



FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG - WOHLTÄTIGKEITSPFLEGE

Betreff: Richtlinien zur schwedischen Finanzhilfe (Wohltätigkeitspflege)	Nummer der Richtlinie: PSJH RCM 002 - SHS	
Abteilung: Revenue Cycle Management (Umsatzzyklusmanagement)	<input type="checkbox"/> Neu <input checked="" type="checkbox"/> Überarbeitet <input type="checkbox"/> Überprüft	Datum: 01.12.2025
Exekutiver Sponsor: SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	Zuständiger für die Richtlinie: AVP Finanzberatung	
Genehmigt durch: SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	Datum der Umsetzung: 27.01.2025	

Swedish Health Services und Swedish Edmonds ("SHS" oder "Swedish") ist eine gemeinnützige Gesundheitsorganisation, die sich ihrer Mission verschrieben hat, allen zu dienen, insbesondere denen, die arm und gefährdet sind. SHS glaubt, dass medizinische Versorgung ein Recht ist, das jeder Mensch haben sollte. SHS stellt sicher, dass Notfall- und medizinisch notwendige Gesundheitsdienste für jeden in der Gemeinde verfügbar sind, auch wenn er nicht sich leisten kann zu zahlen.

GELTUNGSBEREICH:

Diese Richtlinie gilt für alle SHS-Krankenhäuser im Bundesstaat Washington. Es deckt alle Notfall-, dringenden und anderen medizinisch notwendigen Dienstleistungen ab (mit Ausnahme von experimenteller, investigativer, ästhetischer oder kosmetischer Pflege oder Pflege für Patienten oder Ärzte) (wie in der Definition von "förderfähigen Dienstleistungen" definiert). Eine Liste der SHS-Krankenhäuser, die von dieser Richtlinie abgedeckt werden, finden Sie in Anlage A. Wenn wir in dieser Richtlinie das Wort "Krankenhaus" oder "Einrichtung" verwenden, beziehen wir uns auf den Umfang der in Anhang A beschriebenen Einrichtungen.

Diese Richtlinie ist in einer Weise auszulegen, die mit Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986 in der jeweils gültigen Fassung und mit den Anforderungen des Washington Charity Care Act und seiner Durchführungsbestimmungen, die in RWC 70.170 und WAC Chapter 246.453 zu finden sind, in der jeweils gültigen Fassung zu interpretieren. Für den Fall, dass diese Richtlinie und das Gesetz jemals in Konflikt geraten, wird das Gesetz befolgt.

ZWECK:

Mit dieser Politik soll sichergestellt werden, dass es eine einheitliche, gerechte und nicht diskriminierende Methode für die Gewährung von finanzieller Unterstützung (auch als "Wohltätigkeitspflege" bezeichnet) für berechnete Personen gibt, die es sich nicht leisten können, ganz oder teilweise für die von Providence-Einrichtungen erbrachten berechtigten Dienstleistungen zu zahlen.

Mit dieser Politik sollen alle geltenden Gesetze eingehalten werden. Dies ist die offizielle Finanzhilferichtlinie (Wohltätigkeitspflege) (FAP) und die Notfallversorgungsrichtlinie für jedes SHS-Krankenhaus in Washington.

VERANTWORTLICHE:



Abteilungen für den Erlöszyklus. Darüber hinaus werden alle zuständigen Mitarbeiter, die Aufgaben im Zusammenhang mit der Registrierung, Zulassung, Finanzberatung und Kundenbetreuung wahrnehmen, regelmäßig in dieser Richtlinie geschult.

RICHTLINIE:

SHS bietet qualifizierten Patienten, die entweder einen Antrag stellen oder als berechtigt für wohltätige Pflege in Frage erachtet gelten, gemäß den in dieser Richtlinie festgelegten Kriterien kostenlos oder zu geringeren Kosten. Die Patienten müssen die in dieser Richtlinie beschriebenen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme erfüllen. Für die Zwecke dieser Politik bezieht sich der Begriff "Patient" sowohl auf den Patienten als auch auf alle Personen, die als Bürgen oder verantwortliche Partei fungieren (d. h. eine Person, die im Namen des Patienten für die Zahlung von Einrichtungsgebühren verantwortlich ist, die nicht von einer dritten Partei bezahlt werden).

Die Notfallabteilungen von Krankenhäusern von SHS werden medizinische Notfälle (im Sinne des Emergency Medical Treatment and Labor Act und des Kapitels 246-453-010 des Washington Administrative Code) im Einklang mit den verfügbaren Kapazitäten der Notaufnahme versorgen, unabhängig davon, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. SHS diskriminiert nicht aufgrund von Alter, Rasse, Hautfarbe, Glauben, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, Geschlecht, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder einer Kombination davon oder einer anderen Grundlage, die durch Bundes-, Landes- oder lokale Gesetze verboten ist, wenn bei der Entscheidung über finanzielle Unterstützung festgestellt werden. Diskriminierung aufgrund des Geschlechts umfasst unter anderem Geschlechtsmerkmale, einschließlich intersexueller Merkmale, Schwangerschaft oder damit zusammenhängende Bedingungen, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Geschlechtsstereotypen.

Die Notaufnahmen des SHS-Krankenhauses werden medizinische Notfalluntersuchungen und stabilisierende Behandlungen durchführen oder gegebenenfalls eine Person in ein anderes Krankenhaus überweisen. Providence erlaubt keine Handlungen, Zulassungspraktiken oder Politiken, die Personen davon abhalten, eine medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, wie z. B. die Genehmigung von Inkassotätigkeiten, die Bereitstellung einer medizinischen Notfallversorgung beeinträchtigen.

Liste der Berufsangehörigen, die der FAP von SHS unterliegen:

Jedes SHS-Krankenhaus hat eine Liste der Ärzte, medizinischen Gruppen oder anderer Gesundheitsdienstleister, die von dieser Richtlinie abgedeckt sind und die nicht. Alle SHS-Krankenhäuser stellen diese Liste allen Patienten zur Verfügung, die eine Kopie anfordern. Die Anbieterliste kann auch online auf der SHS-Website gefunden werden: www.swedish.org/obp.

Voraussetzungen für die Gewährung von finanzieller Unterstützung:

Finanzielle Unterstützung können sowohl nicht versicherte als auch versicherte Patienten erhalten, wenn sie die Anforderungen dieser Politik erfüllen. Wohltätigkeitspflege, die im Einklang mit dieser Politik gewährt wird, soll auch mit anderen Gesetzen über zulässige Leistungen an Patienten übereinstimmen. SHS wird bemühen, um zu sehen, ob es eine andere Versicherung gibt, die die Kosten für die berechtigten Dienstleistungen übernehmen könnte, bevor der Patient in Rechnung gestellt wird. Von den Patienten wird nicht verlangt, dass sie sich für medizinische Hilfsprogramme Dritter bewerben, bevor sie auf finanzielle Unterstützung geprüft werden.

Wenn ein Patient möglicherweise Anspruch auf eine Abdeckung durch medizinische Hilfsprogramme gemäß Kapitel 74.09 RCW oder die Washington Health Benefit Exchange hat oder festgestellt wird, dass er für eine rückwirkende Krankenversicherung durch die medizinischen Hilfsprogramme gemäß Kapitel 74.09 RCW qualifiziert ist, unterstützt SHS den Patienten bei der Beantragung einer solchen Deckung. Finanzielle Unterstützung kann verweigert werden, wenn der Patient keine angemessenen Anstrengungen unternimmt, um



mit SHS zusammenzuarbeiten und sie bei der Beantragung einer solchen Deckung zu unterstützen. SHS wird dem Patienten während des Antragsverfahrens für finanzielle Unterstützung und rückwirkende Deckung keine unangemessene Belastungen auferlegen, unter Berücksichtigung aller körperlichen, geistigen, intellektuellen oder sensorischen Mängel oder Sprachbarrieren, die die Fähigkeit des Patienten zur Einhaltung der Antragsverfahren behindern können. Patienten, die offensichtlich oder kategorisch nicht anspruchsberechtigt sind oder in den vorangegangenen 12 Monaten als nicht anspruchsberechtigt für ein staatliches oder bundesstaatliches Programm eingestuft wurden, sind nicht verpflichtet, sich für solche Programme zur Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung zu bewerben.

Patienten, die nicht versichert sind, erhalten eine Ermäßigung. Zu den Arten von Rechnungen, die für eine Anpassung der finanziellen Unterstützung in Frage kommen, gehören unter anderem Selbstzahlung, Gebühren für Patienten, die außerhalb des Netzes versichert sind, sowie Mitversicherungs-, Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungsbeträge für versicherte Patienten.

Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen, können den Standard-SHS-Finanzhilfeantrag ausfüllen, und die Berechtigung richtet sich nach dem finanziellen Bedarf zum Zeitpunkt der Zustellung oder zum Zeitpunkt des Antrags, je nachdem, welcher Betrag auf das geringere Einkommen und den größten finanziellen Bedarf hinweist. Eine erneute Beantragung durch den Patienten ist möglich, wenn sich seine finanziellen Verhältnisse ändern, auch wenn ein früherer Antrag abgelehnt oder teilweise genehmigt wurde. Die Patienten werden mündlich bei Zahlungsgesprächen, auf der Providence-Website, auf der Patientenabrechnung, in für Patienten zugänglichen Abrechnungsbereichen (z. B. Anmeldeschalter), bei der Aufnahme und Entlassung und auf Schildern in stationären und ambulanten Bereichen, einschließlich der Bereiche, in denen Patienten aufgenommen oder registriert werden, sowie in der Notaufnahme, informiert, um die Patienten umfassend über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu informieren. Es werden Übersetzungen in jeder Sprache zur Verfügung gestellt, die von mehr als zehn Prozent der Bevölkerung im Versorgungsgebiet des Krankenhauses gesprochen wird. SHS wird Aufzeichnungen über die Informationen führen, die zur Bestimmung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung verwendet werden. SHS stellt einem Patienten auf Anfrage eine Papierkopie dieser Richtlinie zur Verfügung.

SHS wird auch bestimmte Patienten für eine mutmaßliche Anpassung ihres Kontostands mit anderen Mitteln als einem vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigen, wenn die Patienten die Anforderungen erfüllen, die später in dieser Richtlinie aufgeführt sind (siehe "Finanzielle Unterstützung ohne Antrag auf finanzielle Unterstützung").

Erstprüfung: SHS bietet jedem Patienten, dem es direkt begegnet, ein erstes Screening an (d. h. persönlich, telefonisch oder digital). Das erste Screening basiert auf den Darstellungen der Patienten über die Größe und das Einkommen ihres Haushalts.

- Wenn ein Patient aufgrund des ersten Screenings wahrscheinlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, informiert SHS den Patienten über seine wahrscheinlichen Anspruchsberechtigung und gibt ihm Anweisungen, wie er finanzielle Unterstützung beantragen kann, indem er einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellt. SHS wird den Patienten auch darüber informieren, dass der ausgefüllte Antrag auf finanzielle Unterstützung innerhalb von vierzehn (14) Tagen bei SHS zur Verfügung gestellt werden muss, um Inkassobemühungen zu verhindern. Wenn der ausgefüllte Antrag auf finanzielle Unterstützung nicht innerhalb dieses Zeitrahmens vorgelegt wird, kann SHS mit den Inkassobemühungen beginnen, es sei denn, der Patient bittet um mehr Zeit (siehe "Beantragung auf finanzielle Unterstützung").
- Wenn ein Patient wahrscheinlich nicht für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt, wird SHS den Patienten durch eine schriftliche Mitteilung über diese Feststellung darüber informieren. SHS wird den



Patienten auch darüber informieren, dass er weiterhin einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung für eine gründlichere Überprüfung seiner finanziellen Situation einreichen kann.

SHS wird ein erstes Screening durchführen, auch wenn es auch ein branchenweit anerkanntes Finanzbewertungstool verwendet, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich verfügbarer finanzieller oder anderer Aufzeichnungen bewertet und dieses Tool anzeigt, dass der Patient möglicherweise keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.

Wenn SHS keine direkte Patientenbegegnung hat, der Patient medizinisch nicht in der Lage ist, am ersten Screening teilzunehmen, oder ein erstes Screening unter den gegebenen Umständen nicht praktikabel ist, wird SHS dem Patienten eine schriftliche Erklärung über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung mit Anweisungen zur Bewerbung geben. Die Erklärung enthält auch Kontaktinformationen für eine Person bei SHS, die dem Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung helfen kann, zusammen mit einer Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung.

Wenn ein Patient sich weigert oder nicht bei der ersten Vorsorgeuntersuchung kooperiert, aber auf ein Interesse an der Beantragung finanzieller Unterstützung hinweist oder darauf hindeutet, dass er Schwierigkeiten bei der Zahlung haben könnte, gibt SHS dem Patienten eine schriftliche Erklärung über die Verfügbarkeit der finanziellen Unterstützung sowie Anweisungen zur Beantragung.

Abhängig von den Umständen und/oder den Präferenzen der Patienten kann Providence mit Patienten über verschiedene Mittel kommunizieren, einschließlich, aber nicht beschränkt auf digitale Schnittstellen.

Beantragung von finanzieller Unterstützung: Patienten können einen Antrag auf finanzielle Unterstützung beantragen und einreichen, der kostenlos und in der SHS-Einrichtung verfügbar ist, oder auf folgende Weise: Hinweis auf die Mitarbeiter der Finanzdienstleistungen für Patienten zum oder vor der Entlassung, dass Hilfe angefordert wird; per Post oder durch Besuch www.swedish.org/obp. Der Antrag einer Person auf finanzielle Unterstützung wird geprüft, um festzustellen, ob sie die in dieser Politik festgelegten Kriterien für finanzielle Unterstützung erfüllt.

SHS-Einrichtungen haben Personal zugewiesen, das bereit ist, Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen und zu sehen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung von SHS selbst oder von staatlich finanzierten Versicherungsprogrammen hat. Es wird auch Hilfe bei der Übersetzung angeboten, um Fragen zu beantworten und beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen.

Ein Patient kann jederzeit einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung mit allen erforderlichen Unterlagen einreichen. SHS wird alle Sammlungsaktivitäten bis zu einer ersten Feststellung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung aussetzen, vorausgesetzt, dass der Patient mit den angemessenen Bemühungen von SHS, eine erste Entscheidung zu erreichen, kooperativ ist. Wenn ein Patient SHS für zusätzliche Zeit kontaktiert, um seinen Antrag auf finanzielle Unterstützung abzuschließen, wird SHS für mindestens weitere vierzehn (14) Tage ab dem Datum des Antrags des Patienten nicht mit den Inkassobemühungen beginnen.

Eine Feststellung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung kann gemäß den in Anlage B aufgeführten Einkommensqualifikationen getroffen werden. Wenn SHS den Antrag auf finanzielle Unterstützung eines Patienten genehmigt, behandelt er mindestens neun (9) Monate lang berechtigte Dienstleistungen, die der Patient erhält, als berechtigt für finanzielle Unterstützung, es sei denn, der Patient teilt SHS mit, dass er keine finanzielle Unterstützung mehr benötigt und/oder möchte.



Individuelle finanzielle Situation Das Einkommen, bestimmte Vermögenswerte und Ausgaben eines Patienten werden bei der Beurteilung der individuellen finanziellen Situation des Patienten verwendet. Darüber hinaus wird Providence die von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung geforderten Informationen zu Vermögenswerten berücksichtigen und erheben, was für Medicare-Patienten gilt, die nicht auch über eine Medicaid-Versicherung verfügen. Während SHS Vermögensinformationen von solchen Personen sammelt, die Kontoauszüge und andere Informationen umfassen können, die von den Finanzberatern von SHS für notwendig halten, werden nicht alle diese Vermögenswerte in den endgültigen Betrag der Auszeichnung einbezogen. So wird beispielsweise bei der Berechnung der Prämie nicht berücksichtigt: (A) die ersten 100.000 \$ des Geldvermögens eines Patienten (einschließlich des Vermögens seiner Familie, falls zutreffend) und 50 % des Geldvermögens eines Patienten über die ersten 100.000 \$ hinaus (einschließlich des Vermögens seiner Familie, falls zutreffend); (B) jegliches Eigenkapital an einem Hauptwohnsitz; (C) Altersvorsorge- oder aufgeschobene Vergütungspläne, die nach dem Internal Revenue Code (US-Steuergesetz) qualifiziert sind, oder nicht qualifizierte aufgeschobene Vergütungspläne; (D) ein Kraftfahrzeug und ein zweites Kraftfahrzeug, wenn es für die Beschäftigung oder für medizinische Zwecke erforderlich ist; (E) Ein im Voraus bezahlter Bestattungsvertrag oder eine Grabstätte; Und (F) eine Lebensversicherungspolice mit einem Nennwert von 10.000 US-Dollar oder weniger. Der Wert eines Vermögenswerts, der mit einer Vorfälligkeitsentschädigung belegt ist, ist der Wert des Vermögenswerts nach Zahlung der Entschädigung. Auskunftersuchen von SJH an die Verantwortlichen zur Überprüfung von Vermögenswerten beschränken sich auf das, was vernünftigerweise notwendig und leicht verfügbar ist, um das Vorhandensein, die Verfügbarkeit und den Wert des Vermögens einer Person festzustellen, und werden nicht dazu verwendet, von der Beantragung kostenloser oder ermäßigter Leistungen abzuschrecken. Es werden keine doppelten Nachweise verlangt. Zum Nachweis des Geldvermögens ist nur ein aktueller Kontoauszug erforderlich. Wenn keine Unterlagen verfügbar sind, verlässt sich SHS auf eine schriftliche und unterschriebene Erklärung des Patienten. Jegliche Informationen über das Vermögen, die das Krankenhaus bei der Beurteilung eines Patienten im Hinblick auf die Gewährung von Wohltätigkeitsleistungen erhält, werden nicht für Inkassotätigkeiten verwendet. Außerdem wird das Vermögen von Haushalten, die weniger als 300 % der bundesstaatlichen Armutsgrenze haben, nicht berücksichtigt, außer bei Medicare-Patienten, die nicht auch über eine Medicaid-Versicherung verfügen, wie vom CMS für die Medicare-Kostenberichterstattung gefordert.

Einkommensqualifikationen:

Das Einkommen des Patienten, basierend auf der FPL, kann zur Bestimmung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung herangezogen werden. Einzelheiten finden Sie in Anhang B.

Feststellung der Förderungswürdigkeit:

Die Patienten erhalten innerhalb von 14 Tagen nach Einreichung des ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung und der erforderlichen Unterlagen eine Benachrichtigung über die Feststellung der FAP-Berechtigung. Die Mitteilung enthält insbesondere eine Erläuterung der Grundlage für die Feststellung. Sobald ein Antrag eingegangen ist, werden die Inkassobemühungen ausgesetzt, bis dem Patienten eine schriftliche Entscheidung über die Anspruchsberechtigung zugestellt wird. SHS wird keine Entscheidung über die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage von Informationen treffen, von denen das Krankenhaus vernünftigerweise annimmt, dass sie falsch oder unzuverlässig sind.

Beilegung von Streitigkeiten:

Patienten, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt haben, können gegen die Feststellung der Nichtberechtigung für finanzielle Unterstützung Einspruch erheben, indem sie dem SHS innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Ablehnungsmitteilung entsprechende zusätzliche Unterlagen vorlegen. Der Patient muss unter Umständen weitere relevante Unterlagen zur Unterstützung seines Einspruchs vorlegen. SHS wird alle Inkassotätigkeiten aussetzen, bis der Einspruch geprüft ist. Alle Einsprüche werden geprüft, und wenn die



Prüfung die Ablehnung bestätigt, werden der Bürge und das staatliche Gesundheitsministerium (State Department of Health) schriftlich benachrichtigt, sofern dies erforderlich ist und die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden. Das endgültige Berufungsverfahren wird innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Ablehnung bei SHS abgeschlossen. Eine Beschwerde kann an das Swedish Medical Center, c/o Providence Regional Business Office P.O. gesendet werden. Box 31001-3422 Pasadena CA 91110-3422 United States of America.

Finanzielle Unterstützung ohne Antrag auf finanzielle Unterstützung:

SHS kann einen Patienten für eine mutmaßliche Anpassung seines Kontostands ohne einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigen, wie in den folgenden Umständen beschrieben:

Mutmaßliche Bestimmungen: Solche Feststellungen werden auf mutmaßlicher Basis unter Verwendung eines von der Industrie anerkannten Finanzbewertungsinstruments getroffen, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich zugänglicher finanzieller oder anderer Aufzeichnungen bewertet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf ungefähres Haushaltseinkommen und Haushaltsgröße gemäß den in Anlage B festgelegten Zulassungskriterien. Für Patienten, die aufgrund dieses Screenings mutmaßlich für Abschreibungen in Frage kommen, werden die förderfähigen Beträge wie in Anlage B beschrieben. Patienten, die die Zahlung geleistet haben, bevor SHS feststellte, dass der Patient vermutlich berechtigt für finanzielle Unterstützung ist, müssen möglicherweise einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen, um auf die Erstattung von zuvor gezahlten Beträgen geprüft zu werden.

- Öffentliche Hilfsprogramme: Patienten, die an staatlichen Medicaid-Programmen teilnehmen, haben Anspruch auf mutmaßliche Unterstützung. Patientenkontosalden, die sich aus Gebühren für berechtigte Dienstleistungen ergeben, die von Medicaid oder anderen staatlich geförderten Hilfsprogrammen für niedrige Einkommen nicht erstattungsfähig sind, können für eine vollständige mutmaßliche Abschreibung in Frage kommen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf nicht erstattungsfähige Gebühren für berechtigte Dienstleistungen im Zusammenhang mit den folgenden:
 - Nicht genehmigte stationäre Aufenthalte
 - Nicht genehmigte stationäre Pflegetage
 - Nicht abgedeckte Dienstleistungen
 - Ablehnungen von Anträgen auf Vorabgenehmigung
 - Ablehnungen wegen eingeschränktem Versicherungsschutz

Für Patienten, die an staatlich finanzierten FPL-qualifizierten öffentlichen Hilfsprogrammen teilnehmen (z. B. Basic Food Supplemental Nutrition Assistance Program und Food Assistance Program (SNAP); Temporary Assistance for Needy Families (TANF); Children's Health Insurance Program (CHIP); Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC); kostenlose Lunch- oder Breakfast-Programme; und einkommensschwache Energiehilfeprogramme für zu Hause), kann SHS eine solche Teilnahme als Nachweis des FPL oder des jährlichen Familieneinkommens in Betracht ziehen, um die Berechtigung für mutmaßliche Unterstützung gemäß Anlage B zu bestimmen.

Katastrophale medizinische Ausgaben:

SHS kann nach eigenem Ermessen finanzielle Unterstützung gewähren, um zusätzliche Unterstützung auf der Grundlage der Umstände des Patienten oder im Falle eines qualifizierten katastrophalen medizinischen Aufwands zu gewähren, wenn das jährliche Familieneinkommen und die gesamten medizinischen Kosten eines Patienten in den vorangegangenen 12 Monaten in SHS-Einrichtungen die in Anhang B festgelegten Anforderungen erfüllen. Ein vollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung ist erforderlich, um auf die Berechtigung für katastrophale medizinische Kosten zu prüfen



Notzeiten:

Finanzielle Unterstützung kann in Zeiten eines nationalen oder staatlichen Notstands gewährt werden, unabhängig von der Unterstützung bei katastrophalen Ausgaben. Zulassungskriterien und Rabattbeträge werden nach Ermessen von SHS zum Zeitpunkt eines solchen Notfalls festgelegt. Ein vollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung ist erforderlich, um zu prüfen, ob ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Notfällen besteht.

Teilnahmebedingungen: SHS kann den Antrag eines Patienten auf finanzielle Unterstützung ablehnen, wenn der Patient die in dieser Richtlinie genannten Anforderungen nicht erfüllt. SHS kann in Übereinstimmung mit dem staatlichen Recht Voraussetzungen für die Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung ohne Antrag auf finanzielle Unterstützung auferlegen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Anforderungen, dass Patienten auf Anfragen antworten, die erforderlich sind, um die Beantragung einer rückwirkenden Gesundheitsversorgung durch medizinische Unterstützungsprogramme gemäß Kapitel 74.09 RCW zu erleichtern. Wenn ein Patient auf der Grundlage von Informationen, die ohne einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung berücksichtigt werden, nicht die Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllt, kann der Patient dennoch die erforderlichen Informationen gemäß dem Antrag auf finanzielle Unterstützung vorlegen und im Rahmen des in dieser Politik dargelegten Verfahrens für die Gewährung und Beantragung von finanzieller Unterstützung berücksichtigt werden.

Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben:

Keinem Patienten, der für eine der oben genannten Kategorien von finanzieller Unterstützung in Frage kommt, wird mehr als der Prozentsatz der allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) der Bruttokosten für förderfähige Dienstleistungen, wie unten definiert, berechnet.

Angemessener Zahlungsplan:

Alle Patienten können einen Zahlungsplan beantragen, unabhängig davon, ob eine finanzielle Unterstützung festgestellt oder beantragt wurde. Der Zahlungsplan sieht monatliche Zahlungen (ohne Zinsen oder Verzugsgebühren) vor, die nicht mehr als 10 % des monatlichen Einkommens des Patienten oder seiner Familie betragen, abzüglich der üblichen Lebenshaltungskosten des Patienten, die im Antrag auf finanzielle Unterstützung aufgeführt sind.

Fakturierung und Inkasso:

Wenn nach der Beantragung einer berechtigten finanziellen Unterstützung noch Beträge zu zahlen sind, können die Beträge an Sammlungen verwiesen werden, mit der Ausnahme, dass SHS keine Beträge für förderfähige Dienstleistungen, die Medicaid-Patienten zur Verfügung gestellt werden, an Sammlungen verweist. Bevor eine unbezahlte Gebühr für Sammlungen an ein Inkassobüro überwiesen wird, führt SHS ein Screening durch, um festzustellen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wie in dieser Richtlinie beschrieben. Die Inkassobemühungen für unbezahlte Salden werden bis zur endgültigen Feststellung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung eingestellt. Für den Fall, dass eine Person noch keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht hat, prüft SHS diese Personen in einem Zeitrahmen auf die Berechtigung für mutmaßliche Feststellungen, der mit den geltenden staatlichen Gesetzen und den SHS-Abrechnungs- und Inkassopraktiken vereinbar ist. Finanzielle Unterstützung auf der Grundlage mutmaßlicher Feststellungen wird gemäß Anhang B gewährt. Wenn eine Person eine frühere Feststellung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung wünschen möchte, kann sie jederzeit einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen. SHS wird keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen ergreifen oder den Inkassoagenturen erlauben, sie zu ergreifen, wie unten definiert. Informationen zu den Abrechnungs- und Inkassopraktiken von SHS für von Patienten geschuldete Beträge finden Sie in der Richtlinie von SHS, die kostenlos am Registrierungsschalter jedes SHS-Krankenhauses erhältlich ist, oder unter: www.swedish.org/obp.



Erstattungen für Patienten: Wenn ein Patient für förderfähige Dienstleistungen bezahlt und später aufgrund des Antrags auf finanzielle Unterstützung in Frage kommt, werden alle Zahlungen für diese berechtigten Dienstleistungen während des FAP-fähigen Zeitraums, die die Zahlungsverpflichtung überschreiten, gemäß den staatlichen und bundesstaatlichen Vorschriften zurückerstattet. Zur Verdeutlichung: Providence Swedish erstattet nicht automatisch zuvor gezahlte Beträge auf der Grundlage einer mutmaßlichen Berechtigungsfeststellung.

Jährliche Überprüfung:

Diese Politik wird jährlich von der zuständigen Leitung für den Einnahmezyklus überprüft.

Ausnahmen:

Siehe Geltungsbereich oben.

Definitionen

Für diese Politik gelten die folgenden Definitionen und Anforderungen:

1. Bundesstaatliche Armutsgrenze (FPL): FPL bezeichnet die Armutsrichtlinien, die vom Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten (United States Department of Health and Human Services) regelmäßig im Bundesregister (Federal Register) aktualisiert werden.
2. Allgemein in Rechnung gestellte Beträge (AGB): Die Beträge im Allgemeinen für Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung von Patienten mit Krankenversicherung werden in dieser Police als AGB bezeichnet. SHS ermittelt den anwendbaren AGB-Prozentsatz für jede SHS-Einrichtung, indem die Bruttokosten der Einrichtung für die berechtigten Dienstleistungen mit einem festen Prozentsatz multipliziert werden, der auf Ansprüchen basiert, die im Rahmen von Medicare oder kommerziellen Kostenlern zulässig sind. Informationsblätter, in denen die von den einzelnen Providence-Einrichtungen verwendeten AGB-Prozentsätze und deren Berechnung aufgeführt sind, können auf der folgenden Website abgerufen werden: www.swedish.org or by calling 1-866-747-2455 to request a copy.
3. Anspruchsberechtigte Leistungen: Qualifizierte Dienstleistungen sind die Notfall- oder medizinisch notwendigen Dienstleistungen, die von einer SHS-Einrichtung erbracht werden und für finanzielle Unterstützung in Frage kommen. Medizinisch notwendige Leistungen im Sinne dieser Politik sind Leistungen zur Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Zustands oder einer Krankheit oder der Symptome einer Krankheit, Verletzung, eines Zustands oder einer Krankheit, die den anerkannten Standards der Medizin entsprechen. Leistungen ästhetischer, kosmetischer, experimenteller oder investigativer Natur oder Teil eines klinischen Forschungsprogramms bzw. Leistungen, die der Bequemlichkeit des Patienten oder Arztes dienen, gelten nicht als medizinisch notwendige Leistungen.
4. Außerordentliche Inkassoaktion (ECA): ECAs sind definiert als Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, den Verkauf einer Schuld an eine andere Partei oder die Meldung negativer Informationen an Kreditagenturen oder -büros beinhalten. Zu den Aktionen, die zu diesem Zweck ein gesetzliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, gehören ein Pfandrecht, die Zwangsvollstreckung von Immobilien, die Pfändung oder Beschlagnahme eines Bankkontos oder anderer persönlicher Gegenstände, die Einleitung eines Zivilverfahrens gegen eine Person, Aktionen, die zur



Verhaftung einer Person führen, Aktionen, die zur Pfändung des Körpers einer Person führen, und Lohnpfändung.

5. FAP-berechtigter Zeitraum: Der FAP-fähige Zeitraum für (i) Krankenhausleistungen ist der Zeitraum von 240 Tagen; und (ii) klinische Dienstleistungen ist Die 90-Tage-Periode, in jedem Fall, in dem ein Patient muss Reichen Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung bei SHS ein. Die Frist beginnt mit dem Datum, an dem Patienten die erste Rechnung nach der Entlassung ausgehändigt wird. Eine Abrechnung gilt als "nach der Entlassung" erfolgt, wenn sie einem Patienten ausgehändigt wird, nachdem dieser ambulant oder stationär behandelt wurde und die Einrichtung verlassen hat. Mit jeder Versorgungsepisode beginnt ein separater FAP-Zeitraum, und der 240-Tage-Zeitraum für Krankenhausleistungen bzw. der 90-Tage-Zeitraum für Klinikleistungen wird ab der ersten Rechnung nach der Entlassung für die letzte Versorgungsepisode gemessen. Allerdings hat SHS das Ermessen, Anträge auf finanzielle Unterstützung von Patienten jederzeit anzunehmen und zu bearbeiten.

Regulatorische Anforderungen

<i>Internal Revenue Code Abschnitt 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Washingtoner Verwaltungsgesetz (WAC) Kapitel 246-453</i>
<i>Revised Code of Washington (RCW) Kapitel 70,170</i>
<i>Gesetz über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 und 413.89</i>

Referenzen

<i>Wohltätigkeitsrichtlinien der Amerikanischen Krankenhausvereinigungen</i>
<i>Richtlinien für das Engagement von Providence für Nichtversicherte</i>
<i>Handbuch zur Kostenerstattung für Leistungserbringer, Teil I, Kapitel 3, Abschnitt 312</i>



Anlage A
Liste der abgedeckten Einrichtungen

SHS-Krankenhäuser in Washington	
Swedish Medical Center First Hill/Ballard	Swedish Medical Center Cherry Hill
Swedish Issaquah	Swedish Edmonds

Der Klarheit halber: Diese Richtlinie gilt auch für alle stationären und ambulanten Abteilungen und Kliniken der betroffenen Einrichtungen. Darüber hinaus gilt diese Richtlinie für die Mitarbeiter abgedeckter Einrichtungen sowie für alle gemeinnützigen oder gemeinnützigen Einrichtungen, die mehrheitlich im Besitz von Schweden sind oder von Schweden kontrolliert werden und den schwedischen Namen und ihre jeweiligen Mitarbeiter tragen.

Anlage B

Einkommensqualifikationen für SHS-Krankenhäuser

Wenn...	Dann ...
das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, bei oder unter 300% der aktuellen FPL-Richtlinien liegt,	Der Patient wird als finanziell bedürftig eingestuft und qualifiziert sich für eine finanzielle Unterstützung mit einer 100-prozentigen Abschreibung der vom Patienten zu tragenden Beträge für die in Frage kommenden Dienstleistungen.
Liegt das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, zwischen 301% und 400% der aktuellen FPL-Richtlinien,	Der Patient hat Anspruch auf eine Ermäßigung von 80 % der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge für erstattungsfähige Leistungen, wobei in keinem Fall mehr als die AGB berechnet werden.
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, beträgt oder unter 400 % der FPL UND der Patient hat in den letzten 12 Monaten die gesamten medizinischen Kosten in SHS-Krankenhäusern über 20 % seines jährlichen Familieneinkommens, angepasst an die Familiengröße, für berechnete Dienstleistungen,	Der Patient hat Anspruch auf eine einmalige Bewilligung von Finanzhilfe für katastrophale Krankheitskosten mit einer 100-prozentigen Abschreibung der vom Patienten zu zahlenden Beträge für in Frage kommende Leistungen zum Zeitpunkt der Einreichung des Finanzhilfeantrags.
Wenn ein Patient keinen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie eingereicht hat, aber die Analyse durch ein von der Industrie anerkanntes Finanzbewertungstool ein ungefähres Haushaltseinkommen, angepasst an die Familiengröße, auf oder unter 300 % der aktuellen FPL-Richtlinien schätzt,	Der Patient ist vermutlich berechtigt für finanzielle Unterstützung, 100 % Abschreibung auf Patientenverantwortungsbeträge für berechnete Dienstleistungen.