



Richtlinie zur finanziellen Unterstützung	PSHCMG-051
Penn State Health Community Medical Group - Revenue Cycle (Umsatzzyklus medizinische Abrechnung)	Gültig ab: 13.09.2017

ZWECK

Definition der Kriterien, nach denen finanzielle Unterstützung für geeignete Patienten angefordert und genehmigt wird, die Notfall- und sonstige medizinisch notwendige Behandlungen in Übereinstimmung mit dem Auftrag der Penn State Health Community Medical Group (PSHCMG) erhalten.

ZIELGRUPPE

Alle Mitarbeiter mit möglichem Kontakt zu Patienten, die Bedenken wegen ihres Zahlungsvermögens äußern.

DEFINITIONEN

Finanzielle Unterstützung bedeutet die Möglichkeit, eine kostenlose oder vergünstigte Behandlung zu erhalten. Nicht versicherte/versicherte Patienten, die medizinisch notwendige Behandlungen erhalten, jedoch keinen Anspruch auf eine staatliche Absicherung oder sonstige Versicherung haben und deren Familieneinkommen bei oder unter 300 % der in den USA geltenden Armutsgrenze liegt, qualifizieren sich gemäß dieser Richtlinie für eine kostenlose Behandlung.

Nicht versicherte Patienten sind Personen, die keine Absicherung für Gesundheitsbehandlungen über Versicherungsunternehmen, einen ERISA-Plan, staatliche Gesundheitsprogramme (einschließlich der staatlichen oder bundesstaatlichen Programme wie Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, SCHIP und Tricare), Unfallversicherungen, Medical Savings Accounts (Sparkonten für medizinische Behandlungen) oder sonstige Absicherungen für die gesamte Rechnung oder Teile der Rechnung aufweisen. Patienten, deren medizinische Versicherungsabdeckung erschöpft ist oder bei denen nicht abgedeckte Dienstleistungen in der Versicherungsrichtlinie des Patienten enthalten sind, gelten nicht als nicht versichert.

Mutmaßliche finanzielle Unterstützung bezieht sich auf Personen, die mutmaßlich bedürftig sind und Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wenn die entsprechenden Informationen durch den Patienten oder technische Quellen bereitgestellt werden, sodass PSHCMG feststellen kann, dass der Patient tatsächlich Anspruch auf die finanzielle Unterstützung hat. Es gibt unter anderem folgende Faktoren, die einen mutmaßlichen finanziellen Unterstützungsbedarf nahelegen: Obdachlosigkeit, kein Einkommen, Anspruch auf die WIC-Programme für Frauen, Kleinkinder und Kinder, Anspruch auf Lebensmittelmarken, Wohnungen mit Wohnberechtigungsschein als gültige Adresse, verstorbene Patienten ohne bekannten Wohnsitz oder Anspruch auf staatlich geförderte Verschreibungsprogramme.

Medizinisch notwendig bezieht sich auf Gesundheitsdienstleistungen, die ein Anbieter, der sich ein vernünftiges klinisches Urteil bildet, an einem Patienten zur Vorbeugung, Beurteilung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, Erkrankung oder ihrer Symptome erbringen würde. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- (1) Sie stimmen mit allgemein anerkannten medizinischen Standards überein
 - (a) Für diese Zwecke bedeuten „allgemein anerkannte medizinische Standards“ Standards, die auf glaubwürdigen wissenschaftlichen Beweisen basieren, die in generell von der relevanten medizinischen Gemeinschaft anerkannten medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden oder in sonstiger Weise mit den in den Richtlinien zur klinischen Beurteilung festgelegten Standards übereinstimmen.
- (2) Sie sind klinisch geeignet, insofern es Art, Häufigkeit, Ausmaß, Standort und Dauer betrifft, und sie gelten als wirksam für die Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten.
- (3) Sie sorgen nicht in erster Linie für die Bequemlichkeit des Patienten, Arztes oder sonstigen Gesundheitsdienstleisters und kosten nicht mehr als eine alternative Dienstleistung oder Reihe von Dienstleistungen, die mindestens ebenso wahrscheinlich zu gleichwertigen therapeutischen oder diagnostischen Ergebnissen für die Diagnose oder Behandlung der Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten führen.
- (4) Dienstleistungen, Gegenstände oder Verfahren, die noch in klinischer Erprobung oder experimentell sind, werden im Einzelfall betrachtet.

Staatliche Armutsgrenzen werden jedes Jahr im Januar vom Department of Health and Human Services (HHS, Behörde für Gesundheitswesen) im staatlichen Register veröffentlicht. <http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm#guidelines>

Definition des allgemeinen Verrechnungssatzes: Der allgemeine Verrechnungssatz oder die Grenze bei den Bruttogebühren werden von PSHCMG mit dem zurückschauenden Verfahren in Übereinstimmung mit der endgültigen Regel IRS 501(r) berechnet. PSHCMG setzt dieses Verfahren zur Berechnung der durchschnittlichen Zahlung aller von privaten Gesundheitsversicherern und Medicare beglichenen Ansprüche ein. Berechtigten Personen wird nur maximal der allgemeine Verrechnungssatz für die Notfallbehandlung oder die medizinisch notwendige Behandlung berechnet. PSHCMG stellt den Patienten auf Wunsch ein kostenloses schriftliches Exemplar der aktuellen Berechnung des allgemeinen Verrechnungssatzes zur Verfügung.

Anrechenbares Vermögen umfasst per Definition das Vermögen, das für die Bezahlung von Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen verfügbar ist, beispielsweise Bankkonten, Einlagenzertifikate, Rentenfonds, Aktien, Investmentfonds oder Pensionsleistungen. Gemäß der Definition im Department of Health Services (DHS) Medical Assistance Bulletin gehören nichtflüssige Anlagevermögen wie Häuser, Fahrzeuge, Haushaltswaren, IRA- und 401(k)-Pläne zur Altersvorsorge nicht zum anrechenbaren Vermögen für das Programm „Hospital Uncompensated Care Program“ (Programm für unbezahlte Krankenhausrechnungen) und für Charity Plans (Wohltätigkeitspläne).

RICHTLINIEN UND VERFAHREN

BEKANNTMACHUNG:

- a) Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, der Antrag auf finanzielle Unterstützung und eine schriftliche Zusammenfassung in einfacher Sprache stehen der Öffentlichkeit auf Anfrage zur Verfügung.
- b) Die Rechnungsunterlagen des Patienten enthalten Informationen über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung.
- c) Eine Bekanntmachung zur Verfügbarkeit dieses Programms wird in den Patientenanmeldebereichen von Krankenhäusern und Kliniken sowie auf der PSHCMG-Website veröffentlicht.
- d) Die Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen an allen ambulanten Klinikstandorten zur Verfügung.
- e) Wenn die Hauptsprache eines Bevölkerungsteils mehr als 10 % der Einwohner des geografischen Einzugsbereichs von PSHCMG ausmacht, wird die Richtlinie in dieser Sprache bereitgestellt.
- f) Die Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen bei kommunalen Beratungsveranstaltungen zur Verfügung, an denen PSHCMG teilnimmt.

ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN:

- a) Die finanzielle Unterstützung wird bei einem Familieneinkommen von bis zu 300 % über der staatlichen Armutsgrenze genehmigt. Berechtigte Patienten haben Anspruch auf eine zu 100 % kostenlose Behandlung bei medizinisch notwendigen Dienstleistungen.
- b) Die Bewertung, ob eine finanzielle Unterstützung möglich ist, beginnt mit dem Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung. Dieser muss vollständig, vom Verantwortlichen unterzeichnet und mit dem aktuellen Datum versehen sein. (Siehe Anhang)
- c) Der Patient muss US-Bürger oder Einwohner mit rechtmäßigem dauerhaftem Wohnsitz sein (d. h., er muss seit mindestens einem Jahr in den USA wohnhaft sein).
- d) Der Patient muss medizinische Unterstützung bei einer staatlichen oder bundesstaatlichen Organisation (Health Insurance Marketplace), sofern kein Ausnahmenachweis vorgelegt wird, oder bei einer anderen gültigen dritten Zahlungsquelle beantragen, bevor eine finanzielle Unterstützung genehmigt werden kann.
- e) Alle anderen Möglichkeiten zur Zahlung medizinischer Rechnungen wurden ausgeschöpft, einschließlich unter anderem kirchlicher oder privater Spendenaktionen und karitativer Programme oder Beihilfen. Eine mangelnde Beteiligung seitens des Patienten oder Verantwortlichen bei der Suche nach alternativen Zahlungsmöglichkeiten kann zum Ausschluss der Person für die finanzielle Unterstützung führen.
 - (1) Finanzielle Unterstützung wird möglicherweise nicht gewährt, wenn der Patient über ausreichend anrechenbares Vermögen zur Bezahlung der Rechnungen verfügt oder wenn die Liquidierung dieses anrechenbaren Vermögens keine ungebührliche Belastung für den Patienten darstellt.
 - (2) Die finanzielle Unterstützung für verstorbene Patienten richtet sich nach den Kriterien des Verfahrens zur Bestimmung der Zuständigkeit und der Auflösung des Patientenkontos des Verstorbenen (**Deceased Procedure to Determine Responsibility and Account Resolution**).
 - (3) Finanzielle Unterstützung kann aufgrund von Vereinbarungen mit Kliniken gewährt werden, die kostenfreie Leistungen anbieten (z. B. Hope Within, Centre Volunteers in Medicine usw.), wenn die von der jeweiligen Klinik erfassten oder ermittelten Informationen zur Zahlungsfähigkeit die entsprechenden Kriterien erfüllen.
 - (4) Die Dienstleistungen, Gegenstände oder Verfahren stehen wahlweise zur Verfügung. Dies gilt beispielsweise für Kosmetik, In-vitro-/Unfruchtbarkeitsbehandlungen, Brillen, Hörgeräte, bestimmte Magen-Bypass-Verfahren usw.
 - (5) Einkommensbasierte Versicherungspläne mit Selbstbeteiligung oder abzugsfähige Patientenguthaben können ebenfalls für eine finanzielle Unterstützung berechtigen.

- (6) Der Anspruchszeitraum für die finanzielle Unterstützung beträgt ein Jahr. PSHCMG hat das Recht, nach eigenem Ermessen einen neuen Antrag und eine neue Bewertung der Zahlungsfähigkeit des Patienten anzufordern.

ANTRAGSVERFAHREN:

- a) Die Anträge auf finanzielle Unterstützung sind online über die PSHCMG-Website, persönlich in jeder PSHCMG-Klinik oder schriftlich per Post erhältlich.
- b) Die folgenden jeweils zutreffenden Dokumente mit den Informationen zum Haushalt müssen vollständig ausgefüllt und eingereicht werden, um sicherzustellen, dass der Patient die Kriterien zu Einkommen und Familiengröße erfüllt.
- (1) Aktueller Einkommensteuerbescheid
 - (2) Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
 - (3) Die letzten vier (4) Kontoauszüge
 - (4) Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
 - (5) Erträge bei Nichtbeschäftigung
 - (6) Pensionseinnahmen
 - (7) Bestätigung über Ausschüttungen von Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)
 - (8) Feststellung medizinischer Unterstützung oder des Health Insurance Marketplace
 - (9) Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
 - (10) Wenn der Haushalt über kein Einkommen verfügt: Schreiben von Personen, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
 - (11) Alle weiteren von PSHCMG für notwendig erachteten Informationen, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung angemessen zu prüfen und festzustellen, ob der Patient Anspruch auf die finanzielle Unterstützung hat
- c) Wenn aufgrund der im Antrag eingereichten Informationen keine geeignete Feststellung erfolgen kann, wird der Verantwortliche gebeten, weitere Informationen bereitzustellen.

BEWERTUNGSMETHODE UND -PROZESS

- a) Die Genehmigungsstufen für die finanzielle Unterstützung lauten wie folgt:

Personalstufe:	Financial Counselor (Zahlungsberater)	Senior Associate (verantwortliche Fachkraft)	Team Manager/ Manager	Senior Director / Director Revenue Cycle (mittlere Führungskraft Umsatzzyklus)	VP Revenue Cycle / CFO (Leitung Umsatzzyklus/ Finanzbereich)
Betrag:	<\$500	<\$5.000	<\$25.000	<\$50.000	>\$50.000

- b) Nach Durchsicht des Antrags erhält der Patient oder Verantwortliche einen Telefonanruf und ein Schreiben über den gewährten Betrag.
- c) Die Person, die den Umfang der finanziellen Unterstützung festlegt, dokumentiert das Patientenkonto entsprechend (in den Abrechnungssystemen Signatur und Eclipsys) und unterschreibt das Formular zur Überprüfungsanforderung „Request for Review“. Das Patientenkonto wird zur Weiterbearbeitung an den zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet.
- d) Wenn ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung und auf Cobra-Leistungen hat, kann sich die PSHCMG als Einrichtung dafür entscheiden, die monatliche Versicherungsprämie zu übernehmen.
- e) Sobald die Genehmigung der Unterstützung des Bedürftigen vorliegt, werden sämtliche bei Wirtschaftsauskunfteien hinterlegten Schulden innerhalb von 30 Tagen zurückgezogen.
- f) Nachdem die Anpassungen der finanziellen Unterstützung auf die Forderungen gegenüber dem Patienten angerechnet wurden, werden dem Patienten alle zuvor oder nachfolgend erhaltenen Zahlungen zurückerstattet.
- g) Patienten, deren Konten bereits an ein Inkassobüro übergeben wurden, können dennoch finanzielle Unterstützung beantragen und eine Genehmigung erhalten.

- h) Wenn die finanzielle Unterstützung genehmigt wurde, erfassen die entsprechenden Mitarbeiter die Systemanpassung und identifizieren und prüfen alle offenen Vorkommnisse unter der Nummer der medizinischen Patientenakte und wenden die Ermäßigung an.
- (1) Wenn sich Patienten nicht an die Finanzberatung wenden und/oder den Antrag nicht einreichen oder nicht vollständig ausfüllen, können Maßnahmen ergriffen werden, die in der folgenden Richtlinie näher erläutert werden: **RC-002 Patient Credit and Collections Policy (Richtlinie für Patientenkredite und Inkasso, RC-002)**.
 - (2) Eine Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung und/oder der Finanzdaten wird gemäß den Aufbewahrungsrichtlinien von PSHCMG sieben Jahre lang aufbewahrt.
 - (3) Für weitere Anforderungen finanzieller Unterstützung im selben Kalenderjahr ist eventuell keine weitere unterstützende Dokumentation erforderlich, falls sich an den vorliegenden Informationen nichts geändert hat.
 - (4) Das Management kann nach eigenem Ermessen mildernde Umstände gelten lassen, unter anderem beispielsweise in folgenden Fällen:
 - i) Das Einkommen des Patienten liegt über den Richtwerten für die Unterstützung von Bedürftigen, die medizinischen Schulden übersteigen jedoch aufgrund einer gravierenden Erkrankung das Jahreseinkommen.
 - (ii) Der Patient erhält eine Zahlung aus einem Rechtsstreit, die aber geringer ist als der Schuldenstand. Der Patient verfügt nicht über ausreichende persönliche anrechenbare Vermögenswerte/Einkünfte, um die Differenz zu begleichen.
 - (iii) Der Patient ist bereit, sich Geld für die Bezahlung zu leihen, hat jedoch keinen Anspruch auf den gesamten noch fälligen Betrag (Überprüfung vom Kreditinstitut erforderlich).
 - (iv) Der Patient ist bereit, andere Vermögenswerte aufzulösen und so einen Teil der Ausstände abzudecken.
 - (v) Der Patient füllt keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus, es liegen jedoch genügend Einkommens-/Finanzdaten vor, um eine Entscheidung zu treffen.

Alle Richtlinien, auf die in diesem Dokument verwiesen wird, können auf der PSHCMG-Website angezeigt werden und stehen auf Anfrage für den Druck zur Verfügung.

Diese Richtlinie legt ein freiwilliges, wohlwärtiges Ziel der Penn State Health Community Medical Group fest. Dementsprechend darf weder diese Richtlinie noch ein Verstoß dagegen so ausgelegt werden, dass daraus eine rechtliche Verpflichtung seitens des Krankenhauses oder ein Recht für einen Patienten oder für Dritte entsteht.

ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE UND REFERENZEN

Der Anhang zu dieser Richtlinie umfasst folgende Dokumente:

1. PSHCMG-051 - Staatliche Armutsleitlinien
2. PSHCMG-051 - Anhang Anbieterliste
3. PSHCMG-051 - Anhang Anbieterstandorte

GENEHMIGUNGEN

	Name	Titel	Datum
Autorisiert von:	Steve Massini	Chief Financial Officer/ Chief Operating Officer	13.09.2017
Genehmigt von:	Dan Angel	Vice President Revenue Cycle Operations	13.09.2017

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERARBEITUNGEN

Erstellt am: 13.09.2017

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITARBEIT

Bereichsleiter im Krankenhausbetrieb/Umsatzzyklus (medizinische Abrechnung)