âmbito da Norma

Para o escopo desta norma, pedidos de “auxílio financeiro” se referem à prestação de atendimento emergencial e outros necessários prestados em qualquer instalação D-H ou outro provedor contratado pelo D-H.

III. Definições

Auxílio financeiro (também conhecido como “atendimento beneficente”): a prestação de serviços de saúde gratuitos ou a preços reduzidos para pessoas que atendem os critérios estabelecidos nesta norma.

Auxílio financeiro presumido: a provisão de auxílio financeiro para serviços médicos necessários a pacientes para os quais não há um formulário Auxílio Financeiro D-H preenchido por falta de documentação ou resposta do paciente. A determinação da elegibilidade para tal auxílio é baseada em circunstâncias da vida da pessoa que demonstram carência financeira. O auxílio financeiro presumido não está disponível para saldos após aportes do *Medicare*.

Família: conforme definido pelo Censo dos EUA, um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e têm vínculos pelo nascimento, casamento ou adoção.

- A legislação estadual sobre casamento ou união civil e as diretrizes federais são a base para determinar quem faz parte de uma família.
- No caso de solicitantes com rendimentos advindos de cuidados a adultos que residem na mesma casa, este adulto será considerado como membro da família e seu rendimento será incluído no cálculo.

- As regras da Receita Federal dos EUA (Internal Revenue Service) que definem quem pode ser considerado como dependente para fins tributários são usadas para validar o tamanho da família na concessão do auxílio financeiro.

Agregado familiar: um grupo de pessoas residindo na mesma residência e que possuem uma união legal (sangue, casamento, adoção), bem como pais não casados de menor(es) de guarda compartilhada. O agregado de um paciente inclui o paciente, o cônjuge, menor dependente, casais não casados com filho mútuo dependente e morando sob o mesmo teto, casais do mesmo sexo (casados ou união civil), pais dependentes listados na declaração de renda de um filho adulto.

Renda familiar: definida conforme as diretrizes federais de pobreza (sigla em inglês FPL) publicadas anualmente pelo Departamento de Serviços Humanitários e de Saúde dos EUA com base em:

- rendimentos, seguro desemprego, auxílio acidente, seguro social, renda de segurança suplementar, assistência pública, aposentadoria de veteranos, pensão por viuvez, pensão e aposentadoria, juros, dividendos, aluguel, royalties, rendimento de heranças, trusts, auxílio educação, pensão para cônjuge, pensão alimentícia para filho, auxílio externo à família e outras fontes diversas;
- benefícios não pecuniários (como vale alimentação e subsídios à família) **não** contam;
- rendas antes do imposto;
- o rendimento de todos os membros da família (pessoas que não sejam parentes, como moradores em casa compartilhada, **não** contam).

Pacientes sem seguro: um paciente sem seguro ou outra fonte de pagamento para atendimento médico.

Paciente com seguro insuficiente: um paciente que possui algum seguro ou outra fonte de pagamento, cujas despesas a serem pagas do próprio bolso excedem suas condições de pagar, conforme definido nesta norma.

Despesas Brutas: o total das despesas calculadas pelas tabelas do hospital/clínica para os serviços médicos prestados ao paciente.

Condições médicas de emergência: conforme definido na seção 1867 da Lei de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd), uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor aguda) de forma que a falta de atendimento médico imediato poderia resultar em:

- séria situação de risco à saúde da pessoa (ou, em caso de gestantes, à saúde da mulher ou da criança),
- deficiência grave das funções do corpo, ou
- disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo, ou
- com relação à mulheres grávidas:
 - tempo insuficiente para transferir com segurança para outro hospital antes do parto, ou

- um risco à saúde ou segurança da mulher ou da criança no evento de uma transferência ou alta.

Clinicamente necessários: como definido pelo *Medicare* com relação aos itens ou serviços de saúde, razoáveis e necessários para o diagnóstico ou tratamento de doença ou lesão ou para melhorar o funcionamento de um membro malformado do organismo.

IV. Declaração da Norma

Dartmouth-Hitchcock (D-H) está empenhado em propiciar auxílio financeiro a pessoas que precisam de cuidados de saúde, mas que não possuem recursos para pagar por serviços ou saldos que sejam de sua responsabilidade. O D-H se empenha para garantir que a capacidade financeira das pessoas que precisam de atendimento não seja um impedimento a procurar ou receber atendimento. Um paciente pode solicitar auxílio financeiro a qualquer momento, seja antes, durante ou após receber o atendimento, inclusive após uma conta ser encaminhada para uma agência de cobrança externa.

O D-H prestará atendimento para condições médicas emergenciais e serviços clinicamente necessários, independentemente da capacidade de pagar ou elegibilidade para ajuda pública ou financeira, idade, sexo, raça, condição social ou migratória, orientação sexual ou religião.

Auxílio financeiro não é considerado substituto para a responsabilidade pessoal. Cabe aos pacientes cooperar com os procedimentos do D-H para obter auxílio financeiro ou outras formas de pagamento, e contribuir para o custo do atendimento com base na sua capacidade individual de pagar. Recomenda-se às pessoas com capacidade financeira que adquiram seguro saúde para assegurar os meios de acesso aos serviços de saúde, para garantir sua saúde geral e a proteção de seus bens individuais.

O D-H não imporá ações de cobrança extraordinárias tais como envio para cobrança ou outras ações legais para um paciente sem antes adotar medidas razoáveis para determinar se tal paciente é elegível para receber auxílio financeiro. Eventuais exceções devem ser aprovadas pelo diretor financeiro. Para informações sobre medidas que o D-H possa vir a tomar caso o pagamento não seja efetuado, incluindo medidas extraordinárias de cobrança e esforços razoáveis para determinar elegibilidade para auxílio financeiro, por favor, consulte nossa política de crédito e cobranças. Uma cópia da [Política de Crédito e Cobranças](#) está disponível online ou pode ser solicitada em um de nossos Escritórios de Serviços Financeiros ao Paciente ou ser enviada a você por correio ligando para 844-808-0730.

A. **Critério De Elegibilidade Para Auxílio Financeiro.** Para se qualificar para auxílio financeiro nos termos desta norma, um paciente deverá atender os seguintes critérios:

- Ser residente de New Hampshire ou Vermont, ou não-residente que recebe tratamento de emergência no D-H.
- Não ter seguro ou ter seguro insuficiente, não se qualificar para nenhum programa do governo para assistência à saúde, e não ter condições de pagar

pelo atendimento conforme consta na Norma de Crédito e Cobranças, levando em conta a necessidade financeira pelos termos desta norma.

- Ter renda familiar bruta, incluindo todos os membros da familiar do paciente, durante os últimos 12 meses inferior a 300% da linha de pobreza.
- Ter renda familiar que exceda 300% da linha de pobreza e saldos agregados devidos para serviços prestados no D-H excedendo 10% do valor correspondente à renda familiar de 2 anos, mais 10% do valor dos bens da família acima dos valores protegidos (conforme descrito acima).
- Para fins de cálculo do valor dos bens, estes incluem mas não se limitam a: poupanças, pensão alimentícia, certificados de depósito, contas individuais para aposentadoria IRA, ações, títulos, fundos 401k e fundos mútuos. No cálculo do valor dos bens para fins de qualificação de um paciente para o auxílio beneficente acima, (i) poupanças (que incluem conta poupança, pensão alimentícia e certificado de depósito) são protegidas até 100% da linha da pobreza, (ii) contas de aposentadoria (IRA, ações, títulos, fundos 401k e fundos mútuos) são protegidos até \$100.000, o patrimônio em moradia primária está protegido até \$200.000 para solicitantes de até 54 anos e, (iv) o patrimônio em moradia primária está protegido até \$250.000 para solicitantes com 55 anos ou mais. Quando os dividendos são declarados, será solicitada informação da fonte dos dividendos e um extrato atualizado do valor de mercado. Também será solicitada documentação dos pagamentos de fundo de trust e da facilidade de acesso aos fundos.
- Comprovar que atende as exigências para se cadastrar no plano de saúde autorizado do Programa Healthcare Exchange de New Hampshire ou Vermont, se elegível para esses programas. Exceções a esta exigência podem ser aprovadas pela alta administração por uma boa causa, analisando-se cada caso individualmente. A “boa causa” dependerá dos fatos e circunstâncias, podendo incluir:
 - Aqueles que perderam o prazo de inscrição e não se enquadram na categoria de eventos excepcionais que alteram a vida para inscrição fora do prazo.
 - Aqueles que terão maiores dificuldades financeiras pelos custos de participação em um plano de saúde autorizado do que pela falta dele.

Se não houver interação com o paciente sobre o auxílio financeiro, ou se o paciente não tiver condições de prosseguir com a solicitação nos termos do exigido nesta norma, mesmo assim tal paciente poderá ser considerado elegível para o auxílio financeiro presumido.

B. Método Pelo Qual Os Pacientes Podem Solicitar Auxílio Financeiro

1. O D-H explorará fontes alternativas de pagamento de programas federais, estaduais e outros para assistir os pacientes a se inscreverem em tais programas. Com relação aos saldos pendentes após exaurir outras fontes, o

D-H fará uma avaliação da necessidade financeira do paciente para determinar se ele se qualifica para auxílio nos termos desta norma usando os seguintes procedimentos:

- Um paciente ou fiador deverá submeter um pedido em formulário aprovado pela administração do D-H, além de fornecer informações pessoais, financeiras e outras, também fornecerá a documentação exigida pelo D-H para determinar sua qualificação para assistência, inclusive mas não se limitando a documentação para verificar a renda familiar e bens disponíveis e outros recursos. Se o D-H não puder obter a solicitação ou qualquer documentação exigida de um paciente ou de seu fiador, considerará a hipótese de o paciente se qualificar para o auxílio financeiro presumido;
 - Em vez da solicitação e documentação de apoio do paciente, os funcionários podem usar as seguintes opções para fundamentar uma recomendação para aprovação de um pedido;
 - O D-H pode utilizar um ou mais fornecedores para avaliar a elegibilidade das pessoas usando fontes de dados disponíveis ao público que fornecem informações sobre a capacidade do paciente ou de seu fiador e a propensão para pagar;
 - Elegibilidade atual para *Medicaid*;
 - Extrato atual de uma instituição habitacional federal ou estadual;
 - Verificação proveniente de abrigo para sem-teto ou centro federal de saúde aprovado;
 - Verificação de encarceramento sem rendimento de uma instituição correcional; ou
 - Para um paciente individual, um atestado verbal de seus rendimentos e bens, no lugar de uma verificação de rendimentos formal, pode ser aceito para uma (1) conta apenas, desde que o saldo de tal conta seja inferior a \$1.000.
2. É preferível, mas não exigido, que um pedido de auxílio financeiro e a determinação da sua necessidade ocorram antes da prestação dos serviços clinicamente necessários e não urgentes. Entretanto, um paciente pode ser considerado para receber auxílio financeiro a qualquer momento no ciclo de cobrança. Um pedido aprovado se aplica a todos os saldos para os quais o paciente solicitou ajuda, além do atendimento de emergência e outros clinicamente necessários prestados em um período, datas do serviço anterior ao recebimento do pedido de auxílio, inclusive os saldos transferidos para agência de cobrança, e quaisquer serviços prestados antes ou na data de vencimento indicada na carta de conhecimento desde que o serviço não conste no material de apoio sobre Exclusões da Norma de Auxílio Financeiro ([link abaixo](#)). Após aquele período, ou a qualquer momento que forem conhecidas informações extras relevantes à elegibilidade do paciente para auxílio financeiro, o D-H reavaliará sua necessidade financeira nos termos desta norma.
- D-H: O D-H aceita as decisões tomadas pelos seguintes programas de assistência sem solicitar cópias das solicitações. Todos os valores de co-pagamentos ou outras

responsabilidades do paciente devem ser solicitadas de acordo com as exigências de tais programas.

- Cartão do NH Health Access Network apenas para pacientes com seguro
- Good Neighbor Health Clinic
- Manchester Community Health Center
- Nashua Area Health Clinic
- Mobile Community Health
- Teen Health Clinic
- Elegibilidade atual para *Medicaid*, se não for retroativa para cobertura de serviços anteriores

3. O D-H tem por objetivo processar os pedidos de auxílio financeiro e avisar o paciente da decisão por escrito, dentro de 30 dias do recebimento de tal pedido.
4. **Processo de Recurso:** se o D-H recusar o auxílio financeiro, no todo ou em parte, o paciente (ou seu agente) pode ingressar com recurso dentro de 30 dias da recusa. O paciente deve escrever uma carta ao Diretor de Elegibilidade e Inscrição para explicar porque a decisão do D-H foi inapropriada. A carta de apelação será analisada pelo D-H e uma decisão final será enviada ao paciente em 30 dias do recebimento da carta.

C. **Determinação Do Valor Do Auxílio Financeiro**

Todos os pagamentos de seguro e ajustes contratuais, bem como o desconto para não segurados, são deduzidos antes de aplicar o ajuste do auxílio financeiro. Consultar Norma D-H de Descontos Para Paciente Sem Seguro: Divisão de Gestão de Receitas (no link abaixo)

Se uma pessoa for aprovada para auxílio financeiro, o valor do auxílio a ser fornecido para o atendimento aplicável obedecerá ao seguinte:

- Renda familiar abaixo de 225% da linha da pobreza terá 100% do auxílio financeiro;
- Renda familiar entre 226% e 250% da linha da pobreza terá um desconto de 75%;
- Renda familiar entre 251% e 275% da linha da pobreza terá um desconto de 50%; e
- Renda familiar entre 276% e 300% da linha da pobreza terá um desconto de 25%;
- Conforme citado acima, os pacientes cuja renda familiar ultrapasse 300% da linha de pobreza poderá ser elegível para um desconto com base no saldo de paciente particular. Os descontos serão dados de forma que o total da conta de particular não ultrapasse 10% de 2 anos de rendimento bruto, mais 10% dos bens que excederem o valor protegido calculado, conforme descrito anteriormente na norma. Eventuais descontos que não os descritos acima dependerão da aprovação do Comitê de Recursos de Apelação para Auxílio Financeiro com base em apelação por escrito do paciente ou da parte responsável.
- Os pacientes que atenderem os critérios para auxílio financeiro presumido, terão 100% do auxílio.

Pacientes sem seguro, inclusive aqueles que se qualificarem para auxílio financeiro nos termos desta norma, não podem ser cobrados mais do que o valor geralmente cobrado de pacientes que possuem seguro com cobertura para o mesmo atendimento. Dartmouth-Hitchcock aplica um desconto nas despesas brutas em todos os saldos devidos por pacientes sem seguro, o que resulta em um saldo com desconto que o paciente deverá pagar. O desconto é baseado no método de “estimativa do *Medicare*”, conforme descrito nos regulamentos aplicáveis implementando a Seção 501(r) do Código do Internal Revenue. O desconto é aplicado antes da emissão da fatura ao paciente e antes de aplicar quaisquer ajustes do auxílio financeiro. Este desconto não se aplica a co-pagamentos, co-seguro, franquias, pré-pagamento ou serviços de pacote que já refletem eventuais descontos exigidos, ou a serviços classificados como fora da cobertura por todas as seguradoras.

D. Comunicação sobre a Norma D-H de Auxílio Financeiro a Pacientes e na Comunidade

- Os funcionários do D-H ou agentes, incluindo médicos, enfermeiras, consultores financeiros, assistentes sociais, gerentes de caso, capelães e orientadores religiosos, podem indicar aos pacientes que procurem auxílio financeiro. Um pedido de auxílio financeiro pode ser feito pelo paciente ou membro da família, amigo próximo, ou colegas do paciente, sujeito às leis de privacidade aplicáveis.
- As informações sobre auxílio financeiro do D-H são propriedade do D-H, incluindo mas sem limitações, esta norma, um resumo em linguagem simples desta norma, um formulário de solicitação e informações sobre as políticas e procedimentos de cobrança do D-H, e estarão disponíveis ao público e aos pacientes, pelos mecanismos descritos abaixo, entre outros:
 - No site do D-H,
 - Divulgados nas áreas de atendimento aos pacientes,
 - Disponíveis em Cartões de Informações nos departamentos de admissão e registro,
 - Disponíveis em outros espaços públicos conforme determinado pelo D-H,
 - Fornecidos nas línguas principais faladas pela população atendida pelo D-H; serviços de tradução serão utilizados, se necessário.
- Se o saldo for aprovado, o paciente receberá uma carta comunicando a aprovação.

E. Processo De Recurso De Apelação Para Auxílio Financeiro:

- Se o saldo não for aprovado, o paciente receberá uma carta de recusa, ou se solicitada, uma cópia do pedido indicando o motivo da recusa. Uma carta descrevendo o processo de apelação formal também é enviada com cada recusa ou com cartas que autorizam apenas uma redução parcial.

- Um comitê de três líderes do D-H não envolvidos no processo original irá avaliar o recurso e fazer as recomendações em todos os casos não aprovados.

F. Níveis De Determinação De Caridade

- Os níveis aprovados são os seguintes:
 Inferior a \$500 - Consultor Financeiro
 Inferior a \$1.000 - Supervisor
 Inferior a \$10.000 - Gerente
 \$10.000 - \$50.000 - Diretores da Conifer
 Acima de \$50.000 - Diretor da Gestão de Receitas

V. Referências N/A

Órgão Responsável:	Divisão de Gestão de Receitas	Contato(s): e-mail	Kimberly Mender
Aprovado por:	Conselho de Curadores; Diretor Financeiro; Escritório de Suporte a Normas - Apenas Normas, Naimie, Tina	Versão No.	5
Data De Aprovação Atual:	Ainda Não Aprovado	No. do Documento Anterior:	RMD 0031
Data De Vigência Da Norma:	Ainda Não Aprovado		
Normas E Procedimentos Afins:	Norma de Descontos Para Paciente Sem Seguro: Divisão de Gestão de Receitas Norma de Crédito e Cobranças		
Materiais De Apoio Relacionados:			