



Richtlinie zur finanziellen Unterstützung	PFS-051
Patienten- und Erlösmanagement Penn State Health - Finanzielle Leistungen für Patienten	Gültig ab: 11/19/2018

ZWECK

Definition der Kriterien, nach denen finanzielle Unterstützung für anspruchsberechtigte Patienten beantragt und genehmigt wird, die Notfall- und sonstige medizinisch notwendige Behandlungen in Übereinstimmung mit dem Auftrag von Penn State Health (PSH) erhalten.

ZIELGRUPPE

Alle Mitarbeiter mit möglichem Kontakt zu Patienten, die Bedenken im Hinblick auf ihre Zahlungsfähigkeit äußern.

DEFINITIONEN

Finanzielle Unterstützung bedeutet die Möglichkeit, eine kostenlose oder vergünstigte Behandlung zu erhalten. Nicht versicherte oder 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, haben gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf eine kostenlose Behandlung.

Unversicherte Patienten sind Personen, deren Gesundheitsfürsorge nicht über ein Versicherungsunternehmen, einen ERISA-Plan, ein staatliches Gesundheitsfürsorgeprogramm (darunter der State Health Insurance Marketplace auf Bundes- oder Staatenebene, Medicare, Medicaid, SCHIP und Tricare), Workers' Compensation (Arbeitsunfallversicherung), Medical Savings Accounts (Sparkonten für medizinische Behandlungen) oder anderweitig gesichert ist, um die medizinischen Kosten vollständig oder teilweise zu decken. Patienten, deren medizinische Versicherungsabdeckung erschöpft ist oder bei denen nicht abgedeckte Leistungen in der Versicherungspolice des Patienten enthalten sind, gelten nicht als unversichert.

Voraussichtliche finanzielle Unterstützung bezieht sich auf den Fall, dass ein Patient wahrscheinlich bedürftig ist und daher Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, nachdem die entsprechenden Informationen durch den Patienten oder andere Quellen bereitgestellt werden, sodass PSH feststellen kann, dass der Patient tatsächlich anspruchsberechtigt ist. Hinweise auf eine voraussichtliche Anspruchsberechtigung bieten unter anderem folgende Faktoren: Obdachlosigkeit, kein Einkommen, Anspruch auf die WIC(Women, Infants and Children)-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 Leistungen, die an einem Patienten aufgrund eines sachgerechten und sorgfältigen klinischen Urteils zur Vorbeugung, Beurteilung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, Erkrankung oder ihrer Symptome erbracht werden. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- (1) Die Leistungen orientieren sich an den allgemein anerkannten medizinischen Standards.
 - (a) Für diese Zwecke bedeuten „allgemein anerkannte medizinische Standards“ Prinzipien, 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 angemessen, insofern es Art, Häufigkeit, Ausmaß, Standort und Dauer betrifft, und sie gelten als wirksam für die Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten.
- (3) Sie dienen nicht in erster Linie der Bequemlichkeit oder dem Vorteil des Patienten, Arztes oder eines sonstigen Leistungserbringers und kosten nicht mehr als alternative Leistungen, die mindestens ebenso wahrscheinlich zu gleichwertigen therapeutischen oder diagnostischen Ergebnissen für die Diagnose oder Behandlung der Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten führen.
- (4) Leistungen, Gegenstände oder Verfahren, die sich noch in klinischer Erprobung befinden oder versuchsweise eingesetzt werden, kommen von Fall zu Fall in Betracht.

Staatliche Armutsgrenzen werden jedes Jahr im Januar vom Department of Health and Human Services (HHS, Behörde für Gesundheitswesen) im Federal Register (Bundesregister) veröffentlicht. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Allgemeiner Verrechnungssatz (Amount Generally Billed, AGB): Der allgemeine Verrechnungssatz bzw. die Grenze für Bruttogebühren wird von PSH nachträglich in Übereinstimmung mit der endgültigen IRS-Bestimmung 501R berechnet. PSH verwendet dieses sogenannte Lookback-Verfahren zur Berechnung der durchschnittlichen Zahlung aller von privaten Gesundheitsversicherern und Medicare beglichenen Ansprüche. Den Anspruchsberechtigten wird für die Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlung maximal der allgemeine Verrechnungssatz berechnet. PSH stellt auf Wunsch ein kostenloses Exemplar der Berechnung des aktuellen allgemeinen Verrechnungssatzes zur Verfügung.

Anrechenbares Vermögen umfasst per Definition das Vermögen, das für die Bezahlung von Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen verfügbar ist, beispielsweise Bargeld/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 und Haushaltswaren sowie IRA- und

401(k)-Pläne zur Altersvorsorge nicht zum anrechenbaren Vermögen im Rahmen des „Hospital Uncompensated Care Program“ (Programm für unbezahlte Krankenhausrechnungen) und der Charity Plans (Wohltätigkeitspläne).

RICHTLINIEN UND VERFAHREN

BEKANNTMACHUNG:

- a) Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, der Antrag auf finanzielle Unterstützung und eine schriftliche Zusammenfassung in leicht verständlicher Sprache stehen der Öffentlichkeit auf Anfrage zur Verfügung.
- b) Auf den Patientenrechnungen ist ein Hinweis über die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung vermerkt.
- c) Eine Bekanntmachung zur Verfügbarkeit dieses Programms wird in den Patientenanmeldebereichen von Krankenhäusern und Kliniken sowie auf der Website von PSH veröffentlicht.
- d) Die Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen an allen ambulanten Klinikstandorten zur Verfügung.
- e) Wenn eine bestimmte Sprache für mehr als entweder 1,000 Einwohner oder 5% der Bevölkerung des Einzugsgebietes der Einrichtung die Muttersprache darstellt, ist die Richtlinie in dieser Sprache verfügbar.
- f) Die Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen bei kommunalen Beratungsveranstaltungen zur Verfügung, an denen PSH teilnimmt.

ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN:

- a) Die finanzielle Unterstützung richtet sich nach dem jeweiligen Familieneinkommen gemäß den unten genannten Leitlinien. Berechtigte Patienten haben bei medizinisch notwendigen Leistungen Anspruch auf eine zu 100 % kostenlose Behandlung.

Haushaltsgröße	Bruttoeinkommen	Gewährte finanzielle Unterstützung
1	\$36.420,00	100 %
2	\$49.380,00	100 %
3	\$62.340,00	100 %
4	\$75.300,00	100 %
5	\$88.260,00	100 %
6	\$101.220,00	100 %
7	\$114.180,00	100 %
8	\$127.140,00	100 %

* Bei mehr als acht Haushaltsmitgliedern bitte für jede weitere Person \$12.960,00 hinzufügen.

- b) Die Beurteilung, ob eine finanzielle Unterstützung möglich ist, beginnt mit dem entsprechenden Antrag. Dieser muss vollständig ausgefüllt, vom Verantwortlichen unterzeichnet und mit dem aktuellen Datum versehen sein. (Siehe Anhang)
- c) Der Patient muss US-Bürger, Einwohner mit rechtmäßigem dauerhaftem Wohnsitz oder Einwohner Pennsylvanias sein, der einen Wohnsitznachweis vorlegen kann (ausgenommen sind Nicht-US-Bürger, die außerhalb der USA leben).
- d) Der Patient muss die medizinische Unterstützung, sofern kein Ausnahmenachweis vorgelegt wird, bei einer Versicherung über den nationalen oder einen bundesstaatlichen Health Insurance Marketplace oder bei einer anderen gültigen dritten Zahlungsquelle beantragen, bevor eine finanzielle Unterstützung genehmigt werden kann.
 - (1) Kindern, die von der Antragstellung auf medizinische Unterstützung befreit sind, kann eine teilweise finanzielle Unterstützung gewährt werden.
- e) Alle anderen Möglichkeiten zur Zahlung der Rechnungen für die medizinische Versorgung wurden ausgeschöpft, einschließlich kirchlicher und privater Spenden sowie sonstiger Wohltätigkeitsmaßnahmen und Beihilfen. Eine mangelnde Beteiligung seitens des Patienten oder Verantwortlichen bei der Suche nach alternativen Zahlungsmöglichkeiten kann zum Verlust des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung führen.
 - (1) Finanzielle Unterstützung wird möglicherweise nicht gewährt, wenn der Patient über ausreichend anrechenbares Vermögen zur Begleichung der Rechnungen verfügt oder wenn die Liquidierung dieses anrechenbaren Vermögens keine ungebührliche Belastung für den Patienten darstellt.

- (2) Verstorbene Patienten erhalten finanzielle Unterstützung unter Anwendung der Voraussetzungen der Richtlinie **RC-12 Kontoauflösung bei verstorbenen Patienten/Verantwortlichen**.
- (3) Finanzielle Unterstützung kann aufgrund von Vereinbarungen mit Einrichtungen gewährt werden, die kostenlose Gesundheitsleistungen anbieten (z. B. Hope Within, Centre Volunteers in Medicine usw.), wenn die dort erfassten oder ermittelten Informationen zur Zahlungsfähigkeit des Patienten die erforderlichen Kriterien erfüllen.
- (4) Die Leistungen, Gegenstände und Verfahren sind elektiv, d. h. nicht zwingend notwendig. Dies gilt beispielsweise für Kosmetik, In-vitro-Fertilisation und Fruchtbarkeitsbehandlungen, Brillen, Hörhilfen, bestimmte Magen-Bypass-Verfahren usw.
- (5) Bei einkommensbasierten Versicherungsplänen mit Eigenbeteiligung oder Selbstbehalt des Patienten kann ebenfalls Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung bestehen.
- (6) Der Anspruchszeitraum für die finanzielle Unterstützung beträgt ein Jahr. PSH hat das Recht, nach eigenem Ermessen einen neuen Antrag und eine neue Bewertung der Zahlungsfähigkeit des Patienten zu fordern.

ANTRAGSVERFAHREN:

- a) Anträge auf finanzielle Unterstützung sind online über die Website von PSH, persönlich in jeder Einrichtung 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 Haushaltsgröße 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 aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Eine finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)

- (8) Feststellung des Anspruchs auf medizinische Unterstützung oder Health Insurance Marketplace
 - (9) Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
 - (10) Bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen schriftliche Bestätigung einer oder mehrerer Personen über die Unterstützung bei den Lebenshaltungskosten
 - (11) Alle weiteren von PSH für notwendig erachteten Informationen, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung angemessen zu prüfen und festzustellen, ob der Patient anspruchsberechtigt ist
- c) Wenn aufgrund der eingereichten Dokumente keine geeignete Feststellung erfolgen kann, wird der Verantwortliche gebeten, weitere Informationen bereitzustellen.

METHODE UND PROZESS DER BEURTEILUNG

- a) Die finanzielle Unterstützung wird durch folgende Personalstufen genehmigt:

Personalstufe:	Finanzierungsberater	Verantwortliche Fachkraft	Teamleiter/ Manager	Leitung Patienten- und Erlösmanagement	Ressortleitung Patienten- und Erlösmanagement oder Finanz- und Rechnungswesen
Betrag:	<\$500	<\$5.000	<\$25.000	<\$50.000	>\$50.000

- b) Nach Prüfung des Antrags erhält der Patient oder Verantwortliche einen Telefonanruf und ein Schreiben über die Anspruchsfeststellung.
- c) Die Person, die den Umfang der finanziellen Unterstützung festlegt, dokumentiert dies entsprechend auf dem Patientenkonto im Abrechnungssystem und unterschreibt den „Request for Review“ (Prüfungsantrag). Das Patientenkonto wird zur Weiterbearbeitung an den zuständigen Mitarbeiter geleitet.
- d) Wenn ein Patient Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung und auf Cobra-Leistungen hat, kann sich das PSH 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 finanzielle Unterstützung auf die Forderungen gegenüber dem Patienten angerechnet wurde, 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, nehmen die zuständigen Mitarbeiter die Systemanpassung vor und ermitteln und prüfen alle offenen Vorkommnisse unter der Nummer der Patientenakte und wenden den gewährten Abzug an.
- (1) Wenn die Patienten keine Finanzierungsberatung in Anspruch nehmen oder den Antrag nicht einreichen bzw. nicht vollständig ausfüllen, können Maßnahmen ergriffen werden, die in der folgenden Richtlinie näher erläutert werden: **Richtlinie für Patientenkredite und Inkasso, RC-002**.
- (2) Gemäß den Aufbewahrungsrichtlinien von PSH wird eine Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung bzw. der Finanzdaten sieben Jahre lang aufbewahrt.
- (3) Für weitere Anträge auf finanzielle Unterstützung im selben Kalenderjahr sind eventuell keine weiteren Belegdokumente 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, aufgrund einer gravierenden Erkrankung übersteigen jedoch die medizinischen Schulden 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 oder Einkünfte, um die Differenz zu begleichen.
- (iii) Der Patient ist bereit, sich Geld für die Bezahlung zu leihen, ist jedoch nicht für den gesamten fälligen noch offenen Betrag anspruchsberechtigt (Nachweis des Kreditinstituts ist erforderlich).
- (iv) Der Patient ist bereit, andere Vermögenswerte aufzulösen, um einen Teil der Ausstände zu decken.
- (v) Der Patient füllt keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus, es liegen jedoch genügend Daten zum Einkommen/Vermögen vor, um eine Entscheidung zu treffen.

Alle Richtlinien, auf die in diesem Dokument verwiesen wird, können auf der Website von PSH eingesehen werden und stehen auf Anfrage für den Ausdruck zur Verfügung.

Penn State Health hat diese Richtlinie freiwillig und für einen wohltätigen Zweck geschaffen. 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 VERWEISE

Der Anhang zu dieser Richtlinie umfasst folgende Dokumente:

1. PFS-051 – Liste der Leistungserbringer – Hershey Medical Center Appendix A
2. PFS-051 – Standorte der Leistungserbringer – Hershey Medical Center Appendix B
3. PFS-051 – Liste der Leistungserbringer und Standorte – CPMG Appendix C
4. Zusammenfassung in Klartext und Antrag auf finanzielle Unterstützung

GENEHMIGUNGEN

	Name	Titel	Datum
Autorisiert von:	Paul Swinko	Leitung Finanz- und Rechnungswesen	11/19/2018
Genehmigt von:	Dan Angel	Ressortleitung Patienten- und Erlösmanagement	11/19/2018

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERARBEITUNGEN

Erstellt am: 10/1/2010

Überprüft am: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18

Überarbeitet: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – Richtlinie 10/10 ersetzt; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITARBEIT

Directors Revenue Cycle Hospital and Professional Operations (Leitung Patienten- und Erlösmanagement Krankenhaus- und operatives Geschäft)