

IDENT	PAS35B
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidade	Rede CVPH/AHMC/ECH
Título de proprietário	Acesso ao paciente direto
Título do responsável pela aprovação	Vice-Presidente de Ciclo de Receitas da Rede
Data de entrada em vigor	10/20/2024
Data da próxima revisão	10/31/2025



**TÍTULO:** Limitação sobre cobranças (AGB) & HFAL

**FINALIDADE:** Estabelecer uma política e procedimentos para o valor cobrado de pacientes elegíveis para assistência financeira.

**DECLARAÇÃO DE POLÍTICA:** De acordo com as normas 501r da IRS, os Parceiros de NY da University of Vermont Health Network limitarão as cobranças a pacientes qualificados de acordo com nosso Programa de Assistência Financeira aos Valores Normalmente Cobrados (Amounts Generally Billed, AGB) de pacientes sem seguro para emergências ou outros cuidados medicamente necessários. De acordo com o Estado de Nova Iorque, PHL 2807-k, limitações adicionais deverão ser aplicadas ao paciente sem seguro

**A política se aplica aos seguintes Parceiros da UVMHN:**

Champlain Valley Physicians Hospital  
75 Beekman Street  
Plattsburgh, NY 12901

Alice Hyde Medical Center  
133 Park Street  
Malone, NY 12953

Elizabethtown Community Hospital  
75 Park Street  
Elizabethtown, NY 12932

**PROCEDIMENTOS:**

- Os Parceiros de NY da University of Vermont Health Network deverão calcular o valor normalmente cobrado de pacientes sem seguro anualmente e limitar ao mesmo montante os valores cobrados de pacientes para serviços qualificados para assistência financeira. O AGB será calculado em outubro e se aplicará a todos os serviços entregues no novo ano fiscal.
- Os Parceiros da UVMHN em NY usarão o método retroativo para calcular o AGB e incluirão pagadores comerciais e governamentais; especificamente, Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage e pagadores de seguro privados/comerciais.
- Em conformidade com as normas da IRS, os Parceiros de NY da UVMHN incluirão todas as reivindicações permitidas para o ano fiscal anterior, incluindo cobranças de responsabilidade do paciente. As reivindicações analisadas se referem àquelas pagas dentro daquele período de 12 meses, não serviços prestados naquele quadro de tempo. Se uma reivindicação não tiver sido finalizada até o último dia do período de 12 meses, ela não será incluída no cálculo deste ano fiscal.
- Ao calcular o valor normalmente cobrado, incluiremos o valor total permitido por uma empresa seguradora mais o valor que o paciente pagará. Isso incluiria coparticipações, cosseguros e franquias.
- Para garantir que incluamos apenas serviços/cobranças com um ajuste permitido, os Parceiros de NY da UVMHN reduzirão o total permitido pelos ajustes feitos por falta de autorização. Essas cobranças não são permitidas pelo pagador e são ajustadas em nível de cobrança bruta.
- O cálculo incluirá o valor total permitido pelo pagador de seguro, menos a falta de ajustes administrativos aplicada; esse valor é então dividido pelas cobranças brutas faturadas para aquelas reivindicações.
- O cálculo para o Ano Fiscal 2024 (1º de outubro de 2023 a 30 de setembro de 2024) é o valor mínimo a ser concedido para aqueles que se qualificarem para assistência financeira:

- a. Champlain Valley Physicians Hospital: 64%
- b. Alice Hyde Medical Center: 44%
- c. Elizabethtown Community Hospital: 51%

8. De acordo com a Lei do Estado de Nova Iorque, pacientes segurados e não segurados receberão os descontos mínimos com base no cálculo HFAL refletido abaixo. Embora não seja exigido por lei, nossa política aplicará a melhor taxa combinada entre os três hospitais parceiros, ajustando tanto pacientes sem seguro quanto com seguro insuficiente nos três hospitais UVMHN de Nova Iorque.

Nível de renda	Pagamento
<b>Abaixo de 200% do FPL</b>	Isento de todas as cobranças
<b>200% a 300% do FPL</b>	Pacientes sem seguro: Escala crescente até 10% do valor que teria sido pago para o(s) serviço(s) pelo Medicaid  Pacientes com seguro insuficiente: Até um máximo de 10% do valor que seria pago de acordo a coparticipação do seguro do paciente.
<b>301% a 400% do FPL</b>	Pacientes sem seguro: Escala crescente até 20% do valor que teria sido pago para o(s) serviço(s) pelo Medicaid  Pacientes com seguro insuficiente: Até um máximo de 20% do valor que seria pago de acordo a coparticipação do seguro do paciente.

9. O cálculo da taxa combinada para AHMC, CVPH e ECH para o Ano Fiscal 2025 é:

- a) Pacientes com seguro elegíveis receberão as seguintes concessões com base em seu FPL (a determinação de seguro insuficiente não é necessária, já que os descontos excedem os mínimos exigidos por lei):
  - o < 250% do FPL recebe 100% de desconto dos valores devidos após a cobertura do seguro
  - o < 300% do FPL recebe no máximo 10% dos valores devidos após a cobertura do seguro
  - o < 400% do FPL recebe no máximo 20% dos valores devidos após a cobertura do seguro
- b) Paciente sem seguro elegíveis receberão as seguintes concessões com base em seu FPL
  - o < 250% do FPL recebe 100% de desconto
  - o < 300% do FPL recebe 98% de desconto
  - o < 400% do FPL recebe 96% de desconto

10. Para descoberta tardia de elegibilidade e em conformidade com as regras de proteção legal, todos os hospitais deverão reembolsar quaisquer pagamentos feitos pelo paciente que excedam o AGB para cuidados que teriam se qualificado para assistência, dentro de um período de 240 dias a partir da aprovação da solicitação. Observe que os pagamentos em excesso poderão ser aplicados a outros saldos em aberto antes do processamento de um reembolso para o paciente.

**PLANO DE MONITORAMENTO:**

Auditorias anuais  
Análise de automação de EHR

**DEFINIÇÕES:**

**Ajuste Administrativo:** Um ajuste ou baixa de cobranças sobre uma conta, como falta de autorização etc.

**Valor permitido:** O pagamento máximo que um plano pagará por um serviço de saúde coberto

**Cobranças brutas:** O valor total cobrado pelo serviço prestado antes dos ajustes ou descontos

**Limitação sobre cobranças:** Cada hospital isento de impostos deve limitar o valor normalmente cobrado por emergências ou outros cuidados médicos necessários prestados a pacientes elegíveis para assistência financeira aos valores normalmente cobrados de pacientes segurados e não pode utilizar os encargos brutos.

**Método retroativo:** Análise retrospectiva de todas as reivindicações pagas pelos seguradores no ano fiscal anterior.

**POLÍTICAS RELACIONADAS:**

PAS1B Programa de Assistência Financeira

**REFERÊNCIAS:**

IRC § 501®(4):

IRC § 501®(5):

IRC § 501®(6):

NYS PHL§2807k

**REVISORES:**

Katherine A Peterson, Vice-Presidente Assistente do Ciclo de Receitas – AHMC/CVPH

Susan Vogelzang, Diretora de Contas de Pacientes - AHMC

Christine Cook, Diretor de Serviços Financeiros ao Paciente – ECH/PMC

Kirsten Pope, Diretora de Auditoria Interna e Compliance, CVPH

Shannon Lonergan, Vice-Presidente Assistente de Acesso ao Paciente, CVMC/ECH/PMC/UVMMC

**PROPRIETÁRIO:** Melissa LaMountain, Diretora Regional de Acesso ao Paciente

**RESPONSÁVEL PELA APROVAÇÃO:** Vice-Presidente de Ciclo de Receitas da Rede