



Allegheny Health Network

ZWECK

Diese Richtlinie soll Patienten über die Richtlinie für finanzielle Unterstützung (die „Richtlinie“) des Allegheny Health Networks (AHN) informieren. In dieser Richtlinie wird das Verfahren für die Bestimmung der Qualifizierung von Patienten für finanzielle Unterstützung bei der Begleichung von medizinischen Rechnungen an einer Einrichtung des AHN beschrieben. Außerdem werden die Arten der den qualifizierten Patienten zur Verfügung stehenden finanziellen Unterstützungsleistungen, unter dieser Richtlinie ein- und ausgeschlossene Leistungen sowie die für finanzielle Unterstützung qualifizierten Patienten geltende Fakturierungs- und Inkassorichtlinie festgelegt. Des Weiteren beschreibt diese Richtlinie bestimmte Elemente des Fakturierungs- und Inkassoverfahrens, das für Patienten, die unter dieser Richtlinie finanzielle Unterstützung beantragen und erhalten, gilt.

GELTUNGSBEREICH

AHN hat es sich zur Aufgabe gemacht, Personen in unseren Gemeinden Zugang zu medizinischer Versorgung zu bieten, einschließlich Personen, die aufgrund begrenzter Geldmittel und Einkommen Zahlungsschwierigkeiten haben. AHN wird Personen unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit und ohne jegliche Diskriminierung medizinische Notfallversorgung bieten. Diese Richtlinie gilt für alle notfallmedizinischen und medizinisch notwendigen Leistungen, die in den Krankenhäusern des AHN durch jedwede verbundene Einrichtung oder Person erbracht werden (gemäß IRS-Definition).

Zu den AHN-Krankenhäusern, die unter diese Richtlinie fallen, gehören Allegheny General Hospital, Allegheny Valley Hospital, Canonsburg Hospital, Forbes Hospital, Jefferson Hospital, Saint Vincent Hospital, West Penn Hospital und Westfield Memorial Hospital. Eine vollständige Liste der Anbieter, für die diese Richtlinie gilt bzw. nicht gilt, ist in Anhang C aufgeführt. Zusätzliche, separate Anforderungen für den Bereich Westfield, New York, sind in Anhang E beschrieben.

Diese Richtlinie unterliegt der Bedingung einer regelmäßigen Überprüfung und kann je nach geschäftlichem Bedarf von Zeit zu Zeit geändert werden. Diese Richtlinie wurde vom AHN Board of Directors und den Aufsichtsräten der AHN-Krankenhäuser genehmigt. Alle wesentlichen Änderungen an dieser Richtlinie müssen von diesen Boards genehmigt werden, außer wenn das AHN Board of Directors und die Aufsichtsräte der AHN-Krankenhäuser die Berechtigung zur Änderung der Richtlinie auf den Chief Financial Officer von AHN übertragen, damit dieser Änderungen zur Aufrechterhaltung der rechtlichen Konformität oder unwesentliche, aber notwendige oder wünschenswerte Änderungen vornehmen kann.

DEFINITIONEN

Allgemein in Rechnung gestellte Beträge (Amounts Generally Billed, AGB): AGB bezeichnet die für Versicherte allgemein in Rechnung gestellten Beträge für notfallmedizinische oder sonstige medizinisch notwendige Leistungen gemäß Section 1.501(r)-5(b) des Internal Revenue Code.

Im Einklang mit den Anforderungen des Internal Revenue Code Section 501(r) verwendet AHN die „Look-Back“-Methode zur Bestimmung der AGB für notfallmedizinische oder sonstige medizinisch notwendige Leistungen gemäß 26 C.F.R. Teile 1, 53, und 602. Zur Berechnung der AGB wird die Summe der Beträge aller AHN-Ansprüche für notfallmedizinische und sonstige medizinisch notwendige Leistungen, die von privaten Versicherungsträgern, als Einzelleistungsvergütungen unter Medicare und unter Medicaid für den Zeitraum der letzten 12 Monate als zulässig erachtet wurden, durch die Summe der damit verbundenen Bruttokosten für diese Ansprüche geteilt. Weitere Informationen zur Berechnung der von Krankenhäusern allgemein in Rechnung gestellten Beträge sind in Anhang D aufgeführt.

Auf Basis der Richtlinien des Internal Revenue Code Section 501(r) begrenzt AHN die Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, in Rechnung gestellten Beträge für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Versorgung. Nachdem deren Anrecht auf finanzielle Unterstützung bestimmt wurde, werden diesen Patienten maximal die ABG in Rechnung gestellt.

Die Öffentlichkeit kann Informationen über die AGB und deren Berechnung in schriftlicher Form kostenlos auf der Website [<https://www.ahn.org/financial-assistance-ahn-bills>] einsehen oder diese schriftlich unter folgender Adresse anfordern:

Richtlinie für karitative Versorgung
Director Customer Care Center
Allegheny Health Network
4h Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Bestimmte Vermögenswerte, die bei der Qualifizierung für finanzielle Unterstützung nicht berücksichtigt werden: Rentenbezüge aus Rentenfonds, 401(k)-Pläne oder sonstige ähnliche Rentenkonten, Hauptwohnsitz und primäres Kraftfahrzeug werden nicht in die Berechnungen zur Bestimmung des Anrechts auf finanzielle Unterstützung aufgenommen.

Medizinischer Notfall: Definiert in Section 1867 des Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd). Ein medizinischer Notfall ist gekennzeichnet durch akute Symptome entsprechenden Schweregrads (einschließlich starker Schmerzen, psychiatrischer Störungen und/oder Symptome des Drogenmissbrauchs), bei denen die Nichtbereitstellung sofortiger medizinischer Versorgung mit angemessener Wahrscheinlichkeit (1) die Gesundheit einer Person (oder bei Schwangerschaft die

Gesundheit der Frau oder des ungeborenen Kindes) gefährden, (2) schwerwiegende Störungen der körperlichen Funktionen oder (3) schwerwiegende Störungen eines Körperorgans oder Körperteils zur Folge haben würde.

Außergewöhnliche Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions [ECA]): Hierzu zählt laut Definition gemäß Internal Revenue Code Section 501(r) Folgendes:

- Der Verkauf von Forderungen an eine andere Partei, mit bestimmten Ausnahmen
- Meldung nachteiliger Daten an Verbraucherkreditauskunfteien oder Kreditbüros
- Inanspruchnahme eines rechtlichen oder gerichtlichen Verfahrens, u. a.:
 - Pfändungsverfügung (mit bestimmten Ausnahmen)
 - Zwangsversteigerung einer Immobilie
 - Beschlagnahme eines Bankkontos oder anderen persönlichen Eigentums
 - Einleitung einer Zivilklage
 - Verursachung der Festnahme einer Person
 - Zustellung eines Haftbefehls
 - Beschlagnahme von Löhnen

Familie: Laut Definition des Census Bureau ist eine Familie eine Gruppe, die aus zwei oder mehr Personen besteht, die zusammen wohnen und durch Geburt, Eheschließung oder Adoption miteinander verwandt sind. Laut Regelung des Internal Revenue Service gilt, dass wenn ein Patient Angehörige auf der Steuererklärung angibt, können diese Angehörigen unter dieser Richtlinie zum Zweck der Bereitstellung finanzieller Unterstützung herangezogen werden.

Federal Poverty Guidelines: Die bundesstaatliche Richtlinien zur Armutsgrenze werden vom United States Department of Health and Human Services gemäß Subsection (2) von Section 9902, Title 42 des United States Code jährlich im Federal Register aktualisiert.

Finanzielle Unterstützung: Vollständiger oder teilweise Erlasse von Kosten für die dem Patienten zugeteilten medizinischen Leistungen durch AHN-Krankenhäuser, dort angestellte bzw. nicht angestellte Ärzte und andere verbundene Organisationen, die in Anhang C aufgeführt sind. Unterliegt einer Untersuchung zur Bestimmung der Qualifizierung, die auf den Qualifizierungskriterien des AHN beruht.

Bürge: Eine Person neben dem Patienten, die für die Begleichung der Rechnung oder Schuld des Patienten verantwortlich ist, wenn der Patient die Rechnung oder Schuld nicht bezahlt oder nicht bezahlen kann.

Bruttokosten: Die vom AHN festgelegten Gebühren und Gesamtbeträge, die für die Bereitstellung der Versorgungsdienstleistungen für den Patienten anfallen, vor Abzug der vertraglichen Bewilligungen (einschließlich der verhandelten Rabatte), sonstiger Ermäßigungen oder Zahlungen.

Familieneinkommen: Familieneinkommen umfasst Gehälter, Löhne, Arbeitslosengeld, Unterhaltsleistungen für Kinder, alle medizinischen Unterstützungspflichten, Alimente, Sozialversicherungsbezüge, Invalidenrenten, Pensions- oder Rentenbezüge, Einkünfte aus Vermietung

und Verpachtung, Einkommen aus Nachlässen und Treuhandkonten, Rechtsprechungen, Dividenden und Zinserträge sowie jegliche andere Form von steuerpflichtigem Einkommen, außer wenn diese wie hierin beschrieben grundsätzlich ausgeschlossen sind. Bestimmte Einkommensposten werden unter dieser Richtlinie bei der Prüfung nicht in Betracht gezogen, einschließlich in den primären Wohnsitz investiertes Eigenkapital (Equity), Rentenplankonten und unwiderrufliche Treuhandkonten für Bestattungszwecke sowie bundesstaatliche und staatliche College-Sparprogramme. Bei Patienten unter 18 Jahren gilt als Familieneinkommen das Einkommen der Eltern und/oder Stiefeltern, unverheirateten Partnern bzw. Lebensgefährten, die nicht unbedingt im gleichen Haushalt mit dem Minderjährigen wohnen müssen.

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet Jahreseinkommen die Einkommensermittlung auf jährlicher Basis unter Heranziehung der vom Patienten bereitgestellten Informationen. Das Jahreseinkommen dient als Bemessungsgrundlage und wird in der Regel aus der Überprüfung der neuesten offiziellen Aufstellung solche Beträge durch Prüfung der Steuerklärungen, W-2-Formulare, Lohn-/Gehaltsabrechnungen und/oder sonstigen erforderlichen belegende Dokumentation oder Informationen, die dem AHN im Rahmen der Beantragung zur Verfügung gestellt werden, abgeleitet. Wenn für das letzte Jahr keine Einkommensinformationen zur Verfügung stehen oder jüngste Änderungen des Einkommensverhältnisse des Patienten eine Prüfung notwendig machen, kann das AHN, falls erforderlich, unter Anwendung einer angemessenen Methode derartige Einkommensinformationen zur Schätzung des Jahreseinkommens heranziehen.

Zudem kann das AHN kürzlich eingetretene Umstände, wie z. B. Arbeitsplatzverlust, Erhalt eines Arbeitsplatzes, Arbeitsplatzwechsel usw. unter Anwendung eines angemessenen Urteilsvermögens und in alleinigem Ermessen bei der Berechnung des Jahreseinkommens und der Bestimmung der Qualifizierung für finanzielle Unterstützung unter dieser Richtlinien in Betracht ziehen.

Barmittel: Zu den Barmitteln gehören Bargeld, Girokonten, Spar- und Geldmarktkonten, Festgeldanlagen, Investmentfonds, Renten und andere ähnliche Finanzierungsinstrumente des Patienten oder Bürgen. Barmittel, die die in Anhang F aufgeführten Beträge übersteigen, müssen für die Begleichung des dem AHN geschuldeten Betrags gezahlt werden, bevor eine Berechtigung der finanziellen Unterstützung in Betracht gezogen wird.

Finanzielle Notlage: Im Sinne dieser Richtlinie liegt bei einer Person, deren vom Patienten zu tragenden Beiträge nach Ausschöpfung aller Barmittel, Versicherungen und Leistungen von Dritten 25 % des Jahreseinkommens der Person ausmachen oder übersteigen, eine finanzielle Notlage vor.

Medizinisch notwendige Leistungen: Laut Definition der Centers for Medicare and Medicaid Services alle Leistungen oder Produkte, die für die Diagnose oder Behandlung einer Erkrankung oder Verletzung angemessen und erforderlich sind.

QUALIFIZIERUNGSKRITERIEN (UND ANFORDERUNG) VON FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

1. Verfahrensüberblick

Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen, müssen die nachfolgenden wichtigen Schritte durchführen.

- A. Patient macht sich mit den Qualifizierungskriterien und dem Umfang der finanzielle Unterstützung unter dieser Richtlinie vertraut
- B. Patient führt das Antragsverfahren durch
- C. AHN bestimmt die Qualifizierung für finanzielle Unterstützung
- D. Bei Genehmigung gilt die finanzielle Unterstützung für das Patientenkonto

2. Qualifizierungskriterien und verfügbare finanzielle Unterstützung

Wohnsitz: Ein Patient muss US-Bürger oder rechtmäßiger Einwohner mit Daueraufenthaltserlaubnis („Permanent Resident“) der Vereinigten Staaten und Einwohner des Commonwealth von Pennsylvania oder New York State, wenn im Westfield Memorial Hospital, sein. Internationale Patienten oder nicht berechtigte Einwanderer, können eventuell für finanzielle Unterstützung in Frage kommen, wenn sie für Medicaid qualifiziert sind. AHN kann unter bestimmten Umstände und in alleinigem Ermessen Patienten aus anderen US-Bundesstaaten oder internationale Patienten für eine Qualifizierung für finanzielle Unterstützung in Betracht ziehen (z. B. bei Autounfällen, plötzlicher Erkrankung).

Patient muss zunächst andere verfügbare Finanzierungsquellen finden Der Patient muss nachweisen können, dass die verfügbaren Affordable Healthcare Benefits-Alternativen (z. B. Medicaid und andere ACA-geförderte Healthcare-Programme) beantragt und eingehalten wurden, oder es muss nachgewiesen werden, dass der Patient die Anspruchsvoraussetzungen für eine Deckung unter Medicaid oder einem anderen Programm nicht erfüllt.

- **Verweigerung der Suche nach anderen Finanzierungsquellen:** Die finanzielle Unterstützung gilt nicht für Patienten, die die Nutzung der ihnen zustehenden Versicherungsalternativen nicht wahrnehmen wollen. Sie gilt auch nicht für Patienten, die nicht alle verfügbaren Versicherungsleistungen ausgeschöpft haben (z. B. lebenslange Reservetage unter Medicare).

Durch finanzielle Unterstützung gedeckte Leistungen: Finanzielle Unterstützung findet nur in Notfällen und bei anderen medizinisch notwendigen Leistungen Anwendung. Bestimmte Leistungen, die unter der Richtlinie für finanzielle Unterstützung nicht gedeckt sind, sind in Anhang A aufgeführt. Es wird keine finanzielle Unterstützung gewährt, wenn ein Patient die Entlassung verweigert und somit zusätzliche Kosten verursacht, die medizinisch nicht notwendig sind. In Bezug auf Arzneimittelkosten gelten die Nachlässe im Rahmen der finanziellen Unterstützung nur für Medikamente, die während eines stationären Krankenhausaufenthalts oder in Verbindung mit ambulanten Leistungen von AHN verordnet wurden. Diese Nachlässe gelten nicht für andere Medikamente oder bei Versandapotheken eingelöste Rezepte. Die finanzielle Unterstützung findet keine Anwendung für Leistungen, die von einem Versicherungsträger gedeckt werden, der die

Leistungen jedoch aufgrund eines Rechtsstreits, mangelnder Kooperation des Patienten oder des Erhalts (bzw. des Vertrauens auf) falscher Angaben des Patienten verweigert hat.

Kriterien und Berechnung der Grenzwerte des finanziellen Bedarfs: Es gibt drei grundlegende Finanzkriterien, die wie folgt angewendet werden, um zu bestimmen, ob ein Patient über ausreichend finanzielle Mittel verfügt, um seine Rechnungen zu begleichen und ob dieser Patient unter dieser Richtlinie ein Anrecht auf finanzielle Unterstützung hat. Hierbei ist davon auszugehen, dass andere Kriterien unter dieser Richtlinie (wie z. B. Wohnsitz) ebenfalls erfüllt sind.

1. Zunächst erfolgt eine Bestimmung der Barmittel des Patienten (siehe Definition von Barmitteln oben). Wenn die Barmittel den berechneten Grenzwert (siehe Angaben in Anhang F) überschreiten, muss ein Patient zunächst jegliche ausstehenden Zahlungen an AHN mittels dieser über den Grenzwert hinausgehenden Mittel begleichen.
2. Wenn nach Abschluss von Schritt eins weiterhin ein Saldo besteht, wird der Patient auf Einkommensbasis beurteilt. Wenn das Haushaltseinkommen des Patienten und/oder Bürgen bei oder unter 200 % der unter den bundesstaatlichen Richtlinien festgelegten Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) liegt, wird der noch vom Patienten zu leistende Saldo, für den unter dieser Richtlinie finanzielle Unterstützung gewährt wird, zu 100 % von AHN erlassen. Für Patienten oder Bürgen, deren Jahreseinkommen 200 % der FPL übersteigt, wird keine finanzielle Unterstützung gewährt, es sei denn sie erfüllen die Kriterien für eine finanzielle Notlage (siehe Beschreibung unten). Die aktuellen Richtlinien und Armutsgrenzen (FPL)-Tabelle sind in Anhang B aufgeführt.
3. Alternativ zu Schritt 2 kann ein Patient auch seine finanzielle Notlage nachweisen. Patienten, die die Kriterien für eine finanzielle Notlage erfüllen, haben dasselbe Anrecht auf finanzielle Unterstützung, wie Patienten, deren Einkommen bei oder unter 200 % der FPL liegt.

In der Regel gewährt AHN finanzielle Unterstützung für Patienten deren Einkommen 200 % der FPL überschreitet nur, wenn diese die Kriterien für eine finanzielle Notlage erfüllen.

AHN verwendet keine früheren Qualifizierungen eines Patienten zur Bestimmung der Qualifizierung für finanzielle Unterstützung. Wenn die finanzielle Unterstützung eines Patienten abgelaufen ist, muss der Patient erneut finanzielle Unterstützung beantragen. Wenn ein Patient die Kriterien für finanzielle Unterstützung erfüllt, bleibt diese Qualifizierung sechs Monate lang bestehen, bevor die Qualifizierung für finanzielle Unterstützung unter der Richtlinie erneut ermittelt werden muss. Des Weiteren ist ein von einem beliebigen AHN-Krankenhaus bewilligter Antrag auf finanzielle Unterstützung mit Ausnahme des Westfield Memorial Hospital in alle AHN-Krankenhäusern gültig.

3. Antragsverfahren

Im Allgemeinen müssen Patienten das AHN-Antragsformular für finanzielle Unterstützung ausfüllen, um unter dieser Richtlinie berücksichtigt zu werden.

Patienten müssen zum Nachweis ihres Einkommens und/oder ihrer Vermögenswerte eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten belegenden Dokumentationen einreichen.

- Federal Income Tax Form 1040 (US-Steuererklärungsformular) oder andere bundesstaatliche Steuererklärung für das Vorjahr (mit einer Erklärung jeglicher signifikanten Einkommensänderungen)
- Kopien der Lohn-/Gehaltsabrechnungen (der letzten 30 Tage)
- Schriftliche Bestätigung für alle anderen Einkommensarten (z. B. Alimente, Kinderunterhalt, Invalidenrente, Rentenbezüge, Mieteinkommen, Einkommen aus selbstständiger Arbeit (Gewinn- und Verlustrechnung für den letzten Monat), Sozialversicherung, Arbeitslosengeld, Veterans Administration-Leistungen, Berufsunfallsrenten können im Rahmen des Antragsverfahrens angefordert werden)
- Bankauszüge vom letzten Monat vor dem Datum der Beantragung finanzieller Unterstützung
- Insolvenzerklärungen, die sich auf den Datumsbereich der in Betracht gezogenen Leistungen auswirken
- Offizielle eidesstattliche Erklärung zur Beglaubigung der Einkommens-/Vermögensdaten des Patienten/Bürgen für die Qualifizierung für finanzielle Unterstützung
- Falls zutreffend und verfügbar, ein Nachweis der Obdachlosigkeit oder Unterkunft in einem Obdachlosenasyll

Die Anträge müssen innerhalb von 240 Tagen ab dem Datum der ersten Rechnungsstellung durch AHN nach Entlassung des Patienten eingehen („Beantragungszeitraum“). Jegliches Versäumnis des Patienten, den vollständigen Antrag einzureichen oder den Antrag einschließlich aller erforderlichen belegenden Dokumentationen innerhalb des Beantragungszeitraums zurückzusenden, kann zu einer Ablehnung der finanziellen Unterstützung führen.

- Der Benachrichtigungszeitraum ist der Zeitraum, in dem AHN die Person über diese Richtlinie informieren muss. Dieser Zeitraum beginnt mit dem Datum, an dem die Versorgung der Person geleistet wird, und endet am 120. Tag nachdem AHN nach Entlassung die erste Rechnung an den Patienten ausgestellt hat. Wenn der Patient bis zum Ende des Benachrichtigungszeitraums keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht hat, kann AHN außergewöhnliche Inkassomaßnahmen (ECA) zur Geldeintreibung einleiten.
- AHN wird die von einer Person während des verlängerten „Beantragungszeitraums“, der am 240. Tag nach Entlassung und Zustellung der ersten Rechnung von AHN an den Patienten endet, eingereichten Anträge annehmen und bearbeiten.
- Bei jeglichen Anträgen, für die weitere Informationen benötigt werden, wird der Patient in einem Schreiben zur Bereitstellung der fehlenden Informationen aufgefordert. Der Antragsteller kann auch telefonisch über die fehlenden Informationen benachrichtigt werden. Wenn die erforderlichen Informationen für die Qualifizierung eines Patienten nicht

innerhalb des Beantragungszeitraums von 240 Tagen eingehen, kann der Antrag auf finanzielle Unterstützung von AHN abgelehnt werden.

- Der vollständig ausgefüllte Antrag auf finanzielle Unterstützung und alle notwendigen Begleitdokumentationen sind an folgende Adresse zu senden. Informationen zu dieser Richtlinie sind beim Customer Care Center erhältlich. Dieses arbeitet mit den Patienten zusammen, um deren Berechtigung für finanzielle Unterstützung zu bestimmen.

AHN Revenue Cycle Operations
Customer Care Center
4 Allegheny Center, 4th Floor
Pittsburgh, Pa 15212

Patienten, die Informationen zu dieser Richtlinie oder Unterstützung beim Ausfüllen des Antrags benötigen, wenden sich bitte unter der Rufnummer 1-844-801-8400 an das Customer Care Center von AHN.

4. Bestimmung der Höhe finanzieller Unterstützung

Berechtigte Patienten erhalten ab dem Datum der Genehmigung sechs Monate lang finanzielle Unterstützung. AHN wird bei Konten, die innerhalb von 240 Tagen vor der ersten Rechnung nach der Entlassung des Patienten liegen und die Beantragung finanzieller Unterstützung ausgelöst haben, Berichtigungen an der finanziellen Unterstützung vornehmen. AHN behält sich jedoch das Recht vor, rückwirkende Anträge auf finanzielle Unterstützung auf die unter 501(r) vorgegebenen Fristen zu beschränken. Diese Beschränkung findet jedoch nur Anwendung, wenn zwischen dem aktuellen Finanzstatus des Patienten und dessen Finanzstatus in den sechs Monaten vor Genehmigung außerordentliche Unterschiede bestünden und wenn diese Unterschiede außerdem mit einem klaren Hinweis darauf einhergingen, dass in dem Zeitraum vor Genehmigung ausreichend Mittel oder Einkommen verfügbar war, um ausstehende medizinische Rechnungen zu begleichen.

Ermäßigungen im Rahmen der finanziellen Unterstützung gelten nur für die Beträge, die vom Patienten zu tragen sind; alle von den Versicherungsträgern zu leistenden Beträge sind ausgeschlossen. Bei der Bestimmung des Anrechts auf finanzielle Unterstützung werden zahlreiche Umstände berücksichtigt, darunter u. a. folgende:

- Patient hat keine medizinische Unterstützung bzw. keinen ausreichenden Versicherungsschutz
- Patient hat seine Versicherungsleistungen voll ausgeschöpft
- Primärer Versicherungsträger hat Zahlungen geleistet, es besteht jedoch eine sekundäre Haftung
- Patient wird aufgrund einer finanziellen Notlage als mittellos betrachtet
- Der Nachlass eines verstorbenen Patienten reicht für die ausstehenden Beträge nicht aus (ist erschöpft)
- Patient hat eine offizielle Insolvenzerklärung vorgelegt, die sich auf die Zahlungspflicht des Patienten für die an den betroffenen Daten erbrachten Leistungen auswirkt

- Patient ist obdachlos oder hat nachgewiesen, dass er in einem Obdachlosenasyll lebt

AHN muss alle Anträge auf finanzielle Unterstützung schnell bearbeiten und den Patienten oder Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des **vollständig ausgefüllten** Antrags schriftlich über den Beschluss des Anrechts auf finanzielle Unterstützung informieren.

AHN wird keinen Antrag ablehnen, wenn der Antragsteller versäumt, andere als die in dieser Richtlinie oder dem Antragsformular für finanzielle Unterstützung beschriebenen Informationen oder Dokumente bereitzustellen.

Der Patient kann eine Überprüfung der Entscheidung seitens AHN fordern, wenn die finanzielle Unterstützung abgelehnt wird. Diese Überprüfung muss innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Ablehnung der finanziellen Unterstützung mündlich oder schriftlich vom Patienten beantragt werden. Nach Erhalt eines Überprüfungsantrags wird ein leitendes Mitglied des Customer Care Center oder dessen Beauftragter innerhalb von 30 Tagen, je nach Zeitpunkt des Erhalts und der Verifizierung zusätzlicher für die angeforderte erneute Überprüfung notwendigen Informationen, die Untersuchung durchführen.

Wenn eine Genehmigung finanzieller Unterstützung zu einem Guthaben auf dem Konto eines Patienten führt (ein Guthaben, das direkt aus einer vorherigen Zahlung seitens des Patienten oder im Namen des Patienten für einen vom Patienten zu tragenden Rechnungsteilbetrag entsteht), werden dem Patienten bzw. dem damit verbundenen Zahlungsempfänger (je nach Fall) alle Patientenzahlungen für medizinische Leistungen rückerstattet, die während des Zeitraums erbracht wurden, für die der Patient finanzielle Unterstützung erhalten hat. Dies gilt jedoch nur für Konten oder Leistungen in Zeiträumen, in denen finanzielle Unterstützung ausdrücklich verfügbar ist.

Jegliche Berichtigungen von Patientenkonten, die sich aus der Genehmigung finanzieller Unterstützung ergeben, müssen von einem entsprechend autorisierten Mitarbeiter von AHN bewilligt werden. Im Rahmen dieser Richtlinie vorgesehene Berichtigungen von Patientenkonten (auf Basis der Bruttokosten) müssen auf folgenden Ebenen genehmigt werden:

Beauftragter des Customer Care Center	0 USD bis 10.000 USD
Customer Care Center Director	10.001 USD bis 50.000 USD
Revenue Cycle Vice President	50.001 USD bis 100.000 USD
Chief Revenue Cycle Officer	100.001 USD bis 250.000 USD

Alle im Zusammenhang mit finanzieller Unterstützung durchgeführten Berichtigungen von Patientenkonten über 250.000 USD müssen vom Chief Financial Officer von AHN oder einer von ihm beauftragten Person geprüft und genehmigt werden.

5. Bestimmung präsumptiver Qualifizierung

AHN ist sich bewusst, dass bestimmte Patienten nicht fähig sind, einen Antrag für finanzielle Unterstützung zu stellen, der Aufforderung zur Nachweiserbringung zu folgen oder anderweitig auf das

Antragsverfahren zu reagieren. In diesem Fall kann die Qualifizierung eines Patienten für finanzielle Unterstützung bestimmt werden, ohne dass ein formeller Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt wird. Unter diesen Umständen werden die AHN-Krankenhäuser andere Informationsquellen verwenden, um den finanziellen Unterstützungsbedarf der jeweiligen Person zu bestimmen. Diese Informationen können es AHN ermöglichen, eine informierte Entscheidung über den finanziellen Bedarf des nicht ansprechbaren Patienten zu treffen, wobei anstelle der direkt vom Patienten eingeholten Informationen bestmögliche Schätzungen verwendet werden.

AHN kann eine Drittpartei hinzuziehen, um eine Überprüfung der Patientendaten für die Beurteilung des finanziellen Unterstützungsbedarfs durchzuführen. Bei dieser Überprüfung wird ein im Gesundheitswesen anerkanntes Modell verwendet, das auf der Verwendung von öffentlichen Datenbanken basiert. Dieses prädiktive Modell nutzt öffentliche Registerdaten für die Berechnung eines Scores für die sozioökonomische und finanzielle Kapazität. Dieser Score erfasst Schätzungen des Einkommens, Vermögens und der Liquidität. Die Technologie sorgt dafür, dass jeder Patient nach den gleichen Standards, die wir in der Regel unter dieser Richtlinie verwenden, bewertet wird und sie wird verwendet, wenn spezielle Informationen über den Patienten nicht verfügbar sind.

AHN muss entsprechende Maßnahmen ergreifen, um dieses präsumptive Verfahren von Zeit zu Zeit zu prüfen und dabei berücksichtigen, ob die Antragsentscheidungen hinsichtlich finanzieller Unterstützung für AHN annehmbar sind, wenn der Patient das traditionelle Antragsverfahren nicht durchführen kann.

Wenn solche Technologien von Drittanbietern als Basis für die präsumptive Qualifizierung von Patienten herangezogen werden, wird der unter dieser Richtlinie bewilligte Nachlass nur für qualifizierte Leistungen für ein bestimmtes Datum der Leistungserbringung gewährt. Zudem muss der Patient über den Beschluss und die Leistung informiert werden, wenn eine derartige Benachrichtigung gemäß geltender Bestimmungen erforderlich ist.

6. Bestimmte Abrechnungs- und Inkassofaktoren im Zusammenhang mit finanzieller Unterstützung

AHN ist stets bestrebt, alle angemessenen Erstattungsbeträge von Drittzahlungsträgern für erbrachte Leistungen einzuholen, um die Finanzlast von Patient und AHN zu reduzieren. Wenn ein Drittzahlungsträger die durchgeführten Leistungen nicht deckt, oder wenn keine wirksame Drittversicherung vorhanden ist, erwartet AHN die entsprechenden für die erbrachten Leistungen fälligen Zahlungen vom Patienten, außer der Patient erhält finanzielle Unterstützung unter dieser Richtlinie. Die Fakturierungs- und Inkassorichtlinien von AHN müssen mit den für die Fakturierung und Inkassomaßnahmen im Gesundheitswesen geltenden Bestimmungen und Gesetzen des Bundes und der Staaten konform sein.

AHN kann normale Inkassomaßnahmen (sowie ECA) gegen Patienten einleiten, die nicht für eine finanzielle Unterstützung infrage kommen oder gegen Patienten, die nicht mehr kooperativ sind und nicht vorhaben, die ausstehenden Beträge zu begleichen.

AHN setzt in der Regel ein routinemäßiges Inkassoverfahren ein, um den vom Patienten zu tragenden Teilbetrag einzuholen. Wenn der vom Patienten zu tragende Teilbetrag nach dem Einsatz normaler Inkassomaßnahmen nicht beglichen wird, wird das Revenue Cycle Office von AHN die Abschreibung der Schuld gemäß etablierten Richtlinien und Verfahren anweisen oder empfehlen.

Wenn für ein Konto die Schuldabschreibung bestimmt wurde, kann AHN verschiedene Maßnahmen ergreifen, um das Inkassoverfahren fortzusetzen. AHN kann eine oder mehrere ECA einsetzen, um das Geld einzuholen. Vor der Durchführung von ECA im Zusammenhang mit Konten, für die vom Patienten kein Antrag auf finanzielle Unterstützung gestellt wurde, kann AHN jedoch nach eigenem Ermessen wählen, ob die Qualifizierung für finanzielle Unterstützung mittels Technologien für die präsumptive Qualifizierung bestimmt werden soll. Wenn ein Patient die Anforderungen für eine präsumptive Qualifizierung für finanzielle Unterstützung erfüllt, werden keine ECA eingeleitet und die Inkassomaßnahmen für das Konto eingestellt.

Patientenkonten mit präsumptiver Qualifizierung werden unter dieser Richtlinie letztlich unter karitativer Versorgung eingestuft. Derartige Konten werden nicht an Inkassounternehmen übergeben, keinen weiteren Eintreibungsmaßnahmen unterzogen und nicht in das Schuldabschreibungsverfahren des Krankenhauses aufgenommen.

AHNs Richtlinie in Bezug auf die Versorgung bei medizinischen Notfällen untersagt die Eintreibung von Zahlungen, bevor die Leistungen erbracht wurden oder die Durchführung von Eintreibungsmaßnahmen, die eine Bereitstellung der Notfallversorgung beeinträchtigen könnten.

Es werden keine ECA gegen Patienten eingeleitet, wenn nicht mindestens 120 Tage ab Ausstellung der ersten Rechnung nach Entlassung verstrichen sind und wenn nicht vorher festgestellt wurde, ob der Patient für finanzielle Unterstützung infrage kommt. Es liegt in der Verantwortung des Customer Care Center von AHN, vor der Einleitung von ECA zu bestimmen, ob angemessene Bemühungen durchgeführt wurden, um die Qualifizierung eines Patienten für finanzielle Unterstützung festzulegen. Angemessene Bemühungen sind u. a.:

- Bestätigung, dass der Patient die unbezahlten Rechnungen vorliegen hat und dass alle Drittpartei-Zahlungsträger von AHN identifiziert und fakturiert wurden
- Verbot der Einleitung von Inkassomaßnahmen gegen einen nicht versicherten Patienten, bis dieser auf diese Richtlinie aufmerksam gemacht wurde und Gelegenheit zum Stellen eines Antrags auf finanzielle Unterstützung hatte
- Schriftliche Benachrichtigung des Patienten, wenn zusätzliche Informationen oder Nachweisdokumente für die Bestimmung der Qualifizierung für finanzielle Unterstützung eingereicht werden müssen
- Bestätigung, dass der Patient einen Antrag für Versicherungsschutz unter Medicaid oder einem anderen öffentlichen Krankenversicherungsprogramm eingereicht hat und Einholung der Dokumentation zu solchen Beantragungen
- AHN wird keine ECA einleiten, während dieser Antrag auf Krankenversicherungsschutz ansteht. Doch sobald die Entscheidung zum

- Versicherungsschutz getroffen wurde, können Inkassomaßnahmen beginnen, sofern keine anderen Leistungen unter dieser Richtlinie für den Patienten verfügbar sind
- Schriftliche Benachrichtigung des Patienten über ECA, die AHN einleiten oder wiederaufnehmen kann, wenn der Patient den Antrag für finanzielle Unterstützung nicht fertigstellt
 - Schriftliche Benachrichtigung des Patienten über ECA, die AHN einleiten oder wiederaufnehmen kann, wenn der fällige Betrag nicht innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung beglichen wird

Unter den bundesstaatlichen Richtlinien hat AHN das Recht nach dem 120-tägigen Benachrichtigungszeitraum ab Datum der ersten Rechnung an den Patienten nach dessen Entlassung ECA einzuleiten. In den 120 Tagen nach dem ursprünglichen 120-tägigen Benachrichtigungszeitraum wird AHN jedoch Anträge auf finanzielle Unterstützung von einem Patienten annehmen und bearbeiten, wobei alle ECA-Bemühungen eingestellt werden, bis die Qualifizierung des Patienten für finanzielle Unterstützung entschieden wurde. Demgemäß beträgt der gesamte Zeitraum, in dem AHN Anträge für finanzielle Unterstützung annimmt und bearbeitet, 240 Tage ab dem Datum der ersten Rechnung an den Patienten nach dessen Entlassung.

Kein Inkassounternehmen, keine Anwaltskanzlei und keine Person darf gegen einen Patienten wegen Nichtbegleichung einer Rechnung von AHN ein Rechtsverfahren einleiten, ohne vorher die schriftliche Genehmigung des Chief Revenue Cycle Officer von AHN oder dessen Beauftragten einzuholen.

Im Fall einer Insolvenz und nachdem das AHN den Nachweis des Anspruchs erhalten hat, werden die Inkassoverfahren für alle bis zum Datum der Insolvenzerklärung angelaufenen Beträge für erbrachten Leistungen sofort eingestellt.

MELDEPFLICHT FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

AHN wird alle regionalen und überregionalen Gesetze, Regelungen und Bestimmungen sowie Meldepflichten einhalten, die für die unter dieser Richtlinie durchgeführten Maßnahmen gelten.

Ablauf und Verfahren der finanziellen Unterstützung werden auf regelmäßiger Basis überprüft, um sicherzustellen, dass diese Richtlinien dem hier beschriebenen Sinn gemäß durchgesetzt wird.

Customer Care Center ist die hauptverantwortliche interne Abteilung für Inkassoverfahren, Dokumentation und Meldepflichten in Bezug auf finanzielle Unterstützung und handelt unter Aufsicht des Chief Revenue Cycle Officer und in Zusammenarbeit mit dem AHN Controller.

VERÖFFENTLICHUNG DER RICHTLINIE

Diese Richtlinie steht in den primären Sprachen, die in den von den AHN-Krankenhäusern versorgten Regionen gesprochen werden, zur Verfügung. Auf Papier gedruckte Exemplare dieser Richtlinie, des Antragsformulars und der leicht verständlichen Zusammenfassung der Richtlinie werden auf Anfrage kostenlos an öffentlich zugänglichen Stellen in Krankenhäusern, einschließlich in der Notaufnahme (falls vorhanden) ausgegeben und per Post zugestellt. AHN wird standardmäßige Beschilderungen und

Broschüren verwenden, um Patienten und Besucher über die Verfügbarkeit dieser Leistungen zu informieren. Dabei wird auf entsprechende Weise verfahren, die sicherstellt, dass die Mitglieder der Gemeinde, die am wahrscheinlichsten finanzielle Unterstützung brauchen, erreicht werden. Zudem stehen diese Richtlinie, das Antragsformular und eine leicht verständliche Zusammenfassung auf AHN-Website zur Verfügung (<https://www.ahn.org/financial-assistance-ahn-bills>).

REFERENZEN

Internal Revenue Code Section 501(r)

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)-1 bis 1.501(r)-7

Richtlinie des Allegheny Health Networks für medizinische Notfallversorgung (AHN Emergency Medical Treatment and Labor Act Policy (Richtlinien-Nr 2538428)).

ANHÄNGE

Anhang A: Leistungen, die unter der Richtlinie für finanzielle Unterstützung nicht gedeckt sind

Anhang B: Federal Poverty Guidelines (Bundesstaatliche Richtlinien zur Armutsgrenze)

Anhang C: Liste der Gesundheitsdienstleister von Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Versorgung.

Anhang D: Kalkulation der AGB in Krankenhäusern des Allegheny Health Network

Anhang E: Separate und zusätzliche Voraussetzungen für einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung des Westfield Memorial Hospital

Anhang F: Barmittelbeträge



Unterschrift/ Datum
Chief Financial Officer



Unterschrift/ Datum
Chief Revenue Cycle Officer