

LEICHTIGKEIT: Pottstown Hospital	
MANUELL: Organisation (Administrativ)	AKTENMAPPE: Rechte und Pflichten des Einzelnen
TITEL: Finanzielle Unterstützung für Patienten	DOKUMENTBESITZER: Direktor für Patientenzugang
DOKUMENTADMINISTRATOR: Vizepräsident für den Einnahmennyklus	SCHLÜSSELWÖRTER:
URSPRÜNGLICHES DATUM: JANUAR 2017	REVISIONSDATUM: MÄRZ 2019

UMFANG:

Gilt für das Pottstown Hospital und seine Tochtergesellschaften. Diese Richtlinie gilt nicht für freiberufliche Ärzte, die Patienten im Pottstown Hospital betreuen.

ZWECK:

Sicherstellen, dass im gesamten Pottstown Hospital Standardverfahren etabliert und praktiziert werden, die darauf abzielen, Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen, zu identifizieren und konsequent zu unterstützen. Das Pottstown Hospital ist gemäß dem Internal Revenue Code (IRC) Abschnitt 501(c) (3) als gemeinnützige Organisation anerkannt. In Übereinstimmung mit dem IRC Abschnitt 501(r) ist es erforderlich, die Finanzhilfe-Richtlinie der Organisation zu etablieren und umfassend bekannt zu machen. Ziel der Richtlinie ist es, Patienten in finanzieller Not zu identifizieren und zu betreuen sowie ein stärkeres Bewusstsein für die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung im gesamten Gesundheitssystem und in der Gemeinschaft zu schaffen.

RICHTLINIE:

Als Teil der Aufgabe des Pottstown Hospitals, der Gemeinschaft eine mitfühlende, zugängliche, qualitativ hochwertige und kosteneffektive Gesundheitsversorgung zu bieten, wird anerkannt, dass nicht alle Patienten die gleiche Fähigkeit haben, medizinische Leistungen zu bezahlen. Das Pottstown Hospital wird die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung für die Gemeinschaft durch die Website des Gesundheitssystems, Broschüren und die Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen in der Gemeinde umfassend bekannt machen. Finanzberater werden Patienten und Familien in Bezug auf die verfügbaren Ressourcen aufklären und Unterstützung bei der Beantragung und Genehmigung der finanziellen Unterstützung leisten, um sicherzustellen, dass alle Patienten weiterhin die Möglichkeit haben, Zugang zu der von ihnen benötigten Versorgung zu erhalten.

DEFINITIONEN:

Allgemeine Rechnungsbeträge (Amounts Generally Billed, kurz AGB): Nach Abschnitt 501(r)(5)(A) hat eine Krankenhausorganisation die für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Leistungen abgerechneten Beträge, im Falle von Personen die im Rahmen der FAP der Organisation anspruchsberechtigt sind (FAP-anspruchsberechtigte Einzelpersonen), auf eine Summe zu begrenzen, welche die Allgemeinen Rechnungsbeträge für Personen, bei denen diese Leistungen durch eine Versicherung abgedeckt sind, nicht überschreitet. Die Berechnung der AGB erfolgt nach der prospektiven Methode auf Basis der Medicare-Fee-For-Service-Gebühren.

Dienstleistungen mit hohem Preis-Leistungs-Verhältnis: Für die Zwecke dieser Richtlinie werden High-Dollarservices definiert, die jedoch nicht auf Dienstleistungen beschränkt sind, die von kostenintensiven Abteilungen erbracht werden, wie z.B. High-End-Bildgebung, Kardiologie, perioperative Dienste, planmäßige Aufnahmen und Beatmungsdienste sowie ambulante Therapiedienste.

EMTALA (das Notfallmedizinische Behandlungs-und Arbeitergesetz): Regulatorische Anforderung auf bundesstaatlicher Ebene, die besagt, dass jedes Krankenhaus, das Zahlungen von Medicare annimmt, verpflichtet ist jeden Patienten zu versorgen, der in seiner Notaufnahme zur Behandlung eintrifft, unabhängig von dessen Staatsangehörigkeit, rechtllichem Status in den Vereinigten Staaten oder seiner Fähigkeit, für die Leistungen zu bezahlen.

Federal Poverty Guidelines (FPL): Diese Richtlinien werden jährlich im Bundesregister veröffentlicht und dienen zur Ermittlung einer Ausgangsbasis für die Bestimmung der Armutsgrenze. Das Gesundheitsministerium veröffentlicht diese statistischen Informationen.

Finanzielle Unterstützung: Gesundheitsfürsorge für Patienten ohne die Erwartung einer vollständigen oder teilweisen Bezahlung von Leistungen, die durch die finanzielle Zahlungsunfähigkeit eines Patienten bestimmt wird.

Garant: Die Person, die rechtlich und finanziell für die Begleichung der Patientenrechnung verantwortlich ist.

Haushaltseinkommen: Das Einkommen derjenigen, die im Haushalt wohnen, umfasst unter anderem Löhne, Zinsen, Dividenden, Sozialleistungen, Veteranenleistungen, Renten und Ehegatteneinkommen. Zum Zwecke der Anspruchsberechtigung von Finanzhilfen sind Beispiele für Einkommen, die ausgeschlossen sind, temporäre Hilfe für bedürftige Familien (TANF), zusätzliche Leistungen des Ernährungshilfeprogramms (SNAP), einkommenschwache Leistungen des LIHEAP (Home Energy Assistance Program) und Wettervorteile.

Haushalts-Zusammensetzung: Bestimmt durch die Größe des Steuerhaushalts. Die Haushaltsgröße umfasst u.a. den Steuerpflichtigen, den Ehepartner des Steuerpflichtigen und andere Steuerpflichtige.

Medicaid: Ein gemeinsames Bundes- und Landesprogramm, das bei den medizinischen Kosten für einige Menschen mit begrenztem Einkommen und begrenzten Ressourcen hilft.

Medizinisch notwendige Leistungen: Gesundheitsdienstleistungen oder Materialien, die zur Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Zustands, einer Krankheit oder ihrer Symptome benötigt werden und die den anerkannten Standards der Medizin entsprechen.

Mutmaßlich berechnigte Patienten: Patienten, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie aufgrund von Lebensumständen wie Obdachlosigkeit, Null-Einkommen oder früherer Förderungswürdigkeit Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben.

Unterversicherte Patienten: Patienten, die über einen Versicherungsschutz verfügen, der zu einer hohen finanziellen Verantwortung der Patienten gegenüber der Bezahlung ihrer Arztrechnungen führt.

Unversicherte Patienten: Patienten, die keinen Versicherungsschutz für ihre medizinischen

Bedürfnisse haben.

ABLAUF:

1) Schaffung des Bewusstseins für die Option der finanziellen Unterstützung von Patienten

- a) Die aktuelle Richtlinie der finanziellen Unterstützung und die Anträge auf finanzielle Unterstützung in englischer und spanischer Sprache sind abrufbar unter <https://pottstown.towerhealth.org/patients-families/billing-and-insurance/financial-assistance/>. Darüber hinaus führt Tower Health eine Liste mit allen Anbietern (mit Angabe von Name, Praxisgruppe/Gemeinschaftspraxis, Krankenhausabteilung oder Art der Dienstleistung), die Notfall- oder andere medizinisch notwendige Versorgung im Pottstown Hospital anbieten. Die Liste wird mindestens vierteljährlich aktualisiert und aus ihr geht auch hervor, welche Anbieter in dieses Programm zur finanziellen Unterstützung von Patienten einbezogen sind und welche nicht. Diese Anbieterliste steht online auf der folgenden Website von Pottstown Hospital zur Verfügung: <https://pottstown.towerhealth.org/find-a-doctor/> und ein Exemplar auf Papier ist kostenlos erhältlich, wenn Sie sich an die Nummer für Überweisungen unter 610-327-7000 wenden. Gebühren für Leistungen von Ärzten, die nicht im Pottstown Hospital angestellt sind, sind von der Förderrichtlinie ausgeschlossen.
- b) Broschüren in englischer und spanischer Sprache sind in den Empfangs- und Wartebereichen des Pottstown Hospitals ausgelegt. Diese Broschüren bieten eine leicht verständliche Zusammenfassung des finanziellen Unterstützungsprogramms mit Kontaktinformationen für die Mitarbeiter des Pottstown Hospitals, die den Patienten bei der Antragstellung behilflich sein werden. Diese Broschüren werden dem Patienten auch bei der Anmeldung im Pottstown Hospital ausgehändigt. Patienten, die nicht versichert sind oder die ihre Zahlungsunfähigkeit am Servicepunkt angeben, erhalten die Broschüre. Notfallpatienten in diesen Situationen erhalten diese Broschüre zum Zeitpunkt der Entlassung.
- c) Patientenabrechnungen für die Leistungen des Pottstown Hospital enthalten Leitlinien und Anleitungen über die Verfügbarkeit des Beihilfeprogramms. Zusätzlich ist die Rückseite der Abrechnung gleichzeitig ein Beihilfeantragsformular.
- d) Das Pottstown Hospital wird eng mit Förderprogrammen in der Gemeinde zusammenarbeiten. Die Beihilferichtlinie des Pottstown Hospitals wird diesen Agenturen zur Verfügung gestellt.

2) Identifizierung von Patienten, die finanzielle Unterstützung für medizinisch notwendige Leistungen benötigen:

- a) Als Ergebnis des Patientenfinanzdienstleistungsprozess wird es die Möglichkeit geben, nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten zu identifizieren. Der finanzielle Beratungsdienst des Pottstown Hospitals unterstützt diese Patienten beim Medicaid-Antragsverfahren.
- b) Patienten, denen eine Medicaid-Deckung nicht genehmigt wurde oder die überprüft wurden und nicht den Medicaid-Deckungskriterien entsprechen, kommen für das Patientenbeihilfeprogramm in Betracht.

- c) Die Patientenbeihilfedienste des Pottstown Hospitals werden die verfügbaren Berechtigungsressourcen nutzen, um so die für den Patienten möglichen Versicherungsdeckungen und Beihilfen zu ermitteln. Für Patienten mit geplanter medizinischer Versorgung wird die Deckungsverifizierung für kostenintensive medizinische Leistungen (z. B. MRT, CT-Scan, chirurgische Eingriffe, kardiologische Leistungen) stattfinden. Für Patienten mit geplanter medizinischer Versorgung, die geplant keine kostenintensiven Leistungen benötigen, wird die Kostenabdeckung zum Zeitpunkt der Anmeldung verifiziert. Als Ergebnis des Verfahrens der Deckungsverifizierung können Patienten aufgefordert werden, deren bestätigten Kostenanteil vor der Anmeldung zu begleichen. Für Notfallpatienten erfolgt die Verifizierung der Kostenabdeckung gemäß den EMTALA-Richtlinien nach der medizinischen Untersuchung vor Ort.
- d) Die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie des Brandywine Krankenhauses beschreibt den Vorgang, nach dem das Brandywine Krankenhaus Leistungen im Falle von nicht versicherten Patienten in Rechnung stellt und abrechnet und die Einziehung ausstehender Salden verfolgt. Der Selbstbeteiligungssatz liegt bei 25% der allgemeinen Rechnungsbeträge und wird zum Zeitpunkt der Erstzahlung berechnet. Diese separate Abrechnungs- und Inkassorichtlinie des Brandywine Krankenhauses steht online auf der Website des Brandywine Krankenhauses zur Verfügung und Sie können eine gedruckte Kopie kostenlos anfordern, indem Sie uns eine E-Mail an call.center@towerhealth.org senden oder uns unter der Telefonnummer 484-628-5683 anrufen.

3) Ermittlung der Berechtigung zur Beihilfe

- a) Patienten, die medizinisch erforderliche Leistungen in Anspruch nehmen oder genommen haben und belegen können, dass sie diese Leistungen nicht bezahlen können, kommen für das Beihilfeprogramm in Betracht.
- b) Ausländische Patienten, die einen Notfalldienst in Anspruch nehmen müssen, sind ebenfalls für eine Beihilfe in Betracht zu ziehen. Patienten, die die Vereinigten Staaten jedoch mit der Absicht besuchen, hier medizinische Leistungen ohne eine Notsituation in Anspruch zu nehmen, sind für das Beihilfeprogramm nicht berechtigt.
- c) Patienten müssen als Anforderung für das Antragsverfahren eine Verifizierung des Haushaltseinkommens bereitstellen sowie die Namen der im Haushalt lebenden Personen nennen. Diese Informationen werden verwendet, um zu ermitteln, in welchen Bereich der Federal Poverty Level Guidelines (FPL) der Haushalt fällt. Die FPL-Kategorie bestimmt dann den Kostenanteil des Patienten oder Garanten an der Rechnung für medizinische Kosten gemäß der unten aufgeführten Aufstellung:
- d) Jeder FPL-Kategorie ist ein Beihilfebetrag zugeordnet, der sich aus dem entsprechenden Prozentsatz der Medicare-Fee-For-Service-Gebühr berechnet. Für Patienten, die über 400% des FPL-Grenzwerts liegen, wird der Selbstbehalt angewandt.

FPL-Kategorie	Beihilfe	Maximaler Kostenanteil des Patienten pro Termin/Besuch
= < 200% FPL	100% Beihilfe zur finanziellen Unterstützung	\$0
zwischen 201% und 250% FPL	90 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	\$300
zwischen 251% und 300% FPL	80 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	\$500
zwischen 301% bis 350% FPL	70 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	\$1.000
zwischen 351% und 400% FPL	50 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	\$2.000

- e) Basierend auf den aktuellen Umständen können Patienten auch als mutmaßlich berechtigt für eine Beihilfe eingestuft werden. Das Pottstown Hospital wird alle verfügbaren Ressourcen nutzen, um die mutmaßliche Berechtigung zu überprüfen. So werden beispielsweise elektronische Verifizierungsressourcen, Vollständigkeitserklärungen von Familienmitgliedern oder Obdachlosenheimen und/oder die eigene Schilderung des Patienten über die aktuellen Lebensumstände in die Prüfung mit einbezogen. Patienten, die sich als mutmaßlich berechtigt qualifizieren, erhalten 100 % Beihilfe.
- f) Die Patienten werden ermutigt, so früh wie möglich mit der Beantragung finanzieller Unterstützung zu beginnen, um Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Je früher das Pottstown Hospital über die finanzielle Notlage informiert wird, desto besser sind die Erfolgchancen, den Patienten mit den möglichen Ressourcen wie Medicaid oder anderen Beihilfeversicherungsprogramme in Kontakt zu bringen. Obwohl es ideal ist, den Prozess so schnell wie möglich einzuleiten, können Patienten zu jedem Zeitpunkt des Abrechnungs- und Inkassozyklus eine finanzielle Unterstützung beantragen. Wird der Beihilfeantrag gestellt, während bereits das Inkassoverfahren läuft, wird die Inkassoaktivität bis zur Bestimmung der Beihilfefähigkeit eingestellt.
- g) Den Patienten, für die ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung festgestellt wurde, wird weniger in Rechnung gestellt als die Bruttobeträge, die üblicherweise für nicht dringende oder medizinisch nicht notwendige Leistungen, die das Krankenhaus erbringt, in Rechnung gestellt werden.
- h) Entscheidungen betreffend der Beihilfefähigkeit werden innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des vollständigen Beihilfeantrags getroffen. Unvollständige Anträge werden überprüft und es wird versucht, mit dem Patienten/Garant in Kontakt zu treten, um die zusätzlichen Informationen einzuholen. Der Patient erhält ein Bestätigungsschreiben auf Englisch und Spanisch sowie eine überprüfte Patientenabrechnung, in dem das Ergebnis des Antrags erläutert wird. Bei der Ermittlung des fälligen Betrags wird in der überprüften Patientenabrechnung jede zusätzliche Zahlung, die der Patient geleistet hat, berücksichtigt.

Wird die Beihilfe genehmigt, dient das Bestätigungsschreiben zugleich zur Angabe des definierten Zeitrahmens, für den die Beihilfe gewährt wird. Das Bestätigungsschreiben

beinhaltet zudem eine Ansprechperson für den Patienten, an welche dieser sich bei zusätzlichen Fragen wenden kann.

- i) Wird die Beihilfe nicht genehmigt, wird ein Schreiben auf Englisch und Spanisch erstellt, in dem die Gründe für die Entscheidung erläutert sowie andere Zahlungsoptionen genannt werden. Möchte der Patient Einspruch gegen die Entscheidung erheben, werden Anweisungen zum Einspruchsverfahren geboten.
- j) Patienten oder Garanten, die mit der Entscheidung des Beihilfeverfahrens nicht einverstanden sind, haben ebenfalls die Möglichkeit, Einspruch zu erheben. Eine Überprüfung des Einspruchs liegt in der Verantwortung des Director of Patient Access, dem Vice President of Revenue Cycle und, falls erforderlich, dem Senior Vice President and Chief Financial Officer.

LEITFADEN:

ANBIETERPROTOKOLL:

AUSBILDUNG UND SCHULUNG:

Das Patient Access Management Team zeichnet verantwortlich für die jährliche Schulung zu den Ausführungen dieser Richtlinie. Neue Mitarbeiter werden im Zuge der Einarbeitung diesbezüglich geschult.

REFERENZEN:

GENEHMIGUNGEN DURCH DAS KOMITEE/RAT:

AUFHEBUNG:

Die Inhalte dieses Dokuments ersetzen alle vorherigen Richtlinien/Verfahren/Protokolle/Anweisungen/Vermerke und/oder andere Kommunikationen betreffend dieses Dokumentes.