



Name der Richtlinie: Richtlinie für finanzielle Unterstützung/Inkassomaßnahmen
Gültig ab 1. Januar 2018

Stand: Genehmigt

Von der Richtlinie betroffener Bereich: Revenue Cycle

Nächste Prüfung: 1. Januar 2019

Letzte Änderung: 1. Januar 2018

Ablaufdatum: nicht zutr.

Richtliniengrundsatz: Das finanzielle Unterstützungsprogramm muss im gesamten Allegheny Health Network (AHN) auf einheitliche und korrekte Weise angewendet werden. Es wurden entsprechende Verfahren eingerichtet, die eine wirksame und effiziente Administration der finanziellen Unterstützungs- und Inkassomaßnahmen sowie deren Ausrichtung auf die internen Kontrollsysteme des AHN sowie Erfüllung der geltenden behördlichen Anforderungen gewährleisten.


Unterschrift/ Datum
Chief Financial Officer


Unterschrift/ Datum
Chief Revenue Cycle Officer

I. Zweck

In dieser Richtlinie werden die Einkommenskriterien für eine Qualifizierung, die Arten von finanzieller Unterstützung sowie unter der Richtlinie gedeckten und nicht gedeckten Dienstleistungen festgelegt. Die Richtlinie beschreibt das Verfahren, dem Patienten für die Beantragung finanzieller Unterstützung, auch als karitative Versorgung bezeichnet, folgen müssen.

Die karitative Versorgung schließt jedoch nicht die persönliche Verantwortung der Patienten aus. Von Patienten wird erwartet, dass sie sich an die vom Allegheny Health Network vorgegebenen Verfahren für den Erhalt einer karitativen Versorgung oder für den Erhalt anderweitiger Zahlungen oder finanzieller Unterstützung halten und sich entsprechend ihrer Zahlungsfähigkeit an den für ihre Versorgung entstehenden Kosten beteiligen. Personen, die sich den Erwerb einer Krankenversicherung leisten können, werden aufgefordert, eine Krankenversicherung abzuschließen, damit der fortgesetzte Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zur Aufrechterhaltung der persönlichen Gesundheit und auch zum Schutz der persönlichen Vermögenswerte dieser Patienten gewährleistet ist.

II. Richtlinie

Die Krankenhäuser und Ärzte des Allegheny Health Network (AHN) haben sich der Verbesserung der Gesundheit unserer Patienten und Bürger von Western Pennsylvania verpflichtet. Zusätzliche und separate Anforderungen für die Region Westfield, NY, werden in Anhang E erläutert. Es ist ein Grundsatz von Allegheny Health Network, allen Patienten, einschließlich minderbemittelten Personen, medizinische Versorgung anzubieten. Im Einklang mit unserer Mission der Bereitstellung empathischer, hochwertiger, erschwinglicher Gesundheitsdienstleistungen und als Beistand für arme und schutzlose Personen wird Allegheny Health Network stets dafür sorgen, dass alle Menschen, die Gesundheitsdienstleistungen benötigen, diese auch aufsuchen bzw. erhalten können. Allegheny Health Network wird ohne jegliche Diskriminierung notfallmedizinische Leistungen bereitstellen, unabhängig davon, ob die betroffenen Personen für eine finanzielle Unterstützung oder staatliche Beihilfe qualifiziert sind oder nicht. Zu den Krankenhäusern des Netzwerks gehören Allegheny General Hospital, Allegheny Valley Hospital, Canonsburg Hospital, Forbes Hospital, Jefferson Hospital, Saint Vincent Hospital, West Penn Hospital und Westfield Memorial Hospital. Diese Richtlinie für finanzielle Unterstützung gilt für alle notfallmedizinischen und medizinisch notwendigen Leistungen, die in den Krankenhäusern durch jedwede verbundene Einrichtung oder Person erbracht werden (gemäß IRS-Definition).

Richtlinie

Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung und Inkassoverfahren des Allegheny Health Network wurde im Einklang mit den Bestimmungen der Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare Bad Debt Requirements (42 CFR SS13.89) und The Medicare Provider Reimbursement Manual (Teil 1, Kapitel 3) entwickelt. Diese Richtlinie bezieht sich auch auf den Internal Revenue Code Section 501© laut Anforderung unter Section 9007(1) des Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L Nr. 111-148), mit der Endgültigen Regelung durch die IRS und das Department of Treasury am 29. Dezember 2014 (und Veröffentlichung am 31. Dezember 2014 im Federal Register).

III. Definitionen

ACA oder Affordable Care Act — *Der ACA ist für Personen bestimmt, die keine Krankenversicherung erwerben wollen oder können. Zugleich zielt dieses Gesetz auf die unterversicherte Population ab, also Menschen, die zwar versichert sind, aber nicht ausreichend Schutz zur Deckung hoher medizinischer Kosten haben.*

Karitative Versorgung — *Vollständiger oder teilweiser Erlass der Kosten für die dem Patienten zugeteilten medizinischen Leistungen (durch ein AHN-Krankenhaus und dort angestellte Ärzte). Unterliegt einer Untersuchung zur Bestimmung der Qualifizierung, die auf den Qualifizierungskriterien des AHN beruht.*

Inkassomaßnahmen - *Mit der Genehmigung des Board of Directors können externe Inkassounternehmen sowie andere in dieser Richtlinie identifizierte angemessene rechtliche Einzugsmaßnahmen vom Allegheny Health Network eingesetzt werden, um die Zahlung für die Patienten bereitgestellten medizinischen Leistungen zu bewirken.*

Medizinischer Notfall — *Definiert im Sinne von 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 (i) die Gesundheit der Person (oder bei Schwangerschaft die Gesundheit der Frau oder des ungeborenen Kindes) gefährden, (ii) schwerwiegende Störungen der körperlichen Funktionen oder (iii) eine schwerwiegende Störung einer Körperorgans oder Körperteils zur Folge haben würde.*

Außergewöhnliche Inkassomaßnahmen— *Die laut Internal Revenue Code Section 501(r) geforderten außergewöhnliche Inkassomaßnahmen sind:*

- *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 unten beschriebener Ausnahme)*
 - *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 zum Zweck der Bereitstellung finanzieller Unterstützung herangezogen werden.*

Familieneinkommen— *Familieneinkommen umfasst Gehälter, 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. Folgendes zählt nicht zum Familieneinkommen: 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.

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.

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 Allegheny Health Network festgelegten Gebühren und Gesamtbeträge, die für die Bereitstellung der Versorgungsdienstleistungen für den Patienten anfallen, vor Abzug der vertraglichen Bewilligungen, sonstiger Ermäßigungen oder verhandelter Rabatte.

Medizinisch notwendig — Medizinisch notwendige Leistungen sind 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.

Nicht ansprechbare Patienten — AHN erkennt an, dass einige Patienten das Beantragungsverfahren von AHN nicht durchführen können. Unter diesen Umständen wird AHN andere Informationsquellen verwenden, um den finanziellen Unterstützungsbedarf der jeweiligen Person zu bestimmen.

Nicht versicherter Patient — Ein Person ohne jeglichen Versicherungsschutz durch einen gewerblichen Drittversicherer, einen ERISA-Plan, ein Federal Health Care Program (u. a. Medicare, Medicaid, SCHIP und CHAMPUS), eine Arbeiterunfallversicherung oder sonstigen dritten Kostenträger, der den Patienten bei der Erfüllung seiner Zahlungspflichten unterstützt.

Unterversicherter Patient — Eine Person mit privatem oder öffentlichem Versicherungsschutz, für die eine Begleichung des Eigenkostenanteils für die vom Allegheny Health Network bereitgestellten Leistungen aus eigener Tasche eine finanzielle Notlage verursachen würde.

IV. Verfahren

Veröffentlichung der Richtlinie

Die Richtlinie ist in den folgenden Formaten verfügbar:

- ✓ **Auf Papier:** 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 ausgegeben und per Post zugestellt.
- ✓ **Informations-/Mitteilungsblatt für Besucher:** Diese Richtlinie wird durch deutlich sichtbare Aushänge in Form von Schildern, Formularen und Broschüren, die grundlegende Informationen über die Richtlinie enthalten, an öffentlich zugänglichen Stellen in Krankenhäusern verfügbar gemacht.
- ✓ **Informations-/Mitteilungsblatt für die von der Einrichtung versorgte Gemeinschaft:** Die Verteilung von Informationsblättern, die eine Zusammenfassung der Richtlinie enthalten, erfolgt an örtliche Behörden und gemeinnützige Organisationen, die sich um die gesundheitliche Versorgung der minderbemittelten Menschen in der Gemeinschaft kümmern.
- ✓ **Veröffentlichung auf Websites:** Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung, das Antragsformular und eine leicht verständliche Zusammenfassung sind auf der Website des AHN verfügbar.

Richtliniengrundsatz

AHN wird für die Patienten, die nachweislich **zahlungsunfähig** sind, die notwendigen Leistungen erbringen, jedoch nicht für Patienten, die **nicht gewillt sind**, zu zahlen.

Gemäß der Richtlinie IRC §501(r) wird AHN die berechneten Beträge für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Versorgungen von Personen, die karitativ versorgungsberechtigt sind, begrenzen. Diesen Patienten

dürfen nicht mehr als die für Versicherte allgemein in Rechnung gestellten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB) in Rechnung gestellt werden. Die Richtlinien verbieten die Berechnung von Bruttogebühren. Die Selbstzahlerrabatte für jede AHN-Einrichtung sind in Anhang D aufgeführt.

Die AHN-Krankenhäuser verwenden die „Look-Back“-Methode zur Bestimmung allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Versorgung gemäß Federal Register, Vol 79, Nr. 250 vom 31. Dezember 2014, 26CFR Teile 1, 53 und 602. Die von unversicherten Personen mit Anrecht auf finanzielle Unterstützung verlangten Beträge dürfen die von privaten Versicherungsträgern, Medicare und Medicaid durchschnittlichen getragenen Beträge nicht übersteigen. Von Patienten, die Anrechte auf finanzielle Unterstützung haben, wird keine Bezahlung der Bruttokosten erwartet. Die Öffentlichkeit kann diese Informationen in schriftlicher Form kostenlos einsehen, indem sie diese schriftlich unter folgender Adresse anfordern:

Director Customer Care Center
Allegheny Health Network
4^h Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Qualifizierungskriterien

Patienten, die die in dieser Richtlinie festgelegten Kriterien erfüllen, sind zum Erhalt der finanziellen Unterstützung, einschließlich kostenloser oder diskontierter Versorgung berechtigt:

- 1. Ein Patient muss US-Bürger oder rechtmäßiger Einwohner mit Daueraufenthaltserlaubnis („Permanent Resident“) der Vereinigten Staaten und Einwohner von Pennsylvania (oder New York, wenn im Westfield Memorial Hospital) sein.**
- 2. Ab dem Datum des Eingangs des Antrags:**
Karitative Versorgung ist nur für Einwohner Pennsylvanias (oder New Yorks, wenn im Servicebereich des Westfield Memorial Hospitals), da Einwohner Pennsylvanias die staatlichen und örtlichen Steuern zahlen, die viele Gesundheitsleistungen für die Einwohner dieses Bundesstaates fördern. Das gleiche gilt für US-Bürger, die Bundessteuern (Federal Taxes) zahlen. AHN würde erwarten, dass Patienten aus anderen Staaten, die basierend auf ihrer finanziellen Lage Anrechte auf die karitative Versorgung durch AHN haben, ihre medizinischen und karitativen Versorgungsrechte in dem Staat wahrnehmen, in dem sie leben. Internationale Patienten oder nicht berechnete Einwanderer, können eventuell für die karitative Versorgung in Frage kommen, wenn sie für Medicaid qualifiziert sind. Es gibt bestimmte Umstände, unter denen Patienten aus anderen Staaten oder internationale Patienten für den Erhalt der karitativen Versorgung qualifiziert sind (z. B. bei Autounfällen, plötzlicher Erkrankung).
- 3. Der Patient/Bürge 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 eine Deckung unter Medicaid oder einem anderen Programm erst gewährt wird, wenn die Qualifizierung für die karitative Versorgung vorliegt.** Der Patient muss die ausgefüllte und unterschriebene Beantragung einer karitativen Versorgung innerhalb des Beantragungszeitraums einreichen. AHN wird angemessene Bemühungen einleiten, um zu bestimmen, ob eine Person für externe Unterstützung qualifiziert ist, bevor außergewöhnliche Inkassomaßnahmen (extraordinary collection actions, ECA) gegen die Person eingeleitet werden. Angemessene Bemühungen: Zum Zweck der Erfüllung dieser Anforderungen wird ein „Benachrichtigungszeitraum“ und ein „Beantragungszeitraum“ eingeräumt. Der Benachrichtigungszeitraum ist der Zeitraum, in dem AHN die Person über diese Richtlinie informieren muss. Dieser Zeitraum beginnt mit dem Datum, an die die Versorgung der Person geleistet wird, und er endet am 120. Tag nachdem AHN die erste Rechnung für die Versorgung an die Person ausgestellt hat. Wenn die Person bis zum Ende des Benachrichtigungszeitraums keinen Antrag eingereicht hat, kann AHN

außergewöhnliche Inkassomaßnahmen (ECA) gegen die Person einleiten. AHN wird die von einer Person während des verlängerten „Beantragungszeitraums“, der am 240. Tag nach Zustellung der ersten Rechnung von AHN an den Patienten endet, eingereichten Anträge annehmen und bearbeiten. Patienten, die ihren ausgefüllten und unterschriebenen Antrag mit den erforderlichen Nachweisdokumenten bis zum 240. Tag nicht eingereicht haben, können aufgrund der Nichteinhaltung abgelehnt werden.

4. **Bei der karitativen Versorgung ist nur die grundlegende medizinische Versorgung gedeckt.**
5. **Die karitative Versorgung findet keine Anwendung in Notfällen und bei anderen medizinisch notwendigen Leistungen. Die karitative Anwendung ist nicht verfügbar, wenn ein Patient die Entlassung verweigert und somit zusätzlich Kosten, die medizinisch nicht notwendig sind, verursacht. Karitative Versorgungsnachlässe gelten nur für Medikamente, die während der stationären oder ambulanten Behandlung verabreicht werden. Diese Nachlässe gelten nicht für andere Medikamente oder bei Versandapotheken eingelöste Rezepte. Die karitative Versorgung findet keine Anwendung für Leistungen, die von einem Versicherungsträger gedeckt werden, der die Leistungen jedoch aufgrund eines Rechtsstreits, mangelnder Kooperation des Patienten oder falscher Angaben des Patienten verweigert hat.**

Auch wenn Patienten/Bürgen die Nutzung der ihnen zur Verfügung stehenden Versicherungsalternativen nicht wahrnehmen wollen, findet die karitative Versorgung keine Anwendung. Die karitative Versorgung gilt auch nicht für Patienten/Bürgen, die nicht alle verfügbaren Versicherungsleistungen ausgeschöpft haben (z. B.: lebenslange Reservetage unter Medicare).

6. **Ein genehmigter Antrag deckt die für den Patienten erbrachten Leistungen in dem Zeitraum von 180 Tage vor der Antragsgenehmigung bis 180 Tage nach der Antragsgenehmigung:**
Für die fortgesetzte karitative Versorgung müssen Patienten/Bürgen alle 180 Tage erneut einen Antrag stellen. Bei diesem erneuten Beantragungsverfahren kann eine Überprüfung der für die Qualifizierung zur karitativen Versorgung angegebenen Daten (Presumptive Charity Care-Daten) durchgeführt oder die Einreichung eines aktualisierten Antrags erforderlich sein.
7. **Karitative Versorgungsnachlässe gelten nur in Höhe des Haftungsbetrags für jeden Patienten, d. h. Versicherungsbeträge werden nicht berücksichtigt. Die genehmigten Beträge können auf Folgendem basieren:**
 - ✓ Patient hat keine medizinische Unterstützung bzw. keinen ausreichenden Versicherungsschutz.
 - ✓ Patient hat seine/ihre Versicherungsleistungen voll ausgeschöpft (z. B. die maximal gedeckten Tage/Beträge oder die lebenslangen Reservetage unter Medicare überschritten).
 - ✓ Patient hat einen primären Versicherungsträger, der auch Zahlungen geleistet hat, aber es besteht eine sekundäre Haftung, die unter der Versicherung nicht gedeckt ist.
 - ✓ Patient wird als mittellos betrachtet, da die Höhe der angelaufenen medizinischen Schulden die finanzielle Lage des Patienten übersteigt.
 - ✓ Der Nachlass des verstorbenen Patienten reicht nicht aus, um den vollen vom Patienten geschuldeten Betrag zu begleichen.
 - ✓ Patient hat eine offiziell Insolvenzerklärung vorgelegt, unter der das Datum, an dem die Leistungen erbracht wurden, eingeschlossen ist. Unter Berücksichtigung des Rechtsspruchs und der aktualisierten Einkommens-/Vermögensdaten, wäre der Patient für eine karitative Versorgung qualifiziert.
 - ✓ Patient ist obdachlos oder hat als Wohnadresse ein Obdachlosenasyll angegeben.
 - ✓ Patient hat eine eidesstaatliche Beglaubigung zu seinen/ihren Einkommens-/Vermögensdaten und/oder Obdachlosenstatus abgegeben und ist infolgedessen für eine karitative Versorgung qualifiziert.

Beantragungsverfahren

1. Antrag für karitative Versorgung

Für eine Qualifizierung des Patienten/Bürgen für karitative Versorgung muss ein Antrag für karitative Versorgung eingereicht werden.

Wenn das Einkommen des Patienten und/oder Bürgen bei oder unter 200 % der in den Federal Poverty Guidelines festgesetzten Armutsgrenze liegt, werden alle Salden, für die der Patient verantwortlich ist, zu 100 % erlassen. Patienten mit nachgewiesener Obdachlosigkeit erhalten ebenfalls einen 100%-igen Erlass. Das Haushaltseinkommen des Patienten darf für das aktuelle Jahr und das Vorjahr nicht das doppelte (2-Fache) der jährlich im Federal Register durch das U.S. Department of Health and Human Services veröffentlichten Armutsgrenze übersteigen (dabei werden hauptsächlich die Daten des aktuellen Jahres berücksichtigt). Die aktuellen Richtlinien und geltende Armutsgrenzen(FPL)-Tabelle sind in Anhang B aufgeführt.

Alle Barmittel (Bargeld, Girokonten, Sparkonten, Geldmarktkonten, abgelaufene Festgeldanlagen, Investmentfonds und Renten, die ohne Strafgebühr eingelöst werden können oder andere leicht einlösbare Investitionen) des Patienten oder Bürgen in Höhe von über 10.000,00 USD müssen für die Begleichung des dem Allegheny Health Network geschuldeten Betrags eingezahlt werden, bevor eine Berichtigung der finanziellen Unterstützung in Betracht gezogen wird. Rentenbezüge werden nicht eingeschlossen. Der primäre Wohnsitz und das primäre Kraftfahrzeug werden nicht in diese Vermögensbeurteilung aufgenommen. Alle sekundären Wohnsitze oder Kraftfahrzeuge werden in Betracht gezogen und auf Fallbasis beurteilt.

Ein dokumentierter Nachweis der „Notlage“ ist eventuell erforderlich (d. h. Fälle mit übermäßig hohen Arzneimittelkosten, terminalem Krankheitsverlauf oder mehrfachen Krankenhauseinweisungen.) Bei Patienten, deren Einkommen 200 % der unter den Federal Poverty Guidelines festgelegten Armutsgrenze und deren Kontostand 25 % des jährlichen Haushaltseinkommens übersteigt, kann AHN für den darüber hinausgehenden Saldo eine „Notlage“ anerkennen, vorausgesetzt der Patient liefert einen Einkommensnachweis bzw. der Einkommensnachweis kann von externen Datenbankquellen erhoben werden.

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.

2. Belegende Dokumentation

Formulare für die Angabe der für das Antragsverfahren notwendigen Einkommens- und Vermögensdaten.

- ✓ Federal Income Tax Form 1040 (US-Steuererklärungsformular) oder andere bundesstaatliche Steuererklärung für das Vorjahr (mit einer Erklärung drastischer Veränderungen im Einkommen)
- ✓ 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, bei Bedarf (vom letzten Monat vor dem Datum der Beantragung finanzieller Unterstützung)
- ✓ Insolvenzerklärungen, die sich auf den Datumsbereich der in Betracht gezogenen medizinischen Leistungen auswirken, sowie Einkommens-/Vermögensdaten, die den Patienten/Bürgen für karitative Versorgung qualifizieren könnten. Offizielle eidesstaatliche Erklärung zur Beglaubigung der Einkommens-/Vermögensdaten des Patienten/Bürgen für die Qualifizierung für eine karitative Versorgung.
- ✓ Nachweis der Obdachlosigkeit oder Unterkunft in einem Obdachlosenasyl

3. Antragsdaten

Alle Antragsteller müssen das „AHN Financial Assistance“-Antragsformular ausfüllen und die angeforderten Nachweisdokumente vorlegen, wenn sie finanzielle Unterstützung beantragen möchten. Um für eine finanzielle Unterstützung in Frage zu kommen, müssen die ausgefüllten und unterschriebenen Antragsformulare innerhalb von 240 Tagen ab Erhalt der medizinischen Leistungen vom Allegheny Health Network eingegangen sein.

Das Antragsformular für finanzielle Unterstützung des Allegheny Health Network muss ausgefüllt und unterschrieben und alle Nachweisdokumente müssen beigelegt werden, bevor ein Antrag geprüft wird. Alle wegen unvollständiger Angaben zurückgewiesenen Anträge werden 30 Tage nach Absenden des Schreibens an den Antragsteller mit der Bitte um weitere Informationen zurückgehalten. Der Antragsteller wird auch telefonisch über die fehlenden Informationen benachrichtigt. Wenn die zusätzlichen Informationen nicht innerhalb von 30 Tagen eingehen, wird der Antrag abgelehnt.

Anträge für finanzielle Unterstützung müssen an folgende Niederlassung geschickt werden. Dieses ist das Büro, das mit angemessene Bemühungen bestimmten wird, ob eine Person für finanzielle Unterstützung qualifiziert ist.

Allegheny Health Network Revenue Cycle Operations
Customer Care Center
10th Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Patienten, die beim Ausfüllen des Antrags für finanzielle Unterstützung Hilfe brauchen, können sich unter 1-800-547-0540 an das AHN Customer Service Department oder unter 1-844-801-840 an das Customer Care Center wenden.

Anträge für finanzielle Unterstützung werden vom Allegheny Health Network prompt bearbeitet und der Patient bzw. der Antragsteller wird innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrags benachrichtigt. Bei Genehmigung des Antrags wird finanzielle Unterstützung für einen Zeitraum von sechs Monaten gewährt. Die finanzielle Unterstützung gilt auch für alle qualifizierten Salden, die in den sechs Monaten vor dem Antragsdatum für Leistungen angelaufen sind.

Wird der Antrag für finanzielle Unterstützung abgelehnt, können Patient oder Bürge jederzeit bei Eintreten einer wesentlichen Veränderung des Einkommens oder Standes oder ansonsten sechs Monate nach der Ablehnung des Antrags erneut einen Antrag stellen.

4. Bestimmung des finanziellen Bedarfs bei nicht ansprechbaren Patienten und Bürgen

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 Unterstützungsantrag ausgefüllt wird. Unter diesen Umständen werden die AHN-Krankenhäuser andere Informationsquellen verwenden, um den finanziellen Unterstützungsbedarf der jeweiligen Person zu bestimmen. Diese Informationen ermöglichen es AHN, 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 elektronische 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 hinter dieser elektronischen Überprüfung sorgt dafür, dass jeder Patient nach den gleichen Standards bewertet und im Vergleich zu den früheren, mit herkömmlichen Antragsverfahren erteilten Genehmigungen für die finanzielle Unterstützung von AHN eine Kalibrierung durchgeführt wird.

Diese elektronische Überprüfungstechnik wird vor der Schuldabschreibung und nach Ausschöpfung aller anderen Qualifizierungs- und Zahlungsquellen eingesetzt. So kann AHN alle nicht versicherten Patienten in Bezug auf deren Eignung für finanzielle Unterstützung untersuchen, bevor außerordentliche Inkassoverfahren zum Einsatz kommen. Die aus dieser elektronischen Qualifizierungsprüfung gewonnenen Daten bringen eine für diese Richtlinie ausreichende Nachweisdokumentation für den finanziellen Bedarf.

Wenn eine elektronische Aufnahme als Basis für die präsumtive Qualifizierung verwendet wird, wird der höchste Nachlass für die kostenlose Versorgung gewährt. Dies gilt jedoch nur für die qualifizierten Leistungen in den retrospektiven Zeiträumen. Wenn ein Patient unter dem elektronischen Aufnahmeverfahren nicht qualifiziert ist, kann der Patient trotzdem unter dem herkömmlichen Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden. Patienten, die sich in diesem Verfahren nicht qualifizieren, wird AHN eine schriftliche Mitteilung zustellen, in der sie darauf hingewiesen werden, dass trotzdem finanzielle Unterstützung verfügbar ist. Dieses Schreiben enthält eine in leicht verständlicher Sprache verfasste Zusammenfassung der Richtlinie für finanzielle Unterstützung und führt die Maßnahmen auf, die getroffen werden können, wenn kein Antrag eingereicht oder der ausstehende Betrag nicht bezahlt wird.

Patienten mit präsumtiver Qualifizierung werden unter dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung neu klassifiziert. Sie werden nicht an ein Inkassounternehmen übergeben, keinen weiteren Eintreibungsmaßnahmen unterzogen und nicht in das Schuldabschreibungsverfahren des Krankenhauses aufgenommen.

5. Überlegungen zur und Administration der karitativen Versorgung

Die Beantragung eines karitativen Nachlasses in der genehmigten Höhe muss auf entsprechender Managementebene eingereicht werden, um die Genehmigung für die Abschreibung zu erhalten. Der Patient/Bürge wird schriftlich darüber benachrichtigt, ob die Deckung unter dem karitativen Versorgungsprogramm genehmigt oder abgelehnt wurde.

Um im besten Interesse von AHN zu handeln und auch maximale Konformität in Bezug auf Interessenkonflikte zu gewährleisten, werden Mitarbeiter und Manager für eine proaktive Kommunikation mit ihren direkten Vorgesetzten (nächst höhere Managementebene) sorgen, wenn es sich bei den Antragstellern um andere Mitarbeiter, Verwandte und/oder Freunde der für die Überprüfung und Genehmigung zuständigen Person handelt. Es wird erwartet, dass die Anträge in solchen Situationen von einem anderen Manager, falls erforderlich auch auf Vice-President-Ebene genehmigt werden.

Für die Verfolgung der unter karitativer Versorgung gewährten Nachlässe werden separate Transaktionscodes verwendet.

Bei unvollständigen Anträgen für finanzielle Unterstützung wird der Vorgesetzte oder dessen Beauftragter telefonisch oder schriftlich nachfassen, um die Antragsbearbeitung zu beschleunigen. Die Fertigstellung der Überprüfung und Genehmigung wird in einem Schreiben mitgeteilt.

Pflichten

Anträge für die Deckung unter dem „Charity Care Policy Financial Assistance Program“ (finanzielles Unterstützungsprogramm für karitative Versorgung) und die komplette begleitende Nachweisdokumentation werden vom Customer Care Center Manager oder dessen Beauftragten geprüft/genehmigt. Fälle, bei denen die Berichtigungen die folgenden Beträge übersteigen oder bei denen Ausnahmen aufgrund einer Notlage erforderlich sind, müssen wie folgt geprüft und genehmigt werden:

Genehmigungen durch das Charity Care Management

Self-Pay Vertreter	0\$ - 20.000\$
---------------------------	-----------------------

Self-Pay Manager	20.001\$ - 50.000\$
Director	50.001\$ - 75.000\$
Vice President, CBO	75.001\$ - 150.000\$
Senior Vice President, Chief Revenue Officer	> 150.001\$

6. Berichterstattung durch das Charity Care Management

Berichterstattung und Dokumentation der karitativen Versorgung von AHN muss regelmäßig erfolgen.

- ✓ Die karitativen Versorgungsverfahren werden jährlich geprüft, um sicherzustellen, dass alle Richtlinien und Verfahren konstant angewandt werden. Bei der jährlichen Prüfung werden auch Empfehlungen für Aktualisierungen und Änderungen der Richtlinie und Verfahren berücksichtigt.
- ✓ Das Customer Care Center Management muss die karitativen Versorgungsdaten erfassen, dokumentieren und offenlegen, u. a.:
 - Gesamtzahl der versorgten Personen
 - Gesamtbeträge, die nachgelassen wurden
 - Gesamtkosten der karitativen Versorgung
 - Gesamtbeträge, die zur Unterstützung der Kosten für die Bereitstellung einer karitativen Versorgung eingegangen sind

Fakturierungs- und Inkassorichtlinie

Die Fakturierungs- und Inkassorichtlinien von Allegheny Health Network müssen mit den für die Fakturierung und Inkassomaßnahmen im Gesundheitswesen geltenden Bestimmungen und Gesetzen des Bundes und der Staaten konform sein.

Es werden keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen (extraordinary collection actions, ECA) gegen Patienten eingeleitet, wenn nicht mindestens 120 Tage ab Ausstellung der ersten Rechnung verstrichen sind und wenn nicht vorher festgestellt wurde, ob der Patient für finanzielle Unterstützung in Frage kommt. Angemessene Bemühungen sind u. a.:

- ✓ Bestätigung, dass der Patient die unbezahlten Rechnungen vorliegen hat und dass alle Drittpartei-Zahlungsträger vom Allegheny Health Network identifiziert und fakturiert wurden;
- ✓ Verbot der Einleitung von Inkassomaßnahmen gegen einen nicht versicherten (oder unterversicherten) Patienten, bis dieser auf die Richtlinie für finanzielle Unterstützung des Allegheny Health Network aufmerksam gemacht wurde und Gelegenheit zum Stellen eines Antrags hatte;
- ✓ Schriftliche Benachrichtigung des Patienten, wenn zusätzliche Informationen oder Nachweisdokumente für die Einreichung zur Bestimmung der Qualifizierung für finanzielle Unterstützung benötigt werden;
- ✓ Bestätigung, dass der Patient einen Antrag für Versicherungsschutz unter Medicaid oder einem anderen öffentlichen Krankenversicherungsprogramm eingereicht hat und Einholung der Dokumentation zu solchen Beantragungen. Das Allegheny Health Network wird keine Inkassomaßnahmen einleiten, während dieser Antrag auf Krankenversicherungsschutz ansteht. Doch sobald die Entscheidung zum Versicherungsschutz getroffen wurde, können Inkassomaßnahmen beginnen.
- ✓ Schriftliche Benachrichtigung des Patienten über außergewöhnliche Inkassomaßnahmen, die das Allegheny Health Network einleiten oder wiederaufnehmen kann, wenn der Patient den Antrag für finanzielle Unterstützung nicht fertigstellt oder den fälligen Betrag nicht bis spätestens 30 Tage nach Erhalt dieser schriftlichen Mitteilung oder 30 Tage ab dem Datum, an dem der Patient schriftlich zur Fertigstellung des Antrags für finanzielle Unterstützung aufgefordert wurde, begleicht.
- ✓ AHN kann außergewöhnliche Inkassomaßnahmen (ECN) mit 120 Tage Vorankündigung nach Ausstellung der ersten Rechnung und jederzeit während der anschließenden 120 Tage durchführen.

AHN wird jedoch Anträge für finanzielle Unterstützung von einem Patienten annehmen und bearbeiten und in diesem Fall jegliche ECN-Bemühungen einstellen, bis bestimmt wird, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt. Demgemäß beträgt der gesamte Zeitraum, in dem AHN Anträge für finanzielle Unterstützung annimmt und bearbeitet, 240 Tage ab dem Datum der ersten Rechnungsstellung.

Die Richtlinie des Allegheny Health Network für medizinische Notfälle verbietet die Eintreibung von Zahlungen, bevor die Leistungen erbracht wurden, oder die Durchführung von Eintreibungsmaßnahmen, die eine Bereitstellung der Notfallversorgung beeinträchtigen könnten. Genauere Angaben sind der Richtlinie des Allegheny Health Networks für medizinische Notfallversorgung (Emergency Medical Treatment and Labor Act Policy) (Richtlinien-Nr. 2538428) zu entnehmen.

Allegheny Health Network kann normale Inkassomaßnahmen gegen Patienten einleiten, die nicht für einer finanzielle Unterstützung in Frage kommen, oder gegen Patienten, die nicht mehr kooperativ sind und nicht vorhaben, den ausstehenden Betrag zu begleichen.

Kein Inkassounternehmen, keine Anwaltskanzlei und keine Person darf gegen einen Patienten wegen Nichtbegleichung einer Rechnung von Allegheny Health Network ein Rechtsverfahren einleiten, ohne vorher die schriftliche Genehmigung eines autorisierten Mitarbeiters von Allegheny Health Network einzuholen.

Inkassoinformationen

Das Allegheny Health Network strebt stets danach, Erstattungen von Drittzahlungsträgern einzuholen, um die finanzielle Belastung des Patienten zu reduzieren. Wenn ein Drittzahlungsträger die durchgeführten Leistungen nicht deckt, oder wenn keine wirksame Drittversicherung vorhanden ist, erwartet Allegheny Health Network die für die erbrachten Leistungen fälligen Zahlungen vom Patienten, außer der Patient wird nach Durchführung des Antragsverfahrens für finanzielle Unterstützung qualifiziert oder ist präsumtiv qualifiziert.

Wenn das Inkassoverfahren fortgesetzt wird und der Selbstkostenanteil weiterhin nicht beglichen wird, wird das Revenue Cycle-Büro die Abschreibung der Schuld gemäß etablierten Richtlinien und Verfahren anweisen oder empfehlen.

Abzahlungspläne

Zahlungspläne für die vom Allegheny Health Network erbrachten Dienstleistungen sind erhältlich und bedürfen einer Genehmigung. Die Abzahlungspläne sind angemessen und im Einklang mit den Branchenstandards.

Insolvenz

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

Regulatorische Anforderungen

Allegheny Health Network wird alle regionalen und überregionalen Gesetze, Regelungen und Bestimmungen sowie Meldepflichten einhalten, die für die unter dieser Richtlinie durchgeführten Maßnahmen gelten. Diese Richtlinie schreibt vor, dass Allegheny Health Network alle Inkasso- und finanziellen Unterstützungsmaßnahmen nachverfolgen muss, um eine exakte Berichterstattung zu gewährleisten.

Buchführung

Allegheny Health Network wird alle Inkasso- und finanziellen Unterstützungsmaßnahmen dokumentieren, um angemessene Kontrollen aufrechtzuerhalten und alle internen und externen Konformitätsanforderungen zu erfüllen.

Genehmigung der Richtlinie

Die Allegheny Health Network Richtlinie für finanzielle Unterstützung und Inkassomaßnahmen unterliegt der Bedingung einer regelmäßigen Überprüfung und kann je nach geschäftlichem Bedarf von Zeit zu Zeit geändert werden. Alle Änderungen an der Richtlinie müssen vom Allegheny Health Network Board of Directors und von den Aufsichtsräten der AHN-Krankenhäuser genehmigt werden.

ANHANG A: Leistungen, die unter der Richtlinie für finanzielle Unterstützung nicht

Beschreibung	Qualifizierung unter dem Programm		Leistungen und Beispiele
	Selbstkosten-Nachlass	Karitative Versorgung	
Fördermittel	Nein	Nein	<ul style="list-style-type: none"> • Addison Gibson • Ryan White • Sonstige unter Fördermitteln gedeckte Leistungen
Bestimmte Leistungen, sehr teure Behandlungen, andere, weniger teure Behandlungsalternativen	Ja	Nein	<ul style="list-style-type: none"> • Cochleaimplantate • Bariatrische Eingriffe • LDL-Apherese • Tiefe Hirnstimulation • Vasektomie oder Vasektomie-Umkehrung • Transplantate • Linksventrikuläres Unterstützungssystem (CF-Pumpenimplantation) • Pädiatrische Hörgeräte • Alle anderen Verfahren, die medizinisch nicht notwendig sind
Medizinisch nicht notwendig	Nein	Nein	<ul style="list-style-type: none"> • Kosmetische Eingriffe/Verfahren • In-vitro-Fertilisation • Medizinisch nicht notwendigerobstetrische Ultraschalluntersuchung, virtuelle Koloskopie und Ganzkörper-MRT/PET