

COMMONSPIRIT HEALTH GOVERNANCE-RICHTLINIE

BETREFF: Finanzhilfe

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
1. Juli 2023

RICHTLINIENNUMMER: Finance G-003

**URSPRÜNGLICHES
WIRKSAMES DATUM:**
1. Juli 2021

RICHTLINIE

Gemäß Internal Revenue Code (IRC) Section 501(r) ist jede CommonSpirit Health Hospital- Organisation verpflichtet, eine schriftliche Finanzhilferichtlinie (Financial Assistance Policy, FAP) und eine Richtlinie zur medizinischen Notfallversorgung zu erstellen, die für alle medizinischen Notfallbehandlungen und medizinisch notwendigen Behandlungen (im Folgenden als EMCare bezeichnet) gelten, die in einer Krankenhauseinrichtung erbracht werden, um steuerbefreit zu bleiben. Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, die Bedingungen zu beschreiben, unter denen eine Krankenhauseinrichtung ihren Patienten finanzielle Unterstützung gewährt. Darüber hinaus wird in dieser Richtlinie beschrieben, welche Maßnahmen eine Krankenhauseinrichtung im Falle der Nichtbezahlung einer Patientenrechnung ergreifen kann.

UMFANG

Diese Richtlinie gilt für CommonSpirit und jeden ihrer steuerbefreiten direkten Partner¹ und steuerbefreite Tochterunternehmen², die eine Krankenhauseinrichtung betreiben (einzeln als CommonSpirit Hospital-Organisation und gemeinsam als CommonSpirit Hospital- Organisationen bezeichnet). CommonSpirit stellt allen Patienten ohne Diskriminierung EMCare in den CommonSpirit-Krankenhauseinrichtungen zur Verfügung, ohne Rücksicht auf die finanziellen Möglichkeiten des Patienten, zu zahlen.

¹ Ein direkter Partner ist jedes Unternehmen, dessen einziges Unternehmensmitglied oder alleiniger Anteilseigner CommonSpirit Health ist, sowie Dignity Community Care, ein gemeinnütziges Unternehmen in Colorado.

² Eine Tochtergesellschaft bezieht sich entweder auf eine gemeinnützige oder gemeinnützige Organisation, bei der ein direkter Partner die Befugnis besitzt, fünfzig Prozent (50 %) oder mehr der stimmberechtigten Mitglieder des Leitungsorgans einer solchen Organisation zu ernennen, oder fünfzig Prozent (50 %) oder mehr der Stimmrechte in einer solchen Organisation (wie durch Mitgliedschaftsbefugnisse oder Wertpapiere belegt, die dem direkten verbundenen Unternehmen bestimmte Entscheidungsbefugnisse verleihen) oder in einer Organisation, in der eine Tochtergesellschaft solche Befugnisse oder Stimmrechte besitzt.

PRINZIPIEN

Als katholische Gesundheitsdienstleister und steuerbefreite Unternehmen sind CommonSpirit Hospital-Organisationen aufgerufen, die Bedürfnisse von Patienten und anderen Pflegebedürftigen zu erfüllen, unabhängig von ihrer finanziellen Fähigkeit, die erbrachten Dienstleistungen zu bezahlen.

Die folgenden Grundsätze stehen im Einklang mit dem Auftrag von CommonSpirit, mitfühlende, qualitativ hochwertige und erschwingliche Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen und sich für die Armen und Schwachen einzusetzen. Es ist der Wunsch der CommonSpirit Hospital-Organisationen, dass die finanziellen Möglichkeiten von Menschen, die Gesundheitsdienstleistungen benötigen, sie nicht daran hindern, eine Behandlung zu suchen oder zu erhalten.

Die CommonSpirit-Hospital-Organisationen bieten ohne Diskriminierung medizinische Notfallversorgung für Einzelpersonen an, unabhängig davon, ob sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung oder auf staatliche Hilfe in den CommonSpirit-Krankenhauseinrichtungen haben.

Die CommonSpirit-Hospital-Organisationen haben es sich zum Ziel gesetzt, gesündere Gemeinschaften zu schaffen, indem Personen finanziell unterstützt werden, die medizinische Versorgung benötigen und nicht versichert, unterversichert bzw. nicht für ein Regierungsprogramm berechtigt sind oder anderweitig nicht bezahlen können.

ANWENDUNG

A. Diese Richtlinie gilt für:

- Alle Gebühren für EMCare werden in einer Krankenhauseinrichtung von einer CommonSpirit Hospital-Organisation bereitgestellt.
- Alle Gebühren für EMCare werden von einem Arzt oder einem niedergelassenen Arzt erhoben, der bei einer CommonSpirit Hospital-Organisation angestellt ist, sofern diese Leistungen in einer Krankenhauseinrichtung erbracht wurden.
- Alle Gebühren für EMCare werden von einem Arzt oder einem niedergelassenen Arzt erhoben, der bei einer substantiell verwandten Einrichtung angestellt ist, die in einer Krankenhauseinrichtung anfällt.
- Nicht abgedeckte medizinisch notwendige Versorgung für Patienten, bei denen der Patient die Verantwortung für die Gebühren tragen würde, z. B. Gebühren für Tage, die über eine Aufenthaltsdauer hinausgehen, oder in Fällen, in denen die Leistungen des Patienten erschöpft sind.
- Inkasso- und Eintreibungsvorgänge erfolgen im Einklang mit der CommonSpirit- Governance-Richtlinie Finance G-004, *Abrechnung und Inkasso*, durchgeführt.

•

B. Koordination mit anderen Gesetzen

Die Gewährung von finanzieller Unterstützung kann zusätzlichen Gesetzen oder Vorschriften gemäß Bundes-, bundesstaatlichen oder örtlichen Gesetzen unterworfen sein. Dieses Gesetz gilt, solange es strengere Anforderungen stellt als diese Richtlinie. Für den Fall, dass ein später verabschiedetes bundesstaatliches oder lokales Gesetz in direktem Widerspruch zu dieser Richtlinie steht, kann die CommonSpirit Hospital-Organisation nach Rücksprache mit ihrem Vertreter des CommonSpirit Legal Team, der Führung des CommonSpirit Revenue Cycle und der CommonSpirit Steuerführung einen Nachtrag zu dieser Richtlinie vor dem nächsten Richtlinienüberprüfungszyklus mit minimalen Änderungen an der Richtlinie, die erforderlich sind, um die Einhaltung aller geltenden Gesetze zu erreichen, aufnehmen.

DEFINITIONEN

Allgemein abgerechnete Beträge (AGB) bezeichnet die maximale Gebühr, die ein Patient, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Finanzhilfepolitik hat, persönlich für die Zahlung verantwortlich macht, nachdem alle Abzüge und Rabatte (einschließlich der im Rahmen dieser Richtlinie verfügbaren Rabatte) angewendet wurden und abzüglich etwaiger erstatteter Beträge von Versicherern. Keinem Patienten, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, werden mehr als die dem Patienten zur Verfügung gestellten AGB für EMCare berechnet. CommonSpirit berechnet die AGB auf Facility-by-Facility-Basis unter Verwendung der „Lookback“-Methode, indem die „Bruttokosten“ für jede von EMCare bereitgestellte EMCare mit den AGB-Prozentsätzen multipliziert werden, die auf früheren Ansprüchen basieren, die gemäß Medicare und privaten Versicherungen gemäß den Angaben im Bundesgesetz zulässig sind. „Bruttokosten“ für diese Zwecke bezeichnet den Betrag, der auf dem Gebührenmeister jeder Krankenhauseinrichtung für jeden EMCare-Dienst aufgeführt ist.

Antragszeitraum bezeichnet die Zeit, die Patienten von der CommonSpirit Hospital-Organisation zur Verfügung gestellt werden, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung auszufüllen. Sie läuft spätestens (i) 365 Tage nach der Entlassung des Patienten aus der Krankenhauseinrichtung oder dem Datum der EMCare des Patienten oder (ii) 240 Tage nach dem Datum der ersten Nachentlassungsrechnung für die EMCare ab, die in einer Krankenhauseinrichtung eingegangen ist.

Servicegebiet der CommonSpirit-Einrichtung bedeutet für die Zwecke dieser Richtlinie die von einer Krankenhauseinrichtung versorgte Gemeinde, wie sie in ihrer jüngsten Bewertung des Gesundheitsbedarfs der Gemeinde (Community Health Needs Assessment) beschrieben ist, wie in IRC Section 501(r)(3) beschrieben.

Ein **Community Health Needs Assessment (CHNA)** wird gemäß IRC Section 501(r)(1)(A) mindestens alle drei (3) Jahre von einer Krankenhauseinrichtung durchgeführt; jede CommonSpirit-Hospital-Organisation nimmt dann Strategien an, um die durch die CHNA ermittelten Gesundheitsbedürfnisse der Gemeinschaft zu erfüllen.

Zeitraum zur Bestimmung der Anspruchsberechtigung – Zur Bestimmung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung prüft eine Krankenhauseinrichtung das jährliche Familieneinkommen des vorangegangenen sechsmonatigen (6) Zeitraums oder des vorangegangenen Steuerjahres, wie es sich aus den jüngsten Lohnabrechnungen oder Einkommenssteuererklärungen und anderen Informationen ergibt. Der Verdienstnachweis kann durch Umrechnung auf Jahresbasis bis zum Stichtag des Familieneinkommens unter Berücksichtigung des laufenden Verdienstsatzes ermittelt werden.

Qualifikationszeitraum für die Berechtigung – Nach Einreichung des Antrags auf finanzielle Unterstützung und der entsprechenden Belege wird Patienten, die als anspruchsberechtigt anerkannt wurden, finanzielle Unterstützung für alle förderfähigen Kosten gewährt, die für Dienstleistungen angefallen sind, die zwölf (12) Monate vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden, und zwar voraussichtlich für einen Zeitraum von sechs (6) Monaten ab dem Feststellungsdatum. Wenn die Berechtigung auf der Grundlage der Kriterien für die präsumptive Berechtigung für Finanzhilfe genehmigt wird, wird die finanzielle Unterstützung auch auf alle berechtigten Rechnungen angewendet, die für Dienstleistungen anfallen, die zwölf (12) Monate vor dem Feststellungstermin eingegangen sind.

Medizinische Notfallversorgung, EMTALA – Jeder Patient, der in einer Krankenhauseinrichtung eine medizinische Notfallversorgung im Sinne von Abschnitt 1867 des Gesetzes über soziale Sicherheit (42 USC 1395dd) sucht, wird ohne Diskriminierung und ohne Rücksicht auf die Zahlungsfähigkeit eines Patienten behandelt. Darüber hinaus ist jede Handlung verboten, die Patienten davon abhält, EMCare zu erhalten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Forderung nach Zahlung vor der Behandlung oder die Erlaubnis von Inkasso- und Rückerstattungstätigkeiten, die die Bereitstellung von EMCare beeinträchtigen. Die Krankenhauseinrichtungen müssen auch in Übereinstimmung mit allen bundesstaatlichen und staatlichen Anforderungen für die Bereitstellung von Pflege in Bezug auf medizinische Notfälle, einschließlich Screening-, Behandlungs- und Transferanforderungen gemäß dem Bundesgesetz über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit (EMTALA), und gemäß 42 CFR 482.55 arbeiten (oder eine Nachfolgeverordnung). Krankenhauseinrichtungen sollten alle CommonSpirit EMTALA-Richtlinien, EMTALA-Bestimmungen und geltenden Medicare/Medicaid-Teilnahmebedingungen konsultieren und sich von diesen leiten lassen, um festzustellen, was eine medizinische Notfallbedingung darstellt und welche Prozesse in Bezug auf die einzelnen Verfahren einzuhalten sind.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (ECAs) – Die Krankenhauseinrichtung wird keine ECAs gegen eine Person durchführen, bevor angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um die Berechtigung gemäß der Richtlinie zu bestimmen. Ein ECA kann eine der folgenden Maßnahmen umfassen, die ergriffen werden, um die Zahlung für eine Rechnung für geleistete Pflege zu erhalten:

- Verkauf der Schulden einer Person an eine andere Partei, außer in Fällen, die ausdrücklich durch das Bundesgesetz vorgesehen sind; und
- Meldung nachteiliger Informationen über die Person an Verbraucherkreditbüros.

ECAs enthalten kein Pfandrecht, welches eine Krankenhauseinrichtung nach staatlichem Recht geltend machen kann auf den Erlösen eines Urteils oder eines Kompromisses, das einer Person (oder ihrem Vertreter) geschuldet wird als Resultat von Personenschäden, für die die Einrichtung Pflege bereitgestellt hat.

Familie bedeutet (nach der Definition des US-amerikanischen Census Bureau) eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die zusammen wohnen und durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind. Gemäß den Vorschriften des Internal Revenue Service (IRS) kann eine Person, die der Patient in seiner Einkommenssteuererklärung als unterhaltsberechtigter angibt, für die Zwecke der Gewährung von finanzieller Unterstützung als unterhaltsberechtigter gelten. Wenn keine IRS-Steuerunterlagen verfügbar sind, wird die Familiengröße anhand der Anzahl der unterhaltsberechtigten Personen bestimmt, die im Antrag auf finanzielle Unterstützung angegeben und von der Krankenhauseinrichtung überprüft wurden.

Das **Familieneinkommen** wird in Übereinstimmung mit der IRS-Definition des modifizierten bereinigten Bruttoeinkommens für den Antragsteller und alle Familienmitglieder des Antragstellers ermittelt. Bei der Bestimmung der Anspruchsberechtigung kann die CommonSpirit-Hospital-Organisation das „Geldvermögen“ der Familie des Patienten berücksichtigen. Für die Zwecke dieser Bestimmung umfasst das Geldvermögen jedoch keine Pensions- oder Entgeltumwandlungspläne.

Die Bundesrichtlinie zur Armutsschwelle (**FPL, Federal Poverty Level Guidelines**) werden jährlich im Federal Register vom United States Department of Health and Human Services gemäß Subsection (2) von Section 9902 des Titels 42 des United States Code aktualisiert. Die aktuellen Leitlinien können unter <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> nachgelesen werden.

Finanzielle Unterstützung bedeutet Unterstützung für Patienten, für die es eine finanzielle Schwierigkeit wäre, die erwarteten Auslagen für EMCare in einer Krankenhauseinrichtung vollständig zu bezahlen, und die die Zulassungskriterien für eine solche Unterstützung erfüllen. Versicherten Patienten wird finanzielle Unterstützung angeboten, soweit dies im Vertrag mit dem Versicherungsträger des Patienten zulässig ist.

Garant/Bürge bezeichnet eine Person, die rechtlich für die Zahlung der Rechnung des Patienten verantwortlich ist.

Krankenhauseinrichtung (oder Einrichtung) bezeichnet eine Gesundheitseinrichtung, die von einem Staat lizenziert, registriert oder auf ähnliche Weise als Krankenhaus anerkannt sein muss und die von einer CommonSpirit Hospital-Organisation betrieben wird.

Medizinisch notwendige Pflege bezeichnet jedes Verfahren, das (von einem Anbieter) vernünftigerweise als notwendig erachtet wird, um die Verschlechterung eines Zustands, einer Krankheit, einer Verletzung oder einer Krankheit, die Leben gefährdet, Leiden oder Schmerzen verursacht, zu verhindern, zu diagnostizieren, zu korrigieren, zu heilen, zu lindern oder abzuwenden, Resultate, die zu Krankheit oder Gebrechen führen, ein Handicap verursachen oder zu verschlimmern oder körperliche Deformitäten oder Fehlfunktionen zu verursachen oder die Funktion eines missgebildeten Körperteils zu verbessern, wenn es keine andere gleich wirksame, konservativere oder kostengünstigere Behandlungsmethode gibt. Die medizinisch notwendige Pflege umfasst keine elektiven oder kosmetischen Eingriffe, nur um die Ästhetik eines normalen oder normal funktionierenden Körperteils zu verbessern.

Betreibt eine Krankenhauseinrichtung - Eine Krankenhauseinrichtung wird entweder durch den Einsatz eigener Mitarbeiter oder durch die Vergabe des Betriebs der Einrichtung an eine andere Organisation betrieben. Eine Krankenhauseinrichtung kann auch von einer CommonSpirit Hospital-Organisation betrieben werden, wenn die CommonSpirit Hospital- Organisation ein Kapital oder eine Gewinnbeteiligung an einer als Partnerschaft besteuerten Einrichtung besitzt, die direkt eine staatlich lizenzierte Krankenhauseinrichtung betreibt oder indirekt eine staatlich lizenzierte Krankenhauseinrichtung über eine andere Einrichtung betreibt, als Partnerschaft besteuert.

Präsumptive Finanzhilfe (PFA) bezeichnet die Bestimmung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung, die sich auf Informationen von Drittanbietern und andere öffentlich zugängliche Informationen stützen kann. Die Feststellung, dass ein Patient voraussichtlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, führt zu einer kostenlosen oder ermäßigten EMCare für den Zeitraum, in dem die Person voraussichtlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.

Substanziell verwandte Einrichtung bedeutet in Bezug auf eine CommonSpirit-Hospital- Organisation eine für Bundessteuerzwecke als Personengesellschaft behandelte Einheit, an der die Hospital-Organisation eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung hält, oder eine nicht berücksichtigte Einheit, deren einziges Mitglied oder Eigentümer die Hospital-Organisation ist, die EMCare in einer staatlich lizenzierten Krankenhauseinrichtung erbringt, es sei denn, die Erbringung dieser

Pflege ist ein nicht verwandtes Gewerbe oder Geschäft, das in IRC Section 513 in Bezug auf die Hospital-Organisation beschrieben ist.

Unversichert bezeichnet eine Person, die nicht durch einen gewerblichen Haftpflichtversicherer, einen ERISA-Plan, ein Bundesgesundheitsprogramm (einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Medicare, Medicaid, SCHIP und TRICARE), eine Arbeitnehmerentschädigung oder eine andere Unterstützung durch Dritte mit der Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen abgesichert ist.

Unterversichert bezeichnet eine Person mit privatem oder öffentlichem Versicherungsschutz, für die es eine finanzielle Schwierigkeit wäre, die erwarteten Auslagen für EMCare, die unter diese Police fallen, vollständig zu bezahlen.

ANSPRUCHSBERECHTIGUNG AUF FINANZHILFE

A. Finanzielle Unterstützung verfügbar für EMCare

Ein Patient, der die Voraussetzungen für die finanzielle Unterstützung erfüllt, erhält EMCare kostenlos oder zu einem ermäßigten Preis und muss daher nie mehr als die AGB für EMCare bezahlen. Finanzielle Unterstützung wird Patienten gewährt, die die hier beschriebenen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und ihren Wohnsitz innerhalb des Servicegebiets der CommonSpirit-Einrichtung haben, wie es in der jüngsten CHNA der Krankenhauseinrichtung definiert ist, es sei denn, der Besuch ist dringend oder dringlich oder erfolgt in einer kalifornischen Krankenhauseinrichtung. Einwohner von Staaten außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika haben ohne vorherige Genehmigung des Chief Financial Officers der Krankenhauseinrichtung (oder seines Beauftragten) keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, es sei denn, der Besuch ist dringend oder zunehmend dringlich. Alle geplanten Leistungen für Patienten, die außerhalb des Servicegebiets der CommonSpirit-Einrichtung wohnen, bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Chief Financial Officer der Krankenhauseinrichtung (oder dessen Beauftragten). Wenn ein auftraggebender Leistungserbringer Leistungen in einer Krankenhauseinrichtung angefordert hat und dieselbe Leistung auch in einer anderen Einrichtung erbracht wird, die näher am Wohnort des Patienten und außerhalb des Servicegebiets der CommonSpirit-Einrichtung liegt, kann die Krankenhauseinrichtung den auftraggebenden Leistungserbringer auffordern, die Leistungen neu zu bewerten und zu verlangen, dass die Leistungen näher am Wohnort des Patienten erbracht werden.

B. Finanzielle Unterstützung nicht verfügbar für Versorgung außerhalb von EMCare

Finanzielle Unterstützung ist nur für die EMCare-Versorgung möglich. Bei anderen Leistungen als EMCare muss kein Patient mehr als die Nettokosten für diese Leistungen zahlen (Bruttokosten für diese Leistungen nach Abzug aller Abzüge und Versicherungserstattungen).

C. Höhe der verfügbaren finanziellen Unterstützung

Anspruch auf Finanzhilfe haben Personen, die nicht versichert oder unterversichert sind, keinen Anspruch auf staatliche Gesundheitsleistungen haben und nicht in der Lage sind, die Kosten für ihre Behandlung zu tragen, wobei die finanzielle Bedürftigkeit im Einklang mit dieser Richtlinie festgestellt wird. Die Gewährung von finanzieller Unterstützung basiert auf einer individuellen Feststellung der finanziellen Bedürftigkeit und berücksichtigt keine potenziell diskriminierenden Faktoren wie Alter, Abstammung, Geschlecht, Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck, Ethnie, Hautfarbe, nationale Herkunft, sexuelle Orientierung, Familienstand, sozialer Status oder Immigrantensstatus, Religionszugehörigkeit oder andere nach Bundes-, bundesstaatlichem oder lokalem Recht verbotene Gründe.

Wenn ein Patient nicht für die vermutliche finanzielle Unterstützung in Frage kommt, müssen die folgenden Kriterien erfüllt sein, damit er für die finanzielle Unterstützung in Frage kommt:

- Der Patient muss einen minimalen Kontostand von zehn Dollar (10,00 USD) bei der CommonSpirit Hospital-Organisation haben. Um diesen Betrag zu erreichen, können mehrere Kontosalde kombiniert werden. Patienten/Garanten mit einem Saldo unter zehn Dollar (10,00 USD) können sich an einen Finanzberater wenden, um monatliche Ratenzahlungen zu vereinbaren.
- Der Patient muss die hier beschriebenen Standards der Patientenkooperation einhalten.
- Der Patient muss einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung (FAA) einreichen.

D. Gesundheitsfürsorge (Charity Care)

- Bis zu 200 % der FPL – Jeder Patient, dessen Familieneinkommen bei oder unter 200 % der FPL liegt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf alle nicht versicherten oder unterversicherten Patienten, ist berechtigt, finanzielle Unterstützung bis zu einem Rabatt von 100 % von seinem Kontostand für förderfähige Dienstleistungen zu erhalten, die dem Patienten nach der Zahlung, wenn überhaupt, durch einen oder mehrere Dritte erbracht werden.
- 201 % – 400 % der FPL – Jeder Patient, dessen Familieneinkommen bei oder über 201%, aber unter 400 % der FPL liegt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf alle nicht versicherten oder unterversicherten Patienten, ist berechtigt, finanzielle Unterstützung zu erhalten, die seinen Kontostand für erstattungsfähige Leistungen, die für den Patienten erbracht wurden, nach Zahlung, falls vorhanden, durch Dritte, auf einen Betrag reduziert, der die AGB der Krankenhauseinrichtung nicht übersteigt.

E. Standards der Patientenkooperation

Der Patient muss mit der Krankenhauseinrichtung bei der Bereitstellung der Informationen und Unterlagen kooperieren, die zur Feststellung der Anspruchsberechtigung erforderlich sind. Zu dieser Kooperation gehört auch das Ausfüllen aller erforderlichen Anträge und Formulare. Der Patient ist dafür verantwortlich, die Krankenhauseinrichtung über jede Änderung seiner finanziellen Situation zu informieren, die sich auf die Beurteilung der Anspruchsberechtigung auswirken könnte.

Ein Patient muss alle anderen Zahlungsmöglichkeiten ausschöpfen, einschließlich privater Versicherung, medizinischer Hilfsprogramme auf Bundes-, bundesstaatlicher und lokaler Ebene und anderer Formen der Unterstützung durch Dritte, bevor er eine Genehmigung erhält. Ein Antragsteller auf finanzielle Unterstützung ist dafür verantwortlich, sich bei öffentlichen Programmen für die verfügbare Deckung zu bewerben. Von ihm oder ihr wird auch erwartet, dass er oder sie die Zahlungsmöglichkeiten der öffentlichen oder privaten Krankenversicherung für die von einer CommonSpirit-Hospital-Organisation innerhalb einer Krankenhauseinrichtung erbrachten Leistungen verfolgt.

Die Mitwirkung des Patienten und ggf. eines Garanten bei der Beantragung der entsprechenden Programme und identifizierbaren Finanzierungsquellen ist erforderlich. Eine Krankenhauseinrichtung muss sich aktiv darum bemühen, einem Patienten oder seinem Bürgen bei der Beantragung eines öffentlichen oder privaten Programms zu helfen, das die Deckung durch eine Krankenversicherungsbörse, eine kommerzielle Krankenversicherung oder eine durch COBRA erworbene Krankenversicherung umfassen kann. Wenn eine Krankenhauseinrichtung feststellt, dass ein Versicherungsschutz im Rahmen einer Krankenversicherungsbörse, einer kommerziellen Krankenversicherung oder eines COBRA-Plans potenziell verfügbar ist und dass ein Patient kein Medicare- oder Medicaid-Begünstigter ist, kann die Krankenhauseinrichtung verlangen, dass der Patient oder der Bürge (i) der Krankenhauseinrichtung und der zuständigen Stiftung Informationen zur Verfügung stellt, die erforderlich sind, um die monatliche Prämie für diesen Patienten zu bestimmen, und (ii) mit dem Personal der Krankenhauseinrichtung und der Stiftung zusammenarbeitet, um festzustellen, ob er oder sie die Voraussetzungen für eine Prämienunterstützung erfüllt, die (durch gesonderte Stiftungsfonds) für eine begrenzte Zeit angeboten werden kann, um bei der Sicherung des oben genannten Versicherungsschutzes zu helfen.

F. Rabatt für nicht versicherte Patienten

Nicht durch eine Versicherungspolice abgedeckte Leistungen und Patienten/Garantiegeber, die nachweisen, dass keine Krankenversicherung besteht, sei es durch ein vom Arbeitgeber bereitgestelltes Programm oder ein staatliches Programm wie Medicare, Medicaid oder ein anderes staatliches oder lokales Programm, das für die medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen für den

Patienten aufkommt, haben Anspruch auf einen Rabatt für nicht versicherte Patienten. Diese Ermäßigung gilt nicht für kosmetische oder nicht medizinisch notwendige Eingriffe und wird nur für berechtigte Leistungen gewährt.

Jede Krankenhauseinrichtung berechnet und bestimmt den Nachlass auf die Bruttopreise, der den anspruchsberechtigten Patienten zusteht. Die oben beschriebene finanzielle Unterstützung ersetzt diesen Rabatt für nicht versicherte Patienten. Wenn festgestellt wird, dass die Anwendung der Finanzhilfe die Rechnung des Patienten weiter reduziert, wird die Krankenhauseinrichtung den Rabatt für nicht versicherte Patienten rückgängig machen und die entsprechenden Anpassungen gemäß der Finanzhilfe-Richtlinie vornehmen.

G. Selbstzahlungsrabatt

Für nicht versicherte Patienten, die keine der in dieser Richtlinie beschriebenen Rabatte für finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen können, können die Krankenhauseinrichtungen gemäß den Richtlinien und Verfahren von CommonSpirit Revenue Cycle einen automatischen (Selbstzahlungs-)Rabatt auf die Rechnung des Patienten anwenden. Dieser Selbstzahlungsrabatt ist nicht bedürftigkeitsabhängig.

VERFAHREN ZUR BEANTRAGUNG VON FINANZHILFEN

Alle Patienten müssen den CommonSpirit FAA ausfüllen, um für eine finanzielle Unterstützung in Frage zu kommen, es sei denn, sie kommen für eine präsumptive finanzielle Unterstützung in Frage. Der FAA wird von der Krankenhauseinrichtung verwendet, um eine individuelle Bewertung der finanziellen Bedürftigkeit vorzunehmen.

Um sich für die Unterstützung zu qualifizieren, muss der Patient Girokontoauszüge vorlegen, die die verfügbaren Ressourcen des Patienten belegen (die in Bargeld umgewandelt werden können und für den täglichen Lebensunterhalt des Patienten nicht erforderlich sind), und mindestens ein (1) Beleg, der das Familieneinkommen bestätigt, muss zusammen mit dem FAA eingereicht werden. Zu den Belegen können unter anderem folgende Unterlagen gehören:

- Kopie der zuletzt eingereichten Einkommensteuererklärung der betreffenden Person,
- aktuelles W-2-Formular,
- aktuelle Gehaltsabrechnungen oder
- ein unterzeichnetes Unterstützungsschreiben.

Die Krankenhauseinrichtung kann sich nach eigenem Ermessen auf andere als die im FAA oder hierin beschriebenen Nachweise für die Anspruchsberechtigung stützen. Andere Quellen für Belege können sein:

- externe, öffentlich zugängliche Datenquellen, die Informationen über die Zahlungsfähigkeit eines Patienten/Garantiegebers liefern,
- eine Überprüfung der ausstehenden Rechnungen des Patienten für frühere Leistungen und des Zahlungsverhaltens des Patienten/Garantiegebers,
- frühere Feststellungen der Anspruchsberechtigung des Patienten oder Garanten auf Unterstützung im Rahmen dieser Police, falls vorhanden; oder
- Nachweise, die durch die Erkundung geeigneter alternativer Zahlungs- und Deckungsquellen aus öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen gewonnen wurden.

Falls auf dem ausgefüllten FAA keine Einkommensangaben gemacht werden, ist ein schriftliches Dokument erforderlich, in dem beschrieben wird, warum keine Einkommensangaben vorliegen und wie der Patient oder der Bürge die grundlegenden Lebenshaltungskosten (z. B. für Wohnung, Lebensmittel und Nebenkosten) bestreitet. Antragsteller auf finanzielle Unterstützung, die am Darlehensrückzahlungsprogramm des National Health Services Corps (NHSC) teilnehmen, sind von der Einreichung von Ausgabeninformationen befreit.

PRÄSUMPTIVE ANTRAGSBERECHTIGUNG

Die CommonSpirit Hospital-Organisationen sind sich bewusst, dass nicht alle Patienten und Bürgen in der Lage sind, den FAA auszufüllen oder die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. In jeder Krankenhauseinrichtung stehen Finanzberater zur Verfügung, die jeden Antragsteller unterstützen. Für Patienten und Bürgen, die nicht in der Lage sind, die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, kann eine Krankenhauseinrichtung auf der Grundlage von Informationen, die sie von anderen Quellen erhalten hat, präsumptive finanzielle Unterstützung gewähren. Insbesondere kann die mutmaßliche Anspruchsberechtigung auf der Grundlage individueller Lebensumstände bestimmt werden, zu denen auch die folgenden gehören können:

- Empfänger von staatlich finanzierten Verschreibungsprogrammen,
- Obdachlose oder Personen, die von einer Obdachlosen- oder kostenlosen Klinik versorgt wurden,
- Teilnahme an Programmen für Frauen, Säuglinge und Kinder (WIC),
- Anspruch auf Lebensmittelmarken,
- Anspruchsberechtigung oder Überweisung für andere staatliche oder lokale Hilfsprogramme (z. B. Medicaid),
- Wohnungen für Einkommensschwache/subventionierte Wohnungen werden als gültige Adresse angegeben oder
- der Patient ist verstorben und hat weder einen bekannten Ehepartner noch einen bekannten Nachlass.

Diese Informationen ermöglichen es den Krankenhäusern, fundierte Entscheidungen über die finanziellen Bedürfnisse der Patienten zu treffen, wobei die besten verfügbaren Schätzungen verwendet werden, wenn keine Informationen direkt vom Patienten bereitgestellt werden. Ein Patient, der für eine präsumptive finanzielle Unterstützung in Frage kommt, erhält EMCare für den Zeitraum, in dem er mutmaßlich anspruchsberechtigt ist, kostenlos oder zu ermäßigten Preisen.

Medicaid-Patienten, die nicht abgedeckte medizinisch notwendige Leistungen erhalten, werden für die präsumptive finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen. Finanzielle Unterstützung kann in Fällen vor dem Inkrafttreten von Medicaid genehmigt werden.

Wird eine Person als präsumptiv anspruchsberechtigt eingestuft, erhält der Patient finanzielle Unterstützung für einen Zeitraum von zwölf (12) Monaten, der mit dem Datum der Feststellung der mutmaßlichen Anspruchsberechtigung endet. Infolgedessen wird die Finanzhilfe auf alle förderfähigen Rechnungen angewandt, die für Dienstleistungen angefallen sind, die zwölf (12) Monate vor dem Feststellungsdatum in Anspruch genommen wurden. Die mutmaßlich anspruchsberechtigte Person erhält keine finanzielle Unterstützung für EMCare-Leistungen, die nach dem Datum der Feststellung erbracht wurden, ohne dass ein FAA abgeschlossen oder eine neue Feststellung der mutmaßlichen Anspruchsberechtigung getroffen wurde.

Für Patienten oder deren Bürgen, die nicht auf das Antragsverfahren einer Krankenhauseinrichtung reagieren, können andere Informationsquellen herangezogen werden, um eine individuelle Bewertung der finanziellen Bedürftigkeit vorzunehmen. Diese Informationen ermöglichen es der Krankenhauseinrichtung, eine fundierte Entscheidung über die finanzielle Bedürftigkeit von Patienten, die nicht antworten, zu treffen, wobei die besten verfügbaren Schätzungen verwendet werden, wenn keine Informationen direkt vom Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Um finanziell bedürftigen Patienten zu helfen, kann eine Krankenhauseinrichtung einen Dritten damit beauftragen, die Informationen eines Patienten oder des Bürgen des Patienten zu überprüfen, um die finanzielle Bedürftigkeit zu beurteilen. Diese Überprüfung verwendet ein von der Gesundheitsindustrie anerkanntes Vorhersagemodell, das auf Datenbanken auf Grundlage von öffentlichen Aufzeichnungen beruht. Das Modell bezieht Daten aus öffentlichen Aufzeichnungen ein, um einen sozioökonomischen und finanziellen Kompetenzwert zu berechnen. Das Regelwerk des Modells ist so konzipiert, dass jeder Patient auf der Grundlage der gleichen Standards beurteilt wird, und wird anhand historischer Bewilligungen finanzieller Unterstützung durch die Krankenhauseinrichtung kalibriert. Auf diese Weise kann die Krankenhauseinrichtung beurteilen, ob ein Patient charakteristisch für andere Patienten ist, die sich in der Vergangenheit im Rahmen des herkömmlichen Antragsverfahrens für finanzielle Unterstützung qualifiziert haben.

Wenn das Modell zum Einsatz kommt, wird es vor der Zuweisung uneinbringlicher Forderungen eingesetzt, nachdem alle anderen Anspruchsberechtigungen und Zahlungsquellen ausgeschöpft wurden. Auf diese Weise kann eine Krankenhauseinrichtung alle Patienten auf finanzielle Unterstützung prüfen, bevor sie eine ECA durchführt. Die aus dieser Überprüfung hervorgehenden Daten stellen einen ausreichenden Nachweis für die finanzielle Bedürftigkeit im Rahmen dieser Politik dar.

Falls ein Patient die Voraussetzungen für die mutmaßliche Antragsberechtigung nicht erfüllt, kann er dennoch die erforderlichen Informationen vorlegen und im Rahmen des herkömmlichen FAA-Verfahrens berücksichtigt werden.

Patientenrechnungen, denen der Status der mutmaßlichen Antragsberechtigung zuerkannt wurde, erhalten kostenlose oder ermäßigte Versorgung für förderfähige Leistungen nur für rückwirkende Leistungsdaten. Diese Entscheidung stellt keine kostenlose oder ermäßigte Versorgung dar, wie sie im Rahmen des herkömmlichen Antragsverfahrens möglich ist. Diese Rechnungen werden so behandelt, als kämen sie für finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie in Frage. Sie werden nicht zum Inkasso weitergeleitet, sind nicht Gegenstand weiterer Inkassomaßnahmen und werden nicht in die Kosten für uneinbringliche Forderungen der Krankenhauseinrichtung einbezogen. Die Patienten werden nicht über diese Entscheidung informiert. Darüber hinaus sind alle Selbstbeteiligungs- und Mitversicherungsbeträge, die als uneinbringliche Medicare-Forderungen geltend gemacht werden, von der Meldung der Gesundheitsfürsorge ausgeschlossen.

Das Screening auf präsumptive Antragsberechtigung bietet einen Nutzen für die Gemeinschaft, indem es eine CommonSpirit-Hospital-Organisation in die Lage versetzt, systematisch finanziell bedürftige Patienten zu identifizieren, den Verwaltungsaufwand zu verringern und Patienten und ihren Bürgern, von denen einige möglicherweise nicht auf das FAA-Verfahren reagiert haben, finanzielle Unterstützung zu gewähren.

BEKANNTMACHUNG ÜBER FINANZHILFEN

Die Benachrichtigung über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung durch die CommonSpirit-Hospital-Organisationen erfolgt auf verschiedenen Wegen, die unter anderem Folgendes umfassen können:

- Auffällige Veröffentlichung von Hinweisen in Patientenrechnungen;
- Aushänge in Notaufnahmen, Notfallzentren, Aufnahme-/Registrierungsabteilungen, Geschäftsstellen und an anderen öffentlichen Orten, die eine Krankenhauseinrichtung wählen kann; und
- Veröffentlichung einer Zusammenfassung dieser Richtlinie auf der Website der Krankenhauseinrichtung, wie in Nachtrag A vorgesehen, und an anderen Orten in den Gemeinden, die von der Krankenhauseinrichtung bedient werden, wie sie es wünscht.

Patienten können zusätzliche Informationen über den AGB-Prozentsatz der Krankenhauseinrichtung und darüber, wie die AGB-Prozentsätze berechnet wurden, vom Finanzberater der Krankenhauseinrichtung erhalten, wie in Nachtrag A angegeben.

Diese Mitteilungen und Zusammenfassungen müssen eine Kontaktnummer enthalten und in Englisch, Spanisch und gegebenenfalls in anderen Sprachen, die von der Bevölkerung, die von der jeweiligen Krankenhauseinrichtung versorgt wird, gesprochen werden, zur Verfügung gestellt werden.

Die Überweisung von Patienten für finanzielle Unterstützung kann von jedem Mitglied des nicht-medizinischen oder medizinischen Personals der CommonSpirit Hospital Organization vorgenommen werden, einschließlich Ärzten, Krankenschwestern, Finanzberatern, Sozialarbeitern, Fallmanagern, Seelsorgern und religiösen Förderern. Ein Ersuchen um Unterstützung kann vom Patienten oder einem Familienmitglied, engen Freund oder Mitarbeiter des Patienten unter Beachtung der geltenden Datenschutzgesetze gestellt werden.

Die CommonSpirit-Hospital-Organisationen bieten den Patienten eine finanzielle Beratung über ihre Rechnungen im Zusammenhang mit EMCare an und machen die Verfügbarkeit einer solchen Beratung bekannt. Es liegt in der Verantwortung des Patienten oder seines Bürgen, einen Termin mit einem Finanzberater zu vereinbaren, um die Verfügbarkeit von Finanzhilfe zu prüfen.

Eine Anbieterliste wird von jeder CommonSpirit-Krankenhauseinrichtung bis zum 1. Juli 2021 auf ihrer Website veröffentlicht und danach in regelmäßigen Abständen (mindestens jedoch vierteljährlich) vom Management aktualisiert.

MASSNAHMEN IM FALL DER NICHTZAHLUNG

Die Maßnahmen, die eine CommonSpirit-Hospital-Organisation im Falle einer Nichtzahlung in Bezug auf jede Krankenhauseinrichtung ergreifen kann, werden in einer separaten Richtlinie, CommonSpirit Governance-Richtlinie Finance G-004, *Rechnungsstellung und Inkasso* beschrieben. Mitglieder der Öffentlichkeit können ein kostenloses Exemplar dieser Richtlinie erhalten, indem sie sich an die Abteilung für Patientenzugang/Aufnahme der Krankenhauseinrichtung wenden, wie in Nachtrag A angegeben.

ANWENDUNG DER VERFAHREN

Die Leitung des CommonSpirit Revenue Cycle ist für die Umsetzung dieser Richtlinie verantwortlich.

ANHÄNGE

Antrag auf Finanzhilfe (FAA)

VERWEISE

CommonSpirit Governance-Richtlinie Finanzen G-004, *Rechnungsstellung und Inkaso*

ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE

CommonSpirit Governance-Nachtrag Finance G-003A-1, *Finanzielle Unterstützung – Kalifornien*

CommonSpirit Governance-Nachtrag Finance G-003A-2, *Finanzielle Unterstützung – Oregon*

CommonSpirit Governance-Nachtrag Finance G-003A-3, *Finanzielle Unterstützung – Washington*

CommonSpirit Governance-Nachtrag Finance G-003A-A, *Krankenhauseinrichtung, Finanzielle Unterstützung Vorlage zum Nachtrag für Kontaktinformationen*

JÄHRLICHE GENEHMIGUNG

GENEHMIGT VOM COMMONSPIRIT HEALTH VORSTAND: 22. JUNI 2023

Gerechte-Krankenhausrechnungen-Programm des Bundesstaates Kalifornien (California Hospital Fair Billing Program)

ACHTUNG:

Sollten Sie Hilfe in Ihrer eigenen Sprache benötigen, wählen Sie bitte die Telefonnummer (209) 461-5281 oder besuchen Sie unser finanzberater büro. Die Öffnungszeiten des Büros sind: 8 bis 16:30 Uhr. Die Adresse lautet: St Joseph's Medical Center of Stockton, 1800 N. California Street, Stockton, CA 94062 Hilfen und Dienste für Menschen mit Behinderungen, wie Dokumente in Braille-Schrift oder im Großdruck, als Audio oder in anderen, üblichen elektronischen Formaten, stehen ebenfalls zur Verfügung. Diese Dienste sind kostenlos.

Beratung zu Ihrer Krankenhausrechnung

Es gibt Verbraucherschutzorganisationen, die Sie in Bezug auf Ihre Krankenhausrechnung und deren Bezahlung kostenlos beraten. Die Health Consumer Alliance ist unter 888-804-3536 telefonisch zu erreichen und stellt auf ihrer Internetseite healthconsumer.org weitere Informationen zur Verfügung.

Das Krankenhausrechnungsbeschwerdeprogramm (Hospital Bill Complaint Program)

Das Krankenhausrechnungsbeschwerdeprogramm ist ein Programm des Bundesstaates zur Überprüfung von Krankenhausentscheidungen hinsichtlich Ihres Anspruchs auf finanzielle Hilfen im Zusammenhang mit Ihrer Krankenhausrechnung. Wenn Sie der Meinung sind, dass Ihnen eine solche finanzielle Unterstützung zu Unrecht verweigert wurde, können Sie eine entsprechende Beschwerde beim Krankenhausrechnungsbeschwerdeprogramm einreichen. Weitere Informationen finden Sie auf HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov. Zudem können Sie dort auch Ihre Beschwerde einreichen.