

Betrifft: Providence Financial Assistance (Charity Care) Policy – Kalifornien		Richtliniennummer: PSJH RCM 002 CAL	
Abteilung: Revenue Cycle Management	<input type="checkbox"/> Neu <input checked="" type="checkbox"/> Überarbeitet <input type="checkbox"/> Geprüft	Datum: 01.01.2022	
Executive Sponsor: Kimberly Sullivan, SVP Chief Revenue Cycle Officer		Richtlinieninhaber: Geschäftsführer, Finanzberatung	
Genehmigt von: Providence Board of Directors		Datum der Umsetzung: 12/1/2021	

Providence ist eine katholische gemeinnützige Gesundheitsorganisation, die von der Verpflichtung zu ihrer Mission geleitet wird, allen zu dienen, insbesondere denen, die arm und verletzlich sind, durch ihre Kernwerte Mitgefühl, Würde, Gerechtigkeit, Exzellenz und Integrität und durch die Überzeugung, dass Gesundheitsversorgung ein Menschenrecht ist. Es ist die Philosophie und Praxis jedes Providence-Krankenhauses, dass aufstrebende und medizinisch notwendige Gesundheitsdienstleistungen für diejenigen in den Gemeinden, denen wir dienen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit leicht verfügbar sind.

UMFANG:

Diese Richtlinie gilt für alle Providence-California ("Providence") Krankenhäuser in Los Angeles, Orange, High Desert, Humboldt, Sonoma und Napa Counties im Bundesstaat Kalifornien sowie für alle Notfall-, Dringend- und anderen medizinisch notwendigen Dienstleistungen, die von Providence- und NorCal Health Connect-Krankenhäusern in Kalifornien erbracht werden (mit Ausnahme der experimentellen oder investigativen Versorgung). Eine Liste der Providence-Krankenhäuser, die unter diese Richtlinie fallen, finden Sie in Anlage A Covered Facilities List.

Diese Richtlinie ist in Übereinstimmung mit Abschnitt 501 (r) des Internal Revenue Code von 1986 in der geänderten Fassung und in Bezug auf Providence Hospitals in Kalifornien den im California Health and Safety Code (Abschnitte 127400-127446) dargelegten Krankenhaus-Fair-Pricing-Policies auszulegen. Im Falle eines Widerspruchs zwischen den Bestimmungen dieser Gesetze und dieser Richtlinie haben diese Gesetze Vorrang.

ZWECK:

Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, eine faire, diskriminierungsfreie, effektive und einheitliche Methode für die Bereitstellung von finanzieller Unterstützung (Wohltätigkeitspflege) für berechtigte Personen zu gewährleisten, die nicht in der Lage sind, medizinisch notwendige Notfall- und andere Krankenhausdienstleistungen, die von Providence-Krankenhäusern erbracht werden, ganz oder teilweise zu bezahlen.

Es ist die Absicht dieser Richtlinie, alle Bundes-, Landes- und lokalen Gesetze einzuhalten. Diese Richtlinie und die darin enthaltenen finanziellen Unterstützungsprogramme stellen die offizielle Financial Assistance Policy ('FAP') und Emergency Medical Care Policy für jedes Krankenhaus dar, das sich im Besitz von Providence befindet, von Providence gepachtet oder betrieben wird.

POLITIK:

Providence wird qualifizierten, einkommensschwachen, nicht versicherten und unterversicherten Patienten mit hohen medizinischen Kosten kostenlose oder ermäßigte Krankenhausdienstleistungen anbieten, da sie bei oder unter 400 Prozent der FPL liegen, wenn die Fähigkeit, für Dienstleistungen zu bezahlen, ein Hindernis für den

Zugang zu medizinisch notwendiger Notfall- und anderer Krankenhausversorgung darstellt und keine alternative Deckungsquelle identifiziert wurde. Patienten müssen die in dieser Richtlinie beschriebenen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, um sich zu qualifizieren.

Providence-Krankenhäuser mit speziellen Notaufnahmen werden ohne Diskriminierung medizinische Notfallkrankungen (im Sinne des Emergency Medical Treatment and Labor Act) im Einklang mit den verfügbaren Fähigkeiten versorgen, unabhängig davon, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Die Vorsehung diskriminiert nicht aufgrund von Alter, Rasse, Hautfarbe, Glauben, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, Geschlecht, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder einer anderen Grundlage, die durch Bundes-, Landes- oder lokale Gesetze verboten ist, wenn finanzielle Unterstützungsbestimmungen getroffen werden. Providence-Krankenhäuser bieten medizinische Notfalluntersuchungen und stabilisierende Behandlungen an oder überweisen und übertragen eine Person, wenn eine solche Übertragung gemäß 42 C.F.R 482.55 angemessen ist. Providence verbietet alle Handlungen, Zulassungspraktiken oder Richtlinien, die Einzelpersonen davon abhalten würden, medizinische Notfallversorgung in Suche zu suchen, wie z. B. die Genehmigung von Inkassoaktivitäten, die die Bereitstellung medizinischer Notfallversorgung beeinträchtigen.

Liste der Fachleute, die der Providence FAP unterliegen: Jedes Providence-Krankenhaus identifiziert speziell eine Liste der Ärzte, medizinischen Gruppen oder anderen Fachleute, die Dienstleistungen erbringen, die von dieser Richtlinie abgedeckt sind und welche nicht. Notärzte, die medizinische Notdienste für Patienten in kalifornischen Krankenhäusern in Providence erbringen, sind nach kalifornischem Recht verpflichtet, nicht versicherten Patienten oder Patienten mit hohen medizinischen Kosten (gemäß den gesetzlichen Preisrichtlinien des Krankenhauses, die im California Health and Safety Code (Abschnitte 127400-127446) festgelegt sind) Rabatte zu gewähren, die bei oder unter 400% der FPL liegen. Jedes Providence-Krankenhaus stellt diese Liste jedem Patienten zur Verfügung, der eine Kopie anfordert. Die Anbieterliste finden Sie auch online auf den Providence-Websites:
www.providence.org.

Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung: Finanzielle Unterstützung steht sowohl nicht versicherten als auch versicherten Patienten und Bürgern zur Verfügung, wenn diese Unterstützung mit dieser Richtlinie und den Bundes- und Landesgesetzen über zulässige Leistungen für Patienten vereinbar ist. Die Krankenhäuser von Providence werden angemessene Anstrengungen unternehmen, um festzustellen, ob eine Deckung durch Dritte besteht oder nicht, die ganz oder teilweise für die von den Providence-Krankenhäusern bereitgestellte Versorgung verfügbar sein kann, bevor sie die Inkassobemühungen leiten. Nicht versicherte Patienten können einen Rabatt für nicht versicherte Patienten erhalten. Zu den anrechenbaren finanziellen Unterstützungssalden gehören unter anderem: Selbstzahlung, Gebühren für Patienten mit Deckung durch ein Unternehmen ohne Vertragsbeziehung, Mitversicherung, Selbstbehalt und Zuzahlungsbeträge im Zusammenhang mit versicherten Patienten. Selbstbehalts- und Mitversicherungsbeträge, die als Medicare-Forderungsausfall geltend gemacht werden, werden von der Meldung der Wohltätigkeitspflege ausgeschlossen.

Patienten, die finanzielle Unterstützung suchen, müssen den Standardantrag auf finanzielle Unterstützung von Providence ausfüllen und die Berechtigung basiert auf dem finanziellen Bedarf zu diesem Zeitpunkt. Es werden angemessene Anstrengungen unternommen, um die Patienten über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu informieren und zu informieren, indem Informationen während der Aufnahme und Entlassung, auf der Abrechnung des Patienten, in patientenzugänglichen Abrechnungsbereichen, auf der Website des Providence-Krankenhauses, durch mündliche Benachrichtigung während der Zahlungsgespräche sowie auf Beschilderungen in stationären und ambulanten Bereichen mit hohem Volumen, wie z. B. der Aufnahme und der Notaufnahme, bereitgestellt werden. Providence speichert Informationen, die zur Bestimmung der Berechtigung in Übereinstimmung mit seinen Aufzeichnungsrichtlinien verwendet werden.

Beantragung finanzieller Unterstützung: Patienten oder Bürger können einen Antrag auf finanzielle Unterstützung beantragen und einreichen, der kostenlos und beim Providence-Ministerium erhältlich ist, oder auf folgende Weise: Beratung des Personals der Patientenfinanzdienste zum oder vor dem Zeitpunkt der Entlassung, dass Hilfe angefordert und mit vollständigen Unterlagen eingereicht wird; per Post oder durch Besuch www.providence.org, Herunterladen und Einreichen des ausgefüllten Antrags mit Unterlagen. Eine Person, die finanzielle Unterstützung beantragt, erhält ein vorläufiges Screening, das eine Überprüfung beinhaltet, ob der Patient erschöpft ist oder nicht für Zahlungsquellen Dritter in Frage kommt.

Jedes Providence-Krankenhaus stellt ausgewiesenes Personal zur Verfügung, um Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung und bei der Feststellung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung von Providence oder finanzielle Unterstützung durch staatlich finanzierte Versicherungsprogramme zu unterstützen, falls zutreffend. Dolmetschdienste stehen zur Verfügung, um Fragen oder Bedenken zu beantworten und bei der Erledigung des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen.

Ein Patient oder Bürger, der berechtigt ist, finanzielle Unterstützung zu beantragen, kann Providence ausreichende Unterlagen vorlegen, um die Bestimmung der Anspruchsberechtigung jederzeit zu unterstützen, wenn er erfährt, dass das Einkommen einer Partei unter die Mindest-FPL gemäß den einschlägigen Bundes- und Landesvorschriften fällt.

Individuelle finanzielle Situation: Einkommen, Geldvermögen und Ausgaben des Patienten werden zur Beurteilung der individuellen finanziellen Situation des Patienten verwendet. Monetäre Vermögenswerte dürfen keine Pläne für Altersbezüge oder aufgeschobene Vergütungen umfassen, die nach dem Internal Revenue Code qualifiziert sind, sowie nicht qualifizierte Pläne für aufgeschobene Vergütungen.

Einkommensqualifikationen: Einkommenskriterien, basierend auf der Armutsgrenze des Bundes (FPL), können verwendet werden, um die Berechtigung für kostenlose oder ermäßigte Pflege zu bestimmen. Weitere Informationen finden Sie in Anlage B.

Bestimmungen und Genehmigungen: Die Patienten erhalten innerhalb von 30 Tagen nach Einreichung des ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung und der erforderlichen Unterlagen eine Benachrichtigung über die Bestimmung der FAP-Berechtigung. Sobald ein Antrag eingegangen ist, werden außergewöhnliche Inkassobemühungen zurückgestellt, bis eine schriftliche Feststellung der Eignung an den Patienten gesendet wird. Das Krankenhaus wird keine Entscheidung über die Berechtigung zur Unterstützung auf der Grundlage von Informationen treffen, die das Krankenhaus für falsch oder unzuverlässig hält.

Streitbeilegung: Der Patient kann gegen die Feststellung der Nichtberechtigung zur finanziellen Unterstützung Einspruch einlegen, indem er Providence innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Ablehnungsmitteilung relevante zusätzliche Unterlagen zur Verfügung stellt. Alle Berufungen werden überprüft und wenn die Überprüfung die Ablehnung bestätigt, wird eine schriftliche Benachrichtigung an den Garanten und das State Department of Health gesendet, falls erforderlich und in Übereinstimmung mit dem Gesetz. Das endgültige Berufungsverfahren wird innerhalb von 10 Tagen nach Erhalt der Ablehnung durch Providence abgeschlossen. Ein Einspruch kann an providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395, gerichtet werden.

Mutmaßliche Wohltätigkeitsorganisation: Die Vorsehung kann einen Patienten für eine Wohltätigkeitsanpassung an seinem Kontostand mit anderen Mitteln als einem vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigen. Solche Feststellungen werden auf mutmaßlicher Basis unter Verwendung eines branchenweit anerkannten Finanzbewertungsinstruments getroffen, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich zugänglicher finanzieller oder anderer Aufzeichnungen bewertet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Haushaltseinkommen, Haushaltsgröße sowie Kredit- und Zahlungshistorie.

Andere besondere Umstände: Patienten, die Anspruch auf FPL-qualifizierte Programme wie Medicaid, MediCal und andere staatlich geförderte Hilfsprogramme mit niedrigem Einkommen haben, gelten als mittellos. Daher haben solche Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung, wenn die Programme die Zahlung verweigern und dann die Gebühren für den Patienten als abrechenbar betrachten. Patientenkontoguthaben, die sich aus nicht erstatteten Gebühren ergeben, können vollständig abgeschrieben werden. Einschließlich, aber nicht beschränkt auf medizinisch notwendige Dienstleistungen im Zusammenhang mit den folgenden:

- Verweigerte stationäre Aufenthalte
- Verweigerte stationäre Pflage tage
- Nicht abgedeckte Dienstleistungen
- Verweigerung von Treatment Authorization Request (TAR)
- Ablehnungen aufgrund eingeschränkter Abdeckung

Katastrophale medizinische Kosten: Die Vorsehung kann nach eigenem Ermessen im Falle einer katastrophalen medizinischen Ausgabe Wohltätigkeit gewähren. Diese Patienten werden individuell behandelt.

Notzeiten: Finanzielle Unterstützung kann nach Ermessen der Vorsehung in Zeiten eines nationalen oder staatlichen Notstands verfügbar sein, unabhängig von der Unterstützung für katastrophale Ausgaben.

Gebührenbeschränkung für alle Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben: Kein Patient, der sich für eine der oben genannten Unterstützungskategorien qualifiziert, ist persönlich für mehr als den Prozentsatz der Bruttokosten (AGB) der Bruttokosten verantwortlich, wie unten definiert.

Angemessener Zahlungsplan: Sobald ein Patient für eine teilweise finanzielle Unterstützung zugelassen ist, aber immer noch einen Restbetrag fällig hat, wird Providence eine Zahlungsplanvereinbarung aushandeln. Der angemessene Zahlungsplan besteht aus monatlichen Zahlungen, die nicht mehr als 10 Prozent des monatlichen Einkommens eines Patienten oder einer Familie betragen, mit Ausnahme von Abzügen für wesentliche Lebenshaltungskosten, die der Patient in seinem Antrag auf finanzielle Unterstützung aufgeführt hat. Zahlungspläne sind zinsfrei. Die Fristen für Zahlungspläne werden für Patienten mit anhängigen Einsprüchen verlängert.

Abrechnung und Inkasso: Alle unbezahlten Guthaben, die von Patienten oder Bürgen nach Anwendung verfügbarer Rabatte geschuldet werden, können gegebenenfalls an Inkasso überwiesen werden. Die Inkassobemühungen für unbezahlte Guthaben werden eingestellt, bis die endgültige Bestimmung der FAP-Berechtigung endgültig festgelegt ist. Providence führt keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen durch, erlaubt oder erlaubt inkassounternehmen, bevor entweder: (a) angemessene Anstrengungen unternommen werden, um festzustellen, ob der Patient für finanzielle Unterstützung in Anspruch kommt; oder (b) 180 Tage nach Absendung der ersten Patientenerklärung. Informationen zu den Abrechnungs- und Inkassopraktiken von Providence für von Patienten geschuldete Beträge finden Sie in der Richtlinie des Providence-Krankenhauses, die kostenlos am Registrierungsschalter jedes Providence-Krankenhauses erhältlich ist, oder unter: www.providence.org.

Patientenrückerstattungen: Für den Fall, dass ein Patient oder Bürge eine Zahlung für Dienstleistungen geleistet hat und anschließend festgestellt wird, dass er Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Behandlung hat, werden alle Zahlungen, die während des FAP-berechtigten Zeitraums im Zusammenhang mit diesen Dienstleistungen geleistet wurden und die Zahlungsverpflichtung überschreiten, gemäß den staatlichen Vorschriften zurückerstattet.

Jährliche Überprüfung: Diese Providence Financial Assistance (Charity Care) -Richtlinie wird jährlich von der designierten Revenue Cycle-Führung überprüft.

AUSNAHMEN:

Siehe Umfang oben.

DEFINITIONEN:

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen und Anforderungen:

1. Federal Poverty Level (FPL): FPL bezeichnet die Armutsrichtlinien, die regelmäßig vom United States Department of Health and Human Services im Federal Register aktualisiert werden.
2. Beträge in der Regel in Rechnung gestellt (AGB): Die Beträge, die in der Regel für Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen von Patienten in Rechnung gestellt werden, um krankenversichert zu sein, werden in der Police als AGB bezeichnet. Providence Southern California und Providence Northern California mit Ausnahme von Healdsburg verwenden die Look-Back-AGB, die durch Multiplikation der Bruttokosten des Krankenhauses für notfälle oder medizinisch notwendige Versorgung mit einem festen Prozentsatz bestimmt wird, der auf Ansprüchen basiert, die im Rahmen von Medicare zulässig sind. Healdsburg wird die prospektive Medicare-Methode zur Bestimmung der AGB verwenden. Die voraussichtliche AGB entspricht dem Betrag, der von der Medicare-Gebühr für die Dienstleistung erstattet würde, zuzüglich des Betrags, den der Patient in Form von Zuzahlungen, Mitversicherungen und Selbstbehalte zahlen würde, wenn er zum Zeitpunkt der Zustellung ein Medicare-Begünstigter wäre. Informationsblätter, in denen die von jedem Providence-Krankenhaus verwendeten AGB-Prozentsätze und deren Berechnung aufgeführt sind, können auf der folgenden Website abgerufen werden: www.providence.org oder telefonisch unter 1-866-747-2455, um eine Kopie anzufordern.
3. Außerordentliche Inkassomaßnahmen (ECA): ECAs sind definiert als Handlungen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, den Verkauf einer Schuld an eine andere Partei oder die Meldung nachteiliger Informationen an Auskunftseien oder -büros beinhalten. Zu den Handlungen, die zu diesem Zweck ein gerichtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, gehört ein Pfandrecht; Zwangsvollstreckung von Immobilien; Pfändung oder Pfändung eines Bankkontos oder anderer persönlicher Gegenstände; Einleitung einer Zivilklage gegen eine Einzelperson; Handlungen, die die Verhaftung einer Person verursachen; Handlungen, die dazu führen, dass eine Person der Körperbindung unterliegt; und Lohnpfändung.
4. Hohe medizinische Kosten: Hohe medizinische Kosten sind diejenigen, die im Rahmen der Hospital Fair Pricing Policies - California Health and Safety Code (Abschnitte 127400-127446) definiert sind: (1) jährliche Auslagenkosten, die der Person im Providence-Krankenhaus entstehen und 10 Prozent des Familieneinkommens des Patienten in den letzten 12 Monaten übersteigen, (2) jährliche Ausgaben aus eigener Tasche, die 10 Prozent des Familieneinkommens des Patienten übersteigen, wenn der Patient eine Dokumentation der medizinischen Kosten des Patienten vorliegt, die vom Patienten oder der Familie des Patienten in den letzten 12 Monaten bezahlt wurden, oder (3) ein niedrigeres Niveau, das vom Providence-Krankenhaus in Übereinstimmung mit der Wohltätigkeitspflegerichtlinie des Providence-Krankenhauses festgelegt wurde.



REFERENZEN:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 and 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>California Hospital Association Charity Guidelines</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>

Anlage A – Liste der abgedeckten Einrichtungen

Providence Hospitals in Southern California	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John’s Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence St. Joseph Hospital Orange	Providence St. Jude Medical Center
Providence St. Mary Medical Center	Providence Mission Hospital Laguna Beach
Providence Mission Hospital Mission Viejo	

Providence Hospitals in Northern California	
Providence St. Joseph Hospital	Providence Redwood Memorial Hospital
Providence Santa Rosa Memorial Hospital	Providence Queen of the Valley Medical Center

NorCal Health Connect Hospitals	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital

Anlage B - Einkommensqualifikationen für Providence Hospitals in Südkalifornien

Wenn...	Dann...
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, liegt bei oder unter 300% der aktuellen FPL-Richtlinien,	Der Patient wird als finanziell mittellos eingestuft und hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung, die zu 100% auf die Patientenverantwortung abgeschrieben wird.
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, liegt zwischen 301 % und 400 % der derzeitigen Leitlinien für das Rahmenprogramm.	Der Patient hat Anspruch auf einen Rabatt von 81% auf die ursprünglichen Gebühren auf die Höhe der Patientenverantwortung.
Wenn das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, bei oder unter 400% der FPL liegt <u>UND</u> der Patient in den letzten 12 Monaten in den Krankenhäusern von Providence medizinische Gesamtkosten in Höhe von mehr als 20% seines jährlichen Familieneinkommens, bereinigt um die Familiengröße, für Dienstleistungen, die dieser Richtlinie unterliegen, angefallen ist,	Der Patient hat Anspruch auf 100% Wohltätigkeitsleistung auf die Höhe der Patientenverantwortung.

Einkommensqualifikationen für Providence Hospitals in Nordkalifornien und NorCal Health Connect Hospitals in Nordkalifornien

Wenn...	Dann...
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, liegt bei oder unter 300% der aktuellen FPL-Richtlinien,	Der Patient wird als finanziell mittellos eingestuft und hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung, die zu 100% auf die Patientenverantwortung abgeschrieben wird.
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, liegt zwischen 301 % und 400 % der derzeitigen Leitlinien für das Rahmenprogramm.	Der Patient hat Anspruch auf einen Rabatt von 80% auf die ursprünglichen Gebühren auf die Höhe der Patientenhaftung.
Wenn das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, bei oder unter 400% der FPL liegt <u>UND</u> der Patient in den letzten 12 Monaten in den Krankenhäusern von Providence medizinische Gesamtkosten in Höhe von mehr als 20% seines jährlichen Familieneinkommens, bereinigt um die Familiengröße, für Dienstleistungen, die dieser Richtlinie unterliegen, angefallen ist,	Der Patient hat Anspruch auf 100% Wohltätigkeitsleistung auf die Höhe der Patientenverantwortung.