

COMMONSPIRIT HEALTH GOVERNANCE-RICHTLINIE

BETREFF: Abrechnung und Inkasso

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:**
1. Juli 2023

RICHTLINIENNUMMER: Finance G-004

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

RICHTLINIE

Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, klare und konsistente Richtlinien für die Durchführung von Abrechnungs-, Inkasso- und Wiederherstellungsfunktionen in einer Weise bereitzustellen, die die Einhaltung des Internal Revenue Code (IRC), Abschnitt 501 (r) und der geltenden Inkassogesetze und -bestimmungen, Patientenzufriedenheit und Effizienz gewährleistet. Diese Richtlinie beschreibt die Umstände, unter denen Krankenhauseinrichtungen Inkassomaßnahmen für kriminelle Patientenkonten im Zusammenhang mit der Bereitstellung von medizinischer Notfallversorgung und medizinisch notwendiger Pflege (im Folgenden als EMCare bezeichnet) durchführen, und identifiziert zulässige Inkassotätigkeiten. Diese Richtlinie beschreibt die Maßnahmen, die eine Krankenhauseinrichtung ergreifen kann, um bei Nichtzahlung die Zahlung einer Rechnung für EMCare zu erhalten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf zulässige Inkassomaßnahmen.

UMFANG

Diese Richtlinie gilt für CommonSpirit Health und jeden seiner steuerbefreiten direkten Partner¹ und steuerbefreite Tochterunternehmen², die eine Krankenhauseinrichtung betreiben (einzeln als CommonSpirit Hospital-Organisation und gemeinsam als CommonSpirit Hospital-Organisationen bezeichnet). Es ist die Politik von CommonSpirit, bei der Durchführung von Inkasso- und Wiederherstellungsaktivitäten die höchsten ethischen und integren Standards einzuhalten und die Inkassoprotokolle für die faire Behandlung aller Patienten von CommonSpirit Hospital-Organisationen in jeder Krankenhauseinrichtung zu befolgen.

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

Nachdem die Patienten der CommonSpirit Hospital-Organisation Leistungen erhalten haben, werden die Krankenhauseinrichtungen den Patienten/Garanten und den zuständigen Kostenträger diese genau und rechtzeitig in Rechnung stellen. Während dieses Abrechnungs- und Inkassoprozesses bieten die Mitarbeiter einen qualitativ hochwertigen Kundenservice und eine zeitnahe Nachverfolgung. Alle ausstehenden Konten werden gemäß den geltenden Gesetzen und Vorschriften bearbeitet. Darüber hinaus erfordern CommonSpirit-Werte, dass alle Personen mit Respekt und Mitgefühl behandelt werden. CommonSpirit hat bestimmte Inkassoaktionen so definiert, dass sie im Widerspruch zu den organisatorischen Werten von CommonSpirit stehen, und deren Verwendung jederzeit untersagt.

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, in dem Maß, in dem diese Leistungen in einer Krankenhauseinrichtung erbracht wurden.
- Alle Gebühren für EMCare werden von einem Arzt oder einem niedergelassenen Arzt erhoben, der bei einer substanziell 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.
- Alle Inkasso- und Wiederherstellungsaktivitäten, die von der Krankenhauseinrichtung oder einem bestimmten Anbieter von Abrechnungs- und Inkassodiensten (Designated Supplier) oder seinen externen Inkassobüros einer Hospital-Organisation durchgeführt werden, um die oben beschriebenen Beträge für EMCare einzuziehen. Alle Vereinbarungen Dritter, die solche Inkasso- und Wiederherstellungsaktivitäten regeln, müssen eine Bestimmung enthalten, die die Einhaltung dieser Richtlinie und die Entschädigung für Fehler aufgrund ihrer Nichteinhaltung erfordert. Dies umfasst, ohne darauf beschränkt zu sein, Vereinbarungen zwischen Dritten, die später Schulden der Krankenhauseinrichtung verkaufen oder weiterleiten.

B. Koordination mit anderen Gesetzen

Die Bereitstellung von finanzieller Unterstützung sowie die Abrechnung und das

Inkasso von Patientenkonten können jetzt oder in Zukunft zusätzlichen Vorschriften gemäß Bundes-, Landes- oder örtlichen Gesetzen unterliegen. 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.

PRINZIPIEN

Durch die Verwendung von Abrechnungen, schriftlicher Korrespondenz und Telefonanrufen werden CommonSpirit Hospital-Organisationen sorgfältige Anstrengungen unternehmen, um Patienten/Garanten über ihre finanzielle Verantwortung und die verfügbaren finanziellen Unterstützungsoptionen zu informieren und Patienten/Garanten über ausstehende Konten zu informieren. Als katholische Gesundheitsdienstleister sind CommonSpirit Hospital- Organisationen aufgerufen, die Bedürfnisse von Patienten und anderen Pflegebedürftigen zu erfüllen, unabhängig von ihrer finanziellen Fähigkeit, die erbrachten Dienstleistungen zu bezahlen.

Schließlich werden CommonSpirit Hospital-Organisationen gemäß IRC-Abschnitt 501 (c) (3) als gemeinnützige (d.h. steuerbefreite) Organisationen ausgewiesen. Um unter anderem gemäß IRC-Abschnitt 501 (r) steuerfrei zu bleiben, muss jede CommonSpirit Hospital- Organisation folgendes in Bezug auf Patienten tun, die EMCare in einer Krankenhauseinrichtung erhalten:

- Die Beträge, die Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, für EMCare in Rechnung gestellt werden, auf höchstens die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) für Personen, die über eine Versicherung für diese Pflege verfügen, begrenzen;
- Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung für alle anderen medizinischen Leistungen haben, weniger als Bruttokosten in Rechnung stellen; und
- keine außerordentlichen Eintreibungsmaßnahmen durchführen, bevor die Krankenhauseinrichtung angemessene Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob die Person Anspruch auf Unterstützung im Rahmen der CommonSpirit Governance Policy Finance G-003, *Finanzhilfe*, hat.

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.

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 dem FAP der Krankenhauseinrichtung 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.

Die ECAs umfassen keine Pfandrechte, die eine Krankenhauseinrichtung nach staatlichem Recht auf die Erlöse aus einem Urteil, Vergleich oder Kompromiss geltend machen kann, die einer Person (oder ihrem Vertreter) infolge von Personenschäden, für die die Einrichtung Pflegeleistungen erbracht hat, zustehen.

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.

Financial Assistance Policy (FAP) bezeichnet die CommonSpirit Governance Policy Finance G-003, Financial Assistance, die das *finanzielle Assistenzprogramm* von CommonSpirit beschreibt, einschließlich der Kriterien, die Patienten/Garanten erfüllen müssen, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu haben, sowie des Verfahrens, nach dem es Einzelpersonen möglich ist, finanzielle Unterstützung zu beantragen.

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 werden muss und die von einer CommonSpirit Hospital-Organisation betrieben wird. In Bezug auf die Durchführung von Abrechnungs- und Inkassotätigkeiten kann der Begriff „Krankenhauseinrichtung“ auch einen bestimmten Lieferanten umfassen.

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.

Benachrichtigungszeitraum bezeichnet den Zeitraum von 120 Tagen ab dem Datum, an dem die Krankenhauseinrichtung den ersten Abrechnungsnachweis nach der Entlassung für die EMCare bereitstellt. Eine Einrichtung wird während des Benachrichtigungszeitraums keine ECA durchführen, es sei denn, es wurden angemessene Anstrengungen unternommen, um festzustellen, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.

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. Siehe auch Präsumptive Berechtigung in CommonSpirit Governance Policy Finance G-003, *Finanzielle Unterstützung*.

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.

Das Aussetzen von ECAs bei Einreichung eines Antrags auf Finanzhilfe (Financial Assistance Application, FAA) bedeutet, dass eine Einrichtung (oder eine andere autorisierte Partei) keine ECA initiiert oder weitere Maßnahmen in Bezug auf zuvor initiierte ECAs ergreift, um bis dahin eine Zahlung für die EMCare zu erhalten:

- Die Fazilität hat auf der Grundlage eines vollständigen FAP-Antrags festgestellt, ob die Person FAP-berechtigt ist, und die hierin definierte angemessene Aufwandsanforderung in Bezug auf einen ausgefüllten FAA erfüllt; oder

- Im Falle eines unvollständigen FAA hat die Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitraums (dreißig (30) Tage) auf Anfragen nach zusätzlichen Informationen oder Unterlagen geantwortet, um auf solche Anfragen zu antworten.

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.

ABRECHNUNGSPRAKTIKEN

CommonSpirit Hospital-Organisationen befolgen die Standardverfahren für die Erfassung von Abrechnungen im Zusammenhang mit EMCare, die in einer CommonSpirit Krankenhauseinrichtung bereitgestellt werden, wie folgt:

A. Versicherungsabrechnung

- Für alle versicherten Patienten werden die Krankenhauseinrichtungen den entsprechenden Drittzahlern (basierend auf Informationen, die vom Patienten/Garantiegeber bereitgestellt oder überprüft oder aus anderen Quellen angemessen überprüft wurden) rechtzeitig eine Rechnung stellen.
- Wenn ein ansonsten gültiger Anspruch vom Kostenträger aufgrund eines Fehlers einer Krankenhauseinrichtung abgelehnt (oder nicht bearbeitet) wird, stellt die Krankenhauseinrichtung dem Patienten keinen Betrag in Rechnung, der über den Betrag hinausgeht, den der Patient geschuldet hätte, wenn der Kostenträger den Betrag gezahlt hätte.
- Wenn ein ansonsten gültiger Anspruch von einem Kostenträger aufgrund von Faktoren, die außerhalb der Kontrolle der Krankenhauseinrichtung liegen, abgelehnt (oder nicht bearbeitet) wird, wird das Personal den Kostenträger und den Patienten gegebenenfalls kontaktieren, um die Klärung des Anspruchs zu erleichtern. Wenn nach angemessenen Folgemaßnahmen keine Klärung möglich ist, können die Krankenhauseinrichtungen dem Patienten eine Rechnung stellen oder andere Maßnahmen ergreifen, die mit den Zahlungsverträgen vereinbar sind.

B. Patientenabrechnung

- Alle Patienten/Garantiegeber werden direkt und rechtzeitig abgerechnet und erhalten im Rahmen des normalen Abrechnungsprozesses der Krankenhauseinrichtung eine Abrechnung.
- Für versicherte Patienten werden die Krankenhauseinrichtungen den Patienten/ Garantiegebern nach Bearbeitung der Ansprüche durch alle verfügbaren Drittzahler rechtzeitig ihre jeweiligen Haftungsbeträge in Rechnung stellen, die sich aus ihren Versicherungsleistungen ergeben.
- Alle Patienten/Garantiegeber können jederzeit einen detaillierten Kontoauszug für ihre Abrechnung anfordern, und die Krankenhauseinrichtung stellt diesen zur Verfügung.
- Wenn ein Patient seine Abrechnung anfechtet und Belege für die Rechnung anfordert, stellen die Mitarbeiter die angeforderten Belege innerhalb von zehn (10) Tagen (falls möglich) schriftlich zur Verfügung und halten die Abrechnung mindestens dreißig (30) Tage lang zurück, bevor sie die Abrechnung zum Inkasso weiterleiten.
- Die Krankenhauseinrichtungen genehmigen Zahlungsplanvereinbarungen für Patienten/Garantiegeber, die angeben, dass sie möglicherweise Schwierigkeiten haben, ihren Restbetrag in einer einzigen Rate zu bezahlen.
- Die Revenue Cycle-Führung hat die Befugnis, von Fall zu Fall Ausnahmen von dieser Bestimmung für besondere Umstände (in Übereinstimmung mit den Betriebsverfahren) zu machen.
- Krankenhauseinrichtungen müssen keine vom Patienten initiierten Zahlungsvereinbarungen akzeptieren und können Konten an ein Inkassobüro eines Drittanbieters weiterleiten, wie nachstehend beschrieben, wenn der Patient einen festgelegten Zahlungsplan nicht einhält.

C. Inkassopraktiken

- Alle Inkassotätigkeiten, die von der Einrichtung, einem designierten Lieferanten oder ihren Inkassobüros durchgeführt werden, entsprechen allen Bundes- und Landesgesetzen, die die Inkassopraktiken regeln.
- Alle Patienten/Garantiegeber haben die Möglichkeit, sich an die Krankenhauseinrichtung zu wenden, um finanzielle Unterstützung, Zahlungsplanoptionen und andere anwendbare Programme zu erhalten, die in Bezug auf ihre Abrechnungen verfügbar sein können, wie in Nachtrag A angegeben.
 - Der FAP einer Krankenhauseinrichtung ist kostenlos erhältlich.
 - Personen, die Fragen zum FAP einer Krankenhauseinrichtung haben, können sich telefonisch oder persönlich an das Finanzberatungsbüro wenden.

- In Übereinstimmung mit den einschlägigen staatlichen und bundesstaatlichen Gesetzen und in Übereinstimmung mit den Bestimmungen dieser Richtlinie können Krankenhauseinrichtungen Inkassotätigkeiten, einschließlich zulässiger ECAs, durchführen, um ausstehende Patientenguthaben zu sammeln.
 - Allgemeine Inkassotätigkeiten können Telefonanrufe, Erklärungen und andere angemessene Anstrengungen gemäß den branchenüblichen Praktiken umfassen.
 - Patientenguthaben können nach Ermessen der Einrichtung und in Übereinstimmung mit allen geltenden Nichtdiskriminierungspraktiken von Bund, Ländern und Gemeinden zur Einziehung an einen Dritten überwiesen werden. Die Einrichtung behält das Eigentum an allen Schulden, die an Inkassobüros überwiesen werden, und Patientenabrechnungen werden nur mit den folgenden Einschränkungen zur Einziehung überwiesen:
 - Es gibt eine vernünftige Grundlage zu der Annahme, dass der Patient die Schulden schuldet.
 - Alle vom Patienten/Garantiegeber schnell und rechtzeitig identifizierten Drittzahler, die ordnungsgemäß in Rechnung gestellt wurden, und die verbleibende Schuld liegen in der finanziellen Verantwortung des Patienten. Krankenhauseinrichtungen stellen einem Patienten keinen Betrag in Rechnung, zu dessen Zahlung die Versicherungsgesellschaft oder ein Dritter verpflichtet ist.
 - Krankenhauseinrichtungen verweisen keine Abrechnungen zum Inkasso, solange ein Anspruch auf das Konto bis zur Zahlung durch einen Drittzahler aussteht. Ansprüche, die trotz Bemühungen zur Erleichterung der Lösung für einen unangemessen langen Zeitraum bei einem Drittzahler im Status „unerledigt“ bleiben, können jedoch als „abgelehnt“ eingestuft werden.
 - Krankenhauseinrichtungen verweisen keine Abrechnungen zum Inkasso, wenn der Versicherungsanspruch aufgrund eines Fehlers in der Krankenhauseinrichtung abgelehnt wurde. Eine Krankenhauseinrichtung kann jedoch weiterhin den Teil der Patientenhaftung solcher Ansprüche zur Einziehung überweisen, wenn er nicht bezahlt wird.
 - Krankenhauseinrichtungen werden keine Abrechnungen zum Inkasso weiterleiten, wenn der Patient ursprünglich finanzielle Unterstützung beantragt hat, und die Krankenhauseinrichtung

- hat noch keine angemessenen Anstrengungen (wie nachstehend definiert) in Bezug auf das Konto unternommen.
- Nach Erhalt einer Mitteilung über die Insolvenzentlastung stellen die CommonSpirit Hospital-Organisationen alle Inkassoversuche ein, einschließlich der Zuweisung an ein Inkassobüro. Der Patient/Schuldner wird nach Erhalt der Benachrichtigung auf keine Weise kontaktiert, einschließlich Telefonanrufe, Briefe oder Mitteilungen. Falls erforderlich, muss die gesamte Kommunikation mit dem Treuhänder oder dem jeweiligen dem Fall zugewiesenen Anwalt erfolgen.
- Keine Einrichtung darf eine unbezahlte Selbstzahlungsabrechnung an ein Inkassobüro eines Drittanbieters übermitteln, solange der Patient oder Garant sich an die Standards für die Zusammenarbeit mit Patienten hält, wie in CommonSpirit Governance-Richtlinie Finance G-003, *Finanzielle Unterstützung*, definiert.

ANGEMESSENE LEISTUNGEN UND AUSSERORDENTLICHE INKASSOMASSNAHMEN

Vor der Durchführung von ECAs, um eine Zahlung für EMCare zu erhalten, müssen die Krankenhauseinrichtungen angemessene Anstrengungen unternehmen, um festzustellen, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. In keinem Fall wird eine ECA vor 120 Tagen (oder länger, sofern dies nach geltendem Recht erforderlich ist) ab dem Datum eingeleitet, an dem die Einrichtung den ersten Abrechnungsnachweis nach der Entlastung (d.h. während des Benachrichtigungszeitraums) vorlegt, es sei denn, es wurden alle angemessenen Anstrengungen unternommen. In den folgenden Szenarien werden die angemessenen Anstrengungen beschrieben, die eine Einrichtung unternehmen muss, bevor sie sich an ECAs beteiligt.

A. Teilnahme an ECAs – Benachrichtigungspflicht

- In Bezug auf jede in der Einrichtung bereitgestellte EMCare muss ein Patient vor der Einleitung einer ECA über die hier beschriebene FAP informiert werden. Die Benachrichtigungspflicht gestaltet sich wie folgt:
 - **Benachrichtigungsschreiben** – Die Krankenhauseinrichtung benachrichtigt einen Patienten über die FAP, indem sie der Person mindestens dreißig (30) Tage vor Beginn einer ECA eine schriftliche Benachrichtigung (Benachrichtigungsschreiben) übermittelt. Das Benachrichtigungsschreiben muss:

- Eine einfache Zusammenfassung des FAP enthalten;
- Angeben, dass berechtigten Personen finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht; und
- Die ECA(s) identifizieren, die die Krankenhauseinrichtung (oder eine andere autorisierte Partei) einleiten möchte, um eine Zahlung für die EMCare zu erhalten, wenn der fällige Betrag nicht bezahlt wird oder ein FAA nicht vor einer bestimmten Frist eingereicht wird, die nicht früher als der letzte Tag der Bewerbungsfrist ist.
- **Mündliche Benachrichtigung** – In Verbindung mit der Bereitstellung des Benachrichtigungsschreibens versucht die Krankenhauseinrichtung, den Patienten unter Verwendung der aktuellsten vom Patienten bereitgestellten Telefonnummer mündlich darüber zu informieren, wie er während des Registrierungsprozesses Unterstützung im Rahmen des FAP erhalten kann. Dieser Versuch wird zeitgleich dokumentiert.
- **Benachrichtigung bei mehreren Pflegeepisoden** – Die Krankenhauseinrichtung kann diese Benachrichtigungspflicht gleichzeitig für mehrere EMCare-Episoden erfüllen und die Person über die ECAs informieren, die die Einrichtung einleiten möchte, um die Zahlung für mehrere ausstehende Rechnungen für EMCare zu erhalten. Wenn eine Einrichtung jedoch die ausstehenden Rechnungen einer Person für mehrere EMCare-Episoden aggregiert, bevor sie eine oder mehrere ECAs einleitet, um die Zahlung für diese Rechnungen zu erhalten, hat sie keine angemessenen Anstrengungen unternommen, um festzustellen, ob die Person FAP-fähig ist, es sei denn, sie verzichtet auf die Einleitung der ECA(s), bis 120 Tage nach dem ersten Abrechnungsnachweis nach der Entlassung für die letzte in der Aggregation enthaltene EMCare-Episode vergangen sind.

B. Angemessene Anstrengungen, wenn ein Patient einen unvollständigen FAA einreicht

- Die Krankenhauseinrichtung wird alle bereits gegen den Patienten/Garanten eingeleiteten ECAs aussetzen, bis die Berechtigung zur finanziellen Unterstützung festgestellt wurde.
- Die Krankenhauseinrichtung sendet dem Patienten eine schriftliche Benachrichtigung mit einer Liste der erforderlichen Unterlagen, die der Patient oder der Garant vorlegen muss, um den FAA als vollständig zu betrachten, und gibt dem Patienten dreißig (30) Tage Zeit, um die erforderlichen Informationen bereitzustellen. Die Benachrichtigung enthält die Kontaktinformationen, einschließlich der Telefonnummer und des physischen Standorts der Einrichtung oder Abteilung innerhalb der Einrichtung, die Informationen über die Erstellung des FAA bereitstellen und diese unterstützen können.

C. Angemessene Anstrengungen, wenn ein vollständiger FAA eingereicht wird

- Wenn ein Patient während des Antragszeitraums einen vollständigen FAA einreicht, muss die Krankenhauseinrichtung:
 - Alle ECAs aussetzen, um die Zahlung für die EMCare zu erhalten.
 - Feststellen, ob die Person für die EMCare FAP-berechtigt ist, und der Person schriftlich diese Berechtigungsbestimmung (gegebenenfalls einschließlich der Unterstützung, für die die Person berechtigt ist) und die Grundlage für diese Bestimmung mitteilen.
 - Wenn die Krankenhauseinrichtung feststellt, dass die Person für die EMCare FAP-berechtigt ist, muss die Krankenhauseinrichtung folgendes tun:
 - Der Person den Betrag erstatten, der den Betrag übersteigt, welchen sie für die EMCare gezahlt hat (ob an die Krankenhauseinrichtung oder eine andere Partei, an die die Krankenhauseinrichtung die Schulden der Person für die EMCare überwiesen oder verkauft hat), für dessen Zahlung sie als FAP-berechtigte Person persönlich verantwortlich ist.
 - Alle angemessen verfügbaren Maßnahmen ergreifen, um eine ECA rückgängig zu machen, einschließlich der Entfernung von nachteiligen Informationen, die aus der Kreditauskunft des Einzelnen einer Verbrauchermeldestelle oder einem Kreditbüro gemeldet wurden.
 - Wenn die Krankenhauseinrichtung feststellt, dass die Person für die EMCare nicht FAP-berechtigt ist, hat die Einrichtung angemessene Anstrengungen unternommen und kann sich an den zulässigen ECAs beteiligen.

D. Angemessene Anstrengungen, wenn innerhalb von neunzig (90) Tagen nach der ersten Abrechnungserklärung nach der Entladung für die neueste Episode von EMCare kein FAA eingereicht wird

- Die Einrichtung wird das Benachrichtigungsschreiben ausstellen, wie unter Angemessene Anstrengungen - Durchführung von ECAs – Benachrichtigungspflicht beschrieben. Wenn innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Absendung des Benachrichtigungsschreibens kein FAA eingeht, ist die Anforderung erfüllt, angemessene Anstrengungen zur Feststellung der FAP- Berechtigung zu unternehmen. Daher kann die Krankenhauseinrichtung ab 120 Tagen nach dem ersten Abrechnungsnachweis nach der Entlassung ECAs durchführen, die gemäß dieser Richtlinie zulässig sind.
- **Verzicht** – Unter keinen Umständen akzeptiert eine Krankenhauseinrichtung von einer Person einen mündlichen oder schriftlichen Verzicht darauf, dass eine Person keine finanzielle

Unterstützung beantragen möchte, um die in dieser Richtlinie beschriebenen Anforderungen für angemessene Anstrengungen zu erfüllen.

E. Zulässige außerordentliche Inkassoaktionen

- Nach angemessenen Anstrengungen, einschließlich der Meldepflicht, um die oben beschriebene Berechtigung zur finanziellen Unterstützung zu bestimmen, kann eine Krankenhauseinrichtung (oder eine andere autorisierte Partei) die folgenden ECAs durchführen, um eine Zahlung für EMCare 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.

Eine Krankenhauseinrichtung wird von ECAs gegen einen Patienten Abstand nehmen, wenn er oder sie Unterlagen vorlegt, aus denen hervorgeht, dass er oder sie eine Krankenversicherung im Rahmen von Medicaid oder anderen öffentlich geförderten Gesundheitsprogrammen beantragt hat, es sei denn oder bis die Berechtigung der Person für solche Programme festgestellt wurde und jegliche verfügbare Deckung durch Dritte für die EMCare in Rechnung gestellt und verarbeitet wurde.

F. Angemessene Anstrengungen - Vereinbarungen mit Dritten

- In Bezug auf den Verkauf oder die Überweisung von Schulden einer Person im Zusammenhang mit EMCare an eine andere Partei (mit Ausnahme der Schuldenverkäufe, die nicht als ECA angesehen werden, wie in den Treasury Revenue Regulations des Internal Revenue Service beschrieben) wird die Krankenhauseinrichtung eingehen und, soweit zutreffend, eine rechtsverbindliche schriftliche Vereinbarung mit der Partei durchsetzen. Um die Anforderung zu erfüllen, angemessene Anstrengungen zu unternehmen, um die FAP- Berechtigung einer Person zu bestimmen, müssen diese Vereinbarungen mindestens die folgenden Bestimmungen enthalten:
 - Wenn die Person nach der Überweisung oder dem Verkauf der Schuld, jedoch vor dem Ende der Antragsfrist, einen FAA (ob vollständig oder unvollständig) einreicht, setzt die Partei die ECAs aus, um die Zahlung für die EMCare zu erhalten.
 - Wenn die Person nach der Überweisung oder dem Verkauf der Schuld, jedoch vor dem Ende des Antragszeitraums, einen FAA (ob vollständig oder unvollständig) einreicht und festgestellt wird, dass sie für die EMCare FAP-fähig ist, wird die Partei rechtzeitig Folgendes tun:

- Die in der Vereinbarung und in dieser Richtlinie festgelegten Verfahren befolgen, damit die Person die Partei und die Krankenhauseinrichtung nicht mehr zusammen bezahlt und nicht zur Zahlung verpflichtet ist, da sie für die EMCare als FAP- berechnete Person zahlen muss.
- Falls zutreffend und wenn die Partei (und nicht die Krankenhauseinrichtung) dazu befugt ist, alle angemessenen verfügbaren Maßnahmen zu ergreifen, um eine gegen die Person ergriffene ECA (außer dem Verkauf einer Schuld) rückgängig zu machen.
 - Wenn der Drittunternehmer die Schuld während des Antragszeitraums an eine nachfolgende Partei (die vierte Partei) weiterleitet oder verkauft, erhält der Dritte von dieser nachfolgenden Partei eine schriftliche Vereinbarung mit allen in diesem Abschnitt beschriebenen Elementen.
 - Der Drittanbieter muss sich in angemessener Weise bemühen, mit einem Patienten mit unbezahlten Rechnungen zusammenzuarbeiten, um seine Rechnung zu begleichen. Aggressive oder unethische Inkassopraktiken werden nicht toleriert.

G. Angemessene Anstrengungen - Elektronische Bereitstellung von Dokumenten

- Eine Krankenhauseinrichtung kann jede hierin beschriebene schriftliche Mitteilung oder Mitteilung elektronisch (z.B. per E-Mail) an jede Person senden, die angibt, dass sie die schriftliche Mitteilung oder Mitteilung elektronisch erhalten möchte.

DOKUMENTATION FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

A. Anfragen bearbeiten

- Die Werte von CommonSpirit in Bezug auf Menschenwürde und Verantwortung müssen sich im Antragsverfahren, in der Ermittlung des finanziellen Bedarfs und in der Gewährung von Unterstützung widerspiegeln.
- Anträge auf finanzielle Unterstützung müssen unverzüglich bearbeitet werden, und die Krankenhauseinrichtungen müssen den Patienten oder Antragsteller innerhalb von dreißig (30) bis sechzig (60) Tagen nach Eingang eines vollständigen Antrags schriftlich benachrichtigen.
- Eine Krankenhauseinrichtung entscheidet nicht über die Berechtigung anhand von Informationen, von denen Grund zu der Annahme besteht, dass sie falsch oder unzuverlässig sind oder durch Zwangspraktiken erlangt werden.

- Wird die Berechtigung aufgrund des Abschlusses eines FAA festgestellt, erhält der Patient finanzielle Unterstützung für alle erstattungsfähigen Rechnungen, die für Dienstleistungen angefallen sind, die zwölf (12) Monate vor dem Bestimmungsdatum und voraussichtlich für einen Zeitraum von sechs (6) Monaten ab dem Bestimmungsdatum erhalten wurden.
- 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. Die mutmaßlich berechtigte Person erhält keine finanzielle Unterstützung für EMCare, die nach dem Datum der Feststellung ohne Abschluss eines FAA oder einer neuen Bestimmung der voraussichtlichen Berechtigung geleistet wurde.
- Wenn die Berechtigung zur finanziellen Unterstützung durch eine Krankenhauseinrichtung verweigert wird, kann ein Patient oder Garant erneut einen Antrag stellen, wenn sich das Einkommen oder der Status wesentlich geändert haben.
- Patienten/Garantiegeber können im Falle eines Streits über die Anwendung dieser Richtlinie oder des FAP eine Überprüfung bei einer Krankenhauseinrichtung beantragen. Patienten/Garanten, denen die finanzielle Unterstützung verweigert wurde, können ebenfalls Berufung gegen ihre Berechtigungsentscheidung einlegen, wie in Nachtrag A vorgesehen.
- Die Grundlage für den Streit oder die Beschwerde sollte schriftlich sein und innerhalb von drei (3) Monaten nach der Entscheidung über die Förderfähigkeit der Finanzhilfe eingereicht werden.
- Die Krankenhauseinrichtung verschiebt die Feststellung der FAP-Berechtigung, da die Krankenhauseinrichtung auf die Ergebnisse eines Medicaid-Antrags wartet.

B. Präsumptive Finanzhilfe

- Angemessene Anstrengungen zur Bestimmung der FAP-Berechtigung sind nicht erforderlich, wenn festgestellt wird, dass eine Person Anspruch auf mutmaßliche finanzielle Unterstützung hat.
- **Medicaid** – Medicaid-Patienten, die nicht abgedeckte medizinisch notwendige Leistungen erhalten, werden für die mutmaßliche finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen. Finanzielle Unterstützung kann in Fällen vor dem Inkrafttreten von Medicaid genehmigt werden.

VERANTWORTUNG

Die Führung des CommonSpirit Revenue Cycle ist letztendlich dafür verantwortlich, festzustellen, ob eine Krankenhauseinrichtung angemessene Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob eine Person Anspruch auf finanzielle

Unterstützung hat. Dieses Gremium hat auch die endgültige Befugnis zu entscheiden, ob die Hospital-Organisation mit einem der in dieser Richtlinie beschriebenen ECAs fortfahren darf.

VERWEISE

CommonSpirit Governance-Richtlinie Finance G-003, *Finanzhilfe*

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.