

UNIDADE: Phoenixville Hospital	
MANUAL: Em todo o hospital	PASTA:
TÍTULO: Assistência financeira ao paciente	RESPONSÁVEL PELO DOCUMENTO: Diretor, impostos e subsídios
ADMINISTRADOR DO DOCUMENTO: Vice-presidente, ciclo de receitas	PALAVRAS-CHAVE:
DATA ORIGINAL: Setembro de 2017	DATA(S) DE REVISÃO: 03/2019, 10/2020, 02/2025, 02/2026

ESCOPO:

Phoenixville Hospital. De acordo com a Seção 501(r)(4) do IRS, os profissionais que prestam atendimento de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários na unidade, que também são cobertos por esta Política de assistência financeira, incluem o Tower Health Medical Group.

OBJETIVO:

Garantir que os procedimentos padrão sejam estabelecidos e praticados em todo o Phoenixville Hospital em relação à identificação e auxílio consistente a pacientes que necessitam de assistência financeira. O Phoenixville Hospital é reconhecido como uma organização sem fins lucrativos nos termos da Seção 501(c)(3) do Código da Receita Federal (Internal Revenue Code, IRC). Em conformidade com a Seção 501(r) do IRC, é necessário estabelecer e divulgar amplamente a política de assistência financeira da organização. O objetivo da política é identificar e atender pacientes com dificuldades financeiras, bem como aumentar a conscientização sobre a disponibilidade de assistência financeira em todo o Sistema de Saúde e na comunidade.

POLÍTICA:

Como parte da missão do Phoenixville Hospital de oferecer cuidados de saúde humanitários, acessíveis, de alta qualidade e com bom custo-benefício à comunidade, reconhece-se que nem todos os pacientes têm a mesma capacidade de pagar pelos serviços médicos. O Phoenixville Hospital divulgará amplamente a disponibilidade de assistência financeira à comunidade por meio do site do hospital, de folhetos e do diálogo com grupos de defesa da comunidade. Os consultores financeiros informarão os pacientes e suas famílias sobre os recursos disponíveis e prestarão assistência no processo de solicitação e aprovação de assistência financeira, a fim de garantir que todos os pacientes continuem tendo a oportunidade de acessar os cuidados de que necessitam.

DEFINIÇÕES:

Valores normalmente cobrados (Amounts Generally Billed, AGB): A Seção 501(r)(5)(A) exige que uma organização hospitalar limite os valores cobrados por atendimentos de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários prestados a indivíduos elegíveis para assistência no âmbito da FAP da organização (indivíduos elegíveis para a FAP) até valores não superiores aos normalmente cobrados a indivíduos que possuem seguro que cobre esse tipo de atendimento. Os AGBs são calculados utilizando o método prospectivo, com base nas taxas de honorários médicos do Medicare.

EMTALA (Lei de tratamento médico de emergência e trabalho de parto ativo): Norma regulamentar federal que determina que qualquer hospital que aceite pagamentos do Medicare deve prestar atendimento a qualquer paciente que chegue ao seu pronto-socorro para tratamento, independentemente da cidadania, situação legal nos Estados Unidos ou capacidade de pagamento do paciente.

Diretrizes Federais de Níveis de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPL): Essas diretrizes são publicadas anualmente no Diário Oficial Federal e são utilizadas para estabelecer uma referência para o nível de pobreza. O Department of Health and Human Services publica essas informações estatísticas.

Assistência financeira: Atendimento médico prestado a pacientes sem a expectativa de pagamento pelos serviços, no todo ou em parte, devido à incapacidade financeira do paciente de arcar com os custos.

Fiador: A pessoa responsável legal e financeiramente pelo pagamento da conta de um paciente.

Serviços de alto custo: Para efeitos desta política, os serviços de alto custo são definidos, entre outros, como aqueles prestados por departamentos de alto custo, tais como exames de imagem modernos, cardiologia, serviços perioperatórios, internações programadas e serviços respiratórios, bem como serviços de terapia ambulatorial.

Composição domiciliar: Definida como: Paciente/cônjuge e quaisquer filhos biológicos ou adotivos menores de 18 anos.

Renda domiciliar: A renda dos membros do domicílio, incluindo, entre outros, salários, juros, dividendos, benefícios do seguro social, benefícios para veteranos, pensões e renda do cônjuge. Para fins de elegibilidade à assistência financeira, os exemplos de renda excluídos são os benefícios do Programa de assistência temporária a famílias carentes (temporary assistance for needy families, TANF), do Programa de assistência nutricional suplementar (supplemental nutrition assistance program, SNAP), do Programa de assistência energética para famílias de baixa renda (low income home energy assistance program, LIHEAP) e os benefícios de climatização.

Medicaid: Um programa conjunto federal e estadual que auxilia no custeio de despesas médicas para algumas pessoas com renda e recursos limitados.

Serviços clinicamente necessários: Serviços ou produtos de saúde necessários para diagnosticar ou tratar uma doença, lesão, condição ou seus sintomas, e que atendam aos padrões médicos reconhecidos.

Pacientes com elegibilidade presumida: Pacientes que se presume serem elegíveis para assistência financeira com base em circunstâncias de vida, tais como falta de moradia, renda nula ou elegibilidade anterior para programas de assistência financeira.

Pacientes com cobertura insuficiente: Pacientes que possuem cobertura de seguro que implica em uma elevada participação financeira do paciente no pagamento de suas despesas médicas.

Pacientes sem cobertura: Pacientes que não possuem cobertura de seguro disponível para suas necessidades médicas.

PROCEDIMENTO:

1) Conscientização sobre a opção de Assistência financeira ao paciente

- a) A atual Política de assistência financeira (Financial Assistance Policy, FAP), os formulários de solicitação e o Resumo em linguagem simples (Plain Language Summary, PLS) estão disponíveis em inglês e no idioma principal das populações com proficiência limitada em inglês (limited proficiency in English, LEP) cujo número seja menor entre 1.000 pessoas ou 5% da comunidade atendida pela área de atendimento principal do Phoenixville.
- b) A FAP, o(s) Formulário(s) e o PLS estão disponíveis on-line no endereço <https://towerhealth.org/locations/phoenixville-hospital/billing/financial-assistance>.

- c) Além disso, o Phoenixville Hospital mantém e atualiza, pelo menos trimestralmente, uma lista de todos os profissionais de saúde (identificados por nome, grupo/entidade médica, departamento hospitalar ou tipo de serviço) que prestam atendimento de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários no Phoenixville, especificando quais profissionais estão e quais não estão cobertos por esta política de assistência financeira ao paciente. Essa lista de profissionais está disponível on-line no seguinte endereço do site do Phoenixville Hospital: <https://www.towerhealth.org/providers/>. As taxas de honorários de médicos que não são funcionários do Phoenixville Hospital estão excluídas da política de assistência financeira.
- d) Os folhetos intitulados "Entendendo o faturamento e o pagamento" incluem um resumo em linguagem simples da Política de assistência financeira. Os folhetos, impressos em inglês e espanhol, estarão disponíveis nos saguões e salas de espera de todo o Phoenixville Hospital. Esses folhetos oferecem um resumo de fácil leitura do programa de assistência financeira, com informações de contato dos funcionários do Phoenixville Hospital que auxiliarão os pacientes no processo de solicitação. Esses folhetos também são distribuídos aos pacientes nos pontos de cadastro em todo o Phoenixville Hospital. Os pacientes que não possuem cobertura ou que manifestam a incapacidade de pagamento no momento do atendimento recebem o folheto informativo. Aos pacientes de emergência nessas situações é entregue o folheto no momento da alta.
- e) Os extratos dos serviços do Phoenixville Hospital contêm orientações e instruções sobre a disponibilidade do programa de assistência financeira.
- f) O Phoenixville Hospital trabalhará em estreita colaboração com programas de apoio na comunidade. A disponibilidade da política de assistência financeira do Phoenixville Hospital é compartilhada com essas agências.

2) Identificação de pacientes que necessitam de assistência financeira para serviços clinicamente necessários:

- a) Como resultado do processo de verificação de cobertura dos serviços financeiros para pacientes do Phoenixville Hospital, haverá a oportunidade de identificar pacientes sem cobertura ou com cobertura insuficiente. Os recursos de aconselhamento financeiro do Phoenixville Hospital auxiliarão esses pacientes no processo de solicitação do Medicaid.
- b) Pacientes que tiverem a cobertura do Medicaid negada, ou que forem avaliados e não atenderem aos critérios de cobertura do Medicaid, serão avaliados para o Programa de assistência financeira ao paciente.
- c) O departamento de atendimento financeiro do Phoenixville Hospital utilizará os recursos disponíveis para verificar a elegibilidade, a fim de determinar a cobertura de seguro e os benefícios disponíveis para todos os pacientes. Para pacientes agendados, a verificação da cobertura será realizada antes da chegada do paciente para todos os serviços de alto custo (p. ex.: ressonância magnética, tomografia computadorizada, procedimentos cirúrgicos, serviços de cardiologia). Os pacientes agendados que receberem serviços não considerados de alto custo, assim como os pacientes sem agendamento, terão a cobertura verificada ao dar entrada na unidade. Como resultado do processo de verificação da cobertura, os pacientes podem ser solicitados a pagar o valor de sua responsabilidade financeira confirmada antes da entrada. Os pacientes de atendimento de emergência terão sua cobertura verificada após o exame de triagem médica, conforme exigido pelas diretrizes da EMTALA.

- d) A política de faturamento e cobrança do Phoenixville Hospital descreve o processo pelo qual o Phoenixville Hospital irá cobrar e enviar faturas para pacientes sem cobertura e irá buscar a cobrança de saldos em aberto. A taxa para pacientes sem cobertura é de 25% dos AGBs e é aplicada no momento da emissão da fatura. Esta política específica de faturamento e cobrança do Phoenixville Hospital está disponível on-line no site do Phoenixville Hospital e uma cópia impressa pode ser obtida gratuitamente enviando um e-mail para call.center@towerhealth.org ou ligando para 484-628-5683.
- Os procedimentos estéticos têm uma tabela de preços para pacientes particulares já estabelecida e não estão sujeitos às taxas de pagamento para pacientes sem cobertura.

3) Como determinar a elegibilidade para assistência financeira

- a) Pacientes que estejam buscando ou tenham recebido quaisquer serviços de emergência ou clinicamente necessários e que demonstram incapacidade de arcar com os custos desses serviços serão avaliados para o programa de assistência financeira.
- b) Pacientes que vêm de fora do país e necessitam de atendimento de emergência podem se candidatar à assistência financeira. No entanto, pacientes que visitam os Estados Unidos com a intenção de receber atendimento não emergencial geralmente não podem se candidatar à assistência financeira.
- a) Como exigência do processo de solicitação, os pacientes deverão apresentar comprovantes da renda domiciliar, juntamente com os nomes das pessoas que residem no domicílio. Solicitação relacionando rendimentos e bens. É necessário fornecer os seguintes documentos para comprovação de renda:
- Holerites atuais ou declaração por escrito do empregador.
 - Formulários W-2 e/ou 1099.
 - Formulário de aprovação ou indeferimento de seguro-desemprego ou indenização por acidente de trabalho.
 - Comprovante por escrito da renda do paciente, emitido por órgãos de assistência social ou qualquer agência do governo.
 - Os trabalhadores autônomos devem fornecer os formulários fiscais completos da declaração mais recente, incluindo o Anexo C.
 - Extratos bancários mais recentes de todas as contas abertas (apenas para verificação de patrimônio).
- c) Um valor de subsídio é atribuído a cada categoria de FPL e é calculado usando a porcentagem atribuída da Taxa de honorários médicos do Medicare (Medicare Fee For Service Rate). Para pacientes com renda superior a 400% da FPL, aplica-se a taxa para pacientes sem cobertura.

Categoria de FPL	Subsídio	Pagamento máximo do paciente por consulta/visita
= < 200% da FPL	Subsídio de assistência financeira de 100%	\$0
entre 201% e 250% da FPL	Subsídio de 90% sobre a taxa MCR FFS	\$300
entre 251% e 300% da FPL	Subsídio de 80% sobre a taxa MCR FFS	\$500
entre 301% e 350% da FPL	Subsídio de 70% sobre a taxa MCR FFS	\$1,000
entre 351% e 400% da FPL	Subsídio de 50% sobre a taxa MCR FFS	\$2,000

- b) Embora o ideal seja iniciar o processo o quanto antes, os pacientes podem solicitar a análise de assistência financeira em até 240 dias a partir da data do primeiro extrato do paciente.
- c) Os pacientes considerados elegíveis para assistência financeira pagarão um valor inferior ao valor bruto por qualquer atendimento não urgente e não clinicamente necessário prestado pelo hospital.
- d) As decisões relativas à elegibilidade para assistência financeira serão tomadas no prazo de 14 dias após o recebimento de uma solicitação de assistência financeira completa. As solicitações incompletas serão analisadas e será feita uma tentativa de contato com o paciente/fiador para obter informações adicionais. Uma carta de confirmação será enviada ao paciente, descrevendo o resultado da decisão. O extrato revisado da fatura levará em consideração quaisquer pagamentos excedentes feitos pelo paciente para determinar o valor devido.

Quando a assistência financeira for aprovada, a carta de confirmação também servirá para especificar o período abrangido pela decisão sobre a assistência financeira. As solicitações de assistência financeira aprovadas são válidas por um (1) ano a partir da data inicial do atendimento.

- e) Caso a assistência financeira não seja aprovada, serão enviadas cartas descrevendo os motivos da decisão, bem como informações sobre quem deve ser contatado para outras opções de pagamento. Caso os pacientes desejem recorrer da decisão, serão fornecidas orientações sobre o processo de recurso.
- f) Os pacientes ou fiadores que discordarem do resultado das decisões sobre a elegibilidade para assistência financeira terão a oportunidade de recorrer da decisão. A análise do pedido de recurso será responsabilidade do Public Benefits Department.

4) Elegibilidade presumida

Os pacientes podem ser elegíveis para um desconto no saldo total em aberto, mesmo sem o preenchimento do formulário de solicitação de assistência financeira, caso atendam a um dos seguintes critérios:

- Estiver em situação de sem-teto ou residir em habitação subsidiada para pessoas de baixa renda.
- Tiver falecido.
- For atualmente elegível para o Medicaid (como seguro principal), mas não era na data do atendimento OU
- Os benefícios do Medicaid tiverem se esgotado ou houver cobranças por serviços não cobertos pelo Medicaid.
- Atualmente tiver direito a auxílio para medicamentos prescritos, SNAP/vale-alimentação ou WIC.
- Tiver direito a receber benefícios de uma agência do governo por ser vítima de um crime violento ou agressão sexual e o tratamento estiver relacionado ao crime violento ou à agressão sexual.
- Apresentar incapacidade comprovada de pagar pelos serviços com base em todos os recursos disponíveis. Os pacientes atendidos na emergência ou por meio dela que não dispõem de recursos financeiros podem se qualificar para a política de assistência financeira caso estejam desempregados ou trabalhareem por conta própria e não possam apresentar comprovante de renda ou declaração de imposto de renda, ou ainda sejam carentes e não tenham acesso à documentação necessária para a solicitação.

5) Responsabilidade e expectativas financeiras

Caso o paciente não se qualifique para receber assistência financeira, aplicam-se as seguintes responsabilidades financeiras:

- O Phoenixville Hospital comunicará claramente as expectativas financeiras aos pacientes o quanto antes, dentro do ciclo de faturamento, para evitar confusão ou dificuldades.
- É responsabilidade do paciente entender sua cobertura de seguro e enviar toda a documentação necessária.
- Depósitos pré-atendimento, coparticipações e franquias podem ser exigidos antes de procedimentos eletivos (exceto atendimento de emergência).
- Os pacientes são responsáveis por quaisquer saldos pagos do próprio bolso, incluindo valores não cobertos pelo seguro ou por terceiros pagadores.
- Pacientes com débitos pendentes podem ter que quitar os valores em atraso antes de agendar consultas futuras que não sejam de emergência.
- O Phoenixville Hospital pode adiar serviços ou procedimentos não urgentes para pacientes que se recusem repetidamente a envidar esforços razoáveis para pagar pelos seus cuidados médicos. No entanto, isso não se aplica ao atendimento de emergência coberto pela política EMTALA (que garante tratamento de emergência para todos os pacientes, independentemente de sua capacidade de pagamento).

DIRETRIZ:

PROTOCOLO DO PRESTADOR:

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO:

A equipe de Gestão de atendimento ao paciente será responsável pelo treinamento anual sobre as expectativas abrangidas por esta política. Os novos funcionários da área de atendimento ao paciente receberão treinamento como parte de sua integração inicial.

REFERÊNCIAS:

APROVAÇÕES DO COMITÊ/CONSELHO:

CANCELAMENTO:

O conteúdo deste documento substitui todas as políticas/procedimentos/protocolos/diretrizes, memorandos e/ou outras comunicações anteriores referentes a este documento.