



Richtlinie für Patientencredit und Inkassoverfahren	RC-002
Umsatzzyklus Penn State Health	Gültig ab: 11.05.2017

ZWECK

Festlegung von klaren, einheitlichen Richtlinien für die Durchführung von Rechnungsstellung, Inkassoverfahren und Einziehungsfunktionen bei gleichzeitiger Förderung von Vorschriftstreue, Patientenzufriedenheit und Effizienz. Mit Hilfe von Rechnungen, Schriftverkehr und Telefonanrufen unternimmt Penn State Health (PSH) umfangreiche Anstrengungen, die Patienten/Verantwortlichen über ihre finanziellen Verpflichtungen und die verfügbaren finanziellen Hilfsangebote zu informieren und Patienten/Verantwortliche über Kontoaußenstände auf dem Laufenden zu halten. Hierbei wird die Transparenz während der gesamten finanziellen Abwicklung der Versorgung gewahrt. Diese Richtlinie entspricht den Anforderungen aus Section 501(r) des Internal Revenue Code (Bundessteuergesetz).

ZIELGRUPPE

Mitarbeiter im Bereich Anmeldung, Rechnungsstellung, finanzielle Beratung

DEFINITIONEN

Übergabe an Inkassounternehmen: Externe Inkassounternehmen werden mit der Einziehung von uneinbringlichen Forderungen beauftragt. Bei Uneinbringlichkeit eines Kontos wird die Forderung erst dann abgeschrieben, wenn die Einziehung der Forderung durch das primäre oder sekundäre Inkassounternehmen neun Monate lang erfolglos war.

Rechnung oder Kontoauszug: Eine Rechnung für erbrachte Leistungen. Hierbei kann es sich um eine Zusammenfassung von Vorgängen oder eine detaillierte Rechnung mit allen in Rechnung gestellten Leistungen für ein Patientenkonto handeln.

Datum der Leistung (Date of Service, DOS):

- DOS stationär – Tag der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus.
- DOS ambulant – Tag, an dem der Eingriff oder die medizinische Versorgung des Patienten durchgeführt wird.

Diagnostikleistungen – Leistungen oder Eingriffe zur Ermittlung der Ursache einer Krankheit oder Störung. Die medizinische Versorgung im Bereich Diagnostik umfasst die Behandlung oder Diagnose von Beschwerden des Patienten durch die Überwachung eines bestehenden Problems, die Untersuchung neuer Symptome oder die Nachverfolgung von Testbefunden. Durch die Diagnostikleistungen erfahren die medizinischen Dienstleister die Ursachen und den Schweregrad der Erkrankung des Patienten.

Elektive Leistungen und Eingriffe – Leistungen oder Eingriffe, die nach Ermessen der Mediziner der PSH nicht medizinisch notwendig sind.

Medizinischer Notfall – ein Krankheitsbild, das sich in akuten Symptomen oder in einem solchen Schweregrad äußert (einschließlich starker Schmerzen), dass ein umsichtiger Laie mit durchschnittlichen medizinischen Kenntnissen vernünftigerweise davon ausgehen würde, dass ohne sofortige medizinische Versorgung die Gesundheit des Betroffenen (oder im Falle einer schwangeren Frau, die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet ist oder dass die Körperfunktionen oder ein Organ oder Körperteil in ihrer Funktion ernsthaft beeinträchtigt sind.

Notfallversorgung: Die medizinische Versorgung eines Patienten mit einem bedrohlichen Krankheitsbild gemäß folgender Definition:

- Ein Krankheitsbild, das sich durch akute Symptome in einem solchen Schweregrad (z. B. starke Schmerzen, psychische Störungen und/oder Symptome von Drogenmissbrauch usw.) äußert, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung vernünftigerweise davon auszugehen ist, dass:
 - die Gesundheit des Patienten (oder im Falle einer schwangeren Frau, die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet ist oder
 - Körperfunktionen ernsthaft beeinträchtigt werden oder
 - Organe oder Körperteile ernsthaft in ihrer Funktion beeinträchtigt werden.
 - Im Falle einer schwangeren Frau, bei der die Wehen eingesetzt haben, dass nicht mehr genug Zeit besteht, sie vor der Entbindung sicher in ein Krankenhaus zu überführen, oder dass die Überführung eine Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit der Frau oder des ungeborenen Kindes darstellt.

Verantwortlicher: Die Person, die die finanzielle Verantwortung für die Patientenrechnung übernimmt. Bei Volljährigen oder für volljährig erklärten Minderjährigen ist üblicherweise der Patient selbst der Verantwortliche. Kinder unter 18 Jahren werden üblicherweise nicht als Verantwortliche aufgeführt. Alle für einen Minderjährigen erbrachten Leistungen werden dem sorgeberechtigten Elternteil oder dem rechtlichen Vormund in Rechnung gestellt, es sei denn, der Minderjährige wurde für volljährig erklärt.

Medizinisch notwendig: Bezeichnet medizinische Leistungen, die ein Dienstleister nach umsichtigem klinischem Ermessen an einem Patienten zur Vorbeugung, Beurteilung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung oder ihrer Symptome erbringen würde. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- Sie stimmen mit allgemein anerkannten medizinischen Standards überein
 - 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.
- 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.
- 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.
- Dienstleistungen, Artikel oder Verfahren, die noch in klinischer Erprobung oder experimentell sind, werden im Einzelfall betrachtet.

Nicht abgedeckte oder experimentelle Leistungen und Eingriffe – Leistungen oder Eingriffe, für die folgendes gilt:

- Experimentelle/im Prüfstadium befindliche Leistungen oder Eingriffe – medizinische Leistungen, Eingriffe oder Medikamente, die nicht zur allgemeinen Verwendung zugelassen sind, die jedoch in klinischen Versuchen bezüglich ihrer Sicherheit und Wirksamkeit erprobt werden. Experimentelle und im Prüfstadium befindliche Leistungen, Eingriffe oder Medikamente dienen der Diagnose von Krankheiten oder anderen Beschwerden oder der Heilung, Linderung, Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten.
 - Während der Entwicklung der Behandlungsmethoden für experimentelle und im Prüfstadium befindliche Leistungen wird die medizinische Notwendigkeit von PSH in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern dargelegt.
- Nicht abgedeckte Leistungen und Eingriffe – medizinische Leistungen oder Eingriffe, die von der Krankenversicherung des Patienten nicht abgedeckt werden.

Patientenverantwortung: Fällige Rechnungsbeträge, zu deren Zahlung der Patient oder sein Verantwortlicher verpflichtet ist (kein Dritt-Kostenträger).

- Aufschiebung medizinischer Versorgung – PSH kann Leistungen oder Eingriffe (mit Ausnahme von Notfällen) an Patienten aufschieben, die sich wiederholt geweigert haben, zumutbare Patientenverantwortung für erhaltende Versorgungsleistungen zu übernehmen; Versorgungsleistungen nach EMTALA sind hiervon ausgenommen.

Erstversorgung oder fachärztliche Versorgung – Leistungen für oder Eingriffe an Patienten, die

das Krankenhaus zum Zweck medizinischer Versorgung aufsuchen, welche weder einen Notfall noch einen dringenden Fall darstellt, oder die Nachsorge nach erreichter Stabilisierung oder nach einem Notfall benötigen. Bei der Erstversorgung oder fachärztlichen Versorgung handelt es sich entweder um hausärztliche Versorgung oder um im voraus geplante medizinische Eingriffe.

Dringende Versorgung: Die Versorgung eines Patienten mit einem Krankheitsbild ohne Gefahr für Leib und Leben und ohne die Gefahr dauerhafter Schäden, welches aber dennoch der unverzüglichen Versorgung und Behandlung (gemäß Definition der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) innerhalb von 12 Stunden) bedarf, um folgendes zu vermeiden:

- ernsthafte Gefährdung des Lebens des Patienten oder ernsthafte Beeinträchtigungen oder Funktionsverluste oder
- wahrscheinlicher Eintritt von Krankheiten oder Verletzungen, die gemäß der Definition in diesem Dokument als Notfall zu behandeln wären.

RICHTLINIEN UND VERFAHREN

PSH verfolgt die Zahlung von Außenständen auf Patientenkonten einheitlich ohne Ansehen von Rasse, Muttersprache, Geschlecht, Alter, Religion, Bildungsstand, Arbeitsplatz, Studentenstatus, Veranlagung, Beziehung, Versicherungsschutz, gesellschaftlichem Status oder jeglichen weiteren diskriminierenden Unterscheidungsmerkmalen.

Allen Patienten/Verantwortlichen werden ein zumutbarer Zeitrahmen und Informationen zum Verständnis ihrer finanziellen Verpflichtungen zur Verfügung gestellt. Nach Möglichkeit informiert PSH die Patienten/Verantwortlichen, mit Ausnahme von Notfällen, vor der Erbringung von Leistungen über den Umfang ihrer finanziellen Verpflichtungen. Mit Ausnahme von Notfällen (nach Ermessen der Mediziner von PSH) kann PSH Leistungen aufschieben oder absagen, wenn ein Patient vor einer elektiven Leistung nicht fähig oder willens ist, die finanziellen Umstände zu klären. Patienten haben die Möglichkeit, gemäß **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)** finanzielle Unterstützung zu beantragen.

Die Klärung der finanziellen Umstände umfasst die Mitwirkung und Erfüllung bei allen für eine reibungslose finanzielle Abwicklung erforderlichen Prozessen. Dazu gehören unter anderem:

- Versicherungsnachweis
- Korrekte persönlichen Angaben
- Begleichung aller anfallenden Zahlungen (z. B. Patientenzahlung, Mitversicherung, Eigenanteil der Versicherung sowie von der Versicherung nicht übernommene Leistungen)
- Kooperation mit Zahlungsberatern (Financial Counselors) bei der Beantragung von Drittleistungen oder finanzieller Unterstützung
- Zahlung von Außenständen für bereits von PSH erhaltende medizinische Leistungen

Sollte PSH die benötigten Informationen für die Klärung der finanziellen Umstände nicht erhalten, kann dies dazu führen, dass das Konto der betreffenden Person an ein externes Inkassounternehmen zum Einziehen der Außenstände übergeben wird.

Abrechnung mit Versicherungen:

Die Krankenversicherung des Patienten stellt einen Vertrag zwischen dem Patienten, dem Versicherer und/oder dem Arbeitgeber des Patienten dar. Penn State Health ist nicht Teil dieses Vertrags. Folgendes liegt in der Verantwortung des Patienten:

- Der Patient muss sich darüber informieren, ob für Arztbesuche Überweisungen erforderlich sind.
- Der Patient muss sich bei der Versicherung darüber informieren, ob die verordneten Tests von der Versicherung getragen werden.
- Der Patient muss sich bei der Versicherung darüber informieren, welche Versicherungsleistungen getragen werden und welche Zuzahlungen oder Eigenanteilszahlungen zu leisten sind.
- Der Patient muss die notwendigen Unterlagen zu Arztterminen mitbringen.
- Der Patient muss bei der Anfechtung abschlägiger Bescheide mit unserer kaufmännischen Abteilung kooperieren.

Nach dem Erbringen der medizinischen Leistung wird jeder zumutbare Versuch unternommen, den Anspruch des Patienten bei der angegebenen Versicherung oder dem Dritt-Kostenträger (nach Angaben des Patienten/Verantwortlichen oder verlässlichen Informationen aus anderer Quelle) zeitnah geltend zu machen.

- Wenn ein ansonsten gültiger Anspruch aufgrund eines Fehlers seitens PSH abgelehnt (oder nicht bearbeitet) wird, wird PSH dem Patienten nur die Beträge in Rechnung stellen, die der Patient bei Zahlung durch den Kostenträger geschuldet hätte.
- Bei Ablehnung (oder Nichtbearbeitung) eines ansonsten gültigen Anspruchs aufgrund von Umständen, die nicht von PSH zu verantworten sind, werden die Mitarbeiter in fortgesetzter Zusammenarbeit mit dem Kostenträger und dem Patienten (wie angemessen) eine Klärung des Anspruchs herbeiführen.
- Wenn sich eine Klärung nach zumutbaren Anstrengungen nicht herbeiführen lässt, kann PSH die Leistungen dem Patienten in Rechnung stellen oder andere Maßnahmen in Übereinstimmung mit den Kostenträgerverträgen treffen.

Abrechnung mit Patienten:

Nach der Abwicklung des Versicherungsanspruchs durch den Kostenträger noch ausstehende Beträge werden dem Patienten (oder Verantwortlichen) auf Grundlage des Leistungsverzeichnisses in Rechnung gestellt.

Ist keine Versicherung oder kein Kostenträger bekannt, wird die Rechnung direkt dem Patienten gestellt. Solche Patienten gelten als Selbstzahler. Berechtigten Personen wird nur maximal der allgemeine Verrechnungssatz für die Notfallbehandlung oder die medizinisch notwendige Behandlung berechnet.

- Selbstzahlern werden Informationen über die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung bei PSH zur Verfügung gestellt. Siehe **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung**

(HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC).

- PSH geht davon aus, dass alle Verantwortlichen/Patienten alle zumutbaren und aufrichtigen Anstrengungen zur Bezahlung der von PSH erbrachten Leistungen unternehmen.
- Des Weiteren ist der Verantwortliche/Patient dafür verantwortlich, PSH die vollständigen und korrekten persönlichen Daten mitzuteilen. Geschieht dies nicht, können unter Umständen außerordentliche Inkassomaßnahmen ergriffen werden.
- Die folgenden Abschnitte umreißen, was vom Patienten erwartet wird.

Finanzielle Verantwortung des Patienten für planmäßige medizinische Leistungen:

- Wenn bei der Terminvergabe oder Anmeldung auffällt, dass der Patient keine oder nur eine eingeschränkte Krankenversicherung hat, wird das Konto an einen Zahlungsberater verwiesen.
 - Die Zahlungsberater unterbreiten allen Patienten auf Anfrage Kostenvoranschläge.
 - Wenn ein Patient angibt, dass er den geschätzten Betrag nicht bezahlen kann, kann der Zahlungsberater eine Vorabeschatzung des Patienten/Verantwortlichen vornehmen um festzustellen, ob die Person staatliche Hilfe oder finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen kann.
 - Personen, die staatliche Hilfe oder finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen können, werden die Möglichkeiten zur Beantragung unterbreitet.
 - Es liegt in der Verpflichtung der Einzelperson, PSH die für die Beantragung erforderlichen finanziellen Informationen mitzuteilen.
 - Alle Patienten, die finanzielle Unterstützung von PSH beantragen, müssen alle zum Nachweis ihrer mangelnden Zahlungsfähigkeit erforderlichen Informationen bereitstellen.
 - Medizinisch nicht notwendige Leistungen können aufgeschoben oder abgesagt werden, wenn Patienten sich unkooperativ verhalten oder nicht in der Lage sind, PSH die erforderlichen Informationen zum Nachweis der mangelnden Zahlungsfähigkeit oder des Bedarfs an finanzieller Unterstützung zu beschaffen.
 - Die medizinische Notwendigkeit wird von den Dienstleistern und Medizinern von PSH festgestellt. Siehe hierzu auch die Definition von „Medizinisch notwendig“ im Abschnitt „Definitionen“ dieses Dokuments.
 - Die Zahlungsberater setzen sich mit den Dienstleistern in Verbindung, um weitere Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und der Notwendigkeit sofortiger Versorgung zu erhalten. Es werden nur solche Leistungen aufgeschoben oder abgesagt, die nach Einschätzung der Mediziner von PSH nicht medizinisch notwendig sind; siehe [Verfahrensanleitung für finanzielle Risiken](#).
 - Medizinisch notwendige Leistungen werden weiterhin von PSH erbracht; parallel dazu arbeiten die Zahlungsberater aktiv mit dem Patienten daran, den finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.
 - Für Personen ohne Anrecht auf staatliche Hilfe oder finanzielle Unterstützung kann ein monatlicher Ratenzahlungsplan erstellt werden.
 - Wenn die erforderlichen Informationen für die Erstellung eines monatlichen Ratenzahlungsplans nicht bereitgestellt werden, kann dies dazu führen, dass das Konto der betreffenden Person an ein externes Inkassounternehmen zum Einziehen

- der Außenstände übergeben wird.
- Patienten mit Auslandsadresse – Grundsätzlich verlangt Penn State Health von Patienten mit ausländischer Versicherung, dass alle fälligen Beträge zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gezahlt werden; dies gilt nicht für Notfälle. Mitarbeiter in Notfallkliniken sind angehalten, alle entsprechenden Informationen aufzunehmen, damit dem Patienten alle erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt werden können.

Nach der Erbringung der Leistungen werden alle vom Verantwortlichen bzw. Selbstzahler zu zahlenden Beträge dem Verantwortlichen in Rechnung gestellt. Im Folgenden werden die Richtlinien für die Rechnungsstellung dargelegt.

Rechnungen

- Eine Rechnung über im Krankenhaus und/oder von einem Arzt erbrachte Leistungen wird dem Patienten/Verantwortlichen in mindestens vier inkrementellen 30-tägigen Abrechnungszeiträumen zugesandt.
- Alle Patienten/Verantwortlichen können jederzeit auf Anfrage einen aufgeschlüsselten Kontoauszug erhalten.
- Wenn ein Patient Einspruch gegen seinen Kontostand erhebt und Belege zu einer Rechnung verlangt, werden unsere Mitarbeiter dem Patienten/Verantwortlichen zeitnah antworten und das Konto für mindestens 30 Tage zurückstellen, bevor Inkassomaßnahmen ergriffen werden.
- Mitarbeiter des Revenue Cycle (Umsatzzyklus) oder beauftragter Firmen werden ggf. während des Abrechnungszeitraums Verbindung mit dem Patienten/Verantwortlichen aufnehmen (telefonisch, per Post/Email oder per Mahnung), um die Beträge einzuziehen oder Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung zu prüfen. Die Bemühungen um den Einzug der ausstehenden Beträge werden auf dem Patientenkonto im Abrechnungssystem erfasst. Es werden alle zumutbaren Anstrengungen unternommen, mit dem Verantwortlichen/Patienten hinsichtlich der ausstehenden Beträge Verbindung aufzunehmen.
- Auf der letzten Rechnungsbenachrichtigung wird angegeben, dass das Konto ggf. einem externen Inkassounternehmen übergeben wird, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Schreibens eine Zahlung erfolgt.
- Bei Patienten oder Verantwortlichen, die im Ermessen von PSH aktiv mit der Abteilung PSH Patient Financial Services oder den beauftragten Firmen hinsichtlich finanzieller Unterstützung kooperieren, wird das Konto nicht an ein Inkassounternehmen übergeben.
- Patienten/Verantwortliche erhalten weiterhin Rechnungen, während sie aktiv mit PSH Patient Financial Services oder den beauftragten Firmen kooperieren und der Antrag auf finanzielle Unterstützung in Bearbeitung ist.

Der Patient/Verantwortliche ist dazu verpflichtet, in gutem Glauben zu handeln und zumutbare Anstrengungen zu unternehmen, die von PSH erbrachten Leistungen zu bezahlen. Für Patienten, die keine staatliche Hilfe beantragen möchten, die die Voraussetzungen für finanzielle Unterstützung nicht erfüllen oder deren Einkommen oberhalb der Grenze liegt und die Unterstützung bei der Bezahlung von Leistungen benötigen, kann auf Anfrage ein Zahlungsplan erstellt werden. Im Folgenden werden die Grundsätze für die Erstellung von Zahlungsplänen dargelegt.

Zahlungspläne

- Für Patienten/Verantwortliche, die ihre Rechnungen nicht vollständig bezahlen und keine finanzielle Hilfe in Anspruch nehmen können, bietet PSH die Möglichkeit eines Zahlungsplans an.
- Der Zahlungsplan basiert auf dem noch fälligen Betrag und sollte innerhalb eines zumutbaren Zeitraums im Ermessen der PSH-Leitung (6-24 Monate) abbezahlt werden, siehe Grundsätze für Zahlungspläne.
- Personen ohne formelle Vereinbarung eines Zahlungsplans mit PSH müssen damit rechnen, dass externe Inkassounternehmen den Einzug weiterer Beträge übernehmen.
- Es werden pünktliche monatliche Zahlungen erwartet.
- Ein Konto ist überfällig, wenn der Patient/Verantwortliche die vereinbarte monatliche Rate nicht spätestens 30 Tage nach Rechnungsdatum zahlt. Überfällige Konten werden ggf. an externe Inkassounternehmen zum Einzug weiterer Beträge übergeben.
- Wenn ein Patient/Verantwortlicher im Vorfeld weiß, dass eine Zahlung nicht geleistet werden kann, oder bei einer Veränderung des Haushaltseinkommens, besteht die Möglichkeit, finanzielle Hilfe zu beantragen; siehe **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- Sollte der Patient oder der Verantwortliche keine zumutbaren Anstrengungen zur Zahlung fälliger Rechnungen unternehmen, kann PSH die Einziehung der ausstehenden Beträge weiter betreiben. Dazu gehört unter anderem die Nichtbereitstellung erforderlicher Informationen für den Antrag auf finanzielle Unterstützung oder die Erstellung eines Zahlungsplans. Im Folgenden werden die Grundsätze für die außerordentlichen Inkassomaßnahmen dargelegt.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen

- **Externe Inkassounternehmen** – Die Übergabe von Konten an externe Inkassounternehmen oder die Ergreifung außerordentlicher Inkassomaßnahmen durch PSH erfolgt erst, nachdem PSH zumutbare Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob der Patient finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen kann.
 - Während eines Benachrichtigungszeitraums von mindestens 120 Tagen ab Datum der ersten Rechnung werden Erinnerungsschreiben von PSH versandt.
 - Bei Übergabe an ein Inkassounternehmen werden die Konten bereinigt.
- **Wirtschaftsauskunfteien** – Die externen Inkassounternehmen können die Konten bei Wirtschaftsauskunfteien melden. Bei der Einziehung von Forderungen halten PSH und die externen Inkassounternehmen sich jederzeit an die Vorschriften des Fair Debt Collection Practices Act (Gesetz über Inkassopraktiken) und des Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act (Verbraucherschutzgesetz) sowie die Bestimmungen unter 501(r).
- **Falsche Anschrift des Verantwortlichen (BGA, Bad Guarantor Address)** – PSH unternimmt zumutbare Anstrengungen, auf Patientenrechnungen zu reagieren, die von der Post (USPS, United States Post Office) als unzustellbar zurückgeschickt werden. Konten, deren aktuelle persönliche Daten als BGA gekennzeichnet sind, können mindestens 120 Tage vor der weiteren Bearbeitung als uneinbringliche Forderung an ein externes

Unternehmen übergeben werden; außerordentliche Inkassomaßnahmen kommen jedoch erst nach Tätigung aller erforderlichen Benachrichtigungen zur Anwendung. Diese Richtlinie soll Bestimmung 501(c) erfüllen.

- **Übergabe an den Bezirksrichter (District Magistrate) oder Anwalt** – Ab einer gewissen Höhe der ausstehenden Forderungen und/oder bei wiederholter Nichtzahlung durch den Verantwortlichen oder Dritt-Kostenträger wird PSH ggf. rechtliche Schritte zur Einziehung der Forderungen an den Patienten einleiten.
 - Konten, für die ein Rechtsverfahren eingeleitet wird, müssen getrennt von uneinbringlichen Forderungen, die an ein Inkassounternehmen übergeben werden, geführt werden.
 - Alle Konten mit einer Empfehlung für ein Rechtsverfahren werden innerhalb von 30 Tagen geprüft und bewertet. Während dieses Prüfungszeitraums behält das Konto den Status A/R. Nach der Freigabe für rechtliche Schritte wird das Konto als uneinbringlich gekennzeichnet.
 - Nach Erhalt eines Gerichtsurteils/Pfandrechts wird das Konto entsprechend bereinigt, das Konto wird dokumentiert und der Gerichtsbeschluss zu den Akten genommen.
- **Beendigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses** – Für Patienten, die bei der Bezahlung medizinischer Leistungen säumig sind, kann PSH das Arzt-Patienten-Verhältnis beenden. Der Medical Director (medizinischer Leiter), der Manager und der Arzt müssen die Beendigung der medizinischen Versorgung des Patienten einvernehmlich beschließen und die Art der Beendigung festlegen. Siehe **Richtlinie zur Abweisung von Patienten (135-MGM)**.
 - Säumigkeit bei der Bezahlung von medizinischen Leistungen beinhaltet u. a.:
 - Nichtbegleichung von Rechnungen oder Teilbegleichung mit beträchtlichen Außenständen, obwohl die Fähigkeit zur Zahlung gegeben ist. Es sind Anstrengungen zu unternehmen, Patienten bei der Beantragung finanzieller Unterstützung oder der Erstellung eines zumutbaren Zahlungsplans zu unterstützen; siehe **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
 - Verweigerung der Kooperation mit den Mitarbeitern des Revenue Cycle (Umsatzzyklus) bei der Anmeldung bei entsprechenden Hilfsprogrammen von Dritt-Kostenträgern.
- **Medicare-Kostenbericht zur Erstattung uneinbringlicher Forderungen** – Richtlinien und Vorschriften gemäß den CMS Regulatory Requirements für uneinbringliche Medicare-Forderungen werden befolgt.

ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE UND REFERENZEN

Mit dieser Richtlinie beabsichtigt PSH, die Richtlinien und Vorschriften gemäß dem Federal Register Section 501(r) und den CMS Regulatory Requirements für uneinbringliche Medicare-Forderungen zu befolgen.

Richtlinie zur finanziellen Unterstützung PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)

Richtlinie zur Abweisung von Patienten (135-MGM)

Verfahren für finanzielle Risiken Grundsätze für Zahlungspläne

GENEHMIGUNGEN

	Name	Titel	Datum
Autorisiert von:	Steve Massini	Chief Financial Officer	11.5.2017
Genehmigt von:	Dan Angel	Senior Director Revenue Cycle Operations (Leiter Umsatzzyklus)	11.5.2017

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERARBEITUNGEN

Erstellt am: 1.1.2008

Überprüft am: 5.1.2008, 1.1.2009, 1.7.2009, 2/2010, 5/2017

Überarbeitung: 5.1.2008, 10.6.2011 und 1.7.2016 (Ersetzt: Patientenverantwortung Inkassoverfahren, 10/2006)

2017 Überführung in gemeinsame Richtlinie von Penn State Health – Die folgenden Richtlinien von St. Joseph wurden in die Richtlinie von Penn State Health integriert:

- ADM-CRP-64 – Richtlinie für Patientencredit und Inkasso
 - 1-10 – Inkassoverfahren
 - Verwaltung Nr. 16 – Inkassoverfahren
- 1-3 – Patienteninkasso bei uneinbringlichen Forderungen
- 1-4 Uneinbringliche Forderungen/Selbstzahlervergleich
- 2-8 Übergabe von Konten an das Rechtsverfahren
- 3-2 Urteil/Pfandrecht
- St. Joseph Professional – Richtlinie für uneinbringliche Forderungen
- St. Joseph Professional – Handhabung von Patienten mit Auslandsadresse
- St. Joseph Professional – Finanzielle Vereinbarung für Operationen und Eingriffe
- CPMG – Inkassoverfahren bei Selbstzahlern

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITARBEIT

Senior Director Revenue Cycle Operations (Leiter Umsatzzyklus)