

RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

AdventHealth

ZWECK

Zweck dieser Richtlinie ist es, die Anforderungen für die Vergabe finanzieller Unterstützung beim ADVENTHEALTH Gesundheitssystem festzulegen.

RICHTLINIE

Es ist die Richtlinie der Organisationen, die unter diesem Absatz aufgeführt sind (jede davon wird als „Organisation“ bezeichnet), eine sozial gerechte Praxis für die Bereitstellung für Notfälle und andere medizinisch notwendiger Versorgung in den Einrichtungen der Organisation zu gewährleisten. Diese Richtlinie ist speziell für den Anspruch auf finanzielle Unterstützung für Patienten gedacht, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation Versorgungsleistungen erhalten.

Diese Richtlinie gilt für jede der folgenden Organisationen innerhalb von AdventHealth:

AdventHealth Bolingbrook
AdventHealth GlenOaks
AdventHealth Hinsdale
AdventHealth LaGrange
AdventHealth Employed Physician Practices

- A. Jegliche finanzielle Unterstützung reflektiert unser Engagement und unsere Achtung der Würde des Menschen und des Gemeinwohls sowie unsere spezielle Aufmerksamkeit und unsere Solidarität mit in Armut lebenden Menschen sowie anderen gefährdeten Personen und unser Engagement für gerechte Verteilung und soziale Verantwortung.
- B. Diese Richtlinie gilt für alle von der Organisation geleisteten Notfall- und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen, einschließlich ärztlicher Dienstleistungen sowie verhaltensgesundheitlicher Versorgung. Diese Richtlinie gilt nicht für Versorgungsleistungen, die keine Notfall- oder sonstige medizinische Versorgung darstellen.

- C. Die Liste der Anbieter, die von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind, ist die Liste aller Anbieter, die in den Einrichtungen der Organisation Hilfe leisten, wobei angegeben wird, welche durch die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind und welche nicht.

DEFINITIONEN

Richtlinien-spezifische Definitionen

- A. „**501(r)**“ bezeichnet Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und die darin enthaltenen Vorschriften.
- B. „**in der Regel abgerechneter Betrag**“ oder „**AGB**“ bezeichnet in Bezug auf Notfälle und andere medizinisch notwendige Leistungen den Betrag, der in der Regel Personen mit einer entsprechenden Versicherung in Rechnung gestellt wird.
- C. „**Gemeinde**“ bezeichnet den Bundesstaat Illinois. „In der Gemeinde leben“ bedeutet im Sinne dieser Richtlinie, Bewohner von Illinois zu sein – eine Person, die in Illinois lebt und beabsichtigt, auf unbestimmte Zeit in Illinois zu leben, aber nicht jemand, der zum Zwecke des Erlangens von Gesundheitsleistungen nach Illinois umgezogen ist. Ein Patient gilt auch als Mitglied der Gemeinde der Organisation, wenn die Nothilfe und die medizinisch notwendige Versorgung, die der Patient benötigt, die Kontinuität des Notfalls und die medizinisch notwendige Versorgung ist, die er in einer anderen ADVENTHEALTH-Gesundheitseinrichtung erhalten hat, wo der Patient sich für finanzielle Unterstützung für diesen Notfall und medizinische notwendige Pflege qualifiziert hat.
- D. „**Notfallversorgung**“ bedeutet Pflege zur Behandlung einer Erkrankung, die sich durch akute Symptome von ausreichender Schwere (einschließlich starker Schmerzen) manifestiert, so dass das Ausbleiben einer unmittelbaren medizinischen Betreuung zu einer ernsthaften Beeinträchtigung der körperlichen Funktion, einer schweren Funktionsstörung eines Körperorgans oder -teils führen kann, oder die Gesundheit des Einzelnen ernsthaft in Gefahr bringen kann.
- E. „**Medizinisch notwendige Pflege**“ means care that is (1) appropriate and consistent with and essential for the prevention, diagnosis, or treatment of a Patient's condition; (2) the most appropriate supply or level of service for the Patient's condition that can be provided safely; (3) not provided primarily for the convenience of the Patient, the Patient's family, physician or caretaker; and (4) more likely to result in a benefit to the Patient rather than harm. Damit die zukünftige planmäßige Versorgung „medizinisch notwendige Pflege“ sein kann, müssen die Pflege und der Zeitpunkt der Pflege vom Chief Medical Officer (oder Beauftragten) der Organisation genehmigt werden. Die Bestimmung der medizinisch notwendigen Versorgung muss von einem zugelassenen Anbieter erfolgen, der dem Patienten medizinische Versorgung bietet, und nach Ermessen der Organisation, von dem aufnehmenden Arzt, überweisenden Arzt und/oder Chief Medical Officer oder einem anderen überprüfenden Arzt (je nach Art der empfohlenen Pflege). Für den Fall, dass die von einer/einem unter dieser Richtlinie fallenden Patienten/Patienten benötigte Versorgung von einem übergreifenden Arzt als nicht medizinisch notwendig erachtet wird, muss diese Bestimmung auch vom aufnehmenden oder übergreifenden Arzt bestätigt werden.
- F. „**Organisation**“ bezeichnet AdventHealth und die Unternehmen, die unter diese

Finanzhilfe-Richtlinie fallen, wie oben in Abschnitt II dargelegt.

- G. „**Patientent**“ bezeichnet die Personen, die in der Organisation eine Nothilfe und andere medizinisch notwendige Betreuung erhalten, sowie die Person, die finanziell für die Pflege des Patienten verantwortlich ist.
- H. „**Vermutete Bewertung**“ bezeichnet die Verwendung von Informationsquellen Dritter, die öffentliche Aufzeichnungen oder andere objektive und angemessene, genaue Methoden zur Beurteilung der Eignung eines Patienten für finanzielle Unterstützung umfassen können.
- I. „**Nicht versicherter Patient**“ bezeichnet einen Patienten, der nicht durch eine Krankenversicherung abgesichert ist und kein Begünstigter einer öffentlichen oder privaten Krankenversicherung, einer Gesundheitsleistung oder eines anderen Absicherungsprogramms im Krankenfall ist, einschließlich hochabzugsfähiger Krankenversicherungspläne, Arbeitsentgeltversicherung, Unfallhaftpflichtversicherung oder einer anderen Haftpflichtversicherung.

ERFORDERLICHE VERFAHREN

- A. Die in diesem Abschnitt angegebene finanzielle Unterstützung beschränkt sich auf Patienten, die in der Gemeinde leben:
1. Patienten mit einem Einkommen von weniger als oder gleich 250 % des Einkommens laut US-Armutsschwelle (Federal Poverty Level Income, FPL) erhalten ggf. einen Rabatt von 100 % auf den Teil der Gebühren, für den der Patient nach Zahlung durch einen Versicherer verantwortlich ist. Wenn sich der betreffende Patient gemäß der vermuteten Bewertung (wie in Absatz 5 unten beschrieben) für die Teilnahme an einer solchen Bewertung entscheidet oder einen Antrag auf finanzielle Unterstützung (einen „Antrag“) am oder vor dem 240. Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht und der Antrag von der Organisation genehmigt wird. Der Patient hat Anspruch auf bis zu 100 % finanzielle Unterstützung, wenn er den Antrag bis zu 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann wird jedoch die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, unter Berücksichtigung aller Zahlungen auf das Konto des Patienten. Einer Patientin / einem Patienten, die/der Anspruch auf diese Kategorie finanzieller Unterstützung hat, werden die tatsächlich ermittelten AGB-Gebühren berechnet.
 2. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung erhalten nicht versicherte Patienten mit einem Einkommen von bis zu 250%, jedoch nicht mehr als 600% über der US-Armutsschwelle, einen Stufenrabatt auf diesen Teil der Gebühren für erbrachte Leistungen. Patienten, die versichert sind und über ein Einkommen von mehr als 250%, jedoch nicht mehr als 400% über der US-Armutsschwelle verfügen, erhalten gemäß der Leistungserklärung des Versicherungsplans einen Stufenrabatt auf den Teil der Gebühren für erbrachte Leistungen, für den die/der Patient(in) persönlich verantwortlich ist. Solche Rabatte werden gültig, nachdem der Patient einen Antrag bis spätestens zum 240.Tag nach seiner ersten Entlassungsrechnung eingereicht hat und der Antrag von der Organisation genehmigt wurde. Der Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung mit einem Stufenrabatt, wenn der Patient den Antrag 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann wird jedoch die Höhe der

finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle Zahlungen auf das Konto des Patienten berücksichtigt wurden. Einer Patientin / einem Patienten, die/der Anspruch auf diese Kategorie finanzieller Unterstützung hat, werden die tatsächlich ermittelten AGB-Gebühren berechnet.

Der Stufenrabatt ist wie folgt definiert: (FPL – Federal Poverty Level Income)

Stufenweise Skala für nicht versicherte Patienten	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

Stufenweise Skala für versicherte Patienten	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. Vorbehaltlich der übrigen Bestimmungen dieser Finanzhilferichtlinie ist ein Patient mit einem Einkommen von mehr als 600 % (für nicht versicherte Patienten) und 400 % (für versicherte Patienten) des FPL kann im Rahmen eines „Mitteltests“ für einen gewissen Rabatt auf die Kosten des Patienten für Dienstleistungen der Organisation auf Grundlage der gesamten medizinischen Schulden des Patienten in Anspruch nehmen. Ein Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß der Mittelüberprüfung, wenn der Patient eine übermäßige medizinische Gesamtverschuldung aufweist, die Schulden für medizinische Leistungen an den Gesundheitsdienstleister innerhalb von AdventHealth und anderen Gesundheitsdienstleistern umfasst, sowie für Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung, die dem Bruttoeinkommen des Haushaltes des Patienten entspricht oder höher ist. Die Höhe der finanziellen Unterstützung, die gemäß dem Mitteltest geleistet wird, entspricht der Höhe, die einem Patienten mit einem Einkommen von 600 % (nicht versichert) und 400 % (versichert) des FPL gemäß vorstehender Ziffer 2 gewährt wird, wenn ein solcher Patient einen Antrag spätestens 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht und der Antrag von der Organisation genehmigt wird. Der Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung den Mitteltest-Rabatt, wenn der betreffende Patient den Antrag 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. In dem Falle wird jedoch die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle Zahlungen auf das Konto des Patienten berücksichtigt wurden. Einer Patientin / einem Patienten, die/der Anspruch auf diese Kategorie finanzieller Unterstützung hat, werden die tatsächlich ermittelten AGB-Gebühren berechnet.

Darüber hinaus sind für nicht versicherte Patienten, die gemäß Absatz 2 einen Stufenabatt erhalten, die Einreichungen über einen Zeitraum von 12 Monaten zusätzlich

auf 20 % des Familieneinkommens des Patienten limitiert.

4. Ein Patient hat möglicherweise keinen Anspruch auf die in den Absätzen 1 bis 3 oben beschriebene finanzielle Unterstützung, wenn er über ausreichende Vermögenswerte für die Zahlung gemäß einem „Asset-Test“ verfügt. Der Asset-Test umfasst eine substanzielle Bewertung der Zahlungsfähigkeit eines Patienten auf der Grundlage der im FAP-Antrag gemessenen Kategorien von Vermögenswerten. Ein Patient mit einem Vermögen, das 600 % des FPL-Betrags des Patienten übersteigt, kann möglicherweise keine finanzielle Unterstützung erhalten.
5. Der Anspruch auf finanzielle Unterstützung kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt des Einkommenszyklus ermittelt werden und kann die Verwendung einer vermuteten Bewertung für einen Patienten mit einem ausreichenden unbezahlten Saldo innerhalb der ersten 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten umfassen, um die Berechtigung für eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung zu bestimmen, unabhängig davon, ob der Patient einen Antrag auf finanzielle Unterstützung („FAP-Antrag“) ausgefüllt hat oder nicht. Die Feststellung eines Anspruchs nur auf der Grundlage einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gilt nur für den Versorgungsfall, für den die Einschätzung der Anspruchsberechtigung durchgeführt wurde.

Bei Patienten, die eines oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllen, wird angenommen, dass sie Anspruch auf eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung haben: Obdachlosigkeit, Verstorbener ohne Nachlaß, geistige Entmündigung, ohne dass jemand im Namen des Patienten handeln kann, Medicaid-Berechtigung, aber nicht zum Zeitpunkt der Leistungserteilung oder für nicht abgedeckte Leistungen, Medicaid-Aufnahme in einem anderen Staat, in dem die Organisation nicht beteiligt ist und nicht beabsichtigt, ein teilnehmender Anbieter zu werden, und Medicaid-Beteiligung, bei Erschöpfung der Aufenthaltsdauer.

Weitere vorgeschriebene Kategorien umfassen die Anmeldung bei folgenden Programmen: Ernährungsprogramm für Frauen, Säuglinge und Kinder (WIC, Women, Infants and Children Nutrition Program), Nahrungsergänzungs-Hilfsprogramm (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Programm für kostenloses Frühstück und Mittagessen von Illinois (Free Lunch and Breakfast Program), Programm für Stromgeld bei niedrigem Einkommen (LIHEAP, Low Income Home Energy Assistance Program), Teilnahme an einem organisierten Community-basierten Programm, das Zugang zu medizinischer Versorgung bietet und als Kriterium einen begrenzten finanziellen Status mit geringem Einkommen beurteilt und dokumentiert, und Erhalt von Zuschüssen für medizinische Dienstleistungen.

6. Für einen Patienten, der einen bestimmten Versicherungsplan hat, den die Organisation als „nicht Teil des Netzwerks“ bezeichnet, kann die Organisation die finanzielle Unterstützung, die dem Patienten sonst zur Verfügung stehen würde, aufgrund einer Überprüfung der Versicherungsinformationen des Patienten und anderer relevanter Fakten und Umstände reduzieren oder verweigern.
7. Der Patient kann gegen eine Ablehnung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung Widerspruch einlegen, indem er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Ablehnung weitere Informationen zur Verfügung stellt. Alle Widersprüche werden von der Organisation durchgeführt, um eine endgültige Entscheidung zu treffen. Sollte die endgültige Entscheidung die frühere Ablehnung der finanziellen Unterstützung bestätigen, wird dies dem Patienten

schriftlich mitgeteilt. Die Entscheidung der Organisation über die Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung durch Patienten und Familien kann wie folgt angefochten werden:

- a. Widersprüche sollte zuerst bei Patient Financial Services (Finanzdienstleistungen für Patienten) zur Prüfung und ggf. für Nachfragen eingehen.
- b. Dann sollte sich monatlich ein Ausschuss treffen, um die Widersprüche zu prüfen. Dem Ausschuss sollten Mitglieder von Patient Financial Services (Finanzdienstleistungen für Patienten), Mission Integration (Missionseinbindung), Case Management/Social Services (Fallmanagement/Sozialdienstleistungen) und Finance/CFO (Finanzen/CFO) angehören.

Die Beschwerden werden vor der monatlichen Ausschusssitzung zur Überprüfung an die Ausschussmitglieder verteilt.

- c. Bei der Ausschusssitzung sollte ein Vertreter von Patient Financial Services (Finanzdienstleistungen für Patienten) anwesend sein, um jeden Fall zu erörtern und zusätzliche Informationen zu liefern, die der Patient möglicherweise bereitgestellt hat.
- d. Der Ausschuss überprüft den FAP-Antrag des Antragstellers mit besonderem Augenmerk auf zusätzliche Informationen und Punkte, die der Antragsteller im Beschwerdeverfahren gemacht hat.
- e. Der Ausschuss kann den Widerspruch genehmigen, ablehnen oder die Entscheidung vertagen. Der Ausschuss kann einen Widerspruch ggf. vertagen, wenn aufgrund von Fragen, die während der Widerspruchsdiskussion aufgeworfen wurden, zusätzliche Informationen benötigt werden.
- f. Patient Financial Services (Finanzdienstleistungen für Patienten) teilt der Patientin /dem Patienten bzw. den Angehörigen schriftlich das Ergebnis des Widerspruchs mit.

B. Sonstige Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten, denen keine finanzielle Unterstützung zusteht

Patienten ohne Anspruch auf finanzielle Unterstützung (wie oben beschrieben), können eventuell andere Arten von Hilfeleistungen in Anspruch nehmen, die von der Organisation angeboten werden. Der Vollständigkeit halber sind diese anderen Arten von Hilfeleistungen hier aufgeführt, obwohl diese nicht auf Bedürftigkeit basieren und nicht der Bestimmung 501(r) unterliegen. Sie sind jedoch hier zur Bezugnahme durch die Gemeinde, in der die Organisation tätig ist, aufgeführt.

1. Nicht versicherte Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten einen Rabatt, der dem Rabatt entspricht, den der am meisten zahlenden Partei für die betreffende Organisation gewährt wird. Der am höchsten bezahlte Kostenträger muss mindestens 3 % der Mitarbeiter des Unternehmens ausmachen, gemessen am Volumen oder dem Bruttoumsatz für Patienten. Wenn ein einzelner Zahler diesem Mindestvolumen nicht entspricht, sollte der Durchschnitt für mehr als einen Zahlungsvertrag so festgelegt werden, dass die durchschnittlich verwendeten Zahlungsbedingungen mindestens 3 % des

Geschäftsvolumens der Organisation für das betreffende Jahr ausmachen.

2. Nichtversicherten und versicherten Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, kann ggf. ein Sofortrabatt gewährt werden. Der Sofortrabatt kann zusätzlich zu dem im unmittelbar vorhergehenden Absatz beschriebenen Rabatt für Nichtversicherte angeboten werden.

C. Gebührenermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben

1. Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird persönlich nicht mehr als der AGB für Notfallversorgung und andere medizinisch erforderliche Versorgungsleistungen und nicht mehr als die Bruttogebühren für alle anderen Arten von medizinischer Versorgung berechnet. Die Organisation berechnet einen oder mehrere AGB-Prozentsätze nach der „Look-Back“ Methode, einschließlich Medicare Fee-for-Service und aller privaten Krankenversicherer, die Claims an die Organisation zahlen, alle gemäß 501(r).
2. Eine kostenlose Kopie der Beschreibung der AGB-Berechnung und des Prozentsatzes ist auf der Website der Organisation unter der Telefonnummer 844-652-0600, per E-Mail unter GLR.CustomerService@AdventHealth.com, oder postalisch unter folgender Adresse erhältlich:

AdventHealth PFS
Zu Händen: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. Antrag auf finanzielle oder sonstige Unterstützung

Ein(e) Patient(in) kann ihren/seinen Anspruch anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung oder durch Beantragung von finanzieller Unterstützung durch Einreichen eines ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung geltend machen. Die Anweisungen für den FAP-Antrag und den FAP-Antrag sind auf der Website der Organisation oder unter der Telefonnummer 844-652-0600, per E-Mail unter GLR.CustomerService@AdventHealth.com, oder postalisch erhältlich unter:

AdventHealth PFS
Zu Händen: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Die Organisation verlangt von dem nicht versicherten Patienten, mit einem Finanzberater zusammenzuarbeiten, um Medicaid oder andere öffentliche Hilfsprogramme zu beantragen, für die der Patient als potenziell förderfähig angesehen wird, um sich für eine finanzielle Unterstützung zu qualifizieren (es sei denn, er ist förderfähig und wird durch eine vermutete Bewertung genehmigt). Einer Patientin / einem Patienten kann die finanzielle Unterstützung verweigert werden, wenn sie/er in einem Antrag auf FAP oder im Zusammenhang mit der Einschätzung der Anspruchsberechtigung falsche Angaben macht, wenn die/der Patient(in) sich weigert, Versicherungserlöse oder das Recht abzutreten, direkt von einer Versicherungsgesellschaft bezahlt zu werden, die möglicherweise zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet ist, oder wenn sich die/der Patient(in) weigert, mit

einem Finanzberater zusammenzuarbeiten, um Medicaid oder andere öffentliche Hilfsprogramme zu beantragen, auf die der Patient möglicherweise Anspruch hat, um den Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Die Organisation kann einen FAP-Antrag, der weniger als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurde, bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für einen aktuellen Versorgungsfall berücksichtigen. Die Organisation wird keine FAP-Anträge berücksichtigen, die mehr als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurden.

E. Abrechnungs- und Inkassoregelung

Die Maßnahmen, die die Organisation bei Nichtzahlung ergreifen darf, sind in einer separaten Abrechnungs- und Inkasso-Richtlinie beschrieben. Eine kostenlose Kopie der Abrechnungs- und Inkassorichtlinien ist auf der Website der Organisation oder telefonisch unter 844-652-0600, per E-Mail unter GLR.CustomerService@AdventHealth.com, oder postalisch unter folgender Adresse erhältlich:

AdventHealth PFS
Zu Händen: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. Auslegung

Diese Richtlinie ist zusammen mit allen anwendbaren Verfahren dazu bestimmt, die Bestimmungen von 501(r) einzuhalten, sofern nicht ausdrücklich angegeben, und muss entsprechend ausgelegt und angewendet werden.

LITERATUR

- a. Ascension Verwaltungsrichtlinie Nr. 600 – Finanzielle Unterstützung für Bedürftige
- b. Antragsformular für finanzielle Unterstützung
- c. Zusammenfassung der Richtlinie über finanzielle Unterstützung in einfacher Sprache
- d. Liste der Dienstleister, die unter die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fallen und jener, die nicht abgedeckt sind
- e. Allgemeiner Verrechnungssatz