

---

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 20. Februar 2024**

**TITEL DER RICHTLINIE:**

*Finanzielle Unterstützung für Patienten*

*Wird alle drei Jahre überprüft von:  
Vorstand der Gesundheitsabteilung*

**ÜBERPRÜFEN BIS: 1. März 2027**

---

**RICHTLINIE**

Es ist die Richtlinie der Gesundheitsabteilung (und jeder Abteilung von Trinity Health), den Bedarf an finanzieller Unterstützung und Unterstützung von Patienten bei Notfall- und nicht wahlfreien medizinisch notwendigen Dienstleistungen zu adressieren, die unter geltendem Staats- und Bundesrecht bereitgestellt werden. Die Berechtigung zu finanzieller Hilfe und Unterstützung durch die Abteilung wird unter Anwendung von detaillierten Kriterien individuell ermittelt, zusammen mit der Beurteilung und Einschätzung der Bedürfnisse an Gesundheitsversorgung, der finanziellen Ressourcen und der Verpflichtungen des Patienten und/oder der Familie. Trinity Health erwartet eine Zahlung für Dienstleistungen von zahlungsfähigen Personen (wie in dieser Richtlinie definiert).

**I. Berechtigungskriterien für finanzielle Unterstützung**

Die in diesem Abschnitt beschriebene finanzielle Unterstützung wird Patienten bereitgestellt, die im Versorgungsbereich ansässig sind (wie in dieser Richtlinie definiert). Des Weiteren wird die Abteilung den Patienten finanzielle Unterstützung außerhalb ihres Dienstleistungsbereichs anbieten, die sich unter der Richtlinie für finanzielle Unterstützung der Abteilung (Financial Assistance Policy, FAP) qualifizieren und sich in einem Notfall oder einem lebensbedrohlichen Zustand vorstellen und Notfallversorgung erhalten.

Trinity Health wird finanzielle Unterstützung für Dienstleistungen in einer Krankeneinrichtung (einschließlich Dienstleistungen in der Krankeneinrichtung einer im wesentlichen zugehörigen Organisation) bereitstellen, und zwar für die folgenden Dienstleistungen:

A. Sämtliche medizinisch notwendigen Behandlungen und Notfallversorgungen für

1. selbst zahlende Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen und dazu berechtigt sind, und
  2. Patienten, die vermutlich für finanzielle Unterstützung in Frage kommen.
- B. Bestimmte Zahlungen von Patienten, die bei einem Kostenträger/Versicherer versichert sind, mit dem die Gesundheitsabteilung, wie in dieser Richtlinie beschrieben, zusammenarbeitet bzw. einen Vertrag abgeschlossen hat.

Medizinische Notfallversorgung wird allen Patienten angeboten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses der Abteilung aufsuchen, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit oder der Zahlungsmethode des Patienten. Eine solche medizinische Versorgung wird fortgesetzt, bis der Zustand des Patienten stabilisiert wurde, bevor irgendwelche Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.

Die folgenden Dienstleistungen kommen nicht für die finanzielle Unterstützung von Trinity Health in Frage:

- A. Kosmetische Leistungen und andere optionale Verfahren und Leistungen, die keine medizinisch notwendige Versorgung darstellen.
- B. Dienstleistungen, die nicht von der Abteilung bereitgestellt und berechnet werden (z. B. Dienstleistungen eines unabhängigen Arztes, private Pflege, Krankenwagentransport usw.)
- C. Die Abteilung kann Leistungen ausschließen, die durch ein Versicherungsprogramm abgedeckt werden, einschließlich Leistungen, die abgedeckt werden, wenn sie an einem anderen Anbieterstandort erbracht werden, aber in den Krankenhäusern der Trinity Health Abteilung nicht abgedeckt sind; vorausgesetzt, dass die bundesweiten Verpflichtungen des Gesetz zur medizinischen Notfallversorgung und aktiven Geburtshilfe (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) erfüllt werden.

Die folgenden Patienten haben Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch Trinity Health:

- A. Nicht versicherte Patienten, deren Familieneinkommen bei oder unter 200 % der Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) liegt, haben Anspruch auf einen Rabatt von 100 % der Kosten für die erhaltenen Leistungen.
- B. Nicht versicherte Patienten und versicherte Patienten, die Dienstleistungen in Staaten mit höheren Rabattsätzen für das Familieneinkommen in Anspruch nehmen, haben ebenfalls Anspruch auf einen Rabatt auf die Kosten für die erhaltenen Leistungen.
- C. Nicht versicherte Patienten, deren Familieneinkommen über 200 % des FPL liegt und nicht mehr als 400 % des FPL beträgt (oder den höheren Prozentsatz, den das staatliche Gesetz vorschreibt, falls zutreffend), haben Anspruch auf einen Preisnachlass auf die Kosten für erhaltene Dienstleistungen. Einem Patienten, der für diese Art der finanziellen Unterstützung in Frage kommt, wird nicht mehr als der berechnete allgemeine

Rechnungsbetrag (Amounts Generally Billed, AGB) in Rechnung gestellt.

- D. Versicherte Patienten, deren Familieneinkommen bei oder unter 400 % des FPL liegt, haben Anspruch auf finanzielle Unterstützung für Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und Mitversicherungen, sofern die vertraglichen Vereinbarungen mit dem Versicherer des Patienten eine solche Unterstützung nicht verbieten.

Finanzielle Unterstützung wird auch für medizinisch bedürftige Patienten bereitgestellt. Ein medizinisch bedürftiger Patient ist ein versicherter Patient, der Finanzhilfe beantragt und bei dem die medizinischen Kosten für eine Behandlungsphase aufgrund krisenhafter Umstände 20 % des Familieneinkommens übersteigen. Der Betrag, der 20 % des Familieneinkommens übersteigt (bzw. den niedrigeren Prozentsatz, der nach staatlichem Recht vorgeschrieben ist, falls zutreffend), qualifiziert den versicherten Patienten für finanzielle Unterstützung bei Zuzahlungen, Mitversicherungen und Selbsthalten. Die Ermäßigungen für medizinisch bedürftige Personen, die nicht versichert sind, dürfen nicht geringer sein als die AGB der Abteilung für die erbrachten Leistungen oder ein Betrag, der das Verhältnis zwischen den krisenhaften medizinischen Kosten und dem Familieneinkommen des Patienten wieder auf 20 % bringt.

## **II. Grundlage zur Berechnung der den Patienten berechneten Kosten**

Patienten, die für finanzielle Unterstützung in Frage kommen, wird nicht mehr als die AGB für Notfälle und andere medizinisch notwendige Betreuung berechnet. Trinity Health verwendet eine Rückblick-Methode zur Berechnung der AGB, indem die Summe der bezahlten Medicare-Ansprüche durch die gesamten eingereichten Bruttogebühren geteilt werden, in Einklang mit der Steuergesetzgebung Abschnitt 501(r).

Eine Kopie der Beschreibung der AGB-Berechnung und der Prozentsätze kann kostenlos auf der Website der Abteilung oder unter der Telefonnummer des Zentrums für geschäftliche Dienstleistungen für Patienten unter 800-494-5797 beantragt werden.

## **III. Methode zur Beantragung von finanzieller Unterstützung**

Ein Patient kann sich für die finanzielle Unterstützung qualifizieren, indem er einen ausgefüllten FAP-Antrag einreicht, oder durch eine mutmaßliche Bewertung der Anspruchsberechtigung. Die Anspruchsberechtigung basiert auf der Beurteilung und Bewertung der Bedürfnisse des Patienten und/oder der Familie im Bereich der Gesundheitsversorgung, der finanziellen Mittel und der Verbindlichkeiten zum Zeitpunkt der Leistung. Ein Patient, für den ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung festgestellt wurde, hat sechs Monate lang Anspruch auf finanzielle Unterstützung, gerechnet ab dem ersten Datum der Leistung, für die ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung festgestellt wurde.

Die Berechtigung zu finanzieller Unterstützung erfordert die uneingeschränkte Zusammenarbeit des Patienten während des Antragsverfahrens, falls zutreffend, darunter:

- A. Das Ausfüllen des FAP-Antrags, einschließlich das Einreichen aller erforderlichen Dokumente; und
- B. Die Beteiligung am Antragsverfahren für sämtliche verfügbare Unterstützung,

einschließlich, aber nicht beschränkt auf staatliche Finanzhilfen und andere Programme.

Die Abteilung wird sich bemühen, den Patienten bei der Beantragung öffentlicher und privater Programme zu helfen, für die sie möglicherweise qualifiziert sind und die ihnen bei der Inanspruchnahme und Bezahlung von Gesundheitsleistungen helfen können. Die Abteilung kann in Erwägung ziehen, für einen begrenzten Zeitraum eine Prämienunterstützung zu gewähren, wenn ein Patient andernfalls für den Erhalt von finanzieller Unterstützung zugelassen werden würde.

Die Gesundheitsabteilung wird Patienten benachrichtigen, die einen unvollständigen FAP-Antrag einreichen, und die zusätzlichen Informationen und/oder Dokumentation angeben, die erforderlich sind, um das Antragsverfahren abzuschließen. Diese müssen innerhalb von 30 Tagen bereitgestellt werden.

Die Abteilung behält sich das Recht vor, finanzielle Unterstützung abzulehnen, wenn der FAP-Antrag nicht innerhalb des Antragszeitraums eingeht.

Patienten, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen, können wie folgt eine kostenlose Kopie des FAP-Antrags erhalten:

- A. Beantragen Sie eine Kopie des FAP-Antragsformulars bei der Patientenaufnahme, der Notaufnahme oder einem Finanzberater am Standort, an dem die Leistung erbracht wurde;
- B. Laden Sie das FAP-Antragsformular von der Webseite der Abteilung herunter und drucken Sie es aus;
- C. Reichen Sie einen schriftlichen Antrag beim Zentrum für geschäftliche Dienstleistungen für Patienten unter der aktuellen Adresse ein, die auf der Website veröffentlicht und in den Bekanntmachungen und Anträgen für das FAP angegeben ist; oder
- D. Rufen Sie das Zentrum für geschäftliche Dienstleistungen für Patienten unter 800-494-5797 oder der aktuellen Telefonnummer an, die auf der Website und in den Mitteilungen und Anträgen zum FAP angegeben ist.

#### **IV. Feststellung der Förderfähigkeit**

Trinity Health wird ein Vorhersagemodell verwenden, um Patienten mutmaßlich für finanzielle Unterstützung zu qualifizieren. Eine mutmaßliche Berechtigung zu finanzieller Unterstützung kann zu jedem Zeitpunkt im Umsatzzyklus bestimmt werden.

Wenn festgestellt wird, dass ein Patient keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat oder weniger als die großzügigste im Rahmen des FAP verfügbare Unterstützung erhält, wird Trinity Health:

- A. Den Patienten darüber informieren, auf welcher Grundlage die Anspruchsberechtigung festgestellt wurde und wie der Patient Einspruch einlegen oder eine großzügigere Unterstützung im Rahmen des FAP beantragen kann;

- B. Dem Patienten mindestens 30 Tage Zeit geben, um eine großzügigere Unterstützung zu beantragen oder eine Beschwerde einzureichen; und
- C. Alle vollständigen FAP-Anträge, die der Patient bis zum Ende der Antragsfrist einreicht, bearbeiten.

## **V. Effektive Kommunikation**

Die Gesundheitsabteilung wird an öffentlichen Stellen in der Abteilung Schilder aufstellen und Broschüren auslegen, die grundlegende Informationen über den FAP der Abteilung enthalten. Die Abteilung wird die FAP, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache, und ein Antragsformular auf der Website der Abteilung veröffentlichen und die FAP der Abteilung, die Zusammenfassung in einfacher Sprache und das Antragsformular den Patienten auf Anfrage zur Verfügung stellen.

## **VI. Abrechnungs- und Inkassoverfahren**

Die Abteilung wird Abrechnungs- und Inkassoverfahren für die Zahlungsverpflichtungen der Patienten einführen, die fair und einheitlich sind und den staatlichen und bundesstaatlichen Vorschriften entsprechen. Maßnahmen, die Trinity Health im Falle einer Nichtzahlung ergreift, werden in einem separaten Verfahren für Rechnungsstellung und Inkasso beschrieben. Ein Exemplar des Abrechnungs- und Inkassoverfahrens kann kostenlos telefonisch beim Zentrum für geschäftliche Dienstleistungen für Patienten unter 800-494-5797 oder per E-Mail angefordert werden. Trinity Health hält sich an 501(r) und an das geltende staatliche Recht in Bezug auf das Verbot außerordentlicher Inkassomaßnahmen gegenüber Personen, die für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen. Des Weiteren wird Trinity Health, sofern die Personen zahlungsfähig ist, keine rechtlichen Maßnahmen ergreifen, um ein Urteil geltend zu machen, das Eigentum der Person zu belasten oder die Person der Wirtschaftsauskunftei zu melden.

Wenn ein Patient während des Antragszeitraums und vor der Feststellung der Anspruchsberechtigung Zahlungen geleistet hat, erstattet Trinity Health Beträge zurück, die über den Betrag der finanziellen Unterstützung hinausgehen, für die der Patient als anspruchsberechtigt eingestuft wurde, es sei denn, dieser Betrag liegt unter \$5.00.

## **VII. Liste der Leistungserbringer**

Eine Liste der Leistungserbringer, die medizinische Notfallversorgung oder medizinisch notwendige Leistungen in der Krankenhauseinrichtung erbringen, aus der hervorgeht, welche Leistungserbringer die im FAP beschriebene finanzielle Unterstützung anbieten und für welche dies nicht der Fall ist, wird getrennt von diesem FAP geführt. Ein Exemplar der Liste der Leistungserbringer kann kostenlos auf der Website der Abteilung oder telefonisch beim Zentrum für geschäftliche Dienstleistungen für Patienten unter 800-494-5797 angefordert werden.

## **VIII. Sonstige Rabatte**

Patienten, die nicht für die in dieser Richtlinie beschriebene finanzielle Unterstützung in Frage kommen und die eine Notfallversorgung oder eine andere medizinisch notwendige/nicht elektive Versorgung erhalten, können für andere Arten der von der Abteilung angebotenen Unterstützung

in Frage kommen. Die anderen Arten der Unterstützung sind nicht bedürftigkeitsabhängig und sind nicht Teil der Richtlinie für finanzielle Unterstützung und werden nach dem Ermessen der Abteilung gewährt.

## **UMFANG/GELTUNGSBEREICH**

Dies ist eine Trinity Health Spiegelrichtlinie. Daher sollte diese Spiegelrichtlinie von jeder Abteilung und jedem Tochterunternehmen innerhalb des Systems übernommen werden, das Krankenhauspatientenversorgung bereitstellt oder diese berechnet. Diese Spiegelrichtlinie spiegelt die Bestimmungen der Finanzrichtlinie 1, die systemweite Richtlinie über finanzielle Unterstützung durch Trinity Health wider. Trinity-Health-Organisationen, die andere Arten der Patientenversorgung anbieten oder in Rechnung stellen, müssen eine Richtlinie zur finanziellen Unterstützung verabschieden, die den Bedürfnissen der betreuten Gemeinschaft entspricht und Personen, die finanzielle Hilfe und Unterstützung benötigen, finanzielle Unterstützung bietet.

Das staatliche Recht hat Vorrang vor den systemweiten Verfahren, und die Abteilung handelt im Einklang mit dem geltenden staatlichen Recht.

Die Richtlinie hat die Absicht, die Verpflichtung der Abteilung zu folgenden Punkten zu erfüllen:

- Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen mit Mitgefühl, Würde und Respekt für die Menschen, denen wir dienen, insbesondere für die Armen und die benachteiligten Menschen in unseren Gemeinden.
- Fürsorge für alle Menschen, unabhängig von ihrer Fähigkeit, für Dienstleistungen zu bezahlen; und
- Unterstützung von Patienten, die ihre Behandlung nicht oder nur teilweise bezahlen können.

Die Gesundheitsabteilung ist eine Gemeinschaft von Menschen, die gemeinsam im Geiste des Evangeliums als mitfühlende und gestaltende heilende Präsenz in unseren Gemeinschaften dienen. Im Einklang mit unseren Grundwerten, insbesondere dem "Engagement für die von Armut Betroffenen", bieten wir bedürftigen Menschen Hilfe an und nehmen besondere Rücksicht auf die Schwächsten, einschließlich derjenigen, die nicht in der Lage sind für die Kosten aufzukommen, und derjenigen, deren begrenzte Mittel es extrem schwierig machen, die anfallenden Gesundheitskosten zu tragen.

## **DEFINITIONEN**

**Zahlungsfähigkeit** bedeutet

- a. Eine Person, die im Rahmen eines Medicaid-Antragsverfahrens als nicht anspruchsberechtigt für Medicaid eingestuft wurde oder deren Antrag auf Medicaid-Leistungen vom staatlichen Medicaid-Programm abgelehnt wurde.
  - Trinity Health verlangt nicht, dass eine Person einen Antrag auf Medicaid als Voraussetzung für die finanzielle Unterstützung stellt.

- b. Eine Person, die nach Prüfung des Antrags als nicht anspruchsberechtigt für finanzielle Unterstützung eingestuft wurde.
- c. Eine Person, die nach Ablauf der Antragsfrist für finanzielle Unterstützung keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung gestellt hat.
- d. Eine Person, die sich geweigert hat, einen Antrag auszufüllen oder bei der Beantragung von finanzieller Unterstützung zu kooperieren.

**Die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (Amounts Generally Billed, „AGB“)** sind die Beträge, die im Allgemeinen für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen von Patienten in Rechnung gestellt werden, die über eine Versicherung verfügen, die diese Behandlungen abdeckt. Die AGB der Abteilung für Akutmedizin und Ärzte werden nach der Rückblickmethode berechnet, bei der die Summe der bezahlten Medicare-Ansprüche durch die Gesamt- oder "Brutto"-Gebühren für diese Ansprüche geteilt wird, die das Systembüro oder die Abteilung jährlich unter Verwendung von zwölf Monaten bezahlter Ansprüche mit einer Verzögerung von 30 Tagen zwischen dem Berichtsdatum und dem letzten Entlassungsdatum berechnet.

**Antragszeitraum** beginnt an dem Tag, an dem die Pflegeleistung erbracht wird, und endet entweder 240 Tage später oder --

- a. nach Ablauf des 30-Tage-Zeitraums, in dem Patienten, die aufgrund ihres präsumptiven Unterstützungsstatus oder ihrer früheren FAP-Förderung weniger als die höchstmögliche Unterstützung erhalten, die Möglichkeit haben, eine höhere Unterstützung zu beantragen.
- b. nach Ablauf der in einer schriftlichen Bekanntmachung gesetzten Frist, nach dem die ECA's eingeleitet werden kann.

**Medizinische Notfallversorgung** gemäß der Definition in Abschnitt 1867 des Sozialversicherungsgesetzes (Social Security Act). Patienten, die wegen eines medizinischen Notfalls in einem Krankenhaus von Trinity Health behandelt werden wollen, werden ohne Diskriminierung und ohne Rücksicht auf die Zahlungsfähigkeit des Patienten behandelt. Die Abteilung erfüllt alle bundes- und landesstaatlichen Anforderungen an die Notfallversorgung, einschließlich der Anforderungen an Vorsorgeuntersuchungen, Behandlung und Verlegung gemäß dem Gesetz zur medizinischen Notfallversorgung und aktiven Geburtshilfe (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

**Familieneinkommen** bedeutet das Einkommen der Familie einer Person und umfasst das jährliche Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder im Haushalt in den letzten 12 Monaten oder des letzten Steuerjahres, wie aus jüngsten Lohnabrechnungen oder Einkommenssteuererklärungen und sonstigen Informationen hervorgeht. Für Patienten unter 18 Jahren schließt das Familieneinkommen das der Eltern und/oder Stiefeltern oder das jährliche Einkommen der betreuenden Verwandten ein. Das Einkommensnachweisverfahren kann durch eine Jahresberechnung des Familieneinkommens für das laufende Jahr unter Berücksichtigung des aktuellen Einkommenssatzes ermittelt werden.

**Finanzielle Unterstützung** bedeutet Unterstützung (Wohltätigkeit, Rabatte usw.), die Patienten gewährt wird, für die es eine finanzielle Härte darstellen würde, die vollen Kosten für medizinisch notwendige Dienstleistungen von Trinity Health zu tragen, und die die Kriterien für eine solche Unterstützung erfüllen.

**Richtlinie über finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Policy, „FAP“)** ist eine schriftliche Richtlinie und ein schriftliches Verfahren, das die in §1.501(r)-4(b) beschriebenen Anforderungen erfüllt.

**Antrag gemäß der Richtlinie für finanzielle Unterstützung („FAP-Antrag“)** bezeichnet die Informationen und Begleitdokumentation, die ein Patient einreicht, um finanzielle Unterstützung unter der FAP der Abteilung zu beantragen. Die Abteilung kann schriftlich oder mündlich Informationen von einer Person erhalten (oder eine Kombination davon).

**Einkommen** umfasst Bruttolöhne, Gehälter, Löhne und Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Arbeitslosenunterstützung, Arbeitnehmerentschädigung, Zahlungen der Sozialversicherung, öffentliche Hilfen, Veteranenunterstützung, Kindergeld, Unterhaltszahlungen, Erziehungshilfe, Hinterbliebenenleistungen, Renten, Ruhestandseinkommen, regelmäßige Versicherungs- und Rentenzahlungen, Einkommen aus Nachlässen und Treuhandvermögen, Mieten, Zinsen/Dividenden und Einkommen aus anderen Quellen.

**Medizinisch notwendige Behandlung** bezeichnet alle Gesundheitsdienstleistungen oder -produkte, die von einer Trinity-Abteilung bereitgestellt werden und von einem Leistungserbringer nach vernünftigem Ermessen als notwendig für die Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, Erkrankung oder ihrer Symptome erachtet werden. Medizinisch notwendige Behandlung umfasst keine optionalen Dienstleistungen, die nicht von der geltenden Versicherung/Regierungszahlung/Krankenkasse des Patienten gedeckt werden, oder kosmetische Verfahren zur Verbesserung des ästhetischen Aussehens eines normalen oder normal funktionierenden Körperteils.

**Abteilung** (manchmal als Gesundheitsabteilung bezeichnet) bedeutet eine erstrangige (direkte) Tochtergesellschaft, Konzerngesellschaft oder Betriebsabteilung von Trinity Health, die einen Verwaltungsrat unterhält, der eine tagtägliche Managementaufsicht über einen zugewiesenen Teil der Operationen von Trinity Health System innehat. Eine Abteilung kann sich auf einen geografischen Markt oder auf einen bestimmten Dienstleistungsbereich oder ein bestimmtes Geschäft beziehen. Abteilungen umfassen Missionsabteilungen, nationale Abteilungen und regionale Abteilungen.

**Spiegelrichtlinie** bezeichnet eine von Trinity Health genehmigte Musterrichtlinie, die jede Abteilung als identische Richtlinie übernehmen muss, sofern sie für seine Tätigkeit geeignet und anwendbar ist, wobei das Format jedoch geändert werden kann, um lokale Stilpräferenzen widerzuspiegeln oder, vorbehaltlich der Genehmigung durch das für diese Spiegelrichtlinie verantwortliche ELT-Mitglied, um die geltenden staatlichen oder lokalen Gesetze und Vorschriften oder Lizenzierungs- und Akkreditierungsanforderungen zu erfüllen.

**Richtlinie** bezeichnet eine Erklärung auf höchster Ebene zu Angelegenheiten, die für Trinity Health, seine Abteilungen und Tochtergesellschaften von Bedeutung sind, oder eine Erklärung,



die die Leitungsdokumente von Trinity Health, seinen Abteilungen und Tochtergesellschaften weiter auslegt. Bei den Richtlinien kann es sich entweder um eigenständige, systemweite oder von der genehmigenden Stelle festgelegte Spiegelrichtlinien handeln.

**Unter Verfahren** versteht man ein Dokument zur Umsetzung einer Richtlinie oder eine Beschreibung bestimmter erforderlicher Aktionen oder Prozesse.

**Dienstleistungsbereich** bezeichnet die Hauptmärkte, die von den Abteilungen bedient werden. Dieser wird anhand einer Liste von Postleitzahlen bestimmt, in denen die Patienten wohnen.

**Standards oder Leitfäden** bezeichnen zusätzliche Anweisungen und Anleitungen, die bei der Durchführung der Verfahren helfen, einschließlich solcher, die von Akkreditierungs- oder Fachorganisationen entwickelt wurden.

**Tochtergesellschaft** bezeichnet eine juristische Person, bei der eine Trinity-Abteilung das einzige korporative Mitglied oder der einzige Aktieninhaber ist.

**Unversicherter Patient** bezeichnet eine Person, die unversichert ist und nicht von einem dritten kommerziellen Versicherungsträger, einem ERISA-Plan, einem Bundesgesundheitsprogramm (darunter Medicare, Medicaid, SCHIP und CHAMPUS), einer Arbeitnehmersversicherung oder einer anderen dritten Unterstützung gedeckt wird, um alle oder einen Teil der Kosten der Behandlung zu decken.

## **VERANTWORTLICHE ABTEILUNG**

Weitere Hinweise zu dieser Spiegelrichtlinie können von der Leitung der Abteilung eingeholt werden.

## **GENEHMIGUNGEN**

**Erstgenehmigung:** 14. Juni 2014, Stewardship-Ausschuss des Vorstands von Trinity Health

**Nachträgliche Überprüfung(en)/Revision(en):** 18. September 2014; 1. Juli 2017; 8. Dezember 2021, 6. Dezember 2023, 20. Februar 2024