



HANDBUCH: Organisatorisch (administrativ)	AKTE: Rechte und Pflichten des Einzelnen
TITEL: Finanzielle Unterstützung für Patienten	DOKUMENTBESITZER: Direktor für Patientenzugang
DOKUMENTENADMINISTRATOR: Vizepräsident Einnahmenzyklus	STICHWÖRTER:
URSPRÜNGLICHES DATUM: Juni 2004	REVISIONSDATUM(EN): November 2015, Mai 2016, September 2017

UMFANG:

Für die Zwecke dieses Dokuments steht die Abkürzung RHS für die folgenden Tochtergesellschaften des Reading Health System (RHS): Reading Hospital (einschließlich Reading Health Rehabilitation Hospital) und Reading Health Physician Network. Diese Richtlinien und Verfahren gelten nicht für nicht-angestellte Ärzte, die RHS-Patienten betreuen.

ZWECK:

Es soll sichergestellt werden, dass in der gesamten RHS Standardverfahren etabliert und praktiziert werden, die darauf abzielen, Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen, zu identifizieren und konsequent zu unterstützen. RHS ist eine gemeinnützige Organisation gemäß Internal Revenue Code (IRC) Abteilung 501(c) (3). In Übereinstimmung mit IRC Abteilung 501(r) ist es erforderlich, die Finanzhilferichtlinie der Organisation einzuführen und umfassend bekannt zu machen. Das Ziel der Richtlinie ist es, Patienten in finanzieller Not zu identifizieren und zu versorgen sowie ein stärkeres Bewusstsein für die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung im gesamten Gesundheitssystem und in der Gemeinschaft zu schaffen.

GRUNDSÄTZE:

Als Teil der RHS Mission, der Gemeinschaft eine mitfühlende, zugängliche, qualitativ hochwertige und kosteneffektive Gesundheitsversorgung zu bieten, wird anerkannt, dass nicht alle Patienten die gleiche Fähigkeit haben, für medizinische Leistungen zu bezahlen. RHS wird die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung für die Gemeinschaft durch die Website des Gesundheitssystems, Broschüren und die Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen der Gemeinschaft 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:

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

Dienstleistungen mit hohem Preis-Leistungs-Verhältnis: Für die Zwecke dieser Richtlinie werden High-Dollarservices definiert, die jedoch nicht auf Leistungen 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 (der Emergency Medical Treatment and Labor Act): 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, rechtlichem 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 der Ermittlung einer Basis für die Armutsgrenze. Die Abteilung Department of Health and Human Services 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.

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), Leistungen für Einkommensschwache des Niedrig-Einkommens-Hausenergie-Unterstützungsprogramms (LIHEAP) und Leistungen für energiesparende Projekte.

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 Verbrauchsmaterialien, 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 berechnete Patienten: Patienten, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie aufgrund von Lebensumständen wie Obdachlosigkeit, fehlendem Einkommen oder früherer Förderungswürdigkeit Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben.

Nicht versicherte Patienten: Patienten, die keinen Versicherungsschutz für ihre medizinischen Bedürfnisse besitzen.

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

Zusammensetzung des Haushalts: Festgelegt durch die steuerpflichtige Personenanzahl des Haushalts. Der Haushalt umfasst u.a. den Steuerpflichtigen, den Ehepartner des Steuerpflichtigen und andere Steuerpflichtige.

ABLAUF:

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

- a) Die aktuelle Richtlinie der Finanzhilfe und die Anträge auf Finanzhilfe in englischer und spanischer Sprache sind abrufbar unter www.readinghealth.org. Darüber hinaus werden Informationen zu Anbietern, die nicht in das Programm zur finanziellen Unterstützung von Patienten einbezogen sind, auf der Website des Reading Health System gepflegt. Gebühren für



Leistungen von Ärzten, die nicht im Reading Health System angestellt sind, sind von der Förderrichtlinie ausgeschlossen.

- b) Broschüren, die in Englisch und Spanisch gedruckt werden, werden in den Eingangs- und Wartebereichen der RHS erhältlich sein. Diese Broschüren bieten eine leicht verständliche Zusammenfassung des finanziellen Unterstützungsprogramms mit Kontaktinformationen von RHS-Mitarbeitern, welche die Patienten bei der Antragstellung unterstützen. Diese Broschüren werden auch an die Patienten in den Anmeldungen in der gesamten RHS verteilt. Patienten, die nicht versichert sind oder die Zahlungsunfähigkeit zu Beginn der Dienstleistung zum Ausdruck bringen, erhalten die Broschüre. Notfallpatienten in diesen Situationen wird die Broschüre zum Zeitpunkt der Entlassung übergeben.
- c) Patientenabrechnungen für RHS-Dienste enthalten Hinweise und Informationen über die Verfügbarkeit des Finanzhilfeprogramms. Darüber hinaus ist die andere Seite der Aussage zur Kostenübernahme eine Finanzhilfe.
- d) RHS wird eng mit Förderungsprogrammen in der Gemeinde zusammenarbeiten. Die Verfügbarkeit der RHS-Finanzhilferichtlinie wird mit diesen Agenturen geteilt. Beispiele sind Berks Western Clinic, Opportunity House, Berks Encore, Berks Community Health Center und Daniel Torres Hispanic Center sowie das County Assistance Office.

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

- a) Als Ergebnis des Verifizierungsprozesses der RHS-Patientenfinanzdienstleistungen wird es die Möglichkeit geben, nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten zu identifizieren. Die finanziellen Beratungsressourcen der RHS werden diese Patienten mit dem Medicaid-Anwendungsprozess unterstützen.
- b) Patienten, denen die Medicaid-Abdeckung verweigert wird, oder die überprüft wurden und die die Medicaid-Abdeckungskriterien nicht erfüllen, werden für das Programm zur finanziellen Unterstützung des Patienten in Betracht gezogen.
- c) Die Finanzdienstleistungen für RHS-Patienten werden die verfügbaren Ressourcen für die Anspruchsberechtigung nutzen, um den Versicherungsschutz und die Leistungen zu ermitteln, die allen Patienten zur Verfügung stehen. Bei geplanten Patienten erfolgt die Überprüfung der Deckung vor der Ankunft des Patienten für alle kostenintensiven Leistungen (z. B. MRT, CT Scan, chirurgische Eingriffe, kardiologische Leistungen). Geplante Patienten, die Leistungen erhalten, die nicht als High Dollar definiert sind, sowie ungeplante Patienten, werden zum Zeitpunkt des Eincheckens eine überprüfte Deckung haben. Als Ergebnis der Überprüfung der Deckung kann der Patient aufgefordert werden, seine bestätigte Eigenbeteiligung vor dem Einchecken zu zahlen. Notfallmedizinische Patienten werden nach der Untersuchung des Point-of-Medical Screening, wie es die EMTALA-Richtlinien vorschreiben, die Deckung überprüfen lassen.
- d) Die RHS-Rechnungs- und Inkassorichtlinien beschreiben das Verfahren, in dem RHS unversicherte Patienten belastet und Leistungen in Rechnung gestellt werden und wie die Einziehung ausstehender Salden erfolgt.



3) Feststellung der Förderungswürdigkeit von Finanzhilfen

- a) Patienten, die medizinisch notwendige Leistungen suchen oder erhalten haben und die nachweisen, dass sie nicht in der Lage sind, die Leistungen zu bezahlen, werden für die Richtlinie der finanziellen Unterstützung in Betracht gezogen.
- b) Patienten, die aus dem Ausland kommen und Notfalldienste benötigen, kommen für eine finanzielle Unterstützung in Betracht. Allerdings kommen Patienten, die die Vereinigten Staaten mit der Absicht einer nicht-emergenten Versorgung aufsuchen, in der Regel nicht für eine finanzielle Unterstützung in Frage.
- c) Die Patienten werden gebeten, als Voraussetzung für das Antragsverfahren, einen Nachweis über das Haushaltseinkommen und die Namen der im Haushalt lebenden Personen vorzulegen. Diese Informationen werden verwendet, um festzustellen, wo innerhalb der Federal Poverty Level Guidelines (FPL) der Familienhaushalt zuständig ist. Die FPL-Kategorie bestimmt den Betrag des Patienten- oder Garantiegeberbeitrags für die medizinische Rechnung, wie in der folgenden Tabelle dargestellt:

FPL-Kategorie	Zuschuss	Maximale Patientenvergütung pro Treffen/Besuch
= < 200% FPL	100 % Zuschuss zur finanziellen Unterstützung	\$0
zwischen 201 % und 250 % FPL	90 % Zuschuss auf die MCR-FFS-Rate	\$300
zwischen 251 % und 300 % FPL	80 % Zuschuss auf die MCR-FFS-Rate	\$500
zwischen 301 % bis 350 % PSS	70 % Zuschuss auf die MCR FFS Rate	\$1.000
zwischen 351 % und 400 % FPL	50 % Zuschuss auf die MCR FFS Rate	\$2.000

- d) Es kann auch festgestellt werden, dass Patienten aufgrund ihrer aktuellen Situation vermutlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben. RHS wird alle verfügbaren Ressourcen nutzen, um die mutmaßliche Eignung zu überprüfen. So werden z.B. elektronische Verifizierungsressourcen, Managementbriefe von Familienmitgliedern oder Unterkünften und/oder die eigene Beschreibung der aktuellen Lebenssituation des Patienten berücksichtigt. Patienten, die sich für eine mutmaßliche Anspruchsberechtigung qualifizieren, erhalten eine 100%ige finanzielle Unterstützung.
- e) Die Patienten werden ermutigt, so früh wie möglich mit der Beantragung finanzieller Unterstützung zu beginnen, um Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Je eher RHS sich der finanziellen Notwendigkeit bewusst wird, desto größer ist die Chance, den Patienten erfolgreich mit potenziellen Ressourcen wie Medicaid oder anderen Hilfs- oder Versicherungsprogrammen zu verbinden. 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 Antrag auf finanzielle Unterstützung gestellt, während sich das Konto im Inkassoverfahren befindet, wird die Inkassotätigkeit bis zur Feststellung der Anspruchsberechtigung eingestellt.



- f) Entscheidungen über die Förderungswürdigkeit werden innerhalb von 14 Tagen nach Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung getroffen. Unvollständige Anträge werden geprüft und es wird versucht, den Patienten/Bürge für weitere Informationen zu kontaktieren. Ein Bestätigungsschreiben in Englisch und Spanisch sowie eine überarbeitete Patientenabrechnung werden dem Patienten zugesandt, in dem das Ergebnis der Entscheidung beschrieben wird. Die revidierte Abrechnung berücksichtigt die vom Patienten geleisteten Überzahlungen bei der Ermittlung des fälligen Betrages.

Bei der Bewilligung der Finanzhilfe dient das Bestätigungsschreiben auch als Mittel zur Festlegung des Zeitrahmens für die Bestimmung der Finanzhilfe. Das Bestätigungsschreiben wird einen Kontaktnamen enthalten, den der Patient als Kontaktperson und Ressource für weitere Fragen ansprechen kann.

- g) Wird die finanzielle Unterstützung nicht bewilligt, werden Briefe in englischer und spanischer Sprache verschickt, in denen die Gründe für die Entscheidung sowie Informationen über andere Zahlungsmöglichkeiten angegeben werden. Falls Patienten gegen die getroffene Entscheidung Berufung einlegen möchten, werden auch Hinweise zum Berufungsverfahren gegeben.
- h) Patienten oder Bürgen, die mit dem Ergebnis der Entscheidung über die Förderfähigkeit der finanziellen Unterstützung nicht einverstanden sind, haben die Möglichkeit, gegen die Entscheidung Berufung einzulegen. Die Prüfung des Beschwerdeantrags obliegt dem Director of Patient Access, dem Vice President of Revenue Cycle und gegebenenfalls dem Senior Vice President und dem Chief Financial Officer.

RICHTLINIE:

ANBIETER PROTOKOLL:

BILDUNG UND TRAINING:

Das Team des Patientenzugangsmanagements ist für die jährliche Aufklärung über die in dieser Richtlinie enthaltenen Erwartungen verantwortlich. Neue Mitarbeiter für den Patientenzugang werden im Rahmen ihrer ersten Orientierung geschult.

REFERENZEN:

GENEHMIGUNGEN DURCH DAS KOMITEE/RAT:

STORNIERUNG:

Der Inhalt dieses Dokuments ersetzt alle früheren Richtlinien/Prozeduren/Protokolle/Protokolle/Richtlinien, Memoranden und/oder andere Mitteilungen, die sich auf dieses Dokument beziehen.