



HANDLEIDING: Organisatorisch (administratief)	FOLDER: Rechten en verantwoordelijkheden van het individu
TITEL: Financiële hulp patiënt	DOCUMENTEIGENAAR: Patiëntentoeegangsmap
BEHEERDER DOCUMENT: Vice-President Inkomstencyclus	SLEUTELWOORDEN:
OORSPRONKELIJKE DATUM: Juni 2004	HERZIENINGSDATUM (DATA): November 2015, mei 2016, september 2017

BEREIK:

Voor doeleinden van dit document is de afkorting RHS van toepassing op de volgende entiteiten van het Reading Health System (RHS): Reading Hospital (inclusief Reading Health Rehabilitation Hospital) en Reading Health Physician Network. Dit beleid en deze procedure zijn niet van toepassing op niet-werkende artsen die zorg verlenen aan RHS-patiënten.

DOEL:

Om ervoor te zorgen dat er standaardprocedures worden opgesteld en uitgeoefend in de hele RHS bij het identificeren en consequent helpen van patiënten die financiële hulp nodig hebben. RHS is aangewezen als liefdadigheidsorganisatie volgens de Internal Revenue Code (IRC), Hoofdstuk 501(c) (3). In navolging van IRC Hoofdstuk 501(r) is het vereist om het beleid van de organisatie inzake financiële hulp vast te stellen en op grote schaal te publiceren. De bedoeling van het beleid is het identificeren en helpen van patiënten in financiële nood en het creëren van meer bekendheid over de beschikbaarheid van financiële hulp in het Gezondheidssysteem en de gemeenschap.

BELEID:

Als onderdeel van de missie van RHS van het leveren van meelevende, toegankelijke, hoogwaardige, kosteneffectieve gezondheidszorg aan de gemeenschap, is er de erkenning dat niet alle patiënten even goed in staat zijn om voor medische diensten te betalen. RHS zal de beschikbaarheid van financiële hulp op grote schaal publiceren in de gemeenschap via de Gezondheidssysteem-website, brochures en betrokkenheid bij belangengroepen in de gemeenschap. Financiële adviseurs onderwijzen patiënten en families met betrekking tot beschikbare middelen en bieden hulp bij de aanvraag voor financiële hulp en het goedkeuringsproces, om er zeker van te zijn dat alle patiënten blijvend toegang kunnen krijgen tot de zorg die ze nodig hebben.

DEFINITIES:

Dure diensten: Voor dit beleid worden dure diensten bepaald als, maar niet beperkt tot, diensten die worden gegeneerd door dure afdelingen, zoals hoogwaardige imaging, cardiologie, peri-operatieve diensten, ingeplande opnames en beademingsdiensten, en tevens poliklinische therapie.

EMTALA (de Emergency Medical Treatment and Labor Act, Wet inzake medische noodbehandelingen en arbeid): Federale wetgeving waarin wordt aangegeven dat ziekenhuizen die betalingen van Medicare accepteren zorg zullen verlenen aan patiënten die op de eerste hulp afdeling komen voor behandeling, ongeacht het burgerschap van de patiënt, juridische status in de Verenigde Staten of mogelijkheid om voor de diensten te betalen.



Federal Poverty Guidelines (FPL, Federale Armoederichtlijnen): Deze richtlijnen worden jaarlijks gepubliceerd in het Federale register en worden gebruikt om een basislijn voor het armoedeniveau te bepalen. Het ministerie van Volksgezondheid en Persoonlijke Dienstverlening publiceert deze statistische informatie.

Financiële hulp: Gezondheidszorg verleend aan patiënten zonder de verwachting van volledige of gedeeltelijke betaling voor de diensten, zoals bepaald door het onvermogen van de patiënt om te betalen.

Garant: De persoon die wettelijk en financieel verantwoordelijk is voor de betaling van de rekening van een patiënt.

Inkomen huishouden: Inkomen van diegenen die in het huishouden wonen, inclusief maar niet beperkt tot salarissen, rente, dividend, sociale zekerheidsvoordelen, veteranenuitkering, pensioenen en inkomen van echtgeno(o)t(e). Er zijn vormen van inkomen die niet worden meegenomen als gekeken wordt naar het wel of niet in aanmerking komen voor financiële hulp. Dit zijn bijvoorbeeld de tijdelijke hulp aan behoeftige gezinnen (TANF), bijstandsprogramma aanvullende voeding (SNAP), het energiehulpprogramma voor huishoudens met een laag inkomen (LIHEAP) en voordelen op energiebesparing.

Medicaid: Een gezamenlijk federaal en staatsprogramma dat helpt bij de medische kosten voor mensen die een beperkt inkomen en beperkte middelen hebben.

Medisch noodzakelijke diensten: Gezondheidsdiensten of materialen die nodig zijn om een ziekte, verwonding, aandoening of de symptomen ervan te diagnosticeren of te behandelen en die voldoen aan geaccepteerde medische standaarden.

Onderverzekerde patiënten: Patiënten die een verzekeringsdekking hebben die leidt tot een zware financiële verantwoordelijkheid van de patiënt als het gaat om het betalen van de medische rekeningen.

Onverzekerde patiënten: Patiënten die geen verzekeringsdekking hebben voor hun medische behoeften.

Samenstelling huishouden: Bepaald door de omvang van het fiscale huishouden. Omvang huishouden is inclusief maar niet beperkt tot degene die aangifte doet, de echtgeno(o)t(e) en andere belastingafhankelijke personen.

Vermoedelijk in aanmerking komende patiënten: Patiënten die vermoedelijk in aanmerking komen voor financiële hulp, op basis van levensomstandigheden zoals dakloosheid, geen inkomen of eerdere deelname aan programma's voor financiële hulp.

PROCEDURE:

1) Het creëren van bekendheid met de optie van financiële hulp voor patiënten

- a) Het huidige beleid inzake financiële hulp en toepassingen voor financiële hulp in het Engels en in het Spaans, zijn toegankelijk via www.readinghealth.org. Informatie met betrekking tot dienstverleners die niet zijn opgenomen in het programma voor financiële hulp voor patiënten, wordt ook onderhouden op de website van Reading Health System. Kosten voor diensten die



geleverd worden door artsen die niet in dienst zijn van Reading Health System, vallen niet onder het beleid inzake financiële hulp.

- b) In het Engels en Spaans gedrukte pamfletten zijn beschikbaar in de hallen en wachtruimtes van RHS. Deze pamfletten bieden een gemakkelijk leesbare samenvatting van het programma voor financiële hulp, met contactinformatie van RHS-werknemers die patiënten helpen bij het aanvraagproces. Deze pamfletten worden ook verspreid aan patiënten via de registratiepunten van RHS. Patiënten die niet verzekerd zijn of die bij een servicepunt hebben aangegeven niet te kunnen betalen, krijgen het pamflet. Noodpatiënten in deze situaties krijgen het pamflet op het moment dat ze ontslagen worden.
- c) Factuuroverzichten van patiënten voor RHS-diensten bevatten advies en aanwijzingen met betrekking tot de beschikbaarheid van een programma voor financiële hulp. Daarnaast staat op de achterkant van het factuuroverzicht de aanvraag voor financiële hulp.
- d) RHS werkt nauw samen met belangenbehartigingprogramma's binnen de gemeenschap. De beschikbaarheid van het beleid van RHS inzake financiële hulp wordt met deze kantoren gedeeld. Voorbeelden zijn Berks Western Clinic, Opportunity House, Berks Encore, Berks Community Health Center en Daniel Torres Hispanic Center, maar ook het County Assistance Office.

2) Identificeren van patiënten die behoefte hebben aan financiële hulp voor medisch noodzakelijke diensten:

- a) Als gevolg van het verificatie-voor-dekkingsproces van de financiële diensten voor RHS-patiënten, is er ook de mogelijkheid om te kijken welke patiënten niet verzekerd of onderverzekerd zijn. Financiële begeleiding van RHS helpen deze patiënten bij het Medicaid-aanvraagproces.
- b) Patiënten die geen Medicaid-dekking krijgen, of die gescreend zijn en waarvan blijkt dat ze niet voldoen aan de criteria voor Medicaid-dekking, worden in overweging genomen voor het programma voor financiële hulp voor patiënten.
- c) De financiële diensten voor patiënten van RHS gebruiken beschikbare middelen om te bekijken voor welke dekking en voordelen patiënten in aanmerking komen. Voor ingeplande patiënten vindt de goedkeuring van de dekking plaats vóór de aankomst van de patiënt bij dure diensten (bijv. MRI, CT-scan, chirurgische processen, cardiologie). Van ingeplande patiënten en de niet ingeplande patiënten, die diensten geleverd krijgen die niet als duur beschouwd worden, wordt de dekking gecontroleerd op het moment van inchecken. Na de controle van de dekking kan er van patiënten gevraagd worden of ze hun bevestigde eigen risico willen betalen voordat ze inchecken. Voor patiënten voor noodmedicatie wordt de dekking gecontroleerd na de screening, zoals vereist is volgens de EMTALA-richtlijnen.
- d) RHS-beleid inzake facturatie en incasso geeft aan welk proces RHS volgt voor het in rekening brengen van onverzekerde patiënten en het incasseren van openstaande bedragen.

3) Bepalen van geschiktheid voor financiële hulp

- a) Patiënten die medisch noodzakelijke diensten zoeken of hebben ontvangen en waarvan blijkt dat ze niet voor diensten kunnen betalen, worden in overweging genomen voor het beleid inzake financiële hulp.



- b) Patiënten uit het buitenland die noodhulp nodig hebben komen mogelijk in aanmerking voor financiële hulp. Patiënten die echter naar de Verenigde Staten komen met de bedoeling om niet-noodzakelijke verzorging te krijgen, komen niet in aanmerking voor financiële hulp.
- c) Als vereiste voor het aanvraagproces zullen patiënten worden gevraagd om het gezinsinkomen, inclusief de namen van mensen die in het huishouden wonen, te verifiëren. Deze informatie wordt gebruikt om te bepalen welke federale richtlijn inzake armoedeniveau van toepassing is op dit huishouden. Deze armoedecategorie bepaalt wat de patiënt of garant moet bijdragen aan de rekening, zoals aangegeven in het overzicht hieronder:

Armoedecategorie	Vergoeding	Maximale betaling patiënt per ontmoeting/bezoek
= < 200% armoedecategorie	100% financiële hulp	\$0
tussen 201% tot 250% armoedecategorie	90% vergoeding op MCR FFS-tarief	\$300
tussen 251% tot 300% armoedecategorie	80% vergoeding op MCR FFS-tarief	\$500
tussen 301% tot 350% armoedecategorie	70% vergoeding op MCR FFS-tarief	\$1.000
tussen 351% tot 400% armoedecategorie	50% vergoeding op MCR FFS-tarief	\$2.000

- d) Patiënten kunnen ook vermoedelijk in aanmerking komen voor financiële hulp op basis van hun huidige omstandigheden. RHS gebruikt alle mogelijke middelen om vermoedelijke geschiktheid te controleren. Denk aan: elektronische controlemiddelen, brieven van familieleden of opvanghuizen en/of de eigen beschrijving van de patiënt van hun huidige levensomstandigheden wordt in overweging genomen. Patiënten die in aanmerking komen voor vermoedelijke geschiktheid krijgen 100% financiële hulp.
- e) Patiënten worden gestimuleerd om zo vroeg mogelijk in het proces een aanvraag in te dienen voor financiële hulp. Des te eerder RHS op de hoogte is van de behoefte aan financiële hulp, des te groter de kans dat de patiënt in contact kan worden gebracht met mogelijke middelen zoals Medicaid of andere hulp- of verzekeringsprogramma's. Hoewel het proces het beste zo vroeg mogelijk kan worden gestart, kunnen patiënten altijd financiële hulp aanvragen, op elk punt in het facturatie- en incassoproces. Als de aanvraag voor financiële hulp wordt gestart in het incassoproces, dan wordt dit proces gestaakt, tot bepaald is of de patiënt voor financiële hulp in aanmerking komt.
- f) Beslissingen met betrekking tot de geschiktheid voor financiële hulp worden binnen 14 dagen na ontvangst van de aanvraag voor financiële hulp genomen. Onvolledige aanvragen worden bekeken en er worden pogingen ondernomen om extra informatie te krijgen van de patiënt/garant. Een bevestigingsbrief in het Engels en Spaans en een herzien factuuroverzicht worden naar de patiënt gestuurd, met daarin een beschrijving van de uitkomst van het besluit. Het herziene factuuroverzicht houdt rekening met eventuele extra betalingen door de patiënt voor het bepalen van het openstaande bedrag.

Als financiële hulp wordt goedgekeurd, dan staat in de bevestigingsbrief ook over welke periode de bepaling van de financiële hulp gaat. De bevestigingsbrief bevat een contactnaam voor de patiënt, ter referentie en voor als er meer informatie nodig is.



- g) Als financiële hulp niet wordt goedgekeurd, dan worden brieven in het Engels en Spaans verstuurd met daarin de redenen hiervoor en met informatie over andere betaalopties. Als patiënten in beroep willen gaan tegen een beslissing, dan wordt de procedure hiervoor ook aangegeven.
- h) Patiënten of garanten die het niet eens zijn met het besluit over financiële hulp krijgen de kans om hiertegen in beroep te gaan. De herziening van het verzoek om beroep wordt de verantwoordelijkheid van de directeur van Patient Access, de vicepresident van Inkomstencyclus en, indien nodig, de Senior Vice President en Chief Financial Officer.

RICHTLIJN:

PROTOCOL DIENSTVERLENER:

ONDERWIJS EN TRAINING:

Patient Access Management-team is verantwoordelijk voor jaarlijks onderwijs met betrekking tot de verwachtingen die in dit beleid zijn opgenomen. Nieuwe werknemers met toegang tot patiënten krijgen training als onderdeel van hun eerste oriëntatie.

REFERENTIES:

GOEDKEURINGEN COMMISSIE/RAAD:

ANNULERING:

De inhoud van dit document vervangt alle eerdere beleidsvormen/procedures/protocollen/richtlijnen/memo's en/of andere communicatie met betrekking tot dit document.