

COMMONSPIRIT HEALTH GOVERNANCE-RICHTLINIE

BETREFF: Finanzielle Unterstützung

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

wird noch bekannt gegeben

RICHTLINIENNUMMER: Finanzen G-003

**URSPRÜNGLICHES DATUM DES
INKRAFTTRETENS:**

1. Juli 2021

RICHTLINIE

Gemäß Abschnitt 501(r) des US-amerikanischen Steuergesetzbuchs (Internal Revenue Code, IRC) ist jedes CommonSpirit Health-Krankenhausunternehmen verpflichtet, eine schriftliche Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) sowie eine Richtlinie zur medizinischen Notfallversorgung zu erstellen, die für die gesamte medizinische Notfallversorgung und medizinisch notwendige Versorgung (im Folgenden als „EMCare“ bezeichnet) gelten, die in einer Krankenhauseinrichtung erbracht wird, um ihre Steuerbefreiung aufrechtzuerhalten. Ziel dieser Richtlinie ist es, die Bedingungen zu beschreiben, unter denen eine Krankenhauseinrichtung ihren Patienten finanzielle Unterstützung gewährt. Darüber hinaus werden in dieser Richtlinie die Maßnahmen beschrieben, die eine Krankenhauseinrichtung im Falle der Nichtbegleichung einer Patientenrechnung ergreifen kann.

UMFANG

Diese Richtlinie gilt für CommonSpirit sowie für jede seiner steuerbefreiten direkt verbundenen Unternehmen¹ und steuerbefreiten, hundertprozentigen Tochtergesellschaften² sowie für alle anderen Tochtergesellschaften, an denen CommonSpirit nicht zu hundert Prozent beteiligt ist, oder sonstige verbundene Unternehmen, die vertraglich oder gemäß ihren Gründungsunterlagen ausdrücklich verpflichtet sind oder für die vorgesehen ist, dass diese Tochtergesellschaft(en) oder Unternehmen die Richtlinien und Verfahren von CommonSpirit einhalten müssen (konforme Unternehmen), und die eine Krankenhauseinrichtung betreiben (im Einzelnen als „CommonSpirit-Krankenhausunternehmen“ und gemeinsam als „CommonSpirit-Krankenhausunternehmen“ bezeichnet). Es gehört zur Unternehmenspolitik von CommonSpirit, allen Patienten in den CommonSpirit-Krankenhäusern ohne Diskriminierung

¹ Ein direktes verbundenes Unternehmen ist jede Gesellschaft, bei der CommonSpirit Health das einzige Gesellschaftsmitglied oder der einzige Gesellschafter ist, sowie Dignity Community Care, eine gemeinnützige Gesellschaft mit Sitz in Colorado.

² Unter einer Tochtergesellschaft versteht man entweder ein Unternehmen – unabhängig davon, ob es sich um eine gemeinnützige oder gewinnorientierte Einrichtung handelt –, bei der ein direkt verbundenes Unternehmen die Befugnis besitzt, fünfzig Prozent (50 %) oder mehr der stimmberechtigten Mitglieder des Leitungsgremiums dieses Unternehmens zu ernennen, oder fünfzig Prozent (50 %) oder mehr der Stimmrechte in diesem Unternehmen hält (nachgewiesen durch Mitgliedschaftsrechte oder Wertpapiere, die dem direkten verbundenen Unternehmen bestimmte Entscheidungsbefugnisse einräumen) oder jedem Unternehmen, in der eine Tochtergesellschaft über solche Befugnisse oder Stimmrechte verfügt.

das EMCare-Programm anzubieten, unabhängig von der finanziellen Zahlungsfähigkeit des jeweiligen Patienten.

PRINZIPIEN

Als katholische Gesundheitsdienstleister und steuerbefreite Verbände sind die CommonSpirit-Krankenhausverbände dazu aufgerufen, den Bedürfnissen von Patienten und anderen Personen, die medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, gerecht zu werden – unabhängig von deren finanzieller Fähigkeit, die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

Es ist das Anliegen der CommonSpirit-Krankenhausverbände, dass die finanzielle Situation von Menschen, die Gesundheitsleistungen benötigen, diese nicht daran hindert, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten.

Die CommonSpirit-Krankenhausverbände leisten ohne Diskriminierung medizinische Notfallversorgung für alle Personen, unabhängig davon, ob diese Anspruch auf finanzielle Unterstützung oder staatliche Hilfe in den CommonSpirit-Krankenhäusern haben.

Die CommonSpirit-Krankenhausverbände haben es sich zur Aufgabe gemacht, Personen, die medizinische Versorgung benötigen und nicht versichert, unterversichert, nicht für ein staatliches Programm berechtigt oder aus anderen Gründen zahlungsunfähig sind, finanzielle Unterstützung für medizinisch notwendige, nicht notfallmäßige Behandlungen zu gewähren, die in den CommonSpirit-Krankenhäusern erbracht werden.

ANWENDUNG

A. Diese Richtlinie gilt für:

- Alle Kosten für EMCare-Leistungen, die in einer Krankenhauseinrichtung von einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen erbracht werden.
- Alle Kosten für EMCare-Leistungen, die von einem Arzt oder einer medizinischen Fachkraft mit erweiterter Zuständigkeit erbracht werden, der bzw. die bei einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen angestellt ist, sofern diese Leistungen innerhalb einer Krankenhauseinrichtung erbracht werden.
- Alle Kosten für EMCare-Leistungen, die von einem Arzt oder einer medizinischen Fachkraft mit erweiterter Zuständigkeit erbracht werden, die bei einer im Wesentlichen verbundenen Einrichtung angestellt ist, und die innerhalb einer Krankenhauseinrichtung anfallen.
- Nicht abgedeckte medizinisch notwendige Leistungen, die Patienten erbracht werden, wobei der Patient die Kosten selbst tragen muss, beispielsweise Kosten für Tage, die über die maximale Aufenthaltsdauer hinausgehen, oder in Fällen, in denen die Leistungsansprüche des Patienten ausgeschöpft sind.

Maßnahmen zur Einziehung und zum Inkasso sind gemäß der CommonSpirit-Governance-Richtlinie „Finance G-004 – *Rechnungsstellung und Inkasso*“ durchzuführen.

B. Abstimmung mit anderen Gesetzen

Datum des Inkrafttretens: noch festzulegen

Seite 2 von 13

Richtlinie zur finanziellen Unterstützung

© Copyright 2021–2026 CommonSpirit Health. Nur für den internen Gebrauch.

Die Gewährung finanzieller Unterstützung kann zusätzlichen Gesetzen oder Vorschriften gemäß Bundes-, Landes- oder Kommunalrecht unterliegen. Dieses Gesetz gilt, solange es strengere Anforderungen stellt als diese Richtlinie. Für den Fall, dass ein später verabschiedetes Landes- oder Kommunalgesetz in direktem Widerspruch zu dieser Richtlinie steht, ist es dem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen gestattet, nach Rücksprache mit dem Vertreter des lokalen CommonSpirit-Rechtsteams, der Leitung der CommonSpirit-Umsatzzyklus- und CommonSpirit-Steuerabteilung vor dem nächsten Überprüfungszyklus der Richtlinie einen Nachtrag zu dieser Richtlinie zu verabschieden, der die minimalen Änderungen an dieser Richtlinie enthält, die zur Einhaltung aller geltenden Gesetze erforderlich sind.

DEFINITIONEN

Unter „**Allgemein in Rechnung gestellten Beträgen**“ (AGB) versteht man den Höchstbetrag, den ein Patient, der gemäß dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung anspruchsberechtigt ist, persönlich zu tragen hat, nachdem alle Abzüge und Rabatte (einschließlich der im Rahmen dieser Richtlinie gewährten Rabatte) berücksichtigt und etwaige Erstattungen durch Versicherer abgezogen wurden. Keinem Patienten, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, werden für die ihm erbrachten EMCare-Leistungen höhere Kosten in Rechnung gestellt als die AGB. CommonSpirit berechnet den AGB auf der Grundlage der einzelnen Einrichtungen unter Anwendung der „Lookback“-Methode, indem die „Bruttokosten“ für alle von CommonSpirit erbrachten EMCare-Leistungen mit den AGB-Prozentsätzen multipliziert werden, die sich auf in der Vergangenheit im Rahmen von Medicare und privaten Versicherungen genehmigte Erstattungsanträge stützen, wie dies im Bundesgesetz festgelegt ist. Unter „Bruttokosten“ sind in diesem Zusammenhang die Beträge zu verstehen, die in der Gebührenliste der jeweiligen Krankenhauseinrichtung für jede EMCare-Leistung aufgeführt sind.

Unter „**Antragsfrist**“ versteht man den Zeitraum, den das CommonSpirit-Krankenhausunternehmen den Patienten zur Verfügung stellt, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung auszufüllen. Die Frist endet mit dem späteren der folgenden Zeitpunkte: (i) 365 Tage nach der Entlassung des Patienten aus der Krankenhauseinrichtung oder dem Datum der EMCare-Leistung für den Patienten oder (ii) 240 Tage nach dem Datum der ersten nach der Entlassung ausgestellten Rechnung für die EMCare-Leistung, die bei einer Krankenhauseinrichtung eingegangen ist.

Der Begriff „**Versorgungsgebiet einer CommonSpirit-Einrichtung**“ bezeichnet im Sinne dieser Richtlinie das Gebiet, das von einer Krankenhauseinrichtung versorgt wird, wie in deren jüngster Bewertung des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung gemäß Abschnitt 501(r)(3) des US-Steuergesetzes (IRC) beschrieben.

Die **Bewertung des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung (Community Health Needs Assessment, CHNA)** wird von einer Krankenhauseinrichtung gemäß IRC § 501(r)(1)(A) mindestens einmal alle drei (3) Jahre durchgeführt; jedes CommonSpirit-Krankenhausunternehmen verabschiedet daraufhin Strategien, um den im Rahmen der CHNA ermittelten Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. der Bevölkerung gerecht zu werden.

Zeitraum zur Feststellung der Anspruchsberechtigung – Zur Feststellung der

Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung prüft eine Krankenhauseinrichtung das jährliche Familieneinkommen der letzten sechs (6) Monate oder des vorangegangenen Steuerjahres, wie es aus aktuellen Gehaltsabrechnungen oder Einkommensteuererklärungen sowie anderen Informationen hervorgeht. Der Einkommensnachweis kann durch Annualisierung des bisherigen Familieneinkommens unter Berücksichtigung des aktuellen Einkommenssatzes ermittelt werden.

Anspruchszeitraum– Nach Einreichung des Antrags auf finanzielle Unterstützung und der entsprechenden Unterlagen wird Patienten, deren Anspruch anerkannt wurde, finanzielle Unterstützung für alle anspruchsberechtigten Forderungen gewährt, die für Leistungen entstanden sind, die zwölf (12) Monate vor dem Stichtag in Anspruch genommen wurden, sowie prospektiv für einen Zeitraum von sechs (6) Monaten ab dem Stichtag. Wird die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage der Kriterien für die vorläufige Anspruchsberechtigung genehmigt, gilt die finanzielle Unterstützung auch für alle anspruchsberechtigten Forderungen, die für Leistungen entstanden sind, die zwölf (12) Monate vor dem Datum der Feststellung in Anspruch genommen wurden.

US-amerikanisches Gesetz über medizinische Notfallversorgung, medizinische Notfallbehandlung und Entbindung (Emergency Medical Care, Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) – Jeder Patient, der in einer Krankenhauseinrichtung wegen eines medizinischen Notfalls im Sinne von § 1867 des US-amerikanischen Sozialversicherungsgesetzes (42 U.S.C. 1395dd) medizinische Versorgung in Anspruch nimmt, ist ohne Diskriminierung und unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit zu behandeln. Darüber hinaus ist jede Maßnahme untersagt, die Patienten davon abhält, EMCare in Anspruch zu nehmen, einschließlich – jedoch nicht beschränkt auf – die Zulassung von Inkasso- und Beitreibungsmaßnahmen, die die Erbringung von EMCare beeinträchtigen. Krankenhauseinrichtungen müssen zudem alle US-bundesstaatlichen und landesrechtlichen Vorschriften für die Versorgung bei medizinischen Notfällen einhalten, einschließlich der Anforderungen hinsichtlich der Erstuntersuchung, Behandlung und Verlegung gemäß EMTALA sowie gemäß 42 CFR 482.55 (oder einer etwaigen Nachfolgeverordnung). Krankenhäuser sollten sich bei der Feststellung, was einen medizinischen Notfall darstellt, sowie bei der Festlegung der jeweils einzuhaltenden Verfahren an den CommonSpirit-EMTALA-Richtlinien, den EMTALA-Vorschriften und den geltenden Teilnahmebedingungen von Medicare/Medicaid orientieren und diese als Leitfaden heranziehen.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs) – Die Krankenhauseinrichtung wird keine ECAs gegen eine Person einleiten, bevor sie angemessene Anstrengungen unternommen hat, um die Anspruchsberechtigung gemäß dieser Richtlinie festzustellen. Eine ECA kann jede der folgenden Maßnahmen umfassen, die im Rahmen der Bemühungen um die Begleichung einer Rechnung für Pflegeleistungen ergriffen werden:

- Verkauf der Forderung gegenüber einer Person an einen Dritten, sofern dies nicht ausdrücklich durch Bundesrecht geregelt ist; und
- Meldung negativer Informationen über die betreffende Person an Verbraucherauskunfteien.

ECAs umfassen keine Pfandrechte, die eine Krankenhauseinrichtung nach bundesstaatlichem Recht an den Erlösen aus einem Urteil oder einem Vergleich geltend machen kann, die einer Person (oder deren Vertreter) aufgrund von Personenschäden

zustehen, für deren Behandlung die Einrichtung gesorgt hat.

Unter „**Familie**“ versteht man (gemäß der Definition des Census Bureau) eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die zusammenleben und durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind. Gemäß den Vorschriften der US-Steuerbehörde (Internal Revenue Service, IRS) gilt Folgendes: Wenn ein Patient in seiner Einkommensteuererklärung eine Person als unterhaltsberechtig angeibt, kann diese Person im Rahmen der Gewährung finanzieller Unterstützung als unterhaltsberechtig angesehen werden. Sollten keine Steuerunterlagen der IRS vorliegen, wird die Familiengröße anhand der Anzahl der im Antrag auf finanzielle Unterstützung angegebenen und von der Krankenhauseinrichtung überprüften unterhaltsberechtigten Personen ermittelt.

Das **Familieneinkommen** wird gemäß der Definition des IRS für das modifizierte bereinigte Bruttoeinkommen (Modified Adjusted Gross Income) für den Antragsteller und alle Mitglieder seiner Familie ermittelt. Bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung kann das CommonSpirit-Krankenhausunternehmen das „Vermögen“ der Familie des Patienten berücksichtigen. Für die Zwecke dieser Feststellung umfassen die monetären Vermögenswerte jedoch keine Altersvorsorge- oder andere langfristige Versorgungspläne.

Die **Richtlinien zur Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL)** werden jährlich im Federal Register vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) gemäß der Befugnis aus Unterabschnitt (2) von § 9902 des Titels 42 des Gesetzbuchs der Vereinigten Staaten (United States Code) aktualisiert. Die aktuellen Leitlinien finden Sie unter <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Unter „**finanzieller Unterstützung**“ versteht man die Unterstützung für Patienten, für die die vollständige Begleichung der zu erwartenden Eigenanteile für die in einer Krankenhauseinrichtung erbrachten EMCare-Leistungen eine finanzielle Härte darstellen würde und die die Anspruchsvoraussetzungen für eine solche Unterstützung erfüllen. Versicherten Patienten wird finanzielle Unterstützung in dem Umfang gewährt, der gemäß dem Vertrag mit ihrem Krankenversicherer zulässig ist.

Unter „**Bürge**“ versteht man eine Person, die rechtlich für die Begleichung der Rechnung des Patienten haftet.

Unter „**Krankenhauseinrichtung**“ (oder „**Einrichtung**“) ist eine Gesundheitseinrichtung zu verstehen, die gemäß den Vorschriften eines Bundeslandes als Krankenhaus zugelassen, registriert oder in ähnlicher Weise anerkannt sein muss und die von einer CommonSpirit-Krankenhausorganisation betrieben wird.

Unter „**medizinisch notwendiger Versorgung**“ versteht man jede Maßnahme, die (von einem Leistungserbringer) nach vernünftigem Ermessen als notwendig erachtet wird, um eine Erkrankung, Krankheit, Verletzung oder Leiden, das lebensbedrohlich ist, Leiden oder Schmerzen verursacht, zu Krankheit oder Gebrechlichkeit führt, eine Behinderung zu verursachen oder zu verschlimmern droht oder eine körperliche Deformität oder Funktionsstörung verursacht, oder zur Verbesserung der Funktion eines missgebildeten Körperteils dient, sofern keine andere ebenso wirksame, schonendere oder kostengünstigere Behandlungsmethode zur Verfügung steht. Medizinisch notwendige Behandlungen umfassen keine elektiven oder kosmetischen Eingriffe, die ausschließlich der Verbesserung des ästhetischen Erscheinungsbildes eines normalen oder normal funktionierenden Körperteils dienen.

Betrieb einer Krankenhauseinrichtung – Eine Krankenhauseinrichtung gilt als betrieben, wenn sie entweder mit eigenen Mitarbeitern betrieben wird oder wenn der Betrieb der Einrichtung an ein anderes Unternehmen vergeben wird. Eine Krankenhauseinrichtung kann auch von einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen betrieben werden, sofern dieses CommonSpirit-Krankenhausunternehmen eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung an einer als Personengesellschaft besteuerten Einheit hält, die eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung direkt betreibt oder eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung indirekt über eine andere, als Personengesellschaft besteuerte Einheit betreibt.

Unter „**vorläufiger finanzieller Unterstützung**“ versteht man die Feststellung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung, die sich auf Angaben von Drittanbietern und andere öffentlich zugängliche Informationen stützen kann. Wird festgestellt, dass ein Patient voraussichtlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, führt dies dazu, dass ihm EMCare für den Zeitraum, in dem er voraussichtlich anspruchsberechtigt ist, kostenlos oder zu ermäßigten Konditionen zur Verfügung steht.

Unter einer „**im Wesentlichen verbundenen Einheit**“ ist im Zusammenhang mit einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen eine Einheit zu verstehen, die für Zwecke der Bundessteuer als Personengesellschaft behandelt wird und an der das Krankenhausunternehmen eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung hält, oder eine als durchtransparent behandelte Einheit, deren einziges Mitglied oder Eigentümer des Krankenhausunternehmens ist und die EMCare in einer staatlich zugelassenen Krankenhauseinrichtung erbringt, es sei denn, die Erbringung dieser Versorgung stellt für das Krankenhausunternehmen ein nicht verbundenes Gewerbe oder Geschäft im Sinne von § 513 der US-Steuergesetzgebung (IRC) dar.

Als „**nicht versichert**“ gilt eine Person, die über keinen Versicherungsschutz durch einen kommerziellen Drittversicherer, einen ERISA-Plan, ein staatliches Gesundheitsprogramm (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Medicare, Medicaid, SCHIP und TRICARE), eine Arbeitsunfallversicherung oder eine sonstige Unterstützung durch Dritte verfügt, die ihr bei der Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen hilft.

Als „**unterversichert**“ gilt eine Person mit privater oder öffentlicher Krankenversicherung, für die es eine finanzielle Härte darstellen würde, die erwarteten Selbstkosten für EMCare-Leistungen, die unter diese Police fallen, vollständig zu tragen.

ANSPRUCHSBERECHTIGUNG FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

A. Für EMCare verfügbare finanzielle Unterstützung

Ein Patient, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, erhält EMCare kostenlos oder zu einem ermäßigten Preis und muss daher für EMCare niemals mehr als den AGB-Betrag zahlen. Finanzielle Unterstützung wird Patienten gewährt, die die hierin beschriebenen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und ihren Wohnsitz im Versorgungsgebiet der CommonSpirit-Einrichtung haben, wie es in der aktuellsten CHNA-Analyse der Krankenhauseinrichtung definiert ist, es sei denn, es handelt sich um einen dringenden oder notfallmäßigen Besuch oder der Besuch findet in einer kalifornischen Krankenhauseinrichtung statt. Personen mit Wohnsitz außerhalb der Vereinigten Staaten

von Amerika haben ohne vorherige Genehmigung durch den Finanzvorstand der Krankenhauseinrichtung (oder dessen Beauftragten) keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, es sei denn, es handelt sich um einen dringenden Besuch oder medizinischen Notfall. Alle geplanten Leistungen für Patienten, die außerhalb des Versorgungsgebiets der CommonSpirit-Einrichtung wohnen, bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Finanzvorstand der Krankenhauseinrichtung (oder dessen Beauftragten). Hat ein überweisender Arzt Leistungen in einer Krankenhauseinrichtung angefordert und wird dieselbe Leistung auch in einer anderen Einrichtung erbracht, die näher am Wohnort des Patienten liegt und außerhalb des Versorgungsgebiets der CommonSpirit-Einrichtung liegt, kann die Krankenhauseinrichtung den überweisenden Arzt auffordern, die Leistungen erneut zu prüfen und zu beantragen, dass diese näher am Wohnort des Patienten erbracht werden.

Dringende oder notfallmäßige Krankenhausleistungen dürfen nicht aufgrund der Zahlungsfähigkeit eines Patienten oder der Feststellung seines Versicherungsschutzes verweigert oder verzögert werden. Nicht notfallbezogene oder nicht dringende medizinische Leistungen können jedoch nach Rücksprache mit dem medizinischen Personal der Krankenhauseinrichtung verzögert oder aufgeschoben werden, sofern die Krankenhauseinrichtung keine Zahlungsquelle für ihre Leistungen ermitteln kann. Die Dringlichkeit der Behandlung, die sich aus den jeweiligen klinischen Symptomen des Patienten ergibt, wird von einer medizinischen Fachkraft gemäß den örtlichen Praxisstandards, den nationalen und bundesstaatlichen klinischen Versorgungsstandards sowie den Richtlinien und Verfahren des medizinischen Personals der Krankenhauseinrichtung festgelegt.

B. Nur für EMCare verfügbare finanzielle Unterstützung

Für andere Versorgungsleistungen als EMCare wird keine finanzielle Unterstützung gewährt. Bei anderen Leistungen als EMCare müssen Patienten nicht mehr als die Nettokosten für diese Leistungen tragen (Bruttokosten für diese Leistungen nach Abzug aller Selbstbeteiligungen und Versicherungserstattungen).

C. Höhe der verfügbaren finanziellen Unterstützung

Der Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird für Personen geprüft, 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; dies erfolgt auf der Grundlage einer Feststellung der finanziellen Bedürftigkeit gemäß dieser Richtlinie. Die Gewährung finanzieller Unterstützung erfolgt auf der Grundlage einer individuellen Bedarfsprüfung und berücksichtigt keine potenziell diskriminierenden Faktoren wie Alter, Abstammung, Geschlecht, Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck, Rasse, Hautfarbe, nationale Herkunft, sexuelle Orientierung, Familienstand, sozialer Status oder Einwanderungsstatus, Religionszugehörigkeit oder sonstige Merkmale, die nach Bundes-, Landes- oder Kommunalrecht verboten sind.

Sofern kein Anspruch auf eine vorläufige finanzielle Unterstützung besteht, müssen die folgenden Zulassungskriterien erfüllt sein, damit ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat:

- Der Patient muss über ein Mindestguthaben von zehn Dollar (10.00 USD) beim CommonSpirit-Krankenhausunternehmen verfügen. Zur Erreichung dieses Betrags können die Guthaben mehrerer Konten zusammengerechnet werden.

Patienten/Bürgen mit einem ausstehenden Betrag von weniger als zehn Dollar (\$10,00) können sich an einen Finanzberater wenden, um eine monatliche Ratenzahlung zu vereinbaren.

- Der Patient muss die hierin beschriebenen Standards zur Patientenmitarbeit einhalten.
- Der Patient muss einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA) einreichen.

D. Sozialmedizin

- Bis zu 200 % der FPL – Jeder Patient, dessen Familieneinkommen bei höchstens 200 % der FPL liegt, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf nicht versicherte oder unterversicherte Patienten, hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Form eines Rabatts von bis zu 100 % auf seinen Rechnungsbetrag für anspruchsberechtigte Leistungen, die dem Patienten erbracht wurden, nachdem etwaige Zahlungen durch Dritte bereits erfolgt sind.
- 201–400 % der FPL – Jeder Patient, dessen Familieneinkommen bei mindestens 201 %, jedoch unter 400 % der FPL liegt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf nicht versicherte oder unterversicherte Patienten, hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung, durch die sein Rechnungsbetrag für anspruchsberechtigte Leistungen, die dem Patienten erbracht wurden, nach etwaiger Zahlung durch Dritte auf einen Betrag reduziert wird, der den AGB der Krankenhauseinrichtung nicht übersteigt.

E. Standards für die Mitarbeit der Patienten

Ein Patient ist verpflichtet, mit der Krankenhauseinrichtung zusammenzuarbeiten und die zur Feststellung der Anspruchsberechtigung erforderlichen Informationen und Unterlagen vorzulegen. Zu dieser Zusammenarbeit gehört auch das Ausfüllen aller erforderlichen Anträge oder Formulare. Der Patient ist dafür verantwortlich, die Krankenhauseinrichtung über jede Änderung seiner finanziellen Situation zu informieren, die sich auf die Prüfung der Anspruchsberechtigung auswirken könnte.

Ein Patient muss vor der Genehmigung alle anderen Zahlungsmöglichkeiten ausschöpfen, einschließlich privater Krankenversicherungen, medizinischer Hilfsprogramme auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie anderer Formen der Unterstützung durch Dritte. Ein Antragsteller auf finanzielle Unterstützung ist dafür verantwortlich, bei öffentlichen Programmen einen Antrag auf verfügbare Leistungen zu stellen. Von ihm oder ihr wird außerdem erwartet, dass er oder sie Möglichkeiten zur Kostenübernahme durch öffentliche oder private Krankenversicherungen für Behandlungen prüft, die von einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen innerhalb einer Krankenhauseinrichtung erbracht werden.

Die Mitwirkung des Patienten und gegebenenfalls eines Bürgen bei der Beantragung der entsprechenden Programme und identifizierbaren Finanzierungsquellen ist erforderlich. Eine Krankenhauseinrichtung hat sich aktiv darum zu bemühen, einem Patienten oder dessen Bürgen bei der Beantragung öffentlicher und privater Programme zu helfen; dazu können unter anderem der Versicherungsschutz über eine Krankenversicherungsbörse, eine private Krankenversicherung oder ein über COBRA abgeschlossener Krankenversicherungsplan gehören. Stellt eine Krankenhauseinrichtung fest, dass möglicherweise Versicherungsschutz über eine Krankenversicherungsbörse, eine private Krankenversicherung oder einen COBRA-Plan besteht und dass ein Patient kein Medicare- oder Medicaid-Begünstigter ist, kann die Krankenhauseinrichtung vom Patienten oder vom

Bürgen verlangen, dass er (i) der Krankenhauseinrichtung und der zuständigen Stiftung die Informationen zur Verfügung stellt, die zur Ermittlung der monatlichen Prämie für diesen Patienten erforderlich sind, und (ii) mit den Mitarbeitern der Krankenhauseinrichtung und der Stiftung zusammenzuarbeiten, um festzustellen, ob er oder sie Anspruch auf Beitragsunterstützung hat, die (über bestimmte Stiftungsmittel) für einen begrenzten Zeitraum angeboten werden kann, um den Abschluss des oben genannten Versicherungsschutzes zu erleichtern.

F. Rabatt für nicht versicherte Patienten

Leistungen, die nicht durch eine Versicherungspolice abgedeckt sind, sowie Patienten/Bürgen, die nachweisen können, dass kein Krankenversicherungsschutz besteht – weder durch eine vom Arbeitgeber bereitgestellte Versicherung noch durch ein staatliches Programm wie Medicare, Medicaid oder ein anderes staatliches oder kommunales Programm zur Übernahme der Kosten für die dem Patienten erbrachten medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen –, haben Anspruch auf einen Rabatt für nicht versicherte Patienten. Dieser Rabatt gilt nicht für kosmetische oder nicht medizinisch notwendige Eingriffe und steht ausschließlich für berechnete Leistungen zur Verfügung.

Jede Krankenhauseinrichtung hat den Rabatt auf die Bruttokosten zu berechnen und festzulegen, der berechtigten Patienten gewährt wird. Die oben beschriebene finanzielle Unterstützung hat Vorrang vor diesem Rabatt für nicht versicherte Patienten. Sollte festgestellt werden, dass die Gewährung einer finanziellen Unterstützung die Rechnung des Patienten weiter senkt, wird die Krankenhauseinrichtung den Rabatt für nicht versicherte Patienten rückgängig machen und die entsprechenden Anpassungen gemäß den Richtlinien zur finanziellen Unterstützung vornehmen.

G. Rabatt für Selbstzahler

Für nicht versicherte Patienten, die keinen Anspruch auf einen der in dieser Richtlinie beschriebenen Rabatte im Rahmen der finanziellen Unterstützung haben, können die Krankenhauseinrichtungen gemäß den Richtlinien und Verfahren des CommonSpirit-Abrechnungszyklus einen automatischen (Selbstzahler-)Rabatt auf die Rechnung des Patienten gewähren. Dieser Rabatt für Selbstzahler ist nicht einkommensabhängig.

VERFAHREN ZUR BEANTRAGUNG VON FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

Alle Patienten müssen den CommonSpirit-FAA-Fragebogen ausfüllen, um für eine finanzielle Unterstützung in Betracht zu kommen, es sei denn, sie haben Anspruch auf eine vorläufige finanzielle Unterstützung. Der FAA wird von der Krankenhauseinrichtung herangezogen, um eine individuelle Beurteilung der finanziellen Bedürftigkeit vorzunehmen.

Um Anspruch auf Unterstützung zu haben, muss der Patient Bank- oder Girokontoauszüge vorlegen, aus denen seine verfügbaren Mittel hervorgehen (d. h. Mittel, die in Bargeld umgewandelt werden können und für den täglichen Lebensunterhalt des Patienten nicht erforderlich sind), sowie mindestens einen (1) Beleg, der das Familieneinkommen bestätigt; diese Unterlagen müssen zusammen mit dem FAA eingereicht werden. Zu den Belegen können unter anderem folgende Unterlagen gehören:

- Kopie der zuletzt eingereichten Einkommensteuererklärung der betreffenden Person;
- aktuelles Formular W-2;

- aktuelle Gehaltsabrechnungen; oder
- Unterzeichnete Unterstützungserklärung.

Die Krankenhauseinrichtung kann nach eigenem Ermessen auch andere Nachweise für die Anspruchsberechtigung heranziehen als die im FAA oder in diesem Dokument beschriebenen. Weitere Beweisquellen können sein:

- externe, öffentlich zugängliche Datenquellen, die Aufschluss über die Zahlungsfähigkeit eines Patienten bzw. eines Bürgen geben;
- eine Überprüfung der ausstehenden Forderungen des Patienten für bereits erbrachte Leistungen sowie der Zahlungshistorie des Patienten bzw. des Bürgen;
- etwaige frühere Feststellungen zur Anspruchsberechtigung des Patienten oder des Bürgen auf Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie; oder
- Erkenntnisse, die im Zuge der Suche nach geeigneten alternativen Zahlungs- und Deckungsquellen aus öffentlichen und privaten Finanzierungsprogrammen gewonnen wurden.

Falls in einem ausgefüllten FAA kein Einkommen ausgewiesen ist, ist ein schriftliches Dokument erforderlich, in dem dargelegt wird, warum keine Angaben zum Einkommen vorliegen und wie der Patient oder der Bürge die grundlegenden Lebenshaltungskosten (wie Wohnen, Verpflegung und Nebenkosten) bestreitet. Antragsteller auf finanzielle Unterstützung, die am Darlehensrückzahlungsprogramm des nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Services Corps, NHSC) teilnehmen, sind von der Vorlage von Ausgabenbelegen befreit.

ANGEBLICHE ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

Die CommonSpirit-Krankenhausverbände sind sich bewusst, dass nicht alle Patienten und Bürgen in der Lage sind, den FAA auszufüllen oder die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. An jedem Standort unserer Krankenhäuser stehen Finanzberater zur Verfügung, um allen Personen zu helfen, die Unterstützung bei der Antragstellung benötigen. Für Patienten und Bürgen, die die erforderlichen Unterlagen nicht vorlegen können, kann eine Krankenhauseinrichtung auf der Grundlage von Informationen aus anderen Quellen eine vorläufige finanzielle Unterstützung gewähren. Insbesondere kann die vorläufige Anspruchsberechtigung auf der Grundlage individueller Lebensumstände festgestellt werden, zu denen unter anderem folgende gehören können:

- Empfänger staatlich finanzierter Arzneimittelprogramme;
- Obdachlose(r) oder eine Person, die in einer Obdachlosen- oder kostenlosen Klinik behandelt wurde;
- Teilnehmer(in) an den „Women, Infants and Children“-Programmen (WIC);
- Anspruchsberechtigte(r) für Lebensmittelgutscheine;
- Anspruchsberechtigte(r) oder Überwiesene an andere staatliche oder kommunale Hilfsprogramme (z. B. Medicaid);
- Eine Sozialwohnung bzw. eine geförderte Wohnung wird als gültige Anschrift angegeben; oder
- der Patient ist verstorben; es sind weder ein Ehepartner noch ein Nachlass bekannt.

Anhand dieser Informationen können Krankenhäuser fundierte Entscheidungen über die finanziellen Bedürfnisse der Patienten treffen, wobei sie sich auf die besten verfügbaren Schätzungen stützen, sofern keine Informationen direkt vom Patienten vorliegen. Ein

Patient, bei dem ein Anspruch auf vorläufige finanzielle Unterstützung festgestellt wurde, erhält für den Zeitraum, in dem er vorläufig anspruchsberechtigt ist, kostenlose oder vergünstigte EMCare-Leistungen.

Medicaid-Patienten, die medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht von der Versicherung abgedeckt sind, kommen für eine vorläufige finanzielle Unterstützung in Betracht. In bestimmten Fällen kann eine finanzielle Unterstützung bereits vor dem Datum des Inkrafttretens von Medicaid bewilligt werden.

Wird bei einer Person eine vorläufige Anspruchsberechtigung festgestellt, wird dem Patienten finanzielle Unterstützung für einen Zeitraum von zwölf (12) Monaten gewährt, der mit dem Datum der Feststellung der vorläufigen Anspruchsberechtigung endet. Dementsprechend wird die finanzielle Unterstützung auf alle berechtigten Rechnungen angerechnet, die für Leistungen entstanden sind, die zwölf (12) Monate vor dem Stichtag in Anspruch genommen wurden. Die Person, für die eine vorläufige Anspruchsberechtigung festgestellt wurde, erhält keine finanzielle Unterstützung für EMCare-Leistungen, die nach dem Datum der Feststellung erbracht wurden, sofern kein FAA ausgefüllt oder eine neue Feststellung der vorläufigen Anspruchsberechtigung vorgenommen wurde.

Für Patienten oder deren Bürgen, die auf das Antragsverfahren einer Krankenhauseinrichtung nicht reagieren, können andere Informationsquellen herangezogen werden, um eine individuelle Beurteilung der finanziellen Bedürftigkeit vorzunehmen. Anhand dieser Informationen kann die Krankenhauseinrichtung eine fundierte Entscheidung über die finanzielle Bedürftigkeit von Patienten treffen, die nicht ansprechbar sind, wobei sie sich auf die besten verfügbaren Schätzungen stützt, sofern keine direkt vom Patienten bereitgestellten Informationen vorliegen.

Um finanziell bedürftigen Patienten zu helfen, kann eine Krankenhauseinrichtung einen Dritten damit beauftragen, die Angaben eines Patienten oder dessen Bürgen zu prüfen, um die finanzielle Bedürftigkeit zu beurteilen. Diese Auswertung stützt sich auf ein in der Gesundheitsbranche anerkanntes Prognosemodell, das auf öffentlich zugänglichen Datenbanken basiert. Das Modell nutzt Daten aus öffentlichen Registern, um einen Wert für die sozioökonomische und finanzielle Leistungsfähigkeit zu berechnen. Der Regelkatalog des Modells ist darauf ausgelegt, jeden Patienten anhand derselben Standards zu bewerten, und wurde anhand früherer Genehmigungen für finanzielle Unterstützung durch die Krankenhauseinrichtung angepasst. Auf diese Weise kann die Krankenhauseinrichtung beurteilen, ob ein Patient den Merkmalen anderer Patienten entspricht, die in der Vergangenheit im Rahmen des herkömmlichen Antragsverfahrens Anspruch auf finanzielle Unterstützung hatten.

Bei Anwendung des Modells wird dieses vor der Zuweisung als uneinbringliche Forderung eingesetzt, nachdem alle anderen Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsquellen für jene Patienten ausgeschöpft wurden, bei denen noch keine Vorabprüfung auf einen mutmaßlichen Anspruch stattgefunden hat. Auf diese Weise kann eine Krankenhauseinrichtung alle Patienten auf Anspruch auf finanzielle Unterstützung prüfen, bevor sie etwaige ECA-Verfahren einleitet. Die im Rahmen dieser Überprüfung gewonnenen Daten stellen eine ausreichende Dokumentation der finanziellen Bedürftigkeit im Sinne dieser Richtlinie dar.

Falls ein Patient die Voraussetzungen für die vorläufige Anspruchsberechtigung nicht erfüllt, kann er dennoch die erforderlichen Angaben machen und im Rahmen des herkömmlichen

FAA-Verfahrens geprüft werden.

Patienten, denen der Status der vorläufigen Anspruchsberechtigung zuerkannt wurde, erhalten kostenlose oder vergünstigte Leistungen für anspruchsberechtigte Leistungen, jedoch ausschließlich für bereits erbrachte Leistungen. Diese Entscheidung stellt keinen Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Versorgung dar, wie sie im Rahmen des herkömmlichen Antragsverfahrens gewährt wird. Diese Konten gelten im Rahmen dieser Richtlinie als förderungsberechtigt. Sie werden nicht an ein Inkassounternehmen weitergeleitet, es werden keine weiteren Inkassomaßnahmen gegen sie ergriffen, und sie werden nicht in den Aufwendungen für uneinbringliche Forderungen der Krankenhauseinrichtung erfasst. Die Patienten werden nicht über diese Entscheidung informiert. Darüber hinaus sind alle Selbstbehalte und Mitfinanzierungsanteile, die als uneinbringliche Forderungen im Rahmen der Krankenversicherung (Medicare) geltend gemacht werden, bei der Meldung von unentgeltlichen Leistungen nicht zu berücksichtigen.

Das Vorsorge-Screening kommt der Community zugute, da es einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen ermöglicht, finanziell bedürftige Patienten systematisch zu identifizieren, den Verwaltungsaufwand zu verringern und Patienten sowie deren Bürgen finanzielle Unterstützung zu gewähren, von denen einige möglicherweise nicht auf das FAA-Verfahren reagiert hätten.

BEKANNTMACHUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

Die Bekanntgabe der Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung durch die CommonSpirit-Krankenhausverbände erfolgt über verschiedene Kanäle, darunter unter anderem:

- deutliche Veröffentlichung von Hinweisen auf den Rechnungen der Patienten;
- Bekanntmachungen, die in Notaufnahmen, Notfallambulanzen, Aufnahme- und Registrierungsstellen, Verwaltungsbüros sowie an anderen öffentlichen Orten angebracht werden, die die Krankenhauseinrichtung nach eigenem Ermessen festlegt; und
- Veröffentlichung einer Zusammenfassung dieser Richtlinie auf der Website der Krankenhauseinrichtung gemäß Anhang A sowie an weiteren Orten innerhalb der von der Krankenhauseinrichtung versorgten Gemeinden, je nach deren Entscheidung.

Patienten können weitere Informationen zum AGB-Prozentsatz der Krankenhauseinrichtung sowie zur Berechnungsweise dieser Prozentsätze beim Finanzberater der jeweiligen Krankenhauseinrichtung einholen, wie in Anhang A vorgesehen.

Diese Hinweise und zusammenfassenden Informationen müssen eine Kontaktnummer enthalten und sind in Englisch, Spanisch sowie gegebenenfalls in anderen Hauptsprachen bereitzustellen, die von der jeweiligen Krankenhauseinrichtung versorgten Bevölkerung gesprochen werden.

Die Überweisung von Patienten zur finanziellen Unterstützung kann von jedem Mitglied des nichtmedizinischen oder medizinischen Personals des CommonSpirit-Krankenhausunternehmens vorgenommen werden, einschließlich Ärzten, Pflegekräften, Finanzberatern, Sozialarbeitern, Fallmanagern, Seelsorgern und religiösen Betreuern. Ein Antrag auf Unterstützung kann vom Patienten selbst oder von einem Familienangehörigen, einem engen Freund oder einem Bekannten des Patienten gestellt werden, vorbehaltlich der geltenden Datenschutzgesetze.

Die CommonSpirit-Krankenhausverbände werden Patienten eine finanzielle Beratung zu ihren Rechnungen im Zusammenhang mit EMCare anbieten und über die Verfügbarkeit dieser Beratung informieren. Es obliegt dem Patienten oder dessen Bürgen, Termine mit einem Finanzberater zu vereinbaren, um die Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung zu erörtern.

Jede CommonSpirit-Krankenhauseinrichtung wird bis spätestens zum 1. Juli 2021 auf ihrer Website ein Verzeichnis der Leistungserbringer veröffentlichen, das danach von der Geschäftsleitung in regelmäßigen Abständen (mindestens jedoch vierteljährlich) aktualisiert wird.

MASSNAHMEN BEI ZAHLUNGSVERZUG

Die Maßnahmen, die ein CommonSpirit-Krankenhausunternehmen im Falle einer Nichtzahlung in Bezug auf die jeweilige Krankenhauseinrichtung ergreifen kann, sind in einer separaten Richtlinie beschrieben, der CommonSpirit-Governance-Richtlinie „Finanzen G-004, *Rechnungsstellung und Inkasso*“. Die Öffentlichkeit kann ein kostenloses Exemplar dieser Richtlinie erhalten, indem sie sich an die Abteilung „Patientenzugang/Aufnahme“ der Krankenhauseinrichtung wendet, wie in Anhang A angegeben.

ANWENDUNG DER VERFAHREN

Die Leitung der Umsatzzyklus-Abteilung von CommonSpirit ist für die Umsetzung dieser Richtlinie verantwortlich.

ANLAGEN

Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA)

VERWEISE

CommonSpirit-Richtlinie zur Unternehmensführung Finanzen G-004, *Rechnungsstellung und Inkasso*

ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE

CommonSpirit-Nachtrag zur Unternehmensführung Finanzen G-003A-1, *Finanzielle Unterstützung – Kalifornien*

CommonSpirit-Nachtrag zur Unternehmensführung Finanzen G-003A-1, *Finanzielle Unterstützung – Oregon*

CommonSpirit-Nachtrag zur Unternehmensführung Finanzen G-003A-1, *Finanzielle Unterstützung – Washington*

CommonSpirit-Nachtrag zur Unternehmensführung Finanzen G-003A-A, *Vorlage für einen Nachtrag zu den Kontaktdaten für finanzielle Unterstützung in Krankenhauseinrichtungen*

JÄHRLICHE GENEHMIGUNG

VOM VERWALTUNGSRAT VON COMMONSPIRIT HEALTH GENEHMIGT: 26. Juni 2024, endgültiges Datum noch offen