

EINRICHTUNG: St. Christopher Kinderkrankenhaus	
ANLEITUNG: Organisatorisch (administrativ)	ORDNER: Rechte und Verantwortungen der Person
TITEL: Patientenfinanzierung	DOKUMENTBESITZER: Leiter Patientenzugang
DOKUMENTENVERWALTER: Herr Vizepräsident, Ertragszyklus	SCHLÜSSELWÖRTER:
URSPRÜNGLICHES DATUM: November 2019	REVISIONSDATEN: 10/20, 2/21

UMFANG:

St. Christopher und seine Tower Health Medical Group Praxen.

ZWECK:

Um sicherzustellen, dass Standardverfahren bei St. Christopher hinsichtlich der Identifizierung und fortwährenden Unterstützung von Patienten in finanzieller Not festgelegt und ausgeführt werden. St. Christopher wird unter Internal Revenue Code (IRC) Abschnitt 501(c) (3) als gemeinnützige Organisation bezeichnet. In Übereinstimmung mit IRC Abschnitt 501(r) ist es erforderlich, die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung festzulegen und weitgehend zu veröffentlichen. Die Absicht der Richtlinie ist es, Patienten in finanzieller Not zu identifizieren und zu bedienen und eine verstärkte Wahrnehmung der Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung für das Gesundheitssystem und die Gemeinschaft zu schaffen.

RICHTLINIE:

Als Teil der Philosophie von St. Christopher, für die Gemeinschaft eine umfassende, zugängliche, qualitativ hochwertige und kostengünstige Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, sind wir uns bewusst, dass nicht alle Patienten die gleiche Zahlungsfähigkeit für medizinische Versorgungsleistungen haben. St. Christopher wird die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung für die Gemeinschaft weitgehend veröffentlichen über die Webseite des Krankenhauses, Broschüren und durch die Beteiligung an Interessengruppen. Finanzielle Berater werden Patienten und Familien über die verfügbaren Ressourcen aufklären und Unterstützung bei dem Antrag auf finanzielle Unterstützung und dem Genehmigungsprozess bieten, um sicherzustellen, dass alle Patienten weiterhin die Möglichkeit haben, auf die erforderliche medizinische Versorgung zuzugreifen.

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.

EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labor Act): Bundesrechtliche Anforderung die festlegt, dass jedes Krankenhaus, das Zahlungen von Medicare annimmt, einen Patienten betreuen muss, der in seiner Notaufnahme eintrifft, ungeachtet der Staatsangehörigkeit, des Aufenthaltsrechts in den Vereinigten Staaten und der Fähigkeit, für die Dienstleistungen zu zahlen.

Federal Poverty Guidelines (FPL): Diese Richtlinien werden jedes Jahr im Bundesregister veröffentlicht und werden zur Bestimmung einer Basislinie für die Armutsgrenze verwendet. Die Department of Health and Human Services veröffentlicht diese statistischen Informationen.

Finanzielle Unterstützung: Gesundheitsfürsorge für Patienten ohne Erwartung, dass diese Dienstleistungen vollständig oder teilweise bezahlt werden, was durch eine finanzielle Unfähigkeit zur Zahlung bestimmt wird.

Bürge: Die Person, die gesetzlich und finanziell für die Zahlung einer Patientenrechnung verantwortlich ist.

Kostenintensive Dienstleistungen: Zum Zwecke dieser Richtlinie werden kostenintensive Dienstleistungen unter anderem als Dienstleistungen definiert, die durch kostenintensive Abteilungen wie High-End-Bildgebung, Kardiologie, perioperative Dienstleistungen, geplante Krankenhausaufnahmen und Dienstleistungen im Bereich Atemwegserkrankungen sowie ambulante Therapie-Dienste verursacht werden.

Haushaltszusammensetzung: Bestimmt durch die Größe des steuerlichen Haushalts. Die Größe des Haushalts umfasst, ist jedoch nicht beschränkt auf den Steuerzahler, den Ehepartner des Steuerzahlers und andere steuerlich Abhängige.

Haushaltseinkommen: Das Einkommen der Personen im Haushalt, einschließlich aber nicht beschränkt auf Gehälter, Sozialleistungen, Sozialhilfe für Veteranen, Renten und Einkommen als Ehepartner. Zum Zwecke der Berechtigung zu finanzieller Unterstützung sind Beispiele von Einkommen, die ausgeschlossen werden, befristete Unterstützung für bedürftige Familien (TANF), das ergänzende Ernährungs-Unterstützungsprogramm (SNAP), das Energie-Unterstützungsprogramm für Haushalte mit niedrigem Einkommen (LIHEAP) und Fördergelder für wetterfeste Häuser.

Medicaid: Ein gemeinsames bundesstaatliches und staatliches Programm, das manche Personen mit geringem Einkommen und Ressourcen bei den medizinischen Kosten unterstützt.

Medizinisch notwendige Dienstleistungen: Gesundheitsdienstleistungen oder Bedarfsmaterialien, die zur Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Zustands, Erkrankung oder deren Symptome erforderlich sind und die anerkannten medizinischen Standards erfüllen.

Voraussichtlich berechnete Patienten: Patienten, die voraussichtlich für finanzielle Unterstützung in Frage kommen basierend auf Lebensumstände wie Obdachlosigkeit, null Einkommen oder vorherige Berechtigung zu Programmen finanzieller Unterstützung.

Unterversicherte Patienten: Patienten, die einen Versicherungsschutz haben, der zu einer hohen finanziellen Verantwortung durch den Patienten für die Zahlung ihrer Arztrechnung führt.

Unversicherte Patienten: Patienten, die keinen Versicherungsschutz für ihre medizinischen Bedürfnisse haben.

VERFAHREN:

1) Bewusstsein für die Option einer finanziellen Unterstützung für Patienten schaffen

- a. Die aktuelle Version der Richtlinie über finanzielle Unterstützung und Anträge auf finanzielle Unterstützung auf English, Spanisch, Deutsch, Niederländisch, Haitianisches Kreol und Vietnamesisch sind unter <https://towerhealth.org/locations/st-christophers-hospital-children/billing/financial-assistance> verfügbar. Des Weiteren hat Tower Health eine Liste aller Anbieter (identifiziert mit Namen, Praxisgruppe/Organisation, Krankenhausabteilung oder Art der Dienstleistung) von Notfall- und sonstiger medizinisch notwendiger Versorgung am St. Christopher Krankenhaus, die mindestens quartalsweise aktualisiert wird und in der aufgeführt ist, welche Anbieter von dieser Richtlinie über Patientenfinanzierung erfasst sind und welche nicht. Die Liste der Anbieter ist online verfügbar unter der folgenden Webseite von St. Christopher:
<https://www.towerhealth.org/providers/> Gebühren für Dienstleistungen, die durch Ärzte bereitgestellt werden, die nicht bei St. Christopher tätig sind, werden von der Richtlinie zur Patientenfinanzierung ausgeschlossen.
- b. Broschüren mit dem Titel Informationen über die Rechnungsstellung und Zahlung umfassen eine Klartext-Zusammenfassung der Richtlinie über finanzielle Unterstützung. Die auf Englisch und Spanisch gedruckten Broschüren werden in Empfangshallen und Wartebereichen bei St. Christopher verfügbar sein. Diese Broschüren bieten eine leicht zu lesende Zusammenfassung des Programms über finanzielle Unterstützung mit Kontaktinformationen der Mitarbeiter von St. Christopher, die Patienten bei dem Antragsverfahren unterstützen. Diese Broschüren werden den Patienten auch an den Anlaufstellen bei St. Christopher zur Verfügung gestellt. Patienten, die unversichert sind oder die Unfähigkeit zur Zahlung an der Anlaufstelle bestätigen, erhalten die Broschüre. Notfallpatienten in diesen Situationen erhalten die Broschüre bei ihrer Entlassung.
- c. Die Patientenabrechnung für Dienste bei St. Christopher enthalten eine Orientierungshilfe und Anweisungen über die Verfügbarkeit des Programms über finanzielle Unterstützung. Des Weiteren ist die Rückseite der Abrechnung ein Antrag auf finanzielle Unterstützung.
- d. St. Christopher wird eng mit Programmen der Interessenvertretung in der Gemeinde zusammenarbeiten. Die Verfügbarkeit der Richtlinie zur Patientenfinanzierung von St. Christopher wird mit diesen Organisationen geteilt.

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

- a. Aufgrund des Prozesses der Überprüfung auf Versicherungsschutz der Finanzdienstleistungen für Patienten von St. Christopher wird es die Möglichkeit geben, unversicherte Patienten und unterversicherte Patienten zu identifizieren. Ressourcen zur Finanzberatung von St. Christopher werden diese Patienten bei dem Antragsprozess von Medicaid unterstützen.
- b. Patienten, denen die Versicherung durch Medicaid verweigert wird, oder die überprüft wurden und nicht den Deckungskriterien von Medicaid entsprechen, werden für das Programm zur Patientenfinanzierung in Betracht gezogen.
- c. Die Finanzdienstleistungen für Patienten von St. Christopher werden die verfügbaren Ressourcen für die Anspruchsberechtigung verwenden, um den Versicherungsschutz und die für alle Patienten verfügbaren Vorteile zu bestimmen. Für geplante Patienten wird bei kostenintensiven Dienstleistungen (z. B. MRT, Computertomographie, chirurgische

Eingriffe, kardiologische Dienstleistungen) die Überprüfung der Deckung vor Ankunft des Patienten vorgenommen. Bei geplanten Patienten, die Dienstleistungen erhalten, die nicht als kostenintensiv eingestuft werden, sowie ungeplanten Patienten wird die Deckung zum Zeitpunkt der Aufnahme überprüft. Aufgrund des Prozesses der Überprüfung auf Versicherungsschutz könnten Patienten darum gebeten werden, ihren bestätigten Betrag der Patientenverantwortung zu zahlen, bevor Sie aufgenommen werden. Bei Notfallpatienten wird die Deckung nach dem Zeitpunkt der medizinischen Untersuchung überprüft, wie von den EMTALA-Richtlinien gefordert.

- d. Die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie von St. Christopher beschreibt den Vorgang, nach dem St. Christopher Leistungen im Falle von nicht versicherten Patienten in Rechnung stellt und abrechnet und die Einziehung ausstehender Salden verfolgt. Der Selbstbeteiligungssatz liegt bei 50% der allgemeinen Rechnungsbeträge und wird zum Zeitpunkt der Erstzahlung berechnet. Diese separate Abrechnungs- und Inkassorichtlinie ist online auf der Webseite von St. Christopher verfügbar und eine Papierkopie kann kostenlos beantragt werden, indem Sie uns unter 215-427-8442 kontaktieren.

3) **Bestimmung der Berechtigung zu finanzieller Hilfe**

- a. Patienten, die Notdienste oder medizinisch erforderliche Dienstleistungen suchen oder erhalten haben und eine Unfähigkeit der Zahlung dieser Dienstleistungen nachweisen können, kommen für die Richtlinie für finanzielle Unterstützung in Frage.
- b. Patienten, die aus anderen Ländern kommen und Notdienste benötigen, kommen für finanzielle Unterstützung in Frage. Patienten, die die Vereinigten Staaten besuchen, um nicht dringende medizinische Versorgung zu erhalten, kommen im Allgemeinen nicht für finanzielle Unterstützung in Frage.
- c. Die Patienten werden gebeten, das Haushaltseinkommen zusammen mit den Namen der im Haushalt wohnenden Personen nachzuweisen, wie vom Antragsverfahren verlangt. Diese Informationen werden zur Bestimmung verwendet, in welchen Bereich innerhalb der Federal Poverty Level Guidelines (FPL) der Haushalt fällt. Die FPL-Kategorie wird den Beitrag des Patienten oder Bürgen bei seiner Arztrechnung bestimmen, entsprechend der Tabelle unten.
- d. Jeder FPL-Kategorie ist ein Beihilfebetrug 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	Zuschuss	Maximale Zahlung durch den Patienten pro Termin/Besuch
= < 200% FPL	100% finanzielle Beihilfe	\$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% und 350% FPL	70% Beihilfe auf MCR FFS-Rate	\$1.000
zwischen 351% und 400% FPL	50% Beihilfe auf MCR FFS-Rate	\$2.000

- e. Patienten können ebenfalls voraussichtlich für finanzielle Unterstützung in Frage kommen, basierend auf ihren aktuellen Umständen. St. Christopher wird sämtliche Ressourcen verwenden, um eine voraussichtliche Berechtigung zu überprüfen. Zum Beispiel: elektronische Ressourcen zur Überprüfung, Management-Letters von Familienangehörigen oder Unterkünften und/oder eine Beschreibung des Patienten von sich selbst oder seiner aktuellen Lebensumstände werden berücksichtigt. Patienten, die für eine voraussichtliche Berechtigung in Frage kommen, werden eine finanzielle Unterstützung von 100% erhalten.
- f. Wir empfehlen den Patienten, so früh wie möglich die Antragstellung auf finanzielle Unterstützung in die Wege zu leiten, im Vorgang des Zugriffs auf medizinische Versorgung. Je früher St. Christopher Einsicht in die finanzielle Notlage gewinnt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dem Patienten erfolgreich potenzielle Ressourcen wie Medicaid und andere Hilfs- oder Versicherungsprogramme zu vermitteln. Während es ideal ist, den Prozess so bald wie möglich einzuleiten, sind Patienten dazu berechtigt, zu einem beliebigen Zeitpunkt im Rechnungs- und Einzugszyklus finanzielle Unterstützung zu erwägen. Wenn der Antrag auf finanzielle Unterstützung eingeleitet wird, während das Konto sich im Inkassoprozess befindet, wird die Inkassoaktivität beendet, bis eine Bestimmung der Berechtigung vorgenommen wurde.
- 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 bezüglich der Berechtigung zu finanzieller Unterstützung werden innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung getroffen. Unvollständige Anträge werden überprüft und Versuche, den Patienten/Bürgen um zusätzliche Informationen zu bitten, werden unternommen. Ein Bestätigungsbrief auf Englisch und Spanisch und eine überprüfte Patientenabrechnung werden dem Patienten gesendet, in dem das Ergebnis der Entscheidung beschrieben wird. Die überprüfte Abrechnung wird sämtliche überschüssige Zahlungen berücksichtigen, die vom Patienten geleistet wurden, um den ausstehenden Betrag zu bestimmen.
- i. Wenn die finanzielle Unterstützung bestätigt wird, wird der Bestätigungsbrief auch als Mittel zur Bestimmung des durch die Festlegung der finanziellen Unterstützung gedeckten Zeitraums dienen. Der Bestätigungsbrief wird einen Kontaktnamen für den Patienten enthalten, als Referenz und Ressource bei zusätzlichen Fragen.
- j. Wenn die finanzielle Unterstützung nicht genehmigt wird, werden Briefe auf Englisch und Spanisch gesendet, in denen die Gründe der Entscheidung sowie Informationen über andere Zahlungsoptionen beschrieben werden. Wenn Patienten gegen die getroffene Entscheidung Einspruch erheben möchten, werden ebenfalls Anweisungen über den Prozess des Einspruchs bereitgestellt.
- k. Patienten oder Bürgen, die mit dem Ergebnis der Entscheidung über die Berechtigung zu finanzieller Unterstützung nicht zufrieden sind, werden die Gelegenheit haben, gegen die Entscheidung Einspruch zu erheben. Für die Überprüfung des Antrags auf Einspruch ist der Leiter für Patientenzugang, der leitende Vizepräsidenten für den Ertragszyklus und bei Bedarf der Exekutiv-Vizepräsidenten und der Finanzchef zuständig.

RICHTLINIE:

PROTOKOLL DES ANBIETERS:

SCHULUNG UND TRAINING:

Das Team der Verwaltung des Patientenzugangs wird für die jährliche Schulung über die in dieser Richtlinie gedeckten Erwartungen verantwortlich sein. Neue Mitarbeiter im Bereich Patientenzugang werden als Teil ihrer anfänglichen Orientierung geschult.

REFERENZEN:

GENEHMIGUNGEN DURCH DIE KOMMISSION/DEN RAT:

STORNIERUNG:

Der Inhalt dieses Dokuments ersetzt alle vorherigen Richtlinien/Verfahren/Protokolle/Leitlinien, Vermerke und/oder sonstige Kommunikationen, die diesem Dokument angehören.