

Richtlinie zur finanziellen Hilfe für in Oregon ansässige Krankenhäuser

Haftungsausschluss

RECHTLICHER HINWEIS ZUM PDF-HAFTUNGSAUSSCHLUSS: Dieses PDF wurde am 17.10.2025 angefordert. PDFs sollten nicht als offizielle Dokumentation verwendet werden. Der Inhalt offizieller Dokumente kann ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Lucidoc übernimmt keinerlei Zusicherung oder Gewährleistung hinsichtlich der Vollständigkeit, Richtigkeit, "Aktualität" oder Angemessenheit der hierin enthaltenen Informationen oder Materialien. Bitte wenden Sie sich an Lucidoc, um die aktuellsten Informationen zu erhalten.

RECHTLICHER HINWEIS ZUR VERTRAULICHKEIT: Dieses PDF kann vertrauliche Informationen enthalten und ist ausschließlich für den Adressaten bestimmt. Die Informationen können auch gesetzlich geschützt sein. Diese Übermittlung erfolgt treuhänderisch, ausschließlich zum Zweck der Zustellung an den vorgesehenen Empfänger. Wenn Sie diese Übermittlung irrtümlicherweise erhalten haben, ist jede Verwendung, Reproduktion oder Verbreitung dieser Übermittlung strengstens untersagt. Wenn Sie nicht der vorgesehene Empfänger sind, benachrichtigen Sie bitte sofort den Absender und löschen Sie diese Datei umgehend.

Genehmigungen

- Ausschussgenehmigung: Prüfungsteam für nicht-klinische Richtlinien - Abrechnungszyklus (Revenue Cycle) genehmigt am 07.11.2024
- Ausschussgenehmigung: AH System Board (Vorstand des AH-Systems) genehmigt am 14.11.2024

Revisionshinweise

Dokumenten-ID: 14738
Revisionsnummer: 0
Verantwortlicher: Meri Edjhuryan, Standortübergreifende Direktorin, Patientenzugang (Patient Access)
Offizielles Revisionsdatum: 14.11.2024

Revisionsvermerk:

Diese zusätzlichen Anfragen zur Genehmigung durch den Vorstand sind auf mehrere Faktoren zurückzuführen.

1. Änderungen der Gesetzgebung in Oregon, die am 01.07.2024 in Kraft traten, machten Anpassungen erforderlich.

2. Die HRSA forderte Änderungen für unsere ländlichen Gesundheitszentren (Rural Health Clinics, RHCs), die wir nicht in der regulären Richtlinie zur finanziellen Unterstützung berücksichtigen konnten, weshalb Nachträge für die RHCs in CA (Kalifornien), OR (Oregon) und HI (Hawaii) erstellt wurden.

3. Die Durchsetzung von AB 1020 durch das HCAI (Department of Health Care Access and Information) begann am 01.01.2024. Wir hatten erhebliche Altlasten zu bereinigen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden.

4. Aufgrund der zahlreichen Anforderungen, die sowohl von Oregon als auch von Kalifornien implementiert wurden, hielten wir es für notwendig, unsere eine (1) Richtlinie zur finanziellen Unterstützung in drei (3) separate, auf die jeweiligen Bundesstaaten ausgerichtete Richtlinien aufzuteilen. Wir bitten Sie, [die Richtlinien für] Oregon und Kalifornien (sowie 3 RHC-Nachträge) zu genehmigen. Eine Richtlinie für HI/WA (Hawaii/Washington) wird derzeit entworfen.

Zur Kenntnissnahme: Es gab weitere Gesetzesänderungen in Kalifornien (CA) mit Implementierungsdaten zum

STANDARDRICHTLINIE: RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG FÜR KRANKENHÄUSER IN OREGON

ZUSAMMENFASSUNG / ZWECK DER RICHTLINIE:

Diese Richtlinie beschreibt die Richtlinie von Adventist Health zur finanziellen Unterstützung (kostenlose Behandlung "Charity Care" und ermäßigte Behandlung "Discounted Care") für ihre in Oregon ansässigen Krankenhäuser und die angeschlossenen Kliniken. Adventist Health gewährt Patienten und Familien finanzielle Unterstützung, wenn sie ganz oder teilweise nicht in der Lage sind, ihre Arztrechnung zu bezahlen, basierend auf den unten aufgeführten Standards. Diese Richtlinie beschreibt, wie Adventist Health die finanziellen Mittel eines Patienten prüft, um festzustellen, ob finanzielle Unterstützung gewährt werden kann. Der Zweck dieser Richtlinie ist die Einhaltung der geltenden Gesetze und Vorschriften auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Adventist Health diskriminiert nicht und geht bei der Prüfung und Beurteilung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung für Gemeindemitglieder, die möglicherweise finanzielle Hilfe benötigen, fair vor. Adventist Health bietet den Patienten seiner ländlichen Gesundheitszentren zusätzlich zu der in dieser Richtlinie beschriebenen finanziellen Unterstützung auch einen gestaffelten Rabatt für ländliche Gesundheitszentren (Rural Health Clinic Discount) an, wie in [Anhang F](#), dargelegt.

Adventist Health verpflichtet sich, Patienten, die notwendige Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, aber nur über begrenzte oder gar keine Mittel zur Bezahlung dieser Versorgung verfügen, finanzielle Unterstützung zu gewähren. Die finanzielle Unterstützung umfasst die kostenlose Behandlung (Charity Care) und die ermäßigte Behandlung (Discounted Care). Adventist Health bietet zusätzlich zu der in dieser Richtlinie beschriebenen finanziellen Unterstützung auch Rabatte für ländliche Gesundheitszentren an, wie in [Anhang F](#) dargelegt. Adventist Health ermittelt die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie auf der Grundlage von: (1) dem Einkommen und (2) der Art der angeforderten Dienstleistung. Diese Richtlinie beschreibt die Anspruchskriterien und den Umfang der finanziellen Hilfe, die Patienten angeboten wird, welche die festgelegten Kriterien erfüllen.

Kostenlose Behandlung und ermäßigte Behandlung sind kein Ersatz für die persönliche Eigenverantwortung. Von den Patienten wird erwartet, dass sie mit der Einrichtung zusammenarbeiten, wenn sie finanzielle Hilfe beantragen. Personen müssen sich entsprechend ihrer Zahlungsfähigkeit an den Kosten ihrer Behandlung beteiligen. Personen mit den finanziellen Mitteln zum Abschluss einer Krankenversicherung werden dazu ermutigt, da dies ihren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verbessert.

Alle Patienten werden über die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und den Zugang zum Antrag auf finanzielle Hilfe informiert. Einige Patienten sind voraussichtlich (präsumtiv) ohne weiteren Antrag auf finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt. Patienten können finanzielle Unterstützung beantragen, indem sie einen Antrag, gegebenenfalls mit entsprechenden Belegen, einreichen.

Adventist Health wendet die Standards dieser Richtlinie an, um eine Entscheidung über jeden Antrag auf finanzielle Unterstützung zu treffen, und teilt jedem Antragsteller ihre Entscheidung mit.

Antragsteller, die mit der Entscheidung unzufrieden sind, können bei Adventist Health Widerspruch gegen die Entscheidung einlegen. Der Einzug (das Inkasso) der verbleibenden finanziellen Eigenbeteiligung des Patienten unterliegt der Adventist Health-Richtlinie für die Rechnungsstellung und das Inkasso bei Selbstzahlern (Self Pay Billing and Collection Policy).

Adventist Health bietet diskriminierungsfrei die Versorgung von medizinischen Notfällen für Personen an, unabhängig davon, ob sie Anspruch auf Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie haben, wie es in der EMTALA-Richtlinie (Emergency Medical Treatment and Labor Act) jedes Adventist Health-Krankenhauses und im Unterkapitel G von Kapitel IV von Titel 42 des Code of Federal Regulations (oder entsprechenden Nachfolgeregelungen) festgelegt ist.

DEFINITIONEN:

1. **Allgemein in Rechnung gestellter Betrag (Amount Generally Billed, AGB)**- Die Beträge, die im Allgemeinen für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen Personen in Rechnung gestellt werden, die über eine Versicherung zur Deckung einer solchen Versorgung verfügen. Dies wird normalerweise als Prozentsatz der Bruttoaufwendungen beschrieben. Die AGB-Prozentsätze für jede Krankenhauseinrichtung werden jährlich aktualisiert.
2. **Antrag** – Das Antragsformular von Adventist Health für finanzielle Unterstützung.
3. **Antragsfrist** - Der Zeitraum, in dem Adventist Health einen von einer Person eingereichten Antrag auf finanzielle Hilfe gemäß ihrer Richtlinie annehmen und bearbeiten muss, um angemessene Anstrengungen zur Feststellung zu unternehmen, ob die Person im Rahmen der Richtlinie Anspruch auf finanzielle Hilfe hat. Die Antragsfrist beginnt an dem Tag, an dem die Behandlung erbracht wird, und endet am spätesten der folgenden Termine: am 240. Tag nach dem Datum, an dem die erste Abrechnung nach der Entlassung für die Behandlung ausgestellt wurde, 12 Monate nachdem der Patient die erbrachten Leistungen bezahlt hat, oder am 30. Tag, nachdem Adventist Health der Person eine schriftliche Mitteilung mit einer Frist zukommen lässt, nach deren Ablauf außerordentliche Inkassomaßnahmen eingeleitet werden können.
4. **Kostenlose Behandlung (Charity Care)** - Kostenlose Behandlung, die gewährt wird, wenn nicht erwartet wird, dass der Patient seiner Zahlungsverpflichtung für von Adventist Health bereitgestellte Artikel und Dienstleistungen nachkommt.
5. **Ermäßigte Behandlung (Discounted Care)** - Eine Reduzierung der Zahlungsverpflichtungen für Artikel und Dienstleistungen, die bei Bar-, Sofort- oder Vorauszahlung oder für bestimmte Kategorien von Patienten, z. B. Selbstzahler, gewährt wird.
6. **Medizinische Notfallversorgung**- Bezieht sich auf Notfalldienste und -versorgung, wie in der Adventist Health-Richtlinie zum Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) #AD-06-019-S definiert.
7. **Finanzielle Hilfe** - Kostenlose Behandlung und ermäßigte Behandlung.
8. **Bundessteuererklärung** - Das/die Formular(e) der US-Bundessteuerbehörde (Internal Revenue Service, IRS), das/die zur Meldung des steuerpflichtigen Einkommens verwendet wird/werden. Bei dem IRS-Formular muss es sich um eine Kopie der unterzeichneten und datierten Formulare handeln, die an die IRS gesendet wurden.

9. **Bundesstaatliche Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL)** -Die Armutsrichtlinien, die regelmäßig im Federal Register (Amtsblatt der Bundesregierung) vom US-Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) im Rahmen seiner gesetzlichen Befugnisse aktualisiert werden. Diese Grenzwerte sind in [Anhang C](#) dargelegt.
10. **Haushalt** - (i) Eine Einzelperson; oder Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder ein Elternteil und ein Kind unter 18 Jahren, die zusammenleben, und (ii) andere Personen, für die eine Einzelperson, ein Ehegatte, ein eingetragener Lebenspartner oder ein Elternteil finanziell verantwortlich ist.
11. **Haushaltseinkommen** -Das kombinierte Einkommen des Patienten, der finanzielle Hilfe sucht, und seines/ihres Haushalts, wie in dieser Richtlinie festgelegt. Das hier verwendete Einkommen umfasst alle Einkommensquellen (wie in [Anhang D](#) dargelegt), die zur Berechnung des bereinigten Bruttoeinkommens (Adjusted Gross Income) herangezogen werden, wie in Zeile 11 des Formulars 1040 (US-Einkommensteuererklärung für natürliche Personen) ausgewiesen.
12. **Medizinisch notwendig** - Eine Dienstleistung ist „medizinisch notwendig“ oder eine „medizinische Notwendigkeit“, wenn sie erforderlich ist, um eine Krankheit, eine Verletzung, ein Leiden oder ein Unwohlsein (bzw. deren Symptome) zu verhindern, zu diagnostizieren oder zu behandeln; und den anerkannten medizinischen Standards entspricht.
13. **Patienten-Finanzdienstleistungen (Patient Financial Services, PFS)** - Die Abteilung von Adventist Health, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Zahlungsabwicklung verantwortlich ist.
14. **Richtlinie oder Richtlinie zur finanziellen Hilfe** – diese Richtlinie zur finanziellen Hilfe von Adventist Health
15. **Rabatte für ländliche Gesundheitszentren** - Eine Staffel von Rabatten, die Patienten der ländlichen Gesundheitszentren zur Verfügung stehen, wie in [Anhang F](#) dargelegt. Dieses Programm wurde entwickelt, um denjenigen eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung zu bieten, die keine oder nur begrenzte Mittel zur Bezahlung ihrer medizinischen Leistungen haben (Unversicherte oder Unterversicherte).

BETROFFENE ABTEILUNGEN/DIENSTLEISTUNGEN:

- A. Patienten-Finanzdienstleistungen (PFS)
- B. Patientenzugang (Patient Access)
- C. Compliance (Regeltreue)
- D. Finanzen

RICHTLINIE: COMPLIANCE – SCHLÜSSELELEMENTE

1. Was unter diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fällt

a. Abgedeckte Leistungserbringer

Die finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie umfasst Gesundheitsdienstleistungen, die in den in [Anhang A](#) aufgeführten, von Adventist Health besessenen und betriebenen Einrichtungen in

Oregon erbracht werden. Dazu gehören Kliniken, die unter der gemeinsamen Kontrolle oder im Eigentum von Adventist Health betrieben werden. Ermäßigte Behandlung und kostenlose Behandlung gemäß dieser Richtlinie decken auch Dienstleistungen ab, die von Ärzten/Behandlern erbracht werden, die in der Dokumentation aus [Anhang B](#) als „Abgedeckter Leistungserbringer“ aufgeführt sind.

b. Anspruchsberechtigte Dienstleistungen

Die folgenden Dienstleistungen sind von der Beantragung finanzieller Hilfe im Rahmen dieser Richtlinie als nicht anspruchsberechtigt ausgeschlossen, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgeschrieben:

- Gesundheitsdienstleistungen und -materialien, die nicht medizinisch notwendig sind;
- Käufe in den Einzelhandelsgeschäften eines Krankenhauses, wie z. B. Geschenkeläden und Cafeterien;
- Nicht-krankenhausbezogene Dienstleistungen, wie z. B. ärztliche Leistungen, die nicht vom Krankenhaus abgerechnet werden, mit Ausnahme von Dienstleistungen, die von abgedeckten Leistungserbringern (Covered Providers) gemäß der Dokumentation aus [Anhang B](#) erbracht werden; und
- Dienstleistungen, bei denen es sich nicht um zugelassene Krankenhausdienstleistungen oder Dienstleistungen von dem Krankenhaus angeschlossenen Kliniken handelt.

2. Vorprüfung (Prescreening) auf voraussichtliche Anspruchsberechtigung (Presumptive Eligibility)

Adventist Health behält sich das Ermessen vor, Personen durch den Vorprüfungsprozess eine voraussichtliche finanzielle Hilfe zu gewähren, wenn festgestellt wird, dass die Person auf der Grundlage anderer als der von ihr bereitgestellten Informationen oder auf der Grundlage einer früheren Feststellung der finanziellen Hilfe Anspruch auf finanzielle Unterstützung für die Behandlung hat. Patienten, bei denen eine voraussichtliche Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung festgestellt wird, müssen den Antrag auf finanzielle Hilfe nicht ausfüllen und sich keiner Überprüfung unterziehen.

a. Frühere finanzielle Unterstützung

Vor jedem Vorprüfungsprozess prüft Adventist Health, ob der Patient in den letzten 12 Monaten bereits Anspruch auf finanzielle Hilfe in dem Krankenhaus hatte. Ist dies der Fall, erhält der Patient automatisch die entsprechende Kostenanpassung seiner Rechnung, bevor er die Abrechnung erhält.

b. Vorprüfungsprozess (Prescreening Process)

Wenn sich ein Patient in einer Einrichtung von Adventist Health zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen vorstellt und bevor er eine Rechnung für die Dienstleistungen erhält, führt Adventist Health eine Vorprüfung auf voraussichtliche Anspruchsberechtigung bei Patienten durch, die eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Unversichert
- Eingeschrieben in ein staatliches Medicaid-, CHIP-, Healthier Oregon-, Bridge-Programm oder ein anderes staatliches medizinisches Hilfsprogramm

- Wird dem Krankenhaus nach Anpassungen durch die Versicherung oder andere Drittzahler 500 \$ oder mehr schulden
- Obdachlos, wie in ihrer Krankenakte dokumentiert, oder
- Anspruchsberechtigt für ein staatliches Sozialleistungsprogramm, einschließlich Sozialversicherung (Social Security), Arbeitslosenversicherung, Medicaid, County Indigent Health (Gesundheitsprogramm für Bedürftige des Landkreises), TANF, Lebensmittelmarken (Food Stamps), WIC oder ein anderes staatliches Sozialleistungsprogramm mit ähnlichen Anforderungen wie die Anspruchsstandards in dieser Richtlinie

Adventist Health kann vorhandene Daten in seinen Systemen nutzen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Patientenakten, routinemäßig bei der Patientenaufnahme erfasste Informationen, vom Patienten freiwillig bereitgestellte Informationen, frühere Anpassungen der finanziellen Hilfe und eine bestehende Anspruchsberechtigung für Hilfsprogramme, die bedürftigkeitsgeprüft sind und das ungefähre Haushaltseinkommen des Patienten angemessen widerspiegeln, wie z. B. Medicaid, SNAP oder TANF. Der Patient ist nicht verpflichtet, irgendwelche Dokumente in Bezug auf die Anspruchskriterien vorzulegen, aber Adventist Health akzeptiert die freiwillige Einreichung von Dokumenten durch diesen Patienten, die Adventist Health beim Vorprüfungsprozess helfen.

Darüber hinaus kann Adventist Health für Vorprüfungszwecke einen Drittanbieter zur Einkommensprüfung, MedeAnalytics, nutzen, um das Haushaltseinkommen zu schätzen. *This process will not cause any negative impact on the patient's credit score. Dieser Prozess hat keine negativen Auswirkungen auf die Bonität (Kreditwürdigkeit / Credit Score) des Patienten.*

Wenn die oben aufgeführte Vorprüfungsmethode von Adventist Health keine Informationen über den Patienten liefert, wird Adventist Health nach Treu und Glauben (in good faith) versuchen, den voraussichtlichen Anspruchsstatus des Patienten auf der Grundlage anderer Adventist Health zur Verfügung stehender Informationen zu ermitteln.

c. Feststellung der voraussichtlichen Anspruchsberechtigung

Anhand der Daten aus dem Vorprüfungsprozess ermittelt Adventist Health den voraussichtlichen Anspruchsstatus des Patienten anhand derselben unten beschriebenen Anspruchskriterien.

Adventist Health teilt dem Patienten das Ergebnis des Vorprüfungsprozesses schriftlich in einer Weise mit, aus der klar hervorgeht, ob und in welchem Umfang der Patient voraussichtlich Anspruch auf finanzielle Hilfe hat. Der Vorprüfungsprozess und die Feststellung gelten weder als Antrag auf finanzielle Hilfe, noch schließen sie den Patienten von der Beantragung finanzieller Hilfe aus.

Wenn festgestellt wird, dass der Patient voraussichtlich nicht anspruchsberechtigt ist oder voraussichtlich Anspruch auf weniger als die großzügigste verfügbare finanzielle Unterstützung hat, wird der Patient ermutigt, dennoch mithilfe des unten beschriebenen Prozesses finanzielle Hilfe zu beantragen. Adventist Health wird dem Patienten in der Mitteilung über die voraussichtliche Anspruchsberechtigung weitere Informationen über den unten beschriebenen Prozess zukommen lassen. Der Patient ist berechtigt, während der gesamten „Antragsfrist“ finanzielle Hilfe zu beantragen, d. h. innerhalb von 240 Tagen nach der ersten Abrechnung für die erbrachten Leistungen, 12 Monate nachdem der Patient die erbrachten Leistungen bezahlt hat, oder mindestens 30 Tage nachdem Adventist Health dem Patienten eine schriftliche Mitteilung mit einer Frist zukommen lässt, nach deren Ablauf außerordentliche Inkassomaßnahmen eingeleitet werden können (oder für jeden zusätzlichen Zeitraum, der nach geltenden staatlichen und bundesstaatlichen Gesetzen und Vorschriften erforderlich ist).

3. Beantragung finanzieller Hilfe

a. Zugang zur Richtlinie und zum Antrag auf finanzielle Hilfe

Adventist Health stellt Informationen über seine Richtlinie und seinen Antrag auf finanzielle Hilfe sowie über die Richtlinie und den Antrag auf Rabatte in ländlichen Gesundheitszentren auf zahlreichen Wegen in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung. Informationen zu dieser Richtlinie sind auf der Startseite der Website jedes Krankenhauses und auf jeder Website verfügbar, auf der der Patient eine Rechnung bezahlt oder auf Informationen zu seinem Konto zugreift; sie werden in öffentlich zugänglichen Krankenhausbereichen wie der Notaufnahme, Wartebereichen für ambulante Patienten und allen Bereichen, in denen Patientenaufnahmen abgewickelt werden, ausgehängt, sind auf jeder Abrechnung vermerkt und in Form von allgemeinverständlichen Zusammenfassungen (plain language summaries) für alle Patienten erhältlich. Das Krankenhauspersonal verweist Patienten, Vormünder oder Familienangehörige, die um finanzielle Unterstützung oder um Informationen über finanzielle Unterstützung bitten, oder von denen das Krankenhauspersonal annimmt, dass sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben könnten, an einen beliebigen Anmeldebereich des Krankenhauses oder telefonisch an die Nummer (844) 827-5047, um ein Papierexemplar dieser Richtlinie und ein Antragsformular zu erhalten.

Eine Erläuterung des Programms zur finanziellen Unterstützung von Adventist Health und des Programms für Rabatte in ländlichen Gesundheitszentren von Adventist Health sowie die zugehörigen Antragsformulare sind unter [„Adventist Health Help Paying Your Bill“](#) (Hilfe von Adventist Health bei der Bezahlung Ihrer Rechnung) verfügbar. Adventist Health stellt sicher, dass diese Richtlinie in jede Sprache übersetzt wird, die von 1.000 Personen oder fünf Prozent der Bevölkerung (je nachdem, welcher Wert geringer ist) im Einzugsgebiet jedes Krankenhauses gesprochen wird, für andere Sprachen gedolmetscht und für Menschen mit Behinderungen in alternativen Formaten zugänglich gemacht wird.

b. Andere Formen der Krankenversicherung / Gesundheitsversorgung

Jede Einrichtung im Eigentum und unter dem Betrieb von Adventist Health muss alle angemessenen Anstrengungen unternehmen, um vom Patienten oder dessen Vertreter Informationen darüber einzuholen, ob eine private oder öffentliche Krankenversicherung oder eine Kostenübernahmeerklärung (Sponsorship) die Kosten für die vom Krankenhaus für einen Patienten erbrachte Behandlung ganz oder teilweise decken kann. Diese Bemühungen umfassen die Unterstützung des Patienten bei der Suche nach Versicherungsoptionen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Folgendes:

- Private Krankenversicherung
- Medicare
- Das Medicaid-Programm, das CHIP-Programm oder andere staatlich finanzierte Programme, die der Gesundheitsversorgung dienen.

Wenn ein Patient gleichzeitig mit dem Antrag auf finanzielle Hilfe ein anderes Krankenversicherungsprogramm beantragt hat oder ein entsprechender Antrag anhängig ist, schließt keiner der beiden Anträge die Anspruchsberechtigung für das jeweils andere Programm aus.

Die finanzielle Unterstützung entbindet den Patienten oder Bürgen (Guarantor) nicht von der Verantwortung, die Bezahlung für Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen. Adventist Health erwartet von den Patienten, dass sie mit Adventist Health zusammenarbeiten, um andere Zahlungsquellen oder eine Deckung durch öffentliche und/oder private Zahlungsprogramme zu finden.

Der Patient oder Bürge ist dafür verantwortlich, die Deckungsbedingungen seiner Versicherung oder seines Krankenversicherungsplans zu erfüllen, sofern er über eine Versicherung oder einen Krankenversicherungsplan eines Drittanbieters verfügt. Andernfalls kann die finanzielle Unterstützung verweigert werden.

c. Antragsverfahren

Um für eine finanzielle Hilfe gemäß dieser Richtlinie in Betracht gezogen zu werden, muss ein Patient oder Bürge innerhalb der Antragsfrist einen wahrheitsgemäßen, genauen und vollständigen vertraulichen Antrag auf finanzielle Hilfe per Post oder online einreichen. Der Antrag auf finanzielle Hilfe muss schriftlich ausgefüllt werden und kann von einem Mitarbeiter oder Führungskraft der Abteilung Patient Financial Services (Patienten-Finanzdienstleistungen) oder mit deren Hilfe ausgefüllt werden. Der Antrag auf finanzielle Hilfe sollte vom Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet werden. Die Einkommensnachweise dürfen nicht mehr als Folgendes umfassen:

- Aktuelle Gehaltsabrechnungen aus den 6 Monaten vor oder nach der ersten Rechnungsstellung an den Patienten (oder bei Vorab-Leistungen, wenn der Antrag eingereicht wird)
- Kopie der Bundessteuererklärung (Formular 1040) für den Patienten und dessen Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner aus dem Jahr, in dem dem Patienten zum ersten Mal eine Rechnung gestellt wurde, oder aus den 12 Monaten vor der ersten Rechnungsstellung
- Eine "W-2"-Quellensteuerbescheinigung oder ein Formular 4506-T (falls kein W-2 eingereicht wurde)
- Schriftliche, unterzeichnete Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen Personen, in denen das Haushaltseinkommen beschrieben wird

Ein Patient oder sein gesetzlicher Vertreter, der eine ermäßigte Behandlung, eine kostenlose Behandlung oder sonstige Unterstützung bei der Erfüllung seiner finanziellen Verpflichtung gegenüber dem Krankenhaus beantragt, muss alle angemessenen Anstrengungen unternehmen, um dem Krankenhaus Einkommensnachweise und Nachweise über den Krankenversicherungsschutz (Health Benefits Coverage) vorzulegen. Diese für den Antrag bereitgestellten Dokumente werden ausschließlich zur Feststellung der finanziellen Hilfe und nicht für Inkassomaßnahmen verwendet.

Es wird davon ausgegangen, dass eine Person einen vollständigen Antrag auf finanzielle Hilfe eingereicht hat, wenn sie Informationen und Unterlagen vorlegt, die ausreichen, damit das Krankenhaus feststellen kann, ob die Person Anspruch auf finanzielle Hilfe hat. Ein Antrag ist unvollständig, wenn die Person einige, aber nicht ausreichende Informationen und Unterlagen vorlegt, um den Anspruch auf finanzielle Hilfe festzustellen.

d. Mitteilung über die Feststellung der finanziellen Hilfe/Korrektur des Antrags

Sobald eine Einrichtung von Adventist Health den Antrag auf finanzielle Unterstützung geprüft und auf der Grundlage der unten aufgeführten Anspruchsvoraussetzungen eine Entscheidung getroffen hat, teilt die Einrichtung der Person diese Anspruchsfeststellung (einschließlich, falls zutreffend, der Unterstützung, auf die die Person Anspruch hat) sowie die Grundlage für diese Feststellung schriftlich auf dem Postweg mit.

Jede Mitteilung über die Feststellung der finanziellen Hilfe, die darauf beruht, dass der Antrag unvollständig ist, Unterlagen fehlen oder Fehler enthält, muss die Mängel und die Maßnahmen, die der Patient ergreifen kann, um den Antrag durch Behebung der Mängel zu vervollständigen, klar beschreiben. Die Mitteilung enthält eine klare Beschreibung, wie der Patient Korrekturen oder zusätzliche Unterlagen einreichen kann und wie er einen Widerspruch einlegen kann, sei es durch

Einreichung einer schriftlichen Erklärung oder anderer Belege oder durch Beantragung einer Überprüfung durch den Finanzleiter (Finance Officer) des Krankenhauses oder dessen Stellvertreter. Eine Person kann Korrekturen oder zusätzliche Unterlagen einreichen oder einen Widerspruch einlegen, und zwar bis zum späteren der folgenden Termine: (1) 240 Tage nach dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung oder (2) 45 Tage nach dem Datum, an dem der Patient über die Feststellung der finanziellen Unterstützung informiert wurde.

Adventist Health darf die Standard-Rechnungsstellung durchführen, wenn kein Widerspruch anhängig ist; diese muss jedoch ausgesetzt werden, wenn ein Widerspruch eingelegt wird.

e. Auswirkung der Feststellung der finanziellen Unterstützung

Wenn die Einrichtung einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung feststellt, unabhängig davon, ob es sich um eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung handelt, stellt sie der Person eine Abrechnung zur Verfügung, aus der der Betrag hervorgeht, den die Person nun für die Behandlung schuldet, wie dieser Betrag ermittelt wurde und wie die Person Informationen über die für die Behandlung allgemein in Rechnung gestellten Beträge (Amounts Generally Billed, „AGB“) erhalten kann. Wenn ein Anspruch auf ermäßigte Behandlung festgestellt wird, kann der Patient einen verlängerten Zahlungsplan vereinbaren, um eine Ratenzahlung (payment over time) zu ermöglichen. Das Krankenhaus und der Patient verhandeln über die Bedingungen des Zahlungsplans und berücksichtigen dabei das Haushaltseinkommen und die Lebenshaltungskosten des Patienten.

Gegebenenfalls erstattet die Einrichtung der Person jeden Betrag, den sie für die Behandlung gezahlt hat (sei es an die Krankenhauseinrichtung oder an eine andere Partei, an die die Krankenhauseinrichtung die Schulden der Person für die Behandlung abgetreten oder verkauft hat), der den Betrag übersteigt, für den sie nach Anwendung der finanziellen Unterstützung als persönlich verantwortlich für die Zahlung erachtet wird.

Die Genehmigung der finanziellen Unterstützung ist ab Erteilung der Genehmigung 12 Monate lang gültig. Die Anpassung wird auf alle berechtigten Patienten-Kontensalden angewendet, einschließlich derjenigen, die vor dem Genehmigungsdatum des Antrags eingegangen sind. Für Rechnungen, die später als 12 Monate nach der Genehmigung der finanziellen Unterstützung eingehen, muss ein neuer Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt werden, wenn der Patient für diese Rechnungen finanzielle Unterstützung beantragt.

f. Widerspruch gegen die Feststellung der finanziellen Unterstützung

Patienten können einen schriftlichen Antrag auf erneute Prüfung (Reconsideration) stellen, indem sie entweder eine schriftliche Erklärung oder andere Belege einreichen oder eine Überprüfung durch den Finanzleiter (Finance Officer) der Einrichtung von Adventist Health beantragen, in der sie die Leistungen erhalten haben. Ein solcher Widerspruch sollte darlegen, dass die Person entweder:

- der Ansicht ist, dass ihr Antrag auf finanzielle Unterstützung nicht in Übereinstimmung mit dieser Richtlinie genehmigt wurde; oder
- mit der Art und Weise, wie die Richtlinie in ihrem Fall angewendet wurde, nicht einverstanden ist.

Ein Widerspruch muss bis zum späteren der folgenden Termine eingereicht werden: (1) 240 Tage nach dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung oder (2) 45 Tage nach dem Datum, an dem der Patient über die Feststellung der finanziellen Unterstützung informiert wurde. Nach Einreichung eines Widerspruchs setzt die Einrichtung alle Inkassomaßnahmen aus und benachrichtigt gegebenenfalls ein Inkassounternehmen. Die Einrichtung sendet dem Patienten außerdem eine schriftliche Bestätigung über den Eingang des Widerspruchs, einschließlich einer

Mitteilung über die Aussetzung der Inkassomaßnahmen durch das Krankenhaus oder ein Inkassounternehmen sowie Informationen zu den Schritten, die der Patient unternehmen kann.

Wenn der Finanzleiter oder sein Stellvertreter zusätzliche Informationen benötigt, gewährt das Krankenhaus dem Patienten nach schriftlicher Mitteilung weitere 45 Tage, um die angeforderten Informationen einzureichen.

Adventist Health wird innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum der abschließenden Widerspruchssitzung oder nach dem Datum des Eingangs von Korrekturen im Zusammenhang mit Antragsmängeln, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt, eine schriftliche Entscheidung über den Widerspruch erlassen. Wenn die finanzielle Unterstützung weiterhin verweigert wird, enthält die Mitteilung das Datum, an dem die ausgesetzten Inkassomaßnahmen, sofern vorhanden, wieder aufgenommen werden. Wenn festgestellt wird, dass Adventist Health auf der Grundlage der vom Patienten zum Zeitpunkt der fehlerhaften Feststellung bereitgestellten Informationen fälschlicherweise den Anspruch des Patienten auf finanzielle Unterstützung ermittelt hat und der Patient die Leistungen bereits bezahlt hat, zahlt Adventist Health dem Patienten Zinsen auf den Betrag der finanziellen Hilfe zu dem von der Federal Reserve (US-Notenbank) festgelegten Zinssatz sowie alle anderen damit verbundenen angemessenen Kosten, die dem Patienten bei der Sicherung der finanziellen Unterstützung entstanden sind.

Der Finanzleiter (Financial Officer) stellt die letzte Widerspruchsinstanz dar.

a. Änderung der Umstände

Wenn sich zu irgendeinem Zeitpunkt die für die Anspruchsberechtigung des Patienten relevanten Informationen ändern, kann der Patient die Einkommensnachweise aktualisieren und der entsprechenden, im Eigentum und unter dem Betrieb von Adventist Health stehenden Einrichtung die aktualisierten Informationen zukommen lassen. Jede Einrichtung im Eigentum und unter dem Betrieb von Adventist Health wird die geänderten Umstände des Patienten bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung berücksichtigen.

Jede Einrichtung im Eigentum und unter dem Betrieb von Adventist Health kann einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ablehnen und/oder zuvor gewährte Rabatte rückgängig machen, wenn sie von Informationen Kenntnis erlangt, die ihrer Ansicht nach den Schluss zulassen, dass die zuvor bereitgestellten Informationen unrichtig waren. Darüber hinaus kann sich jede Einrichtung im Eigentum und unter dem Betrieb von Adventist Health dafür entscheiden, rechtliche Schritte gegen Personen einzuleiten, von denen sie glaubt, dass sie ihre finanzielle Situation wesentlich falsch dargestellt haben, einschließlich derjenigen, die nach einer Verbesserung ihrer finanziellen Verhältnisse, die nicht jeder von Adventist Health besessenen und betriebenen Einrichtung mitgeteilt wurde, finanzielle Unterstützung annehmen.

b. So bitten Sie um Hilfe

Weitere Informationen zur finanziellen Unterstützung sowie Papierexemplare dieser Richtlinie und des Antrags sind in jedem Krankenhaus-Anmeldebereich oder telefonisch unter (844) 827-5047 erhältlich.

1. Anspruchsberechtigung

Der Umfang der finanziellen Unterstützung, wie z. B. kostenlose Behandlung (Charity Care, für den Patienten kostenlos) oder ermäßigte Behandlung (Discounted Care, ein Rabatt für den Patienten), hängt von mehreren Faktoren ab: dem Haushaltseinkommen und der Art der vom Patienten erhaltenen Leistungen.

Adventist Health genehmigt finanzielle Unterstützung gemäß den Bestimmungen dieser Richtlinie. Krankenhausrabatte basieren auf den in [Anhang E](#) dargelegten AGB-Schwellenwerten (Amounts Generally Billed).

Jeder Rabatt wird direkt auf den vom Patienten aus eigener Tasche zu zahlenden Eigenanteil (Out-of-Pocket Responsibility) angerechnet. Die finanzielle Unterstützung ist zum Nutzen des Patienten gedacht und darf nicht verwendet werden, um die Zahlungsverpflichtungen eines Versicherungszahlers zu reduzieren.

Nicht gedeckte und abgelehnte Dienstleistungen sowie damit verbundene Dienstleistungen, die anspruchsberechtigten Medicaid-Leistungsempfängern erbracht werden, gelten als eine Form der kostenlosen Behandlung (Charity Care). Beispiele hierfür umfassen, sind aber nicht beschränkt auf: Dienstleistungen für Medicaid-Leistungsempfänger mit eingeschränktem Medicaid, Konten mit ausstehendem Medicaid-Status (Medicaid pending), Ablehnungen von Medicaid oder anderen Hilfsprogrammen für Bedürftige, Gebühren im Zusammenhang mit Tagen, die die Verweildauergrenzen (length-of-stay limits) überschreiten, Medicaid-Forderungen (einschließlich außerstaatlicher Medicaid-Forderungen) „ohne Zahlung“ sowie jegliche Dienstleistung, die einem Medicaid-berechtigten Patienten ohne Deckung und ohne Zahlung erbracht wird.

Tabelle 1: Anspruchsberechtigung der Patienten auf finanzielle Unterstützung

Medizinische Notfallversorgung und medizinisch notwendige Versorgung

Haushaltseinkommen	Finanzielle Eigenbeteiligung des Patienten
300 % oder weniger der bundesstaatlichen Armutsgrenze (Federal Poverty Level)	Null (Vollständige Charity Care / Kostenlose Behandlung)
301 % bis 400 % der bundesstaatlichen Armutsgrenze	75 % des AGB (allgemein in Rechnung gestellten Betrags), abzüglich Zahlungen der Versicherung/Dritter (falls vorhanden) (Rabatt)
> 400 % der bundesstaatlichen Armutsgrenze	Keine finanzielle Unterstützung

2. Zugang zu Dokumenten

Patienten können eine kostenlose gedruckte Kopie der „PFS-112-Liste der durch finanzielle Unterstützung abgedeckten und nicht abgedeckten Ärzte“ an den in [Anhang B](#). aufgeführten Adressen der Einrichtungen erhalten.

3. Verschiedenes

Anfragen und alle im Zusammenhang mit einem Antrag auf finanzielle Unterstützung gesammelten Informationen unterliegen den geltenden Datenschutzgesetzen.

HANDBUCH / HANDBÜCHER:

ANHÄNGE:
(IN DIESEM DOKUMENT REFERENZIERT)

[Adventist Health Hilfe bei der Bezahlung Ihrer Rechnung](#)
[Referenztabelle zur finanziellen Unterstützung Anhang A-E](#)

SONSTIGE DOKUMENTE:
(DIE AUF DIESES DOKUMENT VERWEISEN)

BUNDESVORSCHRIFTEN:

[ADVENTISTHEALTH:INTERN]

AKKREDITIERUNG:

KALIFORNIEN:	Keine spezifischen bundesstaatlichen Anforderungen vermerkt. Die Unternehmensrichtlinie gilt in der vorliegenden Form.
HAWAII:	Keine spezifischen bundesstaatlichen Anforderungen vermerkt. Die Unternehmensrichtlinie gilt in der vorliegenden Form.
OREGON:	Keine besonderen staatlichen Anforderungen angegeben. Die Unternehmensrichtlinie gilt in der vorliegenden Form.
WASHINGTON:	Keine besonderen staatlichen Anforderungen angegeben. Die Unternehmensrichtlinie gilt in der vorliegenden Form.

REFERENZEN:

ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST RICHTLINIENINHABER:	Amy K Miller - Direktorin, Compliance Ertragszyklus
INSTANZ RICHTLINIENINHABER:	Nicht zutreffend
ZUSAMMENARBEIT:	Cheryl A Brooksher - Direktorin, Business Intelligence Colleen A Fiore - Sr. Anwendungsanalystin Lori Esquivel - Direktorin, Patientenzugang (Patient Access)

GENEHMIGT VON:

ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST:	(07.11.2024) Prüfungsteam für nicht-klinische Richtlinien - Abrechnungszyklus, (14.11.2024) AH System Board
ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST EINZELPERSON:	
EINRICHTUNG:	Nicht zutreffend:
INSTANZ INDIVIDUELL:	Nicht zutreffend
DATUM DER ÜBERPRÜFUNG:	
ÜBERPRÜFUNGSDATUM:	14.11.2024
NÄCHSTES ÜBERPRÜFUNGSDATUM:	14.11.2027
GENEHMIGUNGSWEG:	Nicht-klinisch

Papierexemplare dieses Dokuments sind möglicherweise nicht aktuell und sollten nicht für offizielle Zwecke herangezogen werden.
Die aktuelle Version befindet sich in Lucidoc unter

<https://www.lucidoc.com/api/auth/login?org=10528&returnto=%2Fcgi%2Fdoc-gw.pl%3Fref%3Dahrsvl%3A14738%240>.