

<b>Leistungsbereich:</b> Corporate Business Services (Unternehmensdienstleistungen)	<b>YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM RICHTLINIEN UND VERFAHREN</b>
<b>Titel:</b> Richtlinie zu Zahlungshilfeprogrammen	
<b>Genehmigungsdatum:</b> 20.09.2013	<b>Genehmigt von:</b> YNHHS-Kuratorium
<b>Gültig ab:</b> 20.09.2013 01.01.2017 Lawrence + Memorial Hospital und Westerly Hospital	<b>Überprüft/überarbeitet am:</b> 21.01.2015, 30.09.2016, 16.12.2016, 01.06.2017, 15.07.2018, 15.06.2020, 27.01.2021
<b>Verteilung:</b> MCN-Programmverantwortlicher	<b>Richtlinientyp (I oder II):</b> Typ I
<b>Ersetzt:</b> Zahlungshilfeprogramme für Krankenhausleistungen des Yale New Haven Hospital (NC:F-4) Zahlungshilfeprogramme für Krankenhausleistungen des Bridgeport Hospital (9-13) Überblick über Zahlungshilfeprogramme für Krankenhausleistungen des Greenwich Hospital Richtlinie für die Unterstützung Hilfsbedürftiger, finanzielle Unterstützung und sonstige Mittelvergabe des Lawrence + Memorial Hospital und Westerly Hospital	

## ZWECK

Yale New Haven Health („Yale New Haven Health“ oder „YNHHS“) setzt sich für die medizinisch notwendige Versorgung ein, indem anspruchsberechtigten bedürftigen Personen finanzielle Unterstützung angeboten wird. Zweck dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung:

1. Erläutern, welche finanzielle Unterstützung im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms verfügbar ist
2. Beschreiben, wer Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat und wie diese beantragt werden kann
3. Beschreiben, wie Kosten für Patienten für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen für anspruchsberechtigte Patienten hinsichtlich des Zahlungshilfeprogramms berechnet werden
4. Angeben, welche Anbieter vom Zahlungshilfeprogramm abgedeckt sind und welche nicht
5. Beschreiben der Schritte, die YNHHS-Krankenhäuser unternehmen, um das Zahlungshilfeprogramm in den von YNHHS betreuten Gemeinden umfassend bekannt zu machen
6. Erläutern, welche Inkassomaßnahmen ergriffen werden können, wenn die Rechnungen von Yale New Haven Health nicht beglichen werden

## GELTUNGSBEREICH

Diese Richtlinie gilt für jedes lizenzierte Krankenhaus, das mit YNHHS verbunden ist, einschließlich Bridgeport Hospital („BH“), Greenwich Hospital („GH“), Lawrence + Memorial Hospital („LMH“), Yale New Haven Hospital („YNHH“) und Westerly Hospital („WH“) (jeweils „Krankenhaus“ genannt). Darüber hinaus werden die Zahlungshilfeprogramme von folgenden Einrichtungen angewendet: Northeast Medical Group, Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut und Home Care Plus.

## RICHTLINIE

**1. Verantwortliche Person.** Der YNHHS Senior Vice President (Finance) oder sein Beauftragter überwachen das YNHHS-Zahlungshilfeprogramm.

### 2. Umfang und Liste der Gesundheitsdienstleister

**A. Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung.** Das Zahlungshilfeprogramm gilt für Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen, einschließlich stationärer und ambulanter Leistungen, die von einem Krankenhaus in Rechnung gestellt werden. Das Zahlungshilfeprogramm schließt Folgendes aus: (a) Einzelzimmer oder privates Pflegefachpersonal; (b) Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, beispielsweise Wahlleistungen aus der Schönheitschirurgie; (c) andere selbst wählbare Gebühren wie Fernseh- oder Telefongebühren; (d) sonstige Rabatte oder Gebührenermäßigungen, die in dieser Richtlinie nicht ausdrücklich beschrieben sind.

**B. Liste der Gesundheitsdienstleister.** Eine Liste der Gesundheitsdienstleister, die in einem Krankenhaus Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen erbringen, finden Sie hier: [https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh\\_fap\\_policy\\_list\\_2017.pdf](https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf)

Die Liste gibt an, ob der Leistungsanbieter vom Zahlungshilfeprogramm abgedeckt ist. Wenn der Leistungsanbieter von diesem Zahlungshilfeprogramm nicht abgedeckt ist, sollten sich Patienten an das Büro des Anbieters wenden, um festzustellen, ob der Anbieter eine andere finanzielle Unterstützung anbietet und, falls ja, welche Kosten gemäß den Richtlinien zur finanziellen Unterstützung des Anbieters abgedeckt sind.

**C. Einhaltung von EMTALA.** Krankenhäuser sind verpflichtet, das EMTALA-Gesetz (Emergency Medical Treatment and Active Labour Act) gemäß ihren Richtlinien einzuhalten. Zudem ist es ihnen untersagt, Maßnahmen durchzuführen, die eine Person davon abhalten, eine medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen. Das vorliegende Zahlungshilfeprogramm schränkt die Verpflichtungen eines Krankenhauses gemäß EMTALA zur Behandlung von Patienten in medizinischen Notfällen in keiner Weise ein.

### 3. Zahlungshilfeprogramm

Finanzielle Unterstützung steht Personen mit Wohnsitz in den USA zur Verfügung, die den erforderlichen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und die nachstehend beschriebenen zusätzlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Alle Patienten sollten ermutigt werden, jede verfügbare Quelle für finanzielle Unterstützung, einschließlich staatlicher und privater Hilfsprogramme, zu prüfen.

Entscheidungen über finanzielle Unterstützung werden von Fall zu Fall und rein auf der Grundlage des finanziellen Bedarfs getroffen. Alter, Geschlecht, Ethnie, Hautfarbe, nationale Herkunft, Familienstand, Sozial- oder Einwanderungsstatus, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, Religionszugehörigkeit, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder andere gesetzlich verbotene Unterscheidungsmerkmale wirken sich keinesfalls auf die Entscheidungen aus. Der Antrag auf finanzielle Unterstützung enthält die Dokumente, die zur Überprüfung der Anzahl der Familienmitglieder und des Familieneinkommens erforderlich sind. YNHHS oder ein Krankenhaus können nach eigenem Ermessen finanzielle Unterstützung außerhalb des Geltungsbereichs dieser Richtlinie genehmigen.

- A. Kostenlose Behandlung.** Wenn das jährliche Brutto-Familieneinkommen erwiesenermaßen maximal 250 % der Richtlinien für die staatliche Armutsgrenze beträgt (*siehe Anhang 1*), haben Sie möglicherweise Anspruch auf eine kostenlose Behandlung (100 % Rabatt auf die ausstehenden Zahlungen des Patienten).
- B. Ermäßigte Behandlung.** Wenn das jährliche Brutto-Familieneinkommen erwiesenermaßen zwischen 251 % und 550 % der Richtlinien für die staatliche Armutsgrenze beträgt, haben Sie möglicherweise Anspruch auf eine Ermäßigung nach einem Staffeltarif, wie in Anhang 1 dargestellt. Bei versicherten Patienten wird die Ermäßigung auf die ausstehenden Zahlungen des Patienten angewendet, die nach den Zahlungen seitens der Versicherung oder von Drittzahlern verbleiben.
- C. Sonstige finanzielle Mittel.** Möglicherweise haben Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung aus sonstigen finanziellen Mitteln, die an das Krankenhaus gespendet wurden, um Patienten medizinisch zu versorgen, die sich keine Behandlung im Krankenhaus leisten können. Die Anspruchsberechtigung wird von Fall zu Fall ermittelt und berücksichtigt Einschränkungen seitens der Spender und gegebenenfalls Vorschläge seitens der Mittelgeber. Alle Patienten, die den erforderlichen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen, kommen automatisch für diese Mittel in Betracht.
- D. Andere krankenhausspezifische Zahlungshilfeprogramme.**
  - (i) Programm „Me & My Baby“ des Yale New Haven Hospital.** Dieses Programm steht Patienten des Yale New Haven Hospital zur Verfügung. Es umfasst kostenlose vorgeburtliche Behandlungen und bestimmte nachgeburtliche Behandlungen. Sie sind möglicherweise anspruchsberechtigt, wenn Sie in New Haven County leben, keine Krankenversicherung haben und Ihr Familieneinkommen weniger als das Zweieinhalbfache der staatlichen Armutsgrenze beträgt. Weitere Informationen bzw. den Antrag erhalten Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im „Women’s Center“ des Yale New Haven Hospital oder unter der Telefonnummer **203-688-2481**.
  - (ii) Die Ambulanz des Greenwich Hospital** versorgt Patienten, die bei Medicare, Medicaid oder über Access Health CT angebotenen Versicherungen versichert sind und deren Familieneinkommen weniger als das Vierfache der Richtlinien für die staatliche Armutsgrenze beträgt. Darüber hinaus bietet die Klinik Personen, die keinen Versicherungsanspruch haben, in Greenwich wohnen und ein Familieneinkommen

von weniger als dem Vierfachen der staatlichen Armutsgrenze aufweisen, eine ermäßigte Behandlung. Weitere Informationen oder einen Antrag erhalten Sie unter der Rufnummer 203-863-3334.

- E. Bedürftigkeit im medizinischen Bereich.** Patienten, die die Kriterien nicht erfüllen, deren Arztrechnungen jedoch einen bestimmten Prozentsatz des Familieneinkommens oder -vermögens überschreiten, können ebenfalls für finanzielle Unterstützung in Frage kommen.

#### 4. Einschränkungen bei den Kosten

Wenn sich ein Patient gemäß dieser Richtlinie für eine ermäßigte, aber keine kostenfreie Behandlung qualifiziert, wird dem Patienten nicht mehr als der allgemeine Verrechnungssatz („AGB“) berechnet, den Personen mit einer Versicherung für diese Art der Behandlung bezahlen müssen.

- A. Berechnungsweise.** YNHHS berechnet den allgemeinen Verrechnungssatz für jedes Krankenhaus nach der „Rückblickmethode“ gemäß den staatlichen Steuervorschriften und basierend auf den Medicare-Einzelleistungsvergütungen, einschließlich der Kostenbeteiligungsbeträge für Medicare-Begünstigte und aller privaten Krankenversicherer, die Erstattungsanträge an jede Krankenhauseinrichtung für das vorangegangene Geschäftsjahr begleichen. YNHHS kann die prozentuale Ermäßigung für das jeweilige Krankenhaus anwenden oder den für YNHHS-Patienten günstigsten prozentualen Nachlass wählen. Ermäßigungen nach dem allgemeinen Verrechnungssatz sind in Anhang 1 aufgeführt.

#### 5. Antrag auf finanzielle Unterstützung

- A. Beantragung der Unterstützung.** Um eine finanzielle Unterstützung zu beantragen, müssen Sie den YNHHS-Antrag auf finanzielle Unterstützung („Antrag“) ausfüllen, sofern nachstehend nichts anderes angegeben ist. Anträge sind wie folgt erhältlich:

- (1) Online unter [www.vnhhs.org/financialassistance](http://www.vnhhs.org/financialassistance) und auf der Website jedes YNHHS-Krankenhauses.
- (2) Persönlich in jedem Patientenaufnahme- oder Anmeldebereich eines YNHHS-Krankenhauses. Hinweise und schriftliche Informationen zur finanziellen Unterstützung sind in den Notfallabteilungen und Patientenanmeldebereichen der jeweiligen Krankenhäuser erhältlich.
- (3) Per Post, indem Sie unter (855) 547-4584 anrufen und ein kostenloses Exemplar der Broschüre zu finanziellen Leistungen für Patienten anfordern.

- B. Antrag.** Der Antrag beschreibt (i) Zahlungshilfeprogramme und Anspruchsvoraussetzungen, (ii) die Dokumentationsanforderungen für die Feststellung des Anspruchs und (iii) die Kontaktdaten für die Unterstützung durch das Zahlungshilfeprogramm. Im Antrag wird auch erläutert, dass (i) das Krankenhaus jeden Antrag schriftlich beantwortet, (ii) Patienten jederzeit erneut finanzielle Unterstützung im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms beantragen können

und (iii) jedes Jahr zusätzliche Mittel für kostenlose Behandlungen zur Verfügung stehen. Krankenhäuser dürfen die finanzielle Unterstützung im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms nicht verweigern, wenn Informationen oder Dokumente nicht bereitgestellt wurden, die für das Zahlungshilfeprogramm oder den Antrag nicht als Teil des Antrags benötigt werden.

**C. Patienten mit Anspruch auf das Zahlungshilfeprogramm.** YNHHS-Krankenhäuser unternehmen angemessene Anstrengungen, um die Anspruchsberechtigung zu ermitteln und etwaige Feststellungen der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung in den entsprechenden Patientenakten zu dokumentieren. Sobald ein Krankenhaus feststellt, dass ein Patient für das Zahlungshilfeprogramm anspruchsberechtigt ist, ist es verpflichtet, die folgenden weiteren Schritte auszuführen:

- (i) Das Krankenhaus muss eine Rechnungsaufstellung bereitstellen, in der der Betrag angegeben ist, den die Person als anspruchsberechtigter Patient schuldig ist. Darin muss auch angegeben werden, wie der Betrag ermittelt wurde. Zudem ist die Angabe oder Beschreibung, wie die Person Informationen über die allgemeinen Verrechnungssätze für die Behandlung erhalten kann, verpflichtend.
- (ii) Das Krankenhaus muss der Person den für die Behandlung gezahlten Betrag zurückerstatten, der den Betrag übersteigt, für dessen Zahlung die anspruchsberechtigte Person persönlich verantwortlich ist, es sei denn, dieser Überschuss beträgt weniger als 5 USD oder einen anderen von der IRS festgelegten Betrag.
- (iii) Das Krankenhaus muss angemessene Maßnahmen ergreifen, um außerordentliche Inkassomaßnahmen rückgängig zu machen.

**D. Angenommene Anspruchsberechtigung.** YNHHS kann die Anspruchsberechtigung auf eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung im Rahmen dieser Richtlinie auf der Grundlage von Informationen über die Lebensumstände eines Patienten bestimmen, die aus anderen Quellen als von der Person stammen, die finanzielle Unterstützung beantragt, einschließlich der folgenden oder ähnlicher Quellen:

- (i) YNHHS verwendet im Namen jedes Krankenhauses ein externes Prüfinstrument zur Identifizierung von Personen mit ausstehendem Selbstzahleranteil, die keine finanzielle Unterstützung beantragt haben, deren Einkommen jedoch höchstens 250 % der staatlichen Armutsgrenze beträgt (*d. h.*, sie haben Anspruch auf kostenlose Behandlung). Wenn ein Patient durch diesen Prozess ermittelt wird, können ausstehende Krankenhausforderungen in eine kostenlose Behandlung umgewandelt werden.
- (ii) YNHHS ist mit der Yale University verbunden und fungiert als das akademische Gesundheitszentrum der Yale School of Medicine. Nicht versicherte Patienten, die in den von Studenten der Yale University betreuten Grundversorgungskliniken für Personen mit niedrigem Einkommen, einschließlich der Haven Free Clinic, behandelt werden, erhalten ohne weiteren Antrag auf finanzielle Unterstützung Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Behandlungen, sobald YNHHS eine für den Senior Vice President (Finance) akzeptable Bestätigung erhält, dass die Person Patient einer solchen Klinik ist.

- (iii) YNHHS kann anhand einer früheren Feststellung der Anspruchsberechtigung davon ausgehen, dass die Person gemäß dieser Richtlinie erneut Anspruch auf die Unterstützung Hilfsbedürftiger hat.

## **6. Verhältnis zu YNHHS-Inkassomaßnahmen**

Ein Krankenhaus (und jedes Inkassobüro bzw. jede andere Partei, dem bzw. der ein Krankenhaus Schulden überlassen hat) wird außerordentliche Inkassomaßnahmen („ECA“) frühestens 120 Tage nach Ausstellung der ersten Rechnungsstellung nach der Entlassung für die Behandlung und erst dann vornehmen, wenn vorab angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um festzustellen, ob ein Patient oder eine andere Person, die finanziell für ein Selbstzahlerkonto verantwortlich ist (verantwortliche Person(en)), Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms hat. Jede außerordentliche Inkassomaßnahme muss vom Senior Vice President (Finance) oder seinen Beauftragten genehmigt werden. Diese müssen vor der Genehmigung sicherstellen, dass die Anforderungen an den angemessenen Aufwand gemäß der vorliegenden Richtlinie zum Zahlungshilfeprogramm erfüllt wurden.

Das Krankenhaus befolgt seinen AIR-Abrechnungszyklus gemäß den internen betrieblichen Verfahrensweisen und Praktiken. Im Rahmen dieser Verfahrensweisen und Praktiken benachrichtigt das Krankenhaus die Patienten mindestens ab dem Datum der Behandlung und während des gesamten AIR-Abrechnungszyklus (oder während des gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraums, je nachdem, welcher Zeitraum länger ist) wie folgt über das Zahlungshilfeprogramm:

1. Allen Patienten wird im Rahmen des Entlassungs- oder Aufnahmeverfahrens eines Krankenhauses eine Zusammenfassung in einfacher Sprache und ein Antragsformular für die finanzielle Unterstützung im Rahmen der vorliegenden Richtlinie für das Zahlungshilfeprogramm angeboten.
2. Mindestens drei separate Erklärungen zum Inkasso bei Selbstzahlerkonten werden per Post oder E-Mail an die letzte bekannte Adresse des Patienten und aller anderen verantwortlichen Personen gesendet. Dabei wird jedoch vorausgesetzt, dass keine zusätzlichen Erklärungen gesendet werden müssen, nachdem eine verantwortliche Person einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen des Zahlungshilfeprogramm eingereicht hat oder die Forderungen vollständig bezahlt hat. Zwischen der ersten und der letzten der drei erforderlichen Zusendungen müssen mindestens 60 Tage vergangen sein. Die verantwortlichen Personen sind dazu verpflichtet, zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder bei einem Umzug eine korrekte Postanschrift zur Verfügung zu stellen. Wenn keine gültige Anschrift vorliegt, gelten die „angemessenen Anstrengungen“ für die Anspruchsfeststellung als erfüllt. Alle Forderungserklärungen für einzelne Patienten mit Selbstzahlerkonten umfassen unter anderem:
  - a. eine genaue Zusammenfassung der von der Erklärung abgedeckten Krankenhausleistungen;
  - b. die Kosten für diese Leistungen;

- c. den Betrag, der von den verantwortlichen Personen zu begleichen ist (oder, falls dieser Betrag nicht bekannt ist, eine nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommene Schätzung dieses Betrags zum Datum der ersten Abrechnung);  
  
und
  - d. eine deutliche schriftliche Mitteilung, mit der die verantwortlichen Personen über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung im Rahmen der Richtlinie für das Zahlungshilfeprogramm benachrichtigt und informiert werden, einschließlich der Telefonnummer der Abteilung und der direkten Website-Adresse, unter der die Dokumente erhältlich sind.
3. Mindestens eine der per Post oder E-Mail versendeten Erklärungen enthält eine schriftliche Mitteilung, in der die verantwortlichen Personen über die außerordentlichen Inkassomaßnahmen informiert werden, die ergriffen werden, wenn die verantwortlichen Personen keine finanzielle Unterstützung im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms beantragen oder den fälligen Betrag nicht bis zum Abrechnungsschluss bezahlen. Diese Erklärung muss den verantwortlichen Personen mindestens 30 Tage vor der in der Erklärung angegebenen Frist vorgelegt werden. Eine Zusammenfassung in einfacher Sprache wird dieser Erklärung beigefügt. Die verantwortlichen Personen sind dazu verpflichtet, zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder bei einem Umzug eine korrekte Postanschrift zur Verfügung zu stellen. Wenn keine gültige Anschrift vorliegt, gelten die „angemessenen Anstrengungen“ für die Anspruchsfeststellung als erfüllt.
  4. Falls die Forderungen weiterhin nicht bezahlt werden, wird vor der Einleitung von außerordentlichen Inkassomaßnahmen und während des Zeitraums, in dem die Erklärungen per Post oder E-Mail versendet werden, mindestens einmal versucht, unter der letzten bekannten Telefonnummer mündlichen telefonischen Kontakt mit den verantwortlichen Personen aufzunehmen. Bei allen Gesprächen werden der Patient oder die verantwortlichen Personen über die finanzielle Unterstützung informiert, die möglicherweise im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms verfügbar ist.
  5. Unter Einhaltung der Bestimmungen dieser Richtlinie kann ein YNHHS-Krankenhaus die in Anhang 2 dieser Richtlinie aufgeführten außerordentlichen Inkassomaßnahmen einleiten, um die Zahlung für die erbrachten medizinischen Leistungen zu erwirken.

## **7. Verfügbarkeit der Richtlinie**

Exemplare der Richtlinie zum Zahlungshilfeprogramm, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache und der Antrag auf finanzielle Unterstützung sind unter [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) zu finden.

Jedes Krankenhaus stellt auf Anfrage Exemplare der Richtlinie zum Zahlungshilfeprogramm, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache und den Antrag auf finanzielle Unterstützung kostenlos per Post oder in der Notaufnahme des Krankenhauses sowie an allen Anmeldestellen in Papierform in englischer Sprache und in der Hauptsprache jeder Bevölkerungsgruppe mit eingeschränkten

Englischkenntnissen bereit, die einen Anteil von entweder 1.000 Personen oder 5 % der im Krankenhaus versorgten Menschen ausmacht. Eine Liste der Sprachen finden Sie in Anhang 3.

Wenden Sie sich unter der gebührenfreien Telefonnummer (855) 547-4584 an den Bereich Corporate Business Services (Unternehmensdienstleistungen), um Informationen zur Anspruchsberechtigung oder zu den Programmen zu erhalten, die möglicherweise für Sie verfügbar sind, und fordern Sie ein Exemplar der vorliegenden Richtlinie, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache, ein Antragsformular auf finanzielle Unterstützung oder eine Richtlinie zum Thema Abrechnung und Inkasso auf dem Postweg an. Fordern Sie alternativ diese Dokumente in einer Übersetzung in eine andere Sprache als Englisch an. Darüber hinaus können Patienten bei der Patientenmeldung, in der Abteilung für finanzielle Beihilfen für Patienten und im Bereich Sozialarbeit/Fallmanagement um die Einleitung des Antragsverfahrens auf finanzielle Unterstützung bitten.

Weitere Bemühungen zur breiten Bekanntmachung des Zahlungshilfeprogramms umfassen die Veröffentlichung von Bekanntmachungen in Zeitungen mit allgemeiner Verbreitung, schriftliche Informationen über das Programm in Rechnungsaufstellungen, die Bekanntmachung des Programms in mündlichen Gesprächen mit Patienten über den fälligen Betrag sowie das Veranlassen von Tagen der offenen Tür und anderen Informationsveranstaltungen.

## **8. Einhaltung bundesstaatlicher Gesetze**

Jedes Krankenhaus muss die einschlägigen bundesstaatlichen Gesetze einhalten, einschließlich der allgemeinen Gesetze von Connecticut zu Inkassomaßnahmen seitens Krankenhäusern bei nicht versicherten Patienten, sowie die Vorschriften im Rahmen des *Statewide Standard for the Provision of Charity Care* von Rhode Island, die in Abschnitt 11.3 der Regeln und Vorschriften des Gesundheitsministeriums von Rhode Island in Bezug auf Krankenhausumrechnungen („RI-Bestimmungen“) festgelegt sind. Außerdem gelten die Vorschriften im Rahmen des *Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care* in Abschnitt 11.4 der RI-Bestimmungen.

### **VERWEISE**

Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code) 501 (c)(3)

Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code) 501(r)

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

RI-Bestimmungen 11.3 und 11.4

### **ZUGEHÖRIGE RICHTLINIEN**

Abrechnungs- und Inkassorichtlinie von YNHHS

YNHHS EMTALA-Richtlinie: Medizinische Untersuchung/Stabilisierung, Bereitschaft und Verlegung

Richtlinie des Yale New Haven Hospital – Verteilung der Mittel für kostenlose Behandlungen NC:F-2

Richtlinien und Verfahren für ambulante Patienten im Greenwich Hospital



## Anhang 1

### Staatliche Armutsleitlinien (Federal Poverty Guidelines, FPG) und Staffeltarif für finanzielle Unterstützung

FPG-Beträge werden regelmäßig vom United States Department of Health and Human Services (US-Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste) im Bundesregister aktualisiert. Die aktuellen FPG-Beträge finden Sie unter <http://aspeAhs.gov/poverty-guidelines>.

Stand 27. Januar 2021 lauteten die FPG-Beträge wie folgt. **Diese Beträge können sich ändern.** Patienten, die im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten in allen Yale New Haven Health Hospitals folgende Unterstützung:

	Name des Zahlungshilfeprogramms	Kostenlose Behandlung	Ermäßigte Behandlung	Staffeltarif A	Staffeltarif B	Staffeltarif C
	Anspruchsberechtigung auf Leistungsdeckung	Versicherte oder nicht versicherte Patienten	Nicht versicherte Patienten	Versicherte Patienten	Versicherte Patienten	Versicherte Patienten
	Ermäßigung im Zahlungshilfeprogramm	100 %	69 %	35 %	25 %	15 %
	Anspruchsberechtigung nach Bruttoeinkommen	0 % - 250 % FPL	251 % - 550 % FPL	251 % - 350 % FPL	351 % - 450 % FPL	451 % - 550 % FPL
Anzahl der Familienmitglieder	1	\$0 - \$32.200	\$32.201 - \$70.840	\$32.201 - \$45.080	\$45.081 - \$57.960	\$57.961 - \$70.840
Anzahl der Familienmitglieder	2	\$0 - \$43.550	\$43.551 - \$95.810	\$43.551 - \$60.970	\$60.971 - \$78.390	\$78.391 - \$95.810
Anzahl der Familienmitglieder	3	\$0 - \$54.900	\$54.901 - \$120.780	\$54.901 - \$76.860	\$76.861 - \$98.820	\$98.821 - \$120.780
Anzahl der Familienmitglieder	4	\$0 - \$62.250	\$66.251 - \$145.750	\$65.251 - \$92.750	\$92.751 - \$119.250	\$119.251 - \$145.750
Anzahl der Familienmitglieder	5	\$0 - \$77.600	\$77.601 - \$170.720	\$77.601 - \$108.640	\$108.641 - \$139.680	\$139.681 - \$170.720
Anzahl der Familienmitglieder	6	\$0 - \$88.950	\$88.951 - \$195.690	\$88.951 - \$124.530	\$124.531 - \$160.110	\$160.111 - \$195.690

### Berechnung der allgemeinen Verrechnungssätze

Die prozentualen allgemeinen Verrechnungssätze werden jährlich berechnet. Allgemeine Verrechnungssätze Kalenderjahr 2021 (% der Kosten) pro Krankenhaus: BH 32,6 %, GH 34,8 %, LMH 37,7 %, YNHH 34,6 % und WH 30,1 %. Dementsprechend werden mit der prozentualen Ermäßigung, die für YNHHS-Patienten, die im Rahmen dieser Richtlinie für 2021 Anspruch auf eine ermäßigte Versorgung haben, am günstigsten ist, maximal 30 % der Bruttokosten erstattet.

## Anhang 2

### AUSSERORDENTLICHE INKASSOMASSNAHMEN

#### Grundpfandrechte

Grundpfandrechte an Privatwohnungen sind nur in folgenden Fällen zulässig:

- a) Der Patient hatte die Möglichkeit, Mittel für eine kostenlose Behandlung zu beantragen, und hat entweder nicht geantwortet, abgelehnt oder wurde für solche Mittel als nicht anspruchsberechtigt befunden.
- b) Der Patient hat keine andere finanzielle Unterstützung im Rahmen der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung des Krankenhauses beantragt, um seine Schulden zu begleichen, bzw. ist nicht anspruchsberechtigt. Oder er ist teilweise anspruchsberechtigt, hat aber den Teil in eigener Verantwortung nicht bezahlt.
- c) Der Patient hat nicht versucht, eine Zahlungsvereinbarung zu treffen, oder hat einer solchen Vereinbarung nicht zugestimmt oder hält sich nicht an Zahlungsvereinbarungen, die zwischen Krankenhaus und Patient getroffen wurden.
- d) Die Summe der Forderung beträgt mehr als 10.000 US-Dollar, und die dem Pfandrecht unterliegenden Immobilien haben einen geschätzten Wert von mindestens 300.000 US-Dollar.
- e) Die Pfändung führt nicht zu einer Zwangsvollstreckung eines persönlichen Wohnsitzes.

### Anhang 3

#### **Verfügbare Übersetzungen für Personen mit begrenzten Englischkenntnissen**

Albanisch
Arabisch
Bengalisch
Chinesisch (vereinfacht)
Deutsch
Französisch
Französisch-Kreolisch (Haitianisches Kreolisch)
Griechisch
Hindi
Italienisch
Japanisch
Koreanisch
Paschtu
Persisches Dari
Persisches Farsi
Polnisch
Portugiesisch
Portugiesisch-Kreolisch (Kapverdisch)
Russisch
Spanisch
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Türkisch
Vietnamesisch