

COMMONSPIRIT HEALTH NACHTRAG ZUR REGIERUNGSPOLITIK

NACHTRAG Finanzen G-003A-3

DATUM DES INKRAFTTRETENS: 15. Februar
2024

THEMA: Finanzielle Unterstützung - Washington

ZUGEHÖRIGE RICHTLINIEN

CommonSpirit-Governance-Richtlinie

Finanzen G-003, *Richtlinie zur finanziellen Unterstützung*

CommonSpirit-Governance-Richtlinie

Finanzen G-004, *Rechnungsstellung und Inkasso*

Dieser Washingtoner Nachtrag (Addendum) ergänzt die CommonSpirit-Governance-Richtlinie G-003 sowie die *Finanzielle Unterstützung* (die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung), soweit dies angesichts der Washingtoner Gesetze und Verordnungen über die Bereitstellung von Hospital Charity Care gemäß dem Abschnitt „Koordination mit anderen Gesetzen“ der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung erforderlich ist und um diese einzuhalten.

Dieser Nachtrag gilt für alle direkten Tochtergesellschaften von CommonSpirit Health und die steuerbefreiten Tochtergesellschaften im Bundesstaat Washington, wie in der Richtlinie für finanzielle Unterstützung festgelegt. Sollte eine Bestimmung dieses Nachtrags im Widerspruch zu einer Bestimmung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung stehen oder mit dieser unvereinbar sein, hat dieser Nachtrag Vorrang.

Bezugnahmen in der Richtlinie für finanzielle Unterstützung auf medizinisch notwendige Versorgung und medizinische Notfallversorgung sind im Einklang mit den Definitionen von „Angemessenen krankenhausbasierten medizinischen Leistungen“ und „Notfallversorgung oder Notfalldienste“ in WAC 246-453-010(7) bzw. (11) auszulegen. In diesem Nachtrag werden jedoch die Begriffe „Angemessene krankenhausbasierte medizinische Leistungen“ und „Notfallversorgung oder Notfalldienste“ verwendet.

DEFINITIONEN

- A. „Familieneinkommen“ sind die gesamten Bruttoeinkommen aus Löhnen und Gehältern, Sozialhilfe, Sozialversicherungsleistungen, Streikgeld, Arbeitslosengeld oder Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Unterhaltszahlungen für Kinder, Alimente und Nettoerträge aus Geschäfts- und Investitionstätigkeiten, die an die betreffende Person gezahlt werden, gemäß WAC 246-453-010 (17).
- B. „Angemessene krankenhausbasierte medizinische Leistungen“ sind solche Krankenhausleistungen, die in angemessener Weise berechnet werden, um Erkrankungen zu diagnostizieren, zu beheben, zu heilen, zu lindern oder deren Verschlimmerung zu verhindern, die das Leben gefährden, Leiden oder Schmerzen verursachen, zu Krankheiten oder Gebrechen führen, eine Behinderung verursachen oder

verschlimmern oder zu körperlichen Missbildungen oder Funktionsstörungen führen, und für die Person, die die Leistung beantragt, keine andere ebenso wirksame, konservativere oder wesentlich kostengünstigere Behandlung verfügbar oder geeignet ist. Im Sinne dieses Abschnitts kann der Begriff "Behandlung" auch die bloße Überwachung oder ggf. gar keine Behandlung umfassen; WAC 246-453-010 (7).

- C. „Notfallversorgung oder Notfalldienste“ sind Dienstleistungen, die für die Versorgung von medizinischen oder psychischen Notfällen erbracht werden; WAC 246-453-010 (11).
- D. „Anspruchsberechtigungszeitraum“ bedeutet, dass Patienten, die als anspruchsberechtigt anerkannt werden, finanzielle Unterstützung für alle anspruchsberechtigten Rechnungen erhalten, die für Dienstleistungen angefallen sind, die vierundzwanzig (24) Monate vor dem Bestimmungsdatum (zuzüglich des vierzehn (14) Tage dauernden Bestimmungszeitraums) und voraussichtlich für einen Zeitraum von sechs (6) Monaten nach dem Bestimmungsdatum erhalten wurden. Wird die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage der Kriterien für die präsumtive Anspruchsberechtigung genehmigt, wird die Finanzhilfe auch auf alle förderfähigen Rechnungen angewandt, die für Dienstleistungen entstanden sind, die vierundzwanzig (24) Monate vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden.

ANSPRUCHSBERECHTIGUNG FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

- A. Es ist kein Mindestguthaben auf dem Konto erforderlich, damit ein Patient Anspruch auf die finanzielle Unterstützung hat.
- B. Gemäß den Bestimmungen der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung müssen bestimmte Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sein, damit ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, es sei denn, er hat Anspruch auf präsumtive finanzielle Unterstützung. Mit diesem Nachtrag werden diese Anspruchsvoraussetzungen durch die folgenden Bedingungen aktualisiert:
 - Jeder Patient, dessen Familieneinkommen bei oder unter 300% der FPL liegt, erhält einen vollen Abzug von seinem Kontostand für angemessene krankenhausbasierte medizinische Leistungen und Notfallversorgung oder Notfalldienste, die dem Patienten nach der Bezahlung, falls vorhanden, durch Dritte oder Sponsoren bereitgestellt werden.
 - Jeder Patient, dessen Familieneinkommen zwischen 301% und 350% der FPL liegt, erhält eine Ermäßigung von bis zu 75%, die von seinem Kontostand für angemessene krankenhausbasierte medizinische Leistungen und Notfallversorgung oder Notfalldienste, die dem Patienten nach Zahlung, falls vorhanden, durch Dritte oder Sponsoren zur Verfügung gestellt werden, abgezogen werden kann, sowie alle Beträge, die in einem angemessenen Verhältnis zu den Vermögenswerten stehen, wie in der Richtlinie der Krankeneinrichtung zur Vermögensprüfung festgelegt.
 - Jeder Patient, dessen Familieneinkommen zwischen 351% und 400% der FPL liegt, erhält eine Ermäßigung von bis zu 50% von seinem Kontostand für angemessene krankenhausbasierte medizinische Leistungen und Notfallversorgung oder Notfalldienste, die dem Patienten nach Zahlung, falls vorhanden, durch jegliche Dritte oder Sponsoren zur Verfügung gestellt werden, abgezogen werden kann, sowie alle Beträge, die in einem angemessenen Verhältnis zu den Vermögenswerten stehen, wie in der Richtlinie der

Krankenhauseinrichtung zur Vermögensprüfung festgelegt.

- Für den Fall, dass ein Krankenhaus ermäßigte Pflegeleistungen anbietet, die über die oben geforderten Beträge hinausgehen (entweder durch allgemein in Rechnung gestellte Beträge („AGB“), Selbstzahlung oder andere Ermäßigungen), soll der Patient diesen höheren ermäßigten Pflegebetrag erhalten.

C. In Bezug auf die Vermögenswerte, die in Betracht gezogen werden können, wird das Krankenhaus nur solche Informationen bezüglich der Vermögenswerte einholen, die vernünftigerweise notwendig und leicht verfügbar sind, um das Vorhandensein, die Verfügbarkeit und den Wert dieser Vermögenswerte zu bestimmen.

- Das Krankenhaus wird Vermögenswerte in Betracht ziehen und Informationen zu diesen Vermögenswerten sammeln, die von den Centers for Medicare and Medicaid („CMS“) für die Medicare-Kostenberichterstattung verlangt werden. Diese Informationen können die Angabe von Vermögenswerten umfassen, die in Bargeld umwandelbar sind und für den täglichen Lebensunterhalt des Patienten nicht benötigt werden.
- Doppelte Nachweise werden nicht verlangt und es wird nur ein aktueller Kontoauszug zum Nachweis von Geldvermögen benötigt.
- Sind keine Belege für ein Vermögen vorhanden, reicht eine schriftliche und unterzeichnete Erklärung des Patienten oder Bürgen aus.
- Vermögensinformationen werden nicht für Inkassotätigkeiten verwendet.
- Die folgenden Arten von Vermögenswerten werden nicht berücksichtigt:
 - Die ersten 5.000 USD an Geldvermögen für eine Einzelperson oder 8.000 USD an Geldvermögen für eine Familie mit zwei Personen, plus weitere 1.500 USD an Geldvermögen für jedes weitere Familienmitglied. Bei Vermögenswerten, die mit einer Strafgebühr für den vorzeitigen Abzug belegt sind, wird der Wert des Vermögenswertes nach Zahlung der Strafgebühr zugrunde gelegt;
 - jegliches Eigenkapital an einem Hauptwohnsitz;
 - Altersvorsorgepläne mit Ausnahme von 401(k)-Plänen;
 - Ein Kraftfahrzeug und ein zweites Kraftfahrzeug, wenn es für berufliche oder medizinische Zwecke benötigt wird;
 - Alle vorausbezahlten Bestattungsverträge oder Grabstätten; und
 - Jegliche Lebensversicherung mit einem Nennwert von 10.000 \$ oder weniger.

D. Die „Standards der Patientenkooperation“, wie sie in der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung definiert sind, sollen nur insoweit gelten, als sie:

- dem Krankenhaus erlauben, die Rückerstattung von jeglicher Drittversicherung, die dem Krankenhaus identifiziert werden kann, in Übereinstimmung mit WAC 246-453-020(1) zu verfolgen;
- dem Krankenhaus gestatten, alle angemessenen Anstrengungen zu unternehmen, um das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Förderung durch Dritte festzustellen, die die Kosten für die jedem Patienten erbrachten Leistungen ganz oder teilweise abdecken könnte, gemäß WAC 246-453-020(4); und

- gemäß WAC 246-453-020(5) keine Antragsverfahren für die Kostenübernahme durch Dritte vorschreiben, die eine unzumutbare Belastung für die verantwortliche Partei darstellen, wobei körperliche, geistige, intellektuelle oder sensorische Schwächen oder Sprachbarrieren zu berücksichtigen sind, die der verantwortlichen Partei die Einhaltung der Antragsverfahren erschweren könnten.
- E. Ob Anspruch auf Gewährung von Finanzhilfe besteht oder nicht, entscheidet sich ohne Ansehung des Wohnsitzes.

VORGEHENSWEISE FÜR DIE BEANTRAGUNG VON FINANZHILFE

- A. Um eine erste Entscheidung über den Status der Finanzhilfe zu treffen, sollen sich die Krankenhäuser auf die von der verantwortlichen Partei mündlich vorgelegten Informationen verlassen. Das Krankenhaus kann von der verantwortlichen Partei verlangen, eine Erklärung zu unterschreiben, die die Richtigkeit der Informationen bestätigt, die dem Krankenhaus für die Zwecke der anfänglichen Bestimmung des Förderstatus zur Verfügung gestellt wurden, in Übereinstimmung mit WAC 246-453-030(1). Gemäß WAC 246-453-020(1) werden, wenn die anfängliche Feststellung des Förderstatus darauf hindeutet, dass die verantwortliche Partei die Kriterien für die Einstufung als bedürftige Person erfüllen könnte, gegen die verantwortliche Partei gerichtete Inkassobemühungen bis zur endgültigen Feststellung dieser Einstufung ausgeschlossen, vorausgesetzt, dass die verantwortliche Partei bei den angemessenen Bemühungen des Krankenhauses, eine endgültige Feststellung des Förderstatus zu erreichen, mitwirkt.
- B. Gemäß WAC 246-453-030(2) wird zusätzlich zu den in der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung aufgeführten Dokumenten jedes der folgenden Dokumente als ausreichender Nachweis für die endgültige Feststellung des Status der Wohltätigkeitspflege angesehen, wenn die Einkommensinformationen gegebenenfalls auf Jahresbasis umgerechnet werden:
- Formulare, die den Anspruch auf Medicaid oder staatlich finanzierte medizinische Unterstützung bestätigen oder verweigern;
 - Formulare zur Bewilligung oder Verweigerung von Arbeitslosengeld; oder
 - Schriftliche Erklärungen von Arbeitgebern oder Sozialbehörden.
- C. Wenn es Anzeichen dafür gibt, dass das Ausfüllen des Antragsverfahrens aufgrund der geistigen, körperlichen oder intellektuellen Fähigkeiten des Patienten oder aufgrund einer Sprachbarriere eine unzumutbare Belastung für den Patienten darstellen würde, wird das Krankenhaus angemessene Maßnahmen ergreifen, um das Antragsverfahren zu erleichtern, einschließlich der Beauftragung eines Dolmetschers, der dem Patienten bei Bedarf beim Antragsverfahren hilft.
- D. Die Krankenhäuser sollen alle angemessenen Anstrengungen unternehmen, um die anfänglichen und endgültigen Entscheidungen über die Berechtigung zur finanziellen Unterstützung zeitnah zu treffen. Die Krankenhäuser sollen diese Feststellungen jedoch jederzeit, auch nach dem Antragszeitraum, treffen, wenn sie von Tatsachen erfahren oder die hierin beschriebenen Unterlagen erhalten, aus denen hervorgeht, dass das Einkommen der verantwortlichen Partei dreihundert Prozent (300%) der

bundesstaatlichen Armutsrichtlinien, angepasst an die Familiengröße, oder weniger beträgt. Der Zeitpunkt der endgültigen Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung hat keinen Einfluss darauf, ob das Krankenhaus Abzüge für die Wohltätigkeitspflege von den Einnahmen im Gegensatz zu uneinbringlichen Forderungen vornimmt. WAC 246-453-020(10).

- E. Jeder verantwortlichen Partei, bei der zunächst festgestellt wurde, dass sie die Kriterien für die Gewährung von finanzieller Unterstützung erfüllt, ist eine Frist von mindestens vierzehn (14) Kalendertagen bzw. die Zeit, die der medizinische Zustand der Person erfordert, oder die Zeit, die angemessenerweise erforderlich ist, um die in WAC 246-453-030 beschriebene Dokumentation zu beschaffen und vorzulegen, zu gewähren, bevor eine endgültige Feststellung des Unterstützungsstatus erfolgt.
- F. Gemäß WAC 246-453-030(4) soll sich das Krankenhaus für den Fall, dass die verantwortliche Partei nicht in der Lage ist, eine der oben beschriebenen Unterlagen vorzulegen, auf schriftliche und unterzeichnete Erklärungen der verantwortlichen Partei verlassen, um eine endgültige Entscheidung über die Berechtigung zur Einstufung als bedürftige Person zu treffen.
- G. In Übereinstimmung mit WAC 245-453-030(5) sind Informationsanfragen des Krankenhauses an die verantwortliche Partei zur Überprüfung des Einkommens und der Familiengröße auf diejenigen Informationen zu beschränken, die angemessenerweise notwendig und ohne weiteres verfügbar sind, um die Qualifikation der verantwortlichen Partei für eine wohltätige Unterstützung zu belegen. Sie dürfen nicht zur Ablehnung von Anträgen auf eine solche Unterstützung verwendet werden. Es dürfen nur die für die Anspruchsberechtigung relevanten Fakten überprüft werden, und es dürfen keine doppelten Nachweise verlangt werden.
- H. Das Krankenhaus muss Personen, die finanzielle Unterstützung beantragen, innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Informationen gemäß WAC 246-453-020(7) über die endgültige Feststellung des Unterstützungsstatus benachrichtigen; Diese Benachrichtigung muss eine Bestimmung des Betrags enthalten, für den die verantwortliche Partei finanziell haftbar gemacht wird.
- I. Für den Fall, dass das Krankenhaus den Antrag der verantwortlichen Partei auf finanzielle Unterstützung ablehnt, soll das Krankenhaus die verantwortliche Partei innerhalb von vierzehn (14) Tagen über die Ablehnung benachrichtigen und die Begründung der Ablehnung mitteilen.
- J. Für den Fall, dass eine verantwortliche Partei einen Teil oder die Gesamtheit der Kosten für angemessene krankenhausbasierte medizinische Leistungen und Notfallversorgung oder Notfalldienste bezahlt und später festgestellt wird, dass sie die Kriterien für finanzielle Unterstützung zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen erfüllt hat, werden alle Zahlungen, die den als angemessen erachteten Betrag übersteigen, dem Patienten innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erlangung der Bestimmung der Wohltätigkeitspflege erstattet. WAC 246-453-020(11).
- K. In Übereinstimmung mit WAC 246-453-020(6) dürfen Krankenhäuser keine Kauttionen von Betroffenen verlangen, deren Einkommen dreihundert Prozent (300%) der

bundesstaatlichen Armutsrichtlinien (angepasst an die Familiengröße) entspricht (siehe Bestimmung des Förderstatus).

- L. Für Leistungen, die ab dem 1. Juli 2022 für Patienten erbracht werden, gelten die folgenden Verfahren zur Identifizierung von Patienten und/oder deren Bürgen, die möglicherweise Anspruch auf Gesundheitsversorgung durch medizinische Hilfsprogramme des Staates Washington oder die Washington Health Benefit Exchange haben:
- Im Rahmen des Antragsverfahrens zur Feststellung der Anspruchsberechtigung für Finanzhilfe und Wohltätigkeitspflege prüft das Krankenhaus, ob ein Patient oder sein Bürge die Kriterien für eine Gesundheitsversorgung im Rahmen medizinischer Hilfsprogramme gemäß Kapitel 74.09 RCW oder der Washingtons Health Benefit Exchange erfüllt.
 - Im Rahmen des Verfahrens zur finanziellen Unterstützung arbeitet das Personal des Krankenhauses auch mit Patienten/Familien zusammen, die keinen Versicherungsschutz durch Dritte haben, um festzustellen, ob diese Patienten/Familien Anspruch auf Medicaid und/oder Gesundheitsfürsorge durch Washingtons Health Benefit Exchange (RCW 43.71) haben könnten. Das Personal unterstützt die Patienten/Familien bei der Beantragung von Medicaid und qualifizierten Gesundheitsplänen, indem es sie über das Antragsverfahren informiert, ihnen bei der Antragstellung behilflich ist, ihnen die notwendigen auszufüllenden Formulare zur Verfügung stellt und/oder sie mit anderen Stellen oder Ressourcen in Verbindung bringt, die ihnen beim Ausfüllen der Anträge helfen können.
 - Bei der Unterstützung des Antragsverfahrens wird das Krankenhaus alle körperlichen, geistigen, intellektuellen, sensorischen Einschränkungen oder Sprachbarrieren berücksichtigen, die den Patienten oder seinen Bürgen daran hindern könnten, die Antragsverfahren zu erfüllen, und wird dem Patienten oder Bürgen keine Verfahren auferlegen, die eine unzumutbare Belastung darstellen würden.
 - Wenn der Patient oder der Bürge keine angemessenen Anstrengungen unternimmt, um mit dem Krankenhaus bei der Beantragung von Versicherungsschutz gemäß Kapitel 74.09 RCW oder der Washington Health Benefit Exchange zusammenzuarbeiten, ist das Krankenhaus nicht verpflichtet, diesem Patienten Wohltätigkeitspflege zukommen zu lassen.
 - Das Krankenhaus darf von einem Patienten nicht verlangen, dass er sich für ein öffentliches oder privates Programm bewirbt, für das er kategorisch nicht anspruchsberechtigt ist oder für das er in den letzten 12 Monaten als nicht anspruchsberechtigt eingestuft wurde.

MUTMAßLICHE BERECHTIGUNG

Falls die Identifizierung der verantwortlichen Partei als bedürftige Person für das Personal des Krankenhauses offensichtlich ist und es dem Personal des Krankenhauses möglich ist, die Position der Einkommenshöhe innerhalb der in RCW 70.170.060 beschriebenen allgemeinen Kriterien auf der Grundlage der individuellen Lebensumstände, die in der Richtlinie für finanzielle Unterstützung oder anderweitig enthalten sind, zu bestimmen, ist das Krankenhaus nicht verpflichtet, die genaue Einkommenshöhe zu bestimmen oder Unterlagen von der

verantwortlichen Partei anzufordern, es sei denn, die verantwortliche Partei bittet um weitere Überprüfung.

EINSPRÜCHE

- A.** Allen verantwortlichen Parteien, denen finanzielle Unterstützung verweigert wurde, soll ein Widerspruchsverfahren zur Verfügung gestellt und mitgeteilt werden, das es ihnen ermöglicht, etwaige Mängel in der Dokumentation zu korrigieren oder eine Überprüfung der Verweigerung zu beantragen, was zu einer Überprüfung der Entscheidung durch den leitenden Finanzbeamten des Krankenhauses führt.

- B.** Die verantwortlichen Parteien werden davon in Kenntnis gesetzt, dass sie innerhalb von dreißig (30) Kalendertagen einen Einspruch gegen die endgültige Entscheidung über ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung einlegen können. Innerhalb der ersten vierzehn (14) Tage dieses Zeitraums darf das Krankenhaus das betreffende Konto nicht an ein externes Inkassobüro weiterleiten. Wenn das Krankenhaus mit Inkassotätigkeiten begonnen hat und feststellt, dass ein Einspruch eingelegt wurde, muss sie ihre Inkassobemühungen einstellen, bis der Einspruch abgeschlossen ist. Nach Ablauf der Frist von vierzehn (14) Tagen kann das Krankenhaus Inkassotätigkeiten einleiten, wenn kein Einspruch eingelegt wurde.

- C.** Wenn die endgültige Entscheidung über den Einspruch die vorherige Verweigerung der finanziellen Unterstützung bestätigt, soll das Krankenhaus gemäß dem staatlichen Gesetz eine schriftliche Mitteilung an die verantwortliche Partei und das Gesundheitsministerium senden.

Alle anderen Bedingungen, die in der CommonSpirit Richtlinie Finanzen G-003, *Finanzielle Unterstützung*, festgelegt sind, bleiben unverändert.