

# Anexo A: PROVISÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (SOMENTE) ESPECÍFICAS PARA OS REGULAMENTOS PARA ALTA

## ANEXO A:

### SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (SOMENTE)

#### PROVISÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA ESPECÍFICAS PARA OS REGULAMENTOS PARA ALTA

##### **OBJETIVO:**

O objetivo deste ANEXO é declarar as disposições adicionais que se aplicam ao Sibley Memorial Hospital para conformidade com os requisitos de atendimento não compensado do Distrito de Colúmbia, conforme descrito no título 22, capítulo 22-B44 dos Regulamentos municipais para alta. Para os pacientes que não atenderem aos critérios de elegibilidade para atendimento não compensado, o Sibley Memorial Hospital (SMH) fornecerá assistência financeira por meio da aplicação de ajustes de escala móvel às cobranças totais, de acordo com a política PFS035.

##### **POLÍTICA:**

O SMH se esforçará de boa-fé para fornecer serviços não compensados no nível de conformidade anual exigido pela seção 4404 do capítulo 22-B44 dos Regulamentos municipais do Distrito de Colúmbia, título 22, “Prestação de atendimento não compensado”.

O SMH não negará, em hipótese alguma, serviços de emergência a ninguém alegando que a pessoa não tem condições de pagar pelos serviços. O SMH pode dar alta a uma pessoa que tenha recebido serviços de emergência ou pode transferir a pessoa para outra instalação quando, no julgamento razoável da equipe médica apropriada, esta ação for clinicamente apropriada e no melhor interesse do paciente e do hospital.

O SMH fornecerá atendimento não compensado de acordo com a seção 4400.2 do capítulo 22-B44 dos Regulamentos municipais do Distrito de Columbia, título 22, “Prestação de atendimento não compensado”, para pessoas qualificadas. O atendimento não compensado a ser fornecido deve se basear nestas regras ou nas obrigações contratuais entre o Sibley e o governo do Distrito de Colúmbia, independentemente do padrão que apresentar o valor mais alto em dólares.

O atendimento não compensado é definido na lei que rege os certificados de necessidades (DC Code 44-401, na seção de definições). A lei define o atendimento não compensado como o custo dos serviços de saúde prestados a pacientes pelos quais a instituição de saúde não recebe pagamento. O termo “atendimento não compensado” inclui dívidas irrecuperáveis e atendimento de caridade, mas não inclui subsídios contratuais.

Uma dívida irrecuperável consiste em uma conta a receber baseada em serviços médicos e hospitalares prestados a qualquer paciente, cujo pagamento é esperado, mas é considerado irrecuperável, após esforços cabíveis de cobrança, e não é obrigação de qualquer unidade governamental federal, estadual ou local. O termo dívida irrecuperável não inclui atendimento de caridade.

O atendimento de caridade refere-se aos serviços médicos e hospitalares prestados a pessoas que não podem pagar pelo custo dos serviços, especialmente as pessoas de baixa renda, sem plano de saúde ou com plano de saúde insuficiente, mas excluindo os serviços determinados como causados por dívidas irrecuperáveis ou categorizados como tal.

### **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA ATENDIMENTO NÃO COMPENSADO**

Uma pessoa é elegível para atendimento não compensado se não puder pagar pelos serviços de saúde e atender aos seguintes requisitos:

1. Não tem plano de saúde ou recebe serviços que não são cobertos por uma operadora terceirizada ou programa governamental;
2. Tem uma renda anual individual ou familiar que não ultrapassa 200% do Nível federal de pobreza (FPL); e
3. Solicita serviços.

A elegibilidade financeira para atendimento não compensado deve ser calculada por um dos seguintes métodos:

1. Multiplicando por quatro (4) a renda individual ou familiar da pessoa, conforme aplicável, nos três (3) meses anteriores à Solicitação de atendimento não compensado; ou
2. Usando a renda real da pessoa ou da família, conforme aplicável, para os doze (12) meses anteriores à Solicitação de atendimento não compensado.

### **VALORES GERALMENTE COBRADOS**

Os valores geralmente cobrados de indivíduos com o plano de saúde “AGB” serão calculados usando o “método retrospectivo”, definido como todos os sinistros de emergência e outros atendimentos médicos necessários que tenham sido pagos integralmente ao hospital pelo Medicare e por todas as operadoras de planos de saúde privados, juntos como os principais pagadores destes sinistros, em cada caso considerando os valores pagos ao hospital na forma de cosseguro ou franquias. O SMH calculará a(s) percentagem(s) do AGB pelo menos anualmente, analisando todos os sinistros pagos integralmente durante um período prévio de 12 meses. Uma vez determinado, o(s) percentual(is) do AGB será(ão) implementado(s) no máximo 45 dias após o final de um período de 12 meses.

Não é esperado que as pessoas elegíveis para assistência financeira paguem mais por atendimentos de emergência ou outros atendimentos medicamente necessários do que os valores geralmente cobrados de pessoas que têm plano de saúde com cobertura para estes atendimentos.

### **REQUISITO ANUAL PARA ATENDIMENTO NÃO COMPENSADO**

Para a finalidade desta política e do ANEXO, o atendimento não compensado a ser fornecido no SMH será calculado da seguinte forma: Nível anual de conformidade:

1. Um valor não inferior a 3% (três por cento) das despesas operacionais anuais do SMH, menos o valor dos reembolsos que recebe dos títulos XVIII e XIX da lei de previdência social (Medicaid e Medicare), sem levar em conta os subsídios contratuais. Além disso, o SMH deverá cumprir todas as obrigações de atendimento não compensado exigidas de acordo com a lei em uma CON anterior.
2. Se, em qualquer ano fiscal, o SMH não conseguir cumprir sua obrigação anual de atendimento não compensado, ele deverá se esforçar para fornecer atendimento não compensado em um valor suficiente para compensar o déficit em um ano ou anos subsequentes, de acordo com um plano de conformidade aprovado pela Agência de desenvolvimento de planejamento e saúde do estado (doravante denominada SHPDA), mas não mais do que três (3) anos após o ano em que o déficit ocorreu.
3. Se o SMH fornecer atendimento não compensado durante um ano fiscal em um valor que exceda seu nível de conformidade anual, o SMH poderá solicitar ao Diretor a aplicação do valor excedente como crédito para um déficit existente ou seu nível de conformidade anual para qualquer ano fiscal subsequente. Para se qualificar para um crédito, o valor excedente em dólares acima do nível de conformidade anual deve ter sido fornecido de acordo com as exigências deste capítulo.

### **DETERMINAÇÃO POR ESCRITO DA ELEGIBILIDADE PARA ATENDIMENTO NÃO COMPENSADO**

1. O SMH notificará por escrito sua determinação de elegibilidade para Atendimento não compensado em resposta a cada Solicitação de atendimento não compensado à pessoa que estiver solicitando o atendimento. A notificação deverá ser feita pessoalmente no momento em que o atendimento não compensado for solicitado ou por correio normal para o endereço da pessoa que estiver solicitando o serviço prestado. Se a pessoa não estiver disponível para receber a notificação pessoalmente e não tiver fornecido um endereço, o SMH poderá postar em suas instalações, em um local visível, um aviso de que o status de elegibilidade da pessoa está disponível no escritório da administração do Sibley. O SMH deverá comunicar o conteúdo de uma determinação por escrito a qualquer pessoa que o SMH julgue não poder ler a determinação.
  1. O(a) vice-presidente sênior/diretor(a) financeiro(a) é responsável pela implementação desta política. Ele/ela deverá preparar um plano de alocação que atenda aos requisitos dos regulamentos e monitorar sua implementação. O(a) vice-presidente sênior/diretor(a) financeiro(a) preparará um relatório para o SHPDA dentro de 120 dias após o encerramento de cada ano fiscal. Os documentos que respaldam a determinação do Sibley devem ser disponibilizados ao público e informados à SHPDA.
  2. Estes documentos devem ser mantidos pelo(a) vice-presidente sênior/ diretor(a) financeiro(a) por um período de cinco (5) anos a partir da data do último registro de um determinado ano fiscal. O(a) presidente e o(a) tesoureiro(a) da diretoria devem ser mantidos(as) informados(as) periodicamente sobre a conformidade do Sibley em relação à política.
  3. Se uma solicitação for enviada antes da prestação do serviço, o SMH deverá determinar a elegibilidade para atendimento não compensado em até cinco (5) dias úteis após a solicitação completa de um serviço ambulatorial ou antes da alta de um serviço de internação. Se a solicitação for enviada após a prestação de um serviço ambulatorial pelo SMH ou após a alta de um paciente internado, o SMH deverá determinar a elegibilidade antes da conclusão do próximo ciclo de faturamento. Normalmente, o aviso de determinação será feito em até 5 dias após a próxima reunião programada do Comitê de assistência à comunidade. O SMH pode emitir uma determinação de elegibilidade condicional. Esta determinação deve indicar as condições a serem satisfeitas pela pessoa que solicita atendimento não compensado para ser elegível.
  4. Cada determinação por escrito da elegibilidade para atendimento não compensado deve ser feita imediatamente ao solicitante. Cada determinação de elegibilidade para atendimento não compensado deve incluir as seguintes declarações:
    1. Que o SMH fornecerá, com condições, ou não fornecerá atendimento não compensado;
    2. Que não haverá cobrança pelo atendimento não compensado;
    3. A data em que a pessoa solicitou o atendimento;
    4. A data em que a determinação foi feita;
    5. A renda anual individual ou familiar, conforme aplicável, e o tamanho da família da pessoa que solicitou o atendimento não compensado;
    6. A data em que os serviços foram ou serão prestados; e
    7. O motivo da recusa, se aplicável.

### **AVISO PUBLICADO SOBRE A OBRIGAÇÃO DE ATENDIMENTO NÃO COMPENSADO:**

Antes do início de seu ano fiscal, o SMH publicará um aviso de disponibilidade de sua obrigação de atendimento não compensado em um jornal de circulação geral no Distrito de Colúmbia. O Sibley também enviará uma cópia dessa notificação à SHPDA. O(a) vice-presidente sênior/diretor(a) financeiro(a) é responsável pela publicação e envio deste aviso. O aviso deverá incluir:

1. O valor em dólares de atendimento não compensado que o SMH pretende disponibilizar durante o ano fiscal ou uma declaração de que o SMH fornecerá atendimento não compensado a todas as pessoas incapazes de pagar pelo tratamento que solicitarem atendimento não compensado;
2. Uma explicação da diferença entre o valor do atendimento não compensado que o SMH propõe disponibilizar e o nível de conformidade anual para o Sibley, se houver; e

3. Uma declaração indicando se o SMH cumpriu todas as obrigações pendentes de atendimento não compensado de períodos anteriores do relatório ou uma declaração indicando que, durante um período específico, cumprirá todas as obrigações pendentes.

### **AVISO PUBLICADO SOBRE A DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO NÃO COMPENSADO:**

Um aviso anunciando a disponibilidade de atendimento não compensado também deve ser afixado em local visível nos locais de registro de pacientes, no departamento de internações, no escritório comercial e no departamento de emergência. O SMH deverá publicar o seguinte aviso:

1. “Nos termos da lei do Distrito de Colúmbia, este prestador de serviços de saúde deve disponibilizar seus serviços a todas as pessoas da comunidade. Este prestador de serviços de saúde não pode discriminar uma pessoa em virtude de sua raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, idade, estado civil, aparência pessoal, orientação sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliação política, deficiência física, fonte de renda, local de residência ou empresa ou por estar coberta por um programa como o Medicare ou o Medicaid”.
2. “Este prestador de serviços de saúde também é obrigado a prestar um volume razoável de serviços a título gratuito ou por um custo reduzido para as pessoas que não têm condições de pagar. Pergunte aos trabalhadores se você tem direito a receber serviços grátis ou a um preço reduzido. Se você acreditar que lhe foram negados serviços ou a consideração de tratamento a título gratuito ou a custo reduzido sem um bom motivo, entre em contato com o departamento de internações ou de negócios deste prestador de serviços de saúde e ligue para a State Health Planning and Development Agency por meio do Citywide Call Center, no número 202-727-1000”.
3. “Se você desejar apresentar uma reclamação, estão disponíveis formulários da State Health Planning and Development Agency”.

Este aviso também deve incluir um resumo dos critérios de qualificação do Sibley para atendimento não compensado. Este aviso deverá ser publicado em inglês e espanhol e em qualquer outro idioma que seja o idioma usual das famílias de dez (10%) por cento ou mais da população do Distrito de Colúmbia, de acordo com os números mais recentes publicados pelo Bureau of Census. O Sibley deverá comunicar o conteúdo do aviso publicado a qualquer pessoa que o Sibley julgue não poder ler o aviso.

### **AVISO POR ESCRITO SOBRE A DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO NÃO COMPENSADO:**

Em qualquer período durante um ano fiscal em que o atendimento não compensado estiver disponível no SMH, o SMH deverá fornecer um aviso por escrito sobre a disponibilidade dos serviços a cada pessoa que buscar serviços do hospital para si ou para outra pessoa. O SMH fornecerá este aviso por escrito antes de prestar os serviços, exceto quando a natureza emergencial dos serviços tornar o aviso prévio impraticável. Em situações de emergência, o SMH deverá fornecer o aviso por escrito ao paciente ou ao familiar mais próximo assim que possível. Este aviso deverá ser dado, no máximo, no momento da apresentação da primeira fatura de serviços. Este aviso por escrito individual deverá incluir o seguinte:

1. “Nos termos da lei do Distrito de Colúmbia, este prestador de serviços de saúde deve disponibilizar seus serviços a todas as pessoas da comunidade. Este prestador de serviços de saúde não pode discriminar uma pessoa em virtude de sua raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, idade, estado civil, aparência pessoal, orientação sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliação política, deficiência física, fonte de renda, local de residência ou empresa ou por estar coberta por um programa como o Medicare ou o Medicaid”

2. “Este prestador de serviços de saúde também é obrigado a prestar um volume razoável de serviços a título gratuito ou por um custo reduzido para as pessoas que não têm condições de pagar. Pergunte aos trabalhadores se você tem direito a receber serviços grátis ou a um preço reduzido. Se você acreditar que lhe foram negados serviços ou a consideração de tratamento a título gratuito ou a custo reduzido sem um bom motivo, entre em contato com o departamento de internações ou de negócios deste prestador de serviços de saúde e ligue para a State Health Planning and Development Agency por meio do Citywide Call Center, no número 202-727-1000”.
3. “Se você deseja apresentar uma reclamação, estão disponíveis formulários da State Health Planning and Development Agency”.

Este aviso também deverá incluir um resumo dos critérios de qualificação do Sibley para atendimento não compensado, a localização do escritório onde qualquer pessoa que esteja buscando atendimento não compensado poderá solicitar atendimento não compensado e declarar que o Sibley determinará por escrito se a pessoa receberá ou não atendimento não compensado e a data ou o período dentro do qual a determinação será feita.

### **DEFINIÇÃO DE COMUNIDADE DO SMH:**

O SMH oferece seus serviços, inclusive os serviços exigidos pelos requisitos legais de atendimento não compensado do Distrito de Colúmbia, “a todas as pessoas da comunidade”. Esta comunidade se estende às pessoas que vivem ou trabalham na área de atendimento do hospital ou que necessitem de serviços de emergência enquanto estiverem visitando a área de atendimento. As pessoas que solicitam serviços eletivos e que claramente residem fora da área de atendimento do hospital são especificamente excluídas do Programa de assistência à comunidade. A área de atendimento do hospital abrange o Distrito de Colúmbia e a maior parte de Maryland e Virgínia, com serviços limitados prestados aos residentes de West Virginia, Delaware e Pensilvânia. O hospital pode solicitar que o candidato forneça documentação que demonstre a conformidade com a definição de comunidade do hospital.

### **REFERÊNCIA:**

Título 22, capítulo 22-B, 4404, 4405 e 4406 dos Regulamentos municipais para alta.