



Ascension

DIENSTVORSCHRIFT Nr. 601 THEMA: Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung

Gegenstand

Als ein Dienst der katholischen Kirche ist Ascension den Grundsätzen der katholischen Soziallehre verpflichtet. Ausgangspunkt dieser Dienstvorschrift ist der Grundsatz der Menschenwürde, also die Anerkennung des Werts eines jeden Menschen allein aufgrund seines Menschseins. Grundlegend ist ebenso das Gemeinwohlprinzip, das uns zur Zusammenarbeit zu unser aller Nutzen auffordert, damit sich jeder und jede einzelne von uns frei entfalten kann. Schließlich, das Prinzip der Solidarität mit den Armen: Es verlangt, dass wir uns mit den von Armut betroffenen Menschen identifizieren, dass wir ihre Bedürfnisse befriedigen und uns für sie einsetzen.

Diese Dienstvorschrift erlegt den einzelnen Ascension-Gesundheitseinrichtungen die Verpflichtung auf, ihre Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung auf konsistente und effektive Weise zu betreiben. Die Art und Weise der Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung durch unsere Einrichtungen ist ein Spiegelbild der Ernsthaftigkeit, mit der wir uns für die Würde eines jeden Menschen und das Gemeinwohl einsetzen, Solidarität mit den Armen und anderen schwächeren Gruppen üben, nach Verteilungsgerechtigkeit streben und Anwalt der Bedürftigen sind. Unsere Einrichtungen sind verpflichtet sicherzustellen, dass ihre Beschäftigten und Vertretenden in Übereinstimmung mit den Vorschriften und Werten einer von der katholischen Kirche getragenen Institution handeln und Patientinnen und Patienten sowie deren Familienangehörige in einer Weise behandeln, die deren Würde anerkennt und ihnen Respekt und Mitgefühl entgegenbringt.

Diese Dienstvorschrift verdrängt und ersetzt die Ascension Health Procedure Nr. M-2 mit dem Titel Billing and Collection Practices (Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung).

Definitionen

„Ascension“ bezeichnet die Ascension Health Alliance (Geschäfte tätigend als Ascension).

„Ascension Health“ bezeichnet Ascension Health (Geschäfte tätigend als Ascension Healthcare).

„Gesundheitseinrichtung“ bezeichnet eine örtliche Entität, die Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungsleistungen erbringt und in der der Regionalverbund direkt oder indirekt beteiligt oder der beherrschende Akteur ist. Welcher Art die Entitäten im Sinne der Definition von „Gesundheitseinrichtung“ für die Zwecke dieser Dienstvorschrift sein können, wird unten genauer spezifiziert.

„Regionalverbund“ bezeichnet diejenige regionale oder lokale Organisation, durch welche Ascension seine Mission erfüllt und in welcher Ascension Health allein oder als beherrschendes Mitglied vertreten ist.

Weitere Definitionen folgen im weiteren Verlauf dieser Dienstvorschrift und deren Anhängen. Sie werden hiermit in diesen Abschnitt aufgenommen.

Dienstvorschrift

Ascension will, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten über alle Gesundheitseinrichtungen von Ascension Health hinweg und unabhängig von der Art der jeweiligen Dienstleistung in einheitlicher, konsistenter Weise erfolgt. Das beinhaltet die Ausweitung dieser Dienstvorschrift auf alle Dienstleistungen, die von einer Tochter der Marke Ascension oder von einer von Ascension kontrollierten Tochter erbracht werden. Diese Dienstvorschrift gilt nicht für Rechnungen, die nicht für „Notfallbehandlungen“ oder andere „medizinisch notwendige Behandlungen“ (gemäß den Definitionen dieser Ausdrücke in Anhang A zu dieser Ascension-Dienstvorschrift Nr. 600) ausgestellt wurden.

Ascension bestimmt, dass jede Gesundheitseinrichtung diese Dienstvorschrift sowie, sofern gesetzlich verlangt, Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code (US-Steuergesetz) samt der auf dieser Grundlage erlassenen Vorschriften (gemeinsam im Folgenden „501(r)“) einzuhalten hat. Sofern nicht ausdrücklich anders bestimmt, ist diese Dienstvorschrift gemeinsam mit ihrem **Anhang A** in Übereinstimmung mit 501(r) auszulegen und anzuwenden. Bei einer Gesundheitseinrichtung kann es sich handeln um:

- staatlich konzessionierte Krankenhauseinrichtungen, deren aus der Erbringung besagter Behandlungen erzielte Einnahmen Ascension (oder die jeweilige Tochter) als steuerbefreit behandelt, darunter
 - Töchter, die sich vollständig im Besitz (bzw., im Fall von Nonprofit-Unternehmen, unter der Kontrolle) von Ascension befinden,
 - sonstige, auf wesentliche Weise miteinander verbundene Entitäten, das heißt
 - jegliche Partnerschaft (im Sinne des Steuerrechts), an der Ascension Health oder irgendeine seiner direkten oder indirekten Töchter eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung besitzt und die in einer staatlich konzessionierten Krankenhauseinrichtung Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungsleistungen erbringt,
 - ein nicht steuerpflichtiges Unternehmen, dessen einziger Eigentümer Ascension Health oder irgendeine seiner direkten oder indirekten Töchter ist und das in einer staatlich konzessionierten Krankenhauseinrichtung Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungsleistungen erbringt;
- Organisationen, die im Auftrag einer Krankenhauseinrichtung eine Notaufnahme betreiben;
- medizinische Versorgungszentren;
- von einer Gesundheitseinrichtung kontrollierte Arztpraxen;
- Joint Ventures, deren beherrschender Akteur Ascension Health oder eine seiner direkten oder indirekten Töchter ist oder die die Marke „Ascension“ oder deren Logo verwenden und die Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungsleistungen erbringen, ohne dass ein solches Joint Venture eine staatlich konzessionierte Krankenhauseinrichtung sein muss; oder
- Billing-under-arrangement-Rechnungen;

aber unter Ausschluss (selbst wenn die betreffende Entität die oben genannten Kriterien erfüllt) – jedoch vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung dieses Ausschlusses durch den Senior Vice President of Operational Finance von Ascension sowie Ascensions Steuerabteilung – von

- Entitäten, im Fall derer Ascension Health davon ausgeht, dass sie besagte Behandlungsleistungen gewerblich oder geschäftlich erbringen (d. h. deren so erzielte Einnahmen von Ascension bzw. der jeweiligen Tochter als steuerpflichtige Einnahmen betrachtet werden),
- bereits bestehenden Joint Ventures, bei denen es sich nicht um staatlich konzessionierte Krankenhauseinrichtungen handelt und die weder den Namen „Ascension“ noch dessen Logo verwenden, und deren maßgebliche Dokumente nicht die Absicht erkennen lassen, finanzielle Unterstützungen zu gewähren oder Ascensions Dienstvorschriften oder Direktiven in Bezug auf die Gewährung finanzieller Unterstützungen bzw. Ascensions Richtlinien zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung als relevant zu betrachten,
- Organisationen, die primär Bildungs- oder Forschungszwecken dienen.

Ascension bestimmt, dass zusätzlich zu den Gesundheitseinrichtungen, die gesetzlich dem 501(r) unterliegen, auch seine anderen Einrichtungen, die nicht gesetzlich zur Einhaltung des 501(r) verpflichtet sind (z. B. Seniorenheime von Ascension Senior Living), dieser Vorschrift gemäß zu handeln haben, mit Ausnahme lediglich einiger rein technischer Regeln des 501(r). Jene anderen Einrichtungen, die von Ascension als dem 501(r) nicht unterliegend identifiziert wurden, können sowohl mit der Rechts- wie der Steuerabteilung von Ascension zusammenarbeiten, um die in ihrem Fall geltenden Ausnahmen vom 501(r) zu bestimmen.

Ergänzend zu dieser Dienstvorschrift erlässt das Board of Directors or Trustees jeder einzelnen Gesundheitseinrichtung eine Richtlinie zur Rechnungslegung und Forderungsdurchsetzung (Billing and Collection Policy, „BCP“), deren Mustertext als **Anhang A** dieser Dienstvorschrift angehängt ist. Die Regionalverbände sind vorbehaltlich anderer Bestimmungen dieser Dienstvorschrift befugt, bestimmte Aspekte der BCP anzupassen (z. B. um dem Recht des jeweiligen Bundesstaates Rechnung zu tragen). Es wird erwartet, dass jeder Regionalverband eine einzige BCP beschließt und dass alle Gesundheitseinrichtungen innerhalb eines Regionalverbands diese BCP annehmen und respektieren. Insofern darf ein Regionalverband nur dann mehr als eine BCP haben, wenn sich dieser Regionalverband über mehrere Bundesstaaten erstreckt und diese verschiedenen Staaten dem Regionalverband unterschiedliche, für die BCP relevante gesetzliche Vorgaben machen. Nachdem ein Regionalverband die nötigen Konkretisierungen und Anpassungen der Muster-BCP vorgenommen hat, und bevor das Ergebnis allgemein verfügbar gemacht wird, sind die kursiv gesetzten Hilfestellungen und Fußnoten der Muster-BCP zu entfernen. Die BCP eines Regionalverbands muss vom Board oder sonstigen Führungsgremium jedes einzelnen Krankenhauses und jeder anderen zum betreffenden Regionalverband gehörenden Gesundheitseinrichtung ratifiziert (und also per Beschluss angenommen) werden. Keine Richtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung sollte später als bis 30. Juni 2020 in Kraft treten. Jeder Regionalverband hat zudem sicherzustellen, dass sämtliche seiner Krankenhauseinrichtungen die BCP gemäß dieser Dienstvorschrift allgemein verfügbar machen.

A. Weitere Regelungen und Ausnahmen

Da jeder Regionalverbund sowie seine Krankenhauseinrichtungen und sonstigen Organisationen die als **Anhang A** angehängte BCP annehmen und implementieren müssen, gelten zusätzlich die folgenden Verwaltungsvorschriften.

- Die nachfolgend definierten Begrenzungen hinsichtlich der Durchsetzung von Forderungen gelten nicht, sofern die in Rechnung gestellte Behandlung keine Notfallbehandlung oder andere medizinisch notwendige Behandlung im Sinne der Ascension-Dienstvorschrift Nr. 600 und der Richtlinie zu Finanziellen Unterstützungen (Financial Assistance Policy, „FAP“) war:
 - Pfandrecht an privaten Wohnimmobilien ist nur bei Vorliegen folgender Umstände erlaubt:
 - Patient oder Patientin (im Sinne der BCP) erfüllen weder die Voraussetzungen für eine vollkommen kostenlose Wohltätigkeitsbehandlung noch für den Erhalt finanzieller Unterstützungen, außerdem halten Patient bzw. Patientin Zahlungsvereinbarungen nicht ein, die zwischen der Organisation (im Sinne der BCP) und Patient/in vereinbart worden waren.
 - Das Pfandrecht führt nicht zur Zwangsversteigerung einer privaten Wohnimmobilie.
 - Das Betreiben der Pfandrechte durch ein Inkassobüro oder andere in Vertretung der Organisation Agierende ist vom Leitungsgremium dieser Organisation zuvor geprüft und genehmigt worden.
 - Lohn- und Gehaltspfändungen sind nur erlaubt, sofern
 - Patient oder Patientin weder die Voraussetzungen für eine vollkommen kostenlose Wohltätigkeitsbehandlung noch für den Erhalt finanzieller Unterstützungen gemäß der Richtlinie für Finanzunterstützungen der jeweiligen Organisation erfüllen, zudem muss ein Gericht bestätigt haben, dass die Höhe des Lohns bzw. Gehalts ausreiche, um einer Pfändung nicht entgegenzustehen.
 - das Betreiben einer Lohn- und Gehaltspfändung durch ein Inkassobüro oder andere in Vertretung der Organisation Agierende vom Leitungsgremium dieser Organisation zuvor geprüft und genehmigt worden sind.
 - Keine Organisation darf als Ergebnis ihrer Inkassoanstrengungen ein Konkursverfahren gegen einen Patienten oder eine Patientin erzwingen.
 - Keine Organisation, kein Inkassobüro und keine andere Person, die in Vertretung oder im Namen der Organisation agiert, darf irgendwelche Maßnahmen ergreifen, die zur Ausstellung eines Sitzungs- oder Hauptverhandlungshaftbefehls führen.
 - Keine Organisation darf Verzugszinsen berechnen. Verwaltungsgebühren aufgrund uneinlösbarer Checks sind möglich.
- Jeder Regionalverbund muss außerdem dafür sorgen, dass sich der Wortlaut aus **Anhang B** in allen mit Inkassobüros geschlossenen Vereinbarungen wiederfindet, damit alle von dem Regionalverbund beauftragten Inkassobüros auf die von

Ascension Health erlassenen Richtlinien und Arbeitsvorschriften zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung bei Patientinnen und Patienten in finanzieller Notlage aufmerksam gemacht werden, einschließlich des wertebasierten Umgangs mit Patientinnen, Patienten und Familienangehörigen. Wird ein Inkassobüro im Namen des Regionalverbands von einer Drittpartei beauftragt, wird diese Drittpartei vom Regionalverband verpflichtet, die Übernahme des Wortlauts aus **Anhang B** in die entsprechenden Vereinbarungen mit Inkassobüros sicherzustellen.

- Die BCP sollte von jeder einzelnen Organisation angenommen werden, wie oben erläutert.
- Wesentliche Abweichungen von der mit **Anhang A** bereitgestellten Muster-BCP bedürfen der Genehmigung seitens des Ascension Senior Vice President bzw. Chief Revenue Officer.
- Die Organisation darf Forderungen generell nicht mittels außergewöhnlicher Inkassovorgänge (Extraordinary Collection Actions, ECAs, im Sinne von **Anhang A**) durchsetzen. Die Organisation darf ECAs jedoch unter besonderen Umständen nutzen, etwa sofern es um unbezahlte Rechnungen für andere Wahlleistungen als Notfall- oder andere medizinisch notwendige Leistungen geht, wenn ein Patient oder eine Patientin die fällige Zahlung trotz beachtlicher Mittel (z. B. eines hohen Vermögens) verweigert, oder wenn die Organisation glaubt, die Zahlungsverweigerung bedeute einen vorsätzlichen Missbrauch der Bestimmungen seiner FAP oder dieser Dienstvorschrift. Unter diesen besonderen Umständen darf die Organisation eine oder mehrere ECAs vorantreiben, vorbehaltlich der Bestimmungen und Begrenzungen dieser Dienstvorschrift zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung. Die Organisation darf ECAs dann nicht anstrengen, wenn Patient oder Patientin wegen Anrechts auf eine nur teilweise finanzielle Unterstützungen gemäß der FAP der jeweiligen Organisation in Zahlungsverzug sind, oder wenn sie zwar Anrecht auf volle finanzielle Unterstützungen gemäß dem FAP haben, sich der Zahlungsverzug aber auf Zuzahlungen bezieht. Das Revenue Cycle Department kann in Bezug auf den jeweils konkreten Fall abschließend feststellen, dass die Organisation alle zumutbaren Anstrengungen zur Prüfung eines Anspruchs auf finanzielle Unterstützungen unternommen hat und dass außergewöhnliche Umstände vorliegen, sodass die Organisation ECAs vorantreiben darf.
- Erstattet werden sollte jener Betrag, den eine Patientin oder ein Patient für die Versorgung bezahlt hat, sofern dieser über den Betrag hinausgeht, für den die Patientin/der Patient gemäß FAP persönlich verantwortlich ist, es sei denn, dieser überschüssige Betrag beträgt weniger als 5,00 USD. Ein FAP darf keine finanziellen Unterstützungen (bzw. Erstattungen) vorsehen
 - für beglichene Beträge, sofern der FAP-Antrag später als 240 Tage nach dem Datum der ersten Entlassungsrechnung des Patienten bzw. der Patientin gestellt wurde,
 - für beglichene Beträge, sofern dem Patienten oder der Patientin die finanzielle Unterstützung aufgrund voraussichtlichen Scorings (statt eines genehmigten FAP-Antrags) zugesprochen worden war

B. Die allgemeine Verfügbarmachung der BCP

501(r) verlangt, dass jede Krankenhauseinrichtung ihre BCP „allgemein verfügbar“ macht. Zwecks Erfüllung dieser Anforderung des 501(r) sowie der entsprechenden IRS-Auslegungshilfen muss deshalb jede Gesundheitseinrichtung sicherstellen, dass jede ihr unterstehende Krankenhauseinrichtung

- ihre BCP auf ihrer Internetseite veröffentlicht; und
- Papierexemplare ihrer BCP zur allgemeinen Verfügung stellt, was bedeutet, dass solche Exemplare per E-Mail angefordert werden können und daraufhin kostenlos bereitgestellt werden müssen und sie zugleich in der Krankenhauseinrichtung öffentlich ausgehängt sein müssen (mindestens in der Notfallaufnahme und im Wartebereich).

Zudem muss jede Krankenhauseinrichtung ihre BCP außer in englischer Sprache auch für bestimmte Gruppen mit begrenzten Englischkenntnissen (Limited English Proficiency, „LEP“) zur Verfügung stellen – nämlich für all jene Gruppen mit, bezogen auf das Versorgungsgebiet der Krankenhauseinrichtung, mehr als 1000 LEP-Personen oder einem LEP-Bevölkerungsanteil von mehr als 5 %. Die Krankenhauseinrichtung kann den Prozentsatz bzw. die Zahl der LEP-Personen in ihrem Versorgungsgebiet mittels der Methode ihrer Wahl sicherstellen, solange diese Methode angemessen ist und nicht vollkommen von dem abweicht, was sie im Rahmen ihres geltenden Community Health Needs Assessment praktiziert.

Zur Klarstellung: Diese Dienstvorschrift Nr. 601 ist nicht dazu bestimmt, in Gänze auf der Internetseite der Gesundheitseinrichtung oder anderweitig veröffentlicht zu werden.

C. Einhaltung der Gesetze der Bundesstaaten

Manche Bundesstaaten haben in Bezug die Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung seitens Krankenhauseinrichtungen eigene gesetzliche Vorgaben beschlossen, die jene Einrichtungen, sofern sie in dem betreffenden Bundesstaat gelegen sind, somit zusätzlich zum 501(r) zu beachten haben. Sollten der 501(r) oder Teile dieser Dienstvorschrift in Konflikt mit dem Recht des jeweiligen Bundesstaates stehen oder damit unvereinbar sein, muss die Krankenhauseinrichtung ihre höherrangigen Pflichten nach 501(r) bzw. dem Recht des Bundesstaates erfüllen, solange dadurch auch die Verpflichtungen aus den jeweils niederrangigeren Regelwerken erfüllt werden. In dem Maße, in dem das Recht des Bundesstaates Anforderungen definiert, die über jene dieser Dienstvorschrift und des 501(r) hinausgehen, muss die Krankenhauseinrichtung beide Gruppen von Verpflichtungen gleichermaßen erfüllen. Jede Krankenhauseinrichtung sollte sicherstellen, dass ihre BCP und entsprechende Umsetzungsrichtlinien den Wortlaut der entsprechenden, weitergehenden gesetzlichen Anforderungen des Bundesstaates berücksichtigen.

Verweis auf sonstige Richtlinien und Verfahren:

Ascension Verwaltungsrichtlinie Nr. 600 – Finanzielle Unterstützung für Bedürftige

Anhänge:

Anhang A – Musterrichtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung (Billing and Collection Policy, BCP)

Anhang B – Muster-Addendum zu Verträgen mit Inkassobüros



Datum des Inkrafttretens: 01/12/2016

Genehmigt: Elizabeth C Foshage

Überarbeitungsdatum: 01.06.2023

Name: Elizabeth Foshage

Financial Officer

Titel: Executive Vice President und Chief

Genehmigt: Thomas Vanosdol

Name: Thomas Vanosdol

Titel: Executive Vice President of Mission Integration

Genehmigung durch Ascensions Legal Services: Datum: 01.06.2023

Ascension Seton

RICHTLINIE ZU RECHNUNGSSTELLUNG UND FORDERUNGSDURCHSETZUNG

1. Juli 2023

RICHTLINIEN/PRINZIPIEN

Gemäß der Richtlinie von Ascension Seton (die „Organisation“) ist die Organisation bestrebt, eine sozial gerechte Praxis für die Bereitstellung von Notfall- oder medizinisch notwendiger Versorgung in der Organisation gemäß ihrer Richtlinie für finanzielle Unterstützung (FAP, Financial Assistance Policy) sicherzustellen. Diese Richtlinie zu Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung regelt die Abrechnungs- und Inkassopraktiken in Bezug auf Patientinnen und Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation versorgt werden.

Alle Rechnungsstellungs- und Inkassopraktiken spiegeln unser Engagement für die individuelle Menschenwürde und das Gemeinwohl, unser besonderes Interesse und unsere Solidarität mit Menschen, die in Armut leben, und anderen schutzbedürftigen Personen sowie unser Engagement für Verteilungsgerechtigkeit und Soziale Verantwortung wider. Die Beschäftigten und Vertretenden der Organisation sind verpflichtet, in Übereinstimmung mit den Vorschriften und Werten einer von der katholischen Kirche getragenen Institution zu handeln und Patientinnen und Patienten sowie deren Familienangehörige in einer Weise zu behandeln, die deren Würde anerkennt und ihnen Respekt und Mitgefühl entgegenbringt.

Diese Richtlinie für Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung gilt für alle Notfall- und anderen medizinisch notwendigen Dienstleistungen, die von der Organisation erbracht werden, einschließlich ärztlicher Versorgung sowie verhaltensgesundheitlicher Versorgung. Diese Richtlinie für Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung gilt nicht für Zahlungsvereinbarungen für Versorgungsleistungen, die keine „Notfall“- und sonstige „medizinisch notwendige Versorgung“ sind (entsprechend der Definition dieser Bestimmungen in der FAP der Organisation).

DEFINITIONEN

1. „**501(r)**“ bezeichnet Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und die darin enthaltenen Vorschriften.
2. „**Außerordentliche Inkassovorgänge**“ oder „**ECAs**“ bezeichnet eine der folgenden Inkassovorgänge, die den Beschränkungen gemäß 501(r) unterliegen:
 - a. Verkaufen der Schulden eines Patienten an eine andere Partei, es sei denn, der Käufer unterliegt bestimmten Einschränkungen wie unten beschrieben.
 - b. Weiterleitung nachteiliger Informationen über den Patienten an Verbraucherkreditauskunfteien oder Kreditbüros.
 - c. Aufschieben, Ablehnen oder Anfordern einer Zahlung, bevor eine medizinisch notwendige Versorgung erbracht wird, weil ein Patient eine oder mehrere Rechnungen für zuvor erbrachte Leistungen, die unter das FAP fallen, nicht bezahlt hat.

- d. Klagen, die ein Rechts- oder Gerichtsverfahren erfordern, mit Ausnahme von Ansprüchen, die in einem Konkurs- oder Personenschadenverfahren erhoben werden. Zu diesen Maßnahmen gehören unter anderem:
 - i. Belastung des Grundstück des Patienten mit einem Pfandrecht,
 - ii. Zwangsverwertung des Grundstücks eines Patienten,
 - iii. Belastung oder anderweitige Pfändung oder Beschlagnahme des Bankkontos eines Patienten oder anderes persönliches Eigentum desselben,
 - iv. Einleitung einer Zivilklage gegen einen Patienten, und
 - v. die Beschlagnahme des Lohns eines Patienten.

Ein ECA beinhaltet keinen der folgenden Punkte (auch wenn die Kriterien für einen ECA wie oben beschrieben ansonsten generell erfüllt sind):

- a. den Verkauf der Geldschuld eines Patienten, wenn vor dem Verkauf eine rechtsverbindliche schriftliche Vereinbarung mit dem Käufer der Geldschuld besteht, wonach
 - i. es dem Käufer untersagt ist, sich an ECAs zu beteiligen, um eine Zahlung für die ärztliche Behandlung zu erhalten;
 - ii. es dem Käufer untersagt ist, Zinsen auf die Schuld zu erheben, die über den zum Zeitpunkt des Verkaufs der Schuld geltenden Zinssatz gemäß 6621(a)(2) des Internal Revenue Code hinausgehen (oder einen anderen Zinssatz, der durch Mitteilung oder andere im Internal Revenue Bulletin veröffentlichte Leitlinien festgelegt ist);
 - iii. die Schuld an die Organisation zurückzuzahlen ist oder von ihr zurückgefordert werden kann, wenn die Organisation oder der Käufer feststellt, dass der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat; und
 - iv. der Käufer verpflichtet ist, die in der Vereinbarung festgelegten Verfahren einzuhalten, die sicherstellen, dass der Patient dem Käufer und der Organisation nicht mehr zahlt oder zahlen muss, als den Betrag, für dessen Zahlung er persönlich gemäß der FAP verantwortlich ist, wenn der Patient als anspruchsberechtigt für finanzielle Unterstützung erachtet und die Schuld nicht an die Organisation zurückgegeben oder von ihr zurückgefordert wird;
 - b. jedes Pfandrecht, das die Organisation nach nationalem Recht an den Erträgen aus einem Urteil, einem Vergleich oder einem Kompromiss geltend machen kann, die einem Patienten infolge von Personenschäden geschuldet werden, für die die Organisation Pflege geleistet hat; oder
 - c. die Einreichung einer Forderung in einem Konkursverfahren.
3. „FAP“ bezeichnet die Finanzhilfepolitik der Organisation, die eine Politik der finanziellen Unterstützung für berechtigte Patientinnen oder Patienten zur Förderung der Mission der Organisation und von Ascension Health und in Übereinstimmung mit 501(r) darstellt.
 4. „FAP-Antrag“ bezeichnet den Antrag auf finanzielle Unterstützung.
 5. „Finanzielle Unterstützung“ bezeichnet die Unterstützung, die die Organisation einem Patienten gemäß dem FAP der Organisation gewähren kann.

6. „**Organisation**“ bezeichnet Ascension Seton. Um zusätzliche Informationen anzufordern, Fragen oder Kommentare oder eine Beschwerde einzureichen, können Sie sich an die unten aufgeführte Stelle wenden oder an die Stelle, die in jeder entsprechenden Mitteilung oder Korrespondenz, die Sie von der Organisation erhalten, aufgeführt ist:

Ascension Seton
P.O. Box 204301
Dallas TX, 75320-4301, USA

7. „**Patient**“ bezeichnet eine Person, die von der Organisation und jeder anderen Person, die für diese Versorgung finanziell verantwortlich ist (einschließlich Familienmitgliedern und Erziehungsberechtigten), versorgt wird (oder die Versorgung erhalten hat).

RECHNUNGSSTELLUNG UND FORDERUNGSDURCHSETZUNG

Die Organisation verfügt über ein geordnetes Verfahren zur regelmäßigen Ausstellung von Rechnungen an Patientinnen und Patienten für erbrachte Leistungen sowie zur Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Bleibt ein Patient oder eine Patientin die Zahlung für von der Organisation erbrachte Dienstleistungen schuldig, kann die Organisation Maßnahmen ergreifen, die darauf zielen, die ausstehende Zahlung zu erhalten, etwa indem sie versucht, per Telefon, Post, E-Mail oder persönlich Kontakt aufzunehmen und ihr Anliegen zu kommunizieren. Die Organisation strengt außergewöhnliche Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, „EPAs“) nur in Ausnahmefällen an. Um sicherzustellen, dass sie den tatsächlich bedürftigen Patientinnen und Patienten auch weiterhin die ihnen nach der Richtlinie zu Finanziellen Unterstützungen (Financial Assistance Policy, „FAP“) gebührenden Mittel bereitstellen kann, darf die Organisation ECAs jedoch unter besonderen Umständen nutzen, etwa sofern es um unbezahlte Rechnungen für andere Wahlleistungen als Notfall- oder andere medizinisch notwendige Leistungen geht, wenn ein Patient oder eine Patientin die fällige Zahlung trotz beachtlicher Mittel (z. B. eines hohen Vermögens) verweigert, oder wenn die Organisation glaubt, die Zahlungsverweigerung bedeute einen vorsätzlichen Missbrauch der Bestimmungen seiner FAP oder dieser Dienstvorschrift. Unter diesen besonderen Umständen darf die Organisation eine oder mehrere ECAs vorantreiben, vorbehaltlich der Bestimmungen und Begrenzungen dieser Dienstvorschrift zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung. Die Organisation darf ECAs dann nicht anstrengen, wenn Patient oder Patientin wegen Anrechts auf eine nur teilweise finanzielle Unterstützungen gemäß der FAP der jeweiligen Organisation in Zahlungsverzug sind, oder wenn er oder sie zwar Anrecht auf volle finanzielle Unterstützungen gemäß dem FAP hat, sich der Zahlungsverzug aber auf Zuzahlungen bezieht. Der Ascension Senior Vice President bzw. Chief Revenue Officer kann in Bezug auf den jeweils konkreten Fall abschließend feststellen, dass die Organisation alle zumutbaren Anstrengungen zur Prüfung der Voraussetzung für finanzielle Unterstützungen unternommen hat und dass außergewöhnliche Umstände vorliegen, sodass die Organisation ECAs in diesem Fall vorantreiben darf.

Gemäß 501(r) legt diese Abrechnungs- und Inkassorichtlinie fest, was unter den angemessenen Anstrengungen zu verstehen sei, die die Organisation vor Einleitung außerordentlicher Inkassomaßnahme oder eines ECA unternehmen müsse, um festzustellen, ob ein Patient bzw. eine Patientin gemäß ihrer FAP Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Wurde abschließend

festgestellt, dass außergewöhnliche Umstände vorliegen und der Patient bzw. die Patientin keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung nach dem FAP hat, darf die Organisation eine oder mehrere ECAs vorantreiben, wie hierin beschrieben.

1. FAP-Antragsbearbeitung. Mit Ausnahme der nachstehend aufgeführten Fälle kann eine Patientin/ein Patient jederzeit hinsichtlich der von der Organisation erhaltenen Notfall- und sonstigen medizinisch erforderlichen Versorgung einen FAP-Antrag stellen. Die Entscheidung über einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird auf der Grundlage der folgenden allgemeinen Kategorien getroffen.
 - a. Vollständige FAP-Anträge. Im Falle einer Patientin / eines Patienten, die/der einen vollständigen FAP-Antrag einreicht, setzt die Organisation zeitnah alle ECAs zur Eintreibung der Forderungen für die Versorgung aus, prüft den Anspruch auf Unterstützung und teilt das Ergebnis schriftlich mit, wie unten beschrieben.
 - b. Feststellung des mutmaßlichen Anspruchs. Wird angenommen, dass eine Patientin/ein Patient zu weniger als der maximal verfügbaren Unterstützung im Rahmen des FAP berechtigt ist, informiert die Organisation die Patientin bzw. den Patienten über die Grundlage für die Entscheidung und räumt der Patientin bzw. dem Patienten eine angemessene Frist ein, um eine großzügigere Unterstützung zu beantragen.
 - c. Benachrichtigung und Verfahren bei nicht erfolgter Antragstellung. Sofern kein vollständiger FAP-Antrag eingereicht wird oder die Berechtigung nach den mutmaßlichen Berechtigungskriterien des FAP bestimmt wird, verzichtet die Organisation für mindestens 120 Tage ab dem Datum, an dem die erste Abrechnung für die Pflege nach der Entlassung an den Patienten gesendet wird, auf die Initiierung von ECAs. Im Falle mehrerer Behandlungszeiträume können diese Benachrichtigungserfordernisse zusammengefasst werden, wobei die Zeiträume auf der Grundlage des letzten in der Zusammenfassung enthaltenen Falles berechnet werden. Vor Einleitung eines (1) oder mehrerer ECA(s) zur Eintreibung offener Behandlungsrechnungen von Patientinnen und Patienten, die keinen FAP-Antrag gestellt haben, und vor einer abschließenden Feststellung des Vorliegens außergewöhnlicher Umstände, muss die Organisation die folgenden Maßnahmen ergreifen:
 - i. Dem Patienten eine schriftliche Mitteilung zukommen zu lassen, aus der hervorgeht, dass für anspruchsberechtigte Patienten finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht, die ECA(s) zu nennen sind, die für die Zahlung der Pflegekosten herangezogen werden sollen, und eine Frist anzugeben, nach der diese ECA(s) eingeleitet werden können, die nicht vor Ablauf einer Frist von 30 Tagen nach dem Datum der schriftlichen Mitteilung liegt;
 - ii. dem Patienten die Klartext-Zusammenfassung des FAP zur Verfügung stellen; und
 - iii. angemessene Anstrengungen unternehmen, um den Patienten mündlich über das FAP und den FAP-Antragsprozess zu informieren.
 - d. Unvollständige FAP-Anträge. Im Falle einer Patientin bzw. eines Patienten, die bzw. der einen unvollständigen FAP-Antrag einreicht, informiert die Organisation die Patientin bzw. den Patienten schriftlich darüber, wie der FAP-Antrag auszufüllen ist und räumt der Patientin bzw. dem Patienten hierfür eine Frist von dreißig (30) Kalendertagen ein. Alle anhängigen ECAs werden während dieser Zeit ausgesetzt und die schriftliche Mitteilung

muss (i) die zusätzlichen Informationen und/oder Unterlagen beschreiben, die nach dem FAP oder dem FAP-Antrag erforderlich sind, um den Antrag zu vervollständigen, und (ii) geeignete Kontaktinformationen enthalten.

2. Beschränkungen bei Aufschub oder Verweigerung von Versorgung. In einer Situation, in der die Organisation beabsichtigt, die medizinisch notwendige Versorgung, wie in der FAP definiert, wegen der Nichtzahlung einer oder mehrerer Rechnungen für zuvor erbrachte, unter die FAP fallende Leistungen durch die Patientin bzw. den Patienten zu verschieben oder zu verweigern oder eine Vorauszahlung zu verlangen, erhält die Patientin/der Patient einen FAP-Antrag und eine schriftliche Mitteilung, dass finanzielle Unterstützung für berechnete Patienten verfügbar ist.
3. Entscheidungsbenachrichtigung.
 - a. Entscheidungen. Sobald ein ausgefüllter FAP-Antrag in der Akte eines Patienten eingegangen ist, wertet die Organisation den FAP-Antrag aus, um die Berechtigung zu bestimmen und den Patienten innerhalb von fünfundvierzig (45) Kalendertagen schriftlich über die endgültige Entscheidung zu informieren. Die Benachrichtigung beinhaltet eine Festlegung des Betrags, für den der Patient finanziell verantwortlich ist. Wird der Antrag auf Unterstützung im Rahmen der FAP abgelehnt, wird eine Mitteilung mit Angabe der Gründe für die Ablehnung und Anweisungen zum Widerspruch oder für eine Überprüfung versandt.
 - b. Rückerstattungen. Die Organisation erstattet den Betrag, den ein Patient/eine Patientin für die Pflege bezahlt hat, der über den Betrag hinausgeht, für den der Patient/die Patientin gemäß FAP persönlich verantwortlich ist, es sei denn, dieser überschüssige Betrag beträgt weniger als 5,00 \$.
 - c. Stornierung von ECA(s). In dem Maße, in dem festgestellt wird, dass ein Patient nach dem FAP Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wird die Organisation alle angemessenen Maßnahmen ergreifen, um einen gegen den Patienten gerichteten ECA rückgängig zu machen, der zwecks Erhalt einer Zahlung für erfolgte Behandlung angestrengt worden war. Solche angemessen verfügbaren Maßnahmen umfassen im Allgemeinen u.a. Maßnahmen zur Aufhebung eines Urteils gegen die Patientin bzw. den Patienten, zur Aufhebung einer Abgabe oder eines Pfandrechts auf das Eigentum der Patientin bzw. des Patienten und zur Entfernung aller nachteiligen Informationen aus dem Kreditbericht des Patienten, die an eine Verbrauchermeldebehörde oder ein Kreditbüro gemeldet wurden.
4. Rechtsmittel. Die Patientin/der Patient kann gegen die Ablehnung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung Einspruch erheben, indem er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Verweigerung zusätzliche Informationen zur Verfügung stellt. Alle Anfechtungen werden von der Organisation zur endgültigen Entscheidung geprüft. Wenn die endgültige Entscheidung die vorherige Verweigerung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird die Patientin bzw. der Patient schriftlich benachrichtigt.

5. Inkasso. Nach Abschluss der oben genannten Verfahren (einschließlich der angemessenen Anstrengungen zur Feststellung des Anspruchs einer Patientin bzw. eines Patienten auf finanzielle Unterstützung nach der FAP) und nach Feststellung der Organisation, dass außergewöhnliche Umstände den Rückgriff auf ECAs rechtfertigen, kann die Organisation ECAs gegen nicht versicherte und unterversicherte säumige Patientinnen und Patienten anstrengen, und zwar gemäß den von der Organisation praktizierten Arbeitsvorschriften zur Erstellung, Verarbeitung und Überwachung von Patientenrechnungen und Zahlungsplänen. Vorbehaltlich der hierin genannten Einschränkungen kann die Organisation ein seriöses externes Inkassobüro oder einen anderen Dienstleister für die Bearbeitung von Forderungsausfällen einsetzen, welche ihrerseits die für Dritte geltenden Bestimmungen von 501(r) einhalten müssen.

ERGÄNZUNG ZU INKASSOBÜROVERTRÄGEN

[Insert name of Health Ministry]¹ („Gesundheitseinrichtung“) und [Insert name of Collection Agency] („Inkassobüro“) vereinbaren zur gegenseitigen Berücksichtigung, die hiermit bescheinigt wird, mit Wirkung ab dem _____ Tag des Monats _____ des Jahres 20__, den vorliegenden Inkassovertrag der Parteien wie folgt zu ergänzen:

1. Die Gesundheitseinrichtung und ihre Tochterorganisationen haben eine Richtlinie und Verfahren (zusammen die „Richtlinie“) verabschiedet, um die Bestimmungen von Abschnitt 501 (r) des Internal Revenue Code und die darin veröffentlichten Vorschriften (zusammen „501 (r)“) einzuhalten, und weiterhin sozial gerechte Abrechnungs- und Inkassopraktiken für alle Patienten der Gesundheitseinrichtung sicherzustellen.
2. Das Inkassobüro bestätigt, dass es die Richtlinie erhalten, geprüft und verstanden hat.
3. Vorbehaltlich des Absatzes 4 dieser Ergänzung verpflichtet sich das Inkassobüro, die Richtlinie bei der Durchführung seiner Aktivitäten im Zusammenhang mit der Eintreibung von Forderungen, die Patienten der Gesundheitseinrichtung betrifft, einzuhalten. Zu diesen Aktivitäten gehören u. a.:
 - a. Alle Mitteilungen an Patienten der Gesundheitseinrichtung oder Personen, die finanziell verantwortlich sind und an das Inkassobüro übergeben werden, um die der Gesundheitseinrichtung geschuldeten Beträge einzutreiben, und
 - b. alle Gerichtsverfahren oder sonstigen Inkassomaßnahmen jeglicher Art gegen eine Patientin/einen Patienten der Gesundheitseinrichtung oder eine finanziell verantwortliche Person, die an das Inkassobüro übergeben wurden, um der Gesundheitseinrichtung geschuldete Beträge einzutreiben.
4. Das Inkassobüro erklärt sich damit einverstanden, jederzeit in Übereinstimmung mit Abschnitt 501(r) zu handeln und nicht ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Gesundheitseinrichtung von den in der Richtlinie festgelegten Standards und Anforderungen abzuweichen.

[GESUNDHEITSEINRICHTUNG]

Von: _____

Name:

Funktion:

[INKASSOBÜRO]

Von: _____

Name:

Funktion:

¹ Im Falle der Beauftragung des Inkassobüros durch eine dritte Partei ist das Addendum so zu überarbeiten, dass es die Drittpartei gemeinsam mit dem Inkassobüro umsetzen kann.