

**COMMONSPIRIT HEALTH
ADENDO DA POLÍTICA DE GOVERNANÇA**

ADENDO Finanças G-003A-3

DATA DE VIGÊNCIA: 15 de fevereiro de 2024

ASSUNTO: Assistência Financeira - Washington

POLÍTICAS ASSOCIADAS

Política de Governança da CommonSpirit

Finanças G-003, *Política de Assistência Financeira*

Política de Governança da CommonSpirit

Finanças G-004, *Faturamento e cobranças*

Este adendo de Washington (Adendo) complementa a Política de Governança da CommonSpirit G-003, *Assistência Financeira* (a Política de Assistência Financeira), conforme necessário, em conformidade com e segundo os estatutos e regulamentos de Washington, relativos à prestação de Atendimento Hospitalar Beneficente, de acordo com a Política de Assistência Financeira, seção “Coordenação com Outras Leis”.

Este Adendo aplica-se a todos os afiliados diretos e subsidiárias isentas de impostas da CommonSpirit Health no estado de Washington, conforme definido na Política de Assistência Financeira. Se qualquer disposição deste Adendo estiver em conflito ou inconsistente com qualquer disposição da Política de Assistência Financeira, este Adendo prevalecerá.

As referências na Política de Assistência Financeira ao Atendimento Médico Necessário e ao Atendimento Médico de Emergência devem ser interpretadas de forma consistente com as definições de “Serviços Médicos Hospitalares Apropriados” e “Atendimentos de Emergência ou Serviços de Emergência”, contidas no WAC 246-453-010(7) e (11), respectivamente. No entanto, este Adendo deve usar os termos “Serviços Médicos Hospitalares Apropriados” e “Atendimento de Emergência ou Serviços de Emergência”.

DEFINIÇÕES

- A. "Renda Familiar" significa o total de recebimentos em dinheiro, antes de impostos decorrentes de salários e remunerações, pagamentos de bem-estar social, pagamentos da Previdência Social, benefícios de greve, benefícios de desemprego ou invalidez, pensões alimentícias e ganhos líquidos de atividades comerciais e de investimento pagos à pessoa, de acordo com o WAC 246-453-010 (17).
- B. "Serviços Médicos Hospitalares Apropriados" significa os serviços hospitalares razoavelmente calculados para diagnosticar, corrigir, curar, aliviar ou prevenir o agravamento de condições que ponham em risco a vida, ou causem sofrimento ou dor, ou resultem em doença ou enfermidade, ou ameacem causar ou agravar uma deficiência, ou causar deformidade ou disfunção física, e após houver constatado não haver outro curso de tratamento, igualmente eficaz, porém mais conservador ou substancialmente menos dispendioso disponível ou adequado para a pessoa que solicita o serviço. Para os propósitos desta seção, “curso do tratamento” pode incluir

mera observação ou, quando apropriado, nenhum tratamento; WAC 246-453-010 (7).

- C. "Atendimentos de Emergência ou Serviços de Emergência" significa serviços prestados para atendimentos relacionados a emergências médicas ou condições mentais; WAC 246-453-010 (11).
- D. "Período de Qualificação de Elegibilidade" significa que os pacientes aprovados para serem elegíveis receberão Assistência Financeira para todas as contas elegíveis incorridas para serviços recebidos vinte e quatro (24) meses antes da data de deliberação (mais o período de apuração de quatorze (14) dias), e prospectivamente por um período de 6 (seis) meses após a data de deliberação. Se a elegibilidade for aprovada com base nos critérios de Elegibilidade Presumida, a Assistência Financeira também será aplicada a todas as contas elegíveis incorridas por serviços recebidos vinte e quatro (24) meses antes da data de deliberação.

ELEGIBILIDADE PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

- A. Nenhum saldo mínimo de conta será exigido para que um paciente se qualifique para a Assistência Financeira.
- B. De acordo com os termos da Política de Assistência Financeira, a menos que seja elegível para Assistência Financeira Presumida, certos critérios de elegibilidade devem ser atendidos para que um paciente se qualifique para a Assistência Financeira. Este Adendo atualiza esses critérios de elegibilidade com o seguinte:
 - Qualquer paciente cuja renda familiar for igual ou inferior a 300% do Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) receberá um desconto total do saldo de sua conta de Serviços Médicos Hospitalares Apropriados e Atendimento de Emergência ou Serviços de Emergência prestados ao paciente após o pagamento, se houver, por outras entidades pagantes ou patrocinadoras.
 - Qualquer paciente cuja renda familiar estiver entre 301% e 350% do FPL receberá descontos de até 75%, que podem ser reduzidos do saldo de sua conta de Serviços Médicos Hospitalares Apropriados e Atendimentos de Emergência ou Serviços de Emergência prestados ao paciente após o pagamento, se houver, por outras entidades pagantes ou patrocinadoras e quaisquer valores razoavelmente relacionados aos ativos considerados na Política de Testes de Ativos da Unidade Hospitalar.
 - Qualquer paciente cuja renda familiar estiver entre 351% e 400% do FPL receberá atendimento com desconto de até 50% do saldo de sua conta para Serviços Médicos Hospitalares Apropriados e Atendimento de Emergência ou Serviços de Emergência prestados ao paciente após o pagamento, se houver, por quaisquer outras entidades pagadoras ou patrocinadoras e quaisquer valores razoavelmente relacionados aos ativos considerados na Política de Testes de Ativos da Unidade Hospitalar.
 - Caso uma Unidade Hospitalar preste atendimento com desconto maior do que o exigido acima (seja por meio de valores geralmente faturados [amounts generally billed, "AGB"], pagamento próprio ou outros descontos), o paciente receberá o valor de atendimento com desconto maior.
- C. Com relação aos ativos que podem ser levados em consideração, a Unidade Hospitalar buscará apenas informações razoavelmente necessárias e prontamente disponíveis

para determinar a existência, a disponibilidade e o valor de tais ativos.

- A Unidade Hospitalar considerará os ativos e coletará as informações relacionadas a estes, conforme exigido pelo Centers for Medicare and Medicaid (“CMS”) para os relatórios de custos do Medicare. Essas informações podem incluir os ativos que sejam conversíveis em dinheiro e desnecessários para a vida diária do paciente.
- Não serão solicitadas formas duplicadas de verificação e apenas um extrato de conta corrente é necessário para verificar os ativos monetários.
- Se nenhuma documentação de um ativo estiver disponível, uma declaração escrita e assinada do paciente ou fiador é suficiente.
- As informações do ativo não serão usadas para atividades de cobrança.
- Os seguintes tipos de ativos devem ser excluídos do levantamento:
 - Os primeiros \$5,000 em ativos monetários para um indivíduo ou \$8,000 em ativos monetários para uma família de duas pessoas, mais \$1,500 adicionais em ativos monetários para cada membro adicional da família. O valor de qualquer ativo que tenha uma taxa por saque antecipado será o valor do ativo após o pagamento da taxa;
 - Qualquer patrimônio em uma residência principal;
 - Planos de aposentadoria que não sejam planos 401(k);
 - Um veículo motorizado e um segundo veículo motorizado, se este for necessário para fins laborais ou médicos;
 - Qualquer contrato de enterro ou sepultura pré-pago; e
 - Qualquer apólice de seguro de vida com valor nominal de \$10,000 ou menos.

D. Os “Padrões de Cooperação do Paciente”, conforme definidos na Política de Assistência Financeira, só se aplicam na medida em que:

- permitirem que a Unidade Hospitalar busque o reembolso de qualquer cobertura de terceiros que possa ser associada à Unidade Hospitalar, de acordo com o WAC 246-453-020(1);
- permitirem que a Unidade Hospitalar faça todos os esforços razoáveis para determinar a existência ou inexistência de patrocínio de terceiros, que possa cobrir, total ou parcialmente, os encargos dos serviços prestados a cada paciente, de acordo com o WAC 246-453-020(4); e
- não imponham procedimentos de inscrição para patrocínio de assistência beneficente que representem um ônus excessivo para a parte responsável, levando em consideração quaisquer deficiências físicas, psicológicas, intelectuais, ou sensoriais ou barreiras linguísticas que possam prejudicar a capacidade do responsável de cumprir os procedimentos de inscrição, de acordo com o WAC 246-453-020(5).

E. A elegibilidade para Assistência Financeira não será baseada na residência da pessoa.

O MÉTODO DE SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A. Para fins da decisão inicial sobre o status de patrocínio, as Unidades Hospitalares devem se basear nas informações fornecidas oralmente pela parte responsável. A

Unidade Hospitalar pode solicitar à parte responsável que assine uma declaração atestando a veracidade das informações prestadas à Unidade Hospitalar para a decisão inicial sobre o status de patrocínio, de acordo com WAC 246-453-030(1). De acordo com o WAC 246-453-020(1), se a decisão inicial sobre o status de patrocínio indicar que o responsável pode atender aos critérios para classificação como pessoa indigente, será proibida a realização de quaisquer cobranças direcionadas à parte responsável até uma decisão final sobre essa classificação, desde que a parte responsável coopere com os esforços razoáveis da Unidade Hospitalar para chegar a uma decisão final sobre o status de patrocínio.

- B.** De acordo com o WAC 246-453-030(2), além dos documentos listados na Política de Assistência Financeira, qualquer um dos seguintes documentos deve ser considerado como evidência suficiente para fundamentar a decisão final sobre o status de patrocínio de assistência beneficente, se as informações sobre a renda forem atualizadas adequadamente:
- Formulários que aprovam ou negam a elegibilidade para o Medicaid ou assistência médica financiada pelo governo;
 - Formulários que aprovam ou negam o seguro-desemprego; ou
 - Declarações escritas de empregadores ou agências de assistência social.
- C.** Se houver indicação de que, devido a capacidades mentais, físicas ou intelectuais, ou devido a barreiras linguísticas, a conclusão do processo de solicitação representaria um ônus excessivo para os pacientes, a Unidade Hospitalar tomará medidas razoáveis para facilitar esse processo, incluindo a contratação de um intérprete para ajudar o paciente durante a solicitação, conforme necessário.
- D.** As Unidades Hospitalares devem fazer todos os esforços razoáveis para formar a decisão inicial e final sobre a elegibilidade para assistência financeira em tempo hábil. Entretanto, as Unidades Hospitalares deverão formar essas decisões a qualquer tempo, mesmo após o período de solicitação, ao tomar conhecimento dos fatos ou receber a documentação descrita aqui, indicando que a renda da parte responsável é igual ou inferior a trezentos por cento (300%) das diretrizes federais de pobreza, corrigida para o tamanho da família. O prazo para formar uma decisão final sobre a elegibilidade para assistência financeira não terá nenhuma influência na identificação por parte da Unidade Hospitalar de deduções de receitas sobre assistência beneficente, distintas de dívidas incobráveis. WAC 246-453-020(10).
- E.** Devem ser dados à parte responsável que tenha sido inicialmente considerada como atendendo aos critérios para receber assistência financeira pelo menos quatorze (14) dias corridos, ou o tempo que a condição médica da pessoa possa exigir, ou o tempo que possa ser razoavelmente necessário para garantir e apresentar a documentação descrita no WAC 246-453-030, antes que seja formada uma decisão final sobre o status do patrocínio.
- F.** De acordo com o WAC 246-453-030(4), caso a parte responsável não seja capaz de fornecer nenhuma das documentações descritas acima, a Unidade Hospitalar se baseará em declarações escritas e assinadas da parte responsável para formar uma decisão final sobre a elegibilidade para a classificação como pessoa indigente.

- G.** De acordo com o WAC 245-453-030(5), as solicitações de informações feitas pela Unidade Hospitalar à parte responsável pela verificação da renda e do tamanho da família devem ser limitadas ao que for razoavelmente necessário e prontamente disponível para fundamentar a qualificação da parte responsável para o patrocínio beneficente, e não podem ser usadas para desencorajar a solicitação de tal patrocínio. Somente os fatos relevantes para a elegibilidade podem ser verificados, e não devem ser solicitados formulários de verificação duplicados.
- H.** A Unidade Hospitalar deve notificar às pessoas que solicitem Assistência Financeira a respeito da decisão final sobre o status do patrocínio dentro de 14 (quatorze) dias corridos após o recebimento da informação, de acordo com o WAC 246-453-020(7); tal notificação deve incluir uma decisão sobre o valor pelo qual a parte responsável será financeiramente responsável.
- I.** No caso de a Unidade Hospitalar negar o pedido de Assistência Financeira da parte responsável, a Unidade Hospitalar deverá notificar a parte responsável da negativa dentro de 14 (quatorze) dias e informar o fundamento da recusa.
- J.** No caso de uma parte responsável pagar uma porção ou todos os encargos relacionados a Serviços Médicos Hospitalares Apropriados e Atendimento de Emergência ou Serviços de Emergência e, posteriormente, for verificado que a parte atende aos critérios de Assistência Financeira no período em que os serviços foram prestados, quaisquer pagamentos que excedam o valor determinado como apropriado serão reembolsados ao paciente, dentro de 30 (trinta) dias após a obtenção da designação de assistência beneficente. WAC 246-453-020(11).
- K.** De acordo com o WAC 246-453-020(6), as Unidades Hospitalares não exigirão depósitos das partes responsáveis cuja renda seja igual ou inferior a trezentos por cento (300%) das diretrizes federais de pobreza, corrigida para o tamanho da família, indicada por meio da decisão inicial sobre o status do patrocínio.
- L.** Para serviços prestados a pacientes em ou após 1 de julho de 2022, os procedimentos a seguir serão aplicados para identificar os pacientes e/ou seus fiadores, que possam ser elegíveis para a cobertura de assistência médica por meio de programas de assistência médica de Washington ou do Washington Health Benefit Exchange:
- Como parte do processo de solicitação para determinar a elegibilidade para Assistência Financeira e assistência beneficente, a Unidade Hospitalar perguntará se um paciente ou seu fiador atende aos critérios de cobertura de assistência médica nos programas de assistência médica listados no capítulo 74.09 RCW ou no Washington Health Benefit Exchange.
 - Como parte do processo de Assistência Financeira, a equipe da Unidade Hospitalar irá também trabalhar com pacientes/famílias que não tenham uma cobertura de terceiros aplicável, para avaliar se tais pacientes/famílias podem ser elegíveis para o Medicaid e/ou para cobertura de assistência médica por meio do Health Benefit Exchange de Washington (RCW 43.71). A equipe prestará assistência com as solicitações do Medicaid e do Plano de Saúde Qualificado, incluindo, mas não se limitando a, prestar ao paciente/família informações sobre o processo de solicitação, auxiliar os

pacientes durante o processo de solicitação, fornecer os formulários necessários para preenchimento e/ou conectar o paciente/família com outras agências ou recursos que possam ajudar o paciente/família a realizar tais solicitações.

- Ao prestar assistência no processo de solicitação, a Unidade Hospitalar levará em consideração quaisquer deficiências físicas, mentais, intelectuais, sensoriais ou barreiras linguísticas que possam impedir o paciente ou seu fiador de cumprir os procedimentos de solicitação e não imporá procedimentos ao paciente ou fiador que constituiriam um ônus injustificável.
- Se o paciente ou fiador não fizer esforços razoáveis para cooperar com a Unidade Hospitalar ao solicitar cobertura com base no capítulo 74.09 RCW ou no Washington Health Benefit Exchange, a Unidade Hospitalar não é obrigada a fornecer assistência beneficente a esse paciente.
- A Unidade Hospitalar não deve exigir que um paciente se inscreva em nenhum programa público ou privado em que o paciente seja categoricamente inelegível ou tenha sido considerado inelegível nos 12 meses anteriores.

ELEGIBILIDADE PRESUMIDA

Caso a identificação do responsável como pessoa indigente seja óbvia para o pessoal da Unidade Hospitalar e estes sejam capazes de estabelecer a posição do nível de renda, dentro dos critérios amplos descritos no RCW 70.170.060, com base nas circunstâncias individuais de vida contidas na Política de Assistência Financeira ou em outras partes, a Unidade Hospitalar não será obrigada a estabelecer o nível exato de renda ou a solicitar a documentação da parte responsável, a menos que a parte responsável solicite uma análise adicional.

RECURSOS

- A.** Todas as partes responsáveis que tiverem a assistência financeira negada devem receber e ser notificadas de um procedimento de apelação que lhes permita ou corrigir quaisquer deficiências na documentação, ou solicitar a revisão da decisão negativa, a ser feita pelo diretor financeiro da Unidade Hospitalar.
- B.** As partes responsáveis devem ser notificadas do prazo de 30 (trinta) dias corridos para a solicitação de um recurso contra a decisão final sobre a elegibilidade para assistência financeira. Nos primeiros 14 (quatorze) dias desse período, a Unidade Hospitalar não encaminhará a conta em questão a uma agência de cobrança externa. Caso a Unidade Hospitalar tenha iniciado atividades de cobrança e descubra que um recurso foi interposto, deverá cessar qualquer medida de cobrança até que o recurso seja finalizado. Após o prazo de quatorze (14) dias, se não houver recurso, o hospital poderá iniciar as atividades de cobrança.
- C.** Caso a decisão final do recurso confirme a negativa anterior de assistência financeira, a Unidade Hospitalar enviará uma notificação, por escrito, ao responsável e à Secretaria de Saúde, de acordo com a legislação estadual.



Todos os outros termos estabelecidos na Política de Governança Financeira da CommonSpirit G-003, *Assistência Financeira*, permanecem inalterados.