

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

UMFANG:

Gilt für das Phoenixville Hospital und seine Tochtergesellschaften. Diese Richtlinie gilt nicht für nicht-angestellte Ärzte, die Patienten im Phoenixville Hospital betreuen.

ZIELSETZUNG:

Zu gewährleisten, dass Standardverfahren im gesamten Phoenixville Hospital etabliert und umgesetzt werden, um Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen, zu identifizieren und durchgängig zu unterstützen. Das Phoenixville Hospital ist gemäß dem Internal Revenue Code (IRC) Section 501(c) (3) eine gemeinnützige Organisation. In Übereinstimmung mit dem IRC Section 501(r) wird die Erstellung und breite Veröffentlichung der Beihilferichtlinie gefordert. 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 Phoenixville Hospital-Mission, eine mitfühlende, verfügbare, hochqualitative und kosteneffektive medizinische Versorgung für die Gemeinde zur Verfügung zu stellen, wird anerkannt, dass nicht alle Patienten über dieselben Möglichkeiten verfügen, für medizinische Dienstleistungen zu bezahlen. Das Phoenixville Hospital wird die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung für die Gemeinde auf breiter Basis über die Website des Gesundheitssystems, Broschüren und über die Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen in der Gemeinde öffentlich 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.

EMTALA (the 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 zur Ermittlung einer Ausgangsbasis für die Bestimmung der Armutsgrenze. Das Gesundheitsministerium veröffentlicht diese statistischen Informationen.

Finanzielle Beihilfe: Medizinische Versorgung für Patienten ohne die Erwartung der Bezahlung dieser Leistungen, im Ganzen oder in Teilen, berechnet nach den finanziellen Möglichkeiten des Patienten.

Garant: Die Person, die rechtlich und finanziell verantwortlich für die Bezahlung einer Patientenrechnung ist.

Haushaltseinkommen: Einkommen der Personen, die im Haushalt leben, einschließlich - ohne auf diese beschränkt zu sein - Gehälter, Zinserträge, Dividenden, Sozialversicherungsleistungen, Veteranenbezüge, Pensionen und Einkommen des Ehegatten. Für den Zweck der Ermittlung einer Berechtigung auf Beihilfe werden beispielsweise vorübergehende Leistungen für in Not geratene Familien (Temporary Assistance for Needy Families TANF), Leistungen zur Unterstützung der ergänzenden Ernährung (Supplemental Nutrition Assistance SNAP), Leistungen für geringes Einkommen, hohe Energiekosten (Low Income Home Energy Assistance LIHEAP) und Energiesparförderleistungen ausgeschlossen.

Kostenintensive Leistungen: Im Sinne dieser Richtlinie werden Leistungen als kostenintensiv bezeichnet, die von Abteilungen mit hohen finanziellen Aufwendungen durchgeführt werden - aber ohne auf diese beschränkt zu sein. Zu solchen Leistungen gehören beispielsweise modernste bildgebende Verfahren, Kardiologie, perioperative Leistungen, geplante Aufnahmen, Leistungen in Bezug auf Atemwegserkrankungen sowie Therapiedienstleistungen für ambulante Patienten.

Medicaid: Ein gemeinschaftliches bundesstaatliches und staatliches Programm, das Menschen mit begrenztem Einkommen und Ressourcen bei der Begleichung von medizinischen Kosten unterstützt.

Medizinisch notwendige Leistungen: Medizinische Leistungen oder Arzneimittel, die für die Diagnose oder Behandlung einer Erkrankung, Verletzung, Beschwerde, Krankheit oder deren Symptome notwendig sind und die den akzeptierten medizinischen Standards entsprechen.

Mutmaßlich berechnete Patienten: Patienten, die mutmaßlich beihilfeberechtigt sind, basierend auf Lebensumständen wie z. B. Obdachlosigkeit, kein Einkommen oder eine vormalige Berechtigung für Leistungen aus den finanziellen Beihilfeprogrammen.

Nicht versicherte Patienten: Patienten, die für die medizinische Versorgung keine Krankenversicherung haben.

Unterversicherte Patienten: Patienten, die über eine Krankenversicherung verfügen, die jedoch in einer hohen finanziellen Verantwortung für die Begleichung der medizinischen Rechnungen resultiert.

Zusammensetzung des Haushalts: Ermittelt über die Haushaltsgröße des Steuerzahlers. Die Haushaltsgröße umfasst u.a. den Steuerpflichtigen, den Ehepartner des Steuerpflichtigen und andere Steuerpflichtige.

ABLAUF:

1) Schaffung des Bewusstseins für die Option 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://phoenixville.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 Phoenixville 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 Phoenixville Hospital zur Verfügung: <https://phoenixville.towerhealth.org/find-a-doctor/> und ein gedrucktes Exemplar ist kostenlos erhältlich, wenn Sie sich an die Nummer für Überweisungen unter 610-983-1000 wenden. Gebühren für Leistungen von Ärzten, die nicht im Phoenixville Hospital angestellt sind, sind von der Förderrichtlinie ausgeschlossen.
- b) Broschüren in englischer und spanischer Sprache werden in den Lobbys und Wartebereichen des Phoenixville Hospital erhältlich sein. Diese Broschüren bieten eine leicht verständliche Zusammenfassung des finanziellen Unterstützungsprogramms mit Kontaktinformationen für die Mitarbeiter des Phoenixville Hospital. Diese Broschüren werden Patienten bei der Anmeldung im Phoenixville Hospital ausgehändigt. Nicht versicherte Patienten oder Patienten, die am Standort der Ausübung der Leistung zum Ausdruck bringen, dass sie die medizinische Leistung nicht bezahlen können, erhalten ebenfalls diese Broschüre. Notfallpatienten in diesen Situationen erhalten diese Broschüre zum Zeitpunkt der Entlassung.
- c) Patientenabrechnungen für die Leistungen des Phoenixville Hospital enthalten Leitlinien und Anweisungen auf die Verfügbarkeit des Finanzhilfeprogramms. Zusätzlich ist die Rückseite der Abrechnung gleichzeitig ein Beihilfeantragsformular.
- d) Das Phoenixville Hospital arbeitet eng mit Förderungsprogrammen der Gemeinde zusammen. Die Verfügbarkeit der Finanzhilfepolitik des Phoenixville Hospital wird mit diesen Agenturen geteilt.

2) Identifizierung von Patienten, die eine Beihilfe für medizinisch notwendige Leistungen benötigen:

- a) Als Ergebnis des Phoenixville Hospital Patienten Finanzdienstleistungsverifizierungsprozesses wird es die Möglichkeit geben, nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten zu identifizieren. Der finanzielle Beratungsdienst des Phoenixville 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 Phoenixville Hospital-Patientenbeihilfedienste 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, chirurgische Eingriffe, kardiologische Dienstleistungen) vor dem Eintreffen des Patienten im Krankenhaus durchgeführt. 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) Feststellung der Förderungswürdigkeit von Finanzhilfen

- 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 Besuch
= < 200% FPL	100 % Beihilfe	0 \$
zwischen 201 % und 250 % FPL	90 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	300 \$
zwischen 251 % bis zu 300 % FPL	80 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	500 \$
zwischen 301 % bis zu 350 % FPL	70 % Beihilfe auf MCR FFS-Rate	1.000 \$
zwischen 351 % bis zu 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 Phoenixville 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 Phoenixville Hospital über die finanzielle Notlage informiert ist, desto besser sind die Erfolgchancen, den Patienten mit den möglichen Ressourcen wie Medicaid oder andere Beihilfeversicherungsprogramme in Kontakt zu bringen. Zwar ist es ideal, das Verfahren baldmöglichst einzuleiten, doch sind Patienten während des gesamten Zeitraums von der Rechnungsstellung bis zum Inkasso berechtigt, Beihilfe zu empfangen. 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 gegeben.
- 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 KOMITEE/RAT:

AUFHEBUNG:

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