

Betreff: SJH Richtlinie für finanzielle Unterstützung (Charity Care)	Richtliniennummer: PSJH RCM 002 NoCal	
Abteilung: Revenue Cycle Management	<input checked="" type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Revidiert <input type="checkbox"/> Geprüft	Datum: 22.3.2019
Exekutivsponsor: Kimberly Sullivan, SVP Chief Revenue Cycle Officer	Zuständiger für Richtlinie: Marie Sorci, Area Dir Revenue Cycle Services	
Genehmigt von: PSJH Board of Directors	Umsetzungsdatum: 1.5.2019	

St. Joseph Health ("SJH") ist eine katholische gemeinnützige Gesundheitsorganisation, die sich von ihrer Mission leiten lässt, allen zu dienen, insbesondere denen, die arm und verletzlich sind, von ihren Grundwerten des Mitgeföhls, der Würde, der Gerechtigkeit, der Exzellenz und der Integrität sowie von dem Glauben, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist. Es ist die Philosophie und Praxis jedes SJH-Krankenhauses, dass aufkommende und medizinisch notwendige Gesundheitsdienste für diejenigen in den Gemeinden, denen wir dienen, leicht zugänglich sind, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit.

UMFANG:

Diese Richtlinie gilt für alle SJH-Krankenhäuser in den **Bezirken Humboldt, Sonoma und Napa** sowie für alle Notfall-, Dringlichkeitsbehandlungs- und anderen medizinisch notwendigen Dienstleistungen, die von SJH-Krankenhäusern in diesen Bezirken erbracht werden (mit Ausnahme der experimentellen oder investigativen Versorgung). Eine Liste der unter diese Richtlinie fallenden SJH-Krankenhäuser finden Sie in der Anlage A Liste der betroffenen Einrichtungen.

Diese Richtlinie ist in Übereinstimmung mit Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986 in der jeweils gültigen Fassung und in Bezug auf SJH Hospitals in Kalifornien mit den im California Health and Safety Code (Abschnitte 127400-127446) dargelegten Hospital Fair Pricing Policies auszulegen. Im Falle eines Konflikts zwischen den Bestimmungen dieser Gesetze und dieser Richtlinie gelten diese Gesetze.

ZWECK:

Ziel dieser Richtlinie ist es, eine faire, diskriminierungsfreie, effektive und einheitliche Methode für die Bereitstellung von finanzieller Unterstützung (Charity Care) für berechnigte Personen zu gewährleisten, die nicht in der Lage sind, für medizinisch notwendige Notfall- und andere Krankenhausleistungen von SJH-Krankenhäusern ganz oder teilweise zu zahlen.

Es ist die Absicht dieser Richtlinie, alle Bundes-, Landes- und lokalen Gesetze einzuhalten. Diese Richtlinie und die hierin enthaltenen finanziellen Unterstützungsprogramme stellen die offizielle Richtlinie zur finanziellen Unterstützung („FAP“) und die Richtlinie zur medizinischen Notfallversorgung für jedes Krankenhaus dar, das sich im Besitz von SJH befindet, von ihm geleast oder betrieben wird.

RICHTLINIE:

SJH erbringt kostenlose oder vergünstigte Krankenhausleistungen für qualifizierte einkommensschwache, nicht versicherte und unterversicherte Patienten und Patienten mit hohen medizinischen Kosten, die bei oder unter 350 Prozent des FPL liegen, wenn die Fähigkeit, für Leistungen zu bezahlen, ein Hindernis für den Zugang zu medizinisch notwendiger Notfall- und anderer Krankenhausversorgung darstellt und keine alternative Deckungsquelle identifiziert wurde. Um sich zu qualifizieren, müssen die Patienten die in dieser Richtlinie beschriebenen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

SJH-Krankenhäuser mit speziellen Notaufnahmeeinrichtungen bieten ohne Diskriminierung die Versorgung mit medizinischen Notfallzuständen (im Sinne des Gesetzes „Emergency Medical Treatment and Labor Act“) im Einklang mit den verfügbaren Fähigkeiten, unabhängig davon, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. SJH diskriminiert nicht aufgrund von Alter, Rasse, Hautfarbe, Hautfarbe, Glaube, ethnischer

Herkunft, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, Geschlecht, sexueller Orientierung, geschlechtsspezifischer Identität oder Ausdruck, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder einer anderen durch Bundes-, Landes- oder lokale Gesetze verbotenen Grundlage, wenn es darum geht, Bestimmungen zur finanziellen Unterstützung zu treffen.

Die SJH-Krankenhäuser führen notfallmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Stabilisierungsbehandlungen durch oder verweisen und versetzen eine Person, wenn eine solche Versetzung gemäß 42 C.F.R 482.55 angemessen ist. SJH verbietet alle Handlungen, Zulassungspraktiken oder Richtlinien, die Einzelpersonen davon abhalten würden, medizinische Notfallversorgung zu suchen, wie z.B. die Genehmigung von Inkassotätigkeiten, die die Bereitstellung von medizinischer Notfallversorgung beeinträchtigen.

Liste der Fachleute, die der SJH FAP unterliegen: Jedes SJH-Krankenhaus wird eine Liste der Ärzte, medizinischen Gruppen oder anderer Fachleute, die Dienstleistungen erbringen, spezifisch identifizieren, die von dieser Richtlinie abgedeckt sind und solche, die es nicht sind. Notfallärzte, die Notfallmedizinische Dienste für Patienten an den SJH California Krankenhäusern anbieten, sind nach kalifornischem Recht verpflichtet, nicht versicherten Patienten oder Patienten mit hohen medizinischen Kosten (im Sinne der Hospital Fair Pricing Policies, die im California Health and Safety Code (Abschnitte 127400-127446) beschrieben sind), die 350% oder weniger der FPL erreichen, Rabatte zu gewähren. Jedes SJH-Krankenhaus stellt diese Liste jedem Patienten zur Verfügung, der eine Kopie anfordert. Die Anbieterliste ist auch online auf der St. Joseph Health Website zu finden: www.stjhs.org

Zulassungsbedingungen für finanzielle Unterstützung: Finanzielle Unterstützung steht sowohl nicht versicherten als auch versicherten Patienten und Bürgen zur Verfügung, wenn diese Unterstützung mit dieser Richtlinie und den Bundes- und Landesgesetzen über zulässige Leistungen an Patienten vereinbar ist. Die SJH-Krankenhäuser werden angemessene Anstrengungen unternehmen, um das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Drittversicherung festzustellen, die ganz oder teilweise für die von den SJH-Krankenhäusern erbrachte Versorgung zur Verfügung steht, bevor sie ein Inkassoverfahren gegen den Patienten einleiten.

Patienten, die finanzielle Unterstützung suchen, müssen den Standardantrag für die finanzielle Unterstützung des SJH ausfüllen, und die Anspruchsberechtigung richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt bestehenden finanziellen Bedarf. Es werden angemessene Anstrengungen unternommen, um die Patienten über die Verfügbarkeit der finanziellen Unterstützung zu informieren und zu informieren, indem Informationen während der Aufnahme und Entlassung, auf der Abrechnung des Patienten, in den für den Patienten zugänglichen Abrechnungsbereichen, auf der Website des SJH-Krankenhauses, durch mündliche Benachrichtigung während der Zahlungsgespräche sowie über Beschilderungen in hochvolumigen stationären und ambulanten Bereichen wie der Aufnahme und der Notaufnahme bereitgestellt werden. SJH speichert Informationen, die zur Bestimmung der Förderfähigkeit in Übereinstimmung mit seinen Buchführungsrichtlinien verwendet werden.

Beantragung der finanziellen Unterstützung: Patienten oder Bürgen können einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen und einreichen, der kostenlos und bei der SJH-Direktion erhältlich ist, oder auf folgende Weise: Beratung des Patienten-Finanzdienstleistungspersonals am oder vor dem Zeitpunkt der Entlassung, dass Hilfe angefordert und mit vollständigen Unterlagen eingereicht wird; per Post oder unter www.stjhs.org, Herunterladen und Einreichen des vollständigen Antrags mit Unterlagen. Eine Person, die eine finanzielle Unterstützung beantragt, erhält eine Voruntersuchung, die eine Überprüfung beinhaltet, ob der Patient alle Quellen erschöpft hat oder nicht für Zahlungsquellen Dritter in Frage kommt.

Jedes SJH-Krankenhaus stellt benanntes Personal zur Verfügung, das die Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung und bei der Feststellung der Berechtigung zur SJH-Finanzhilfe oder zur finanziellen Unterstützung aus staatlich finanzierten Versicherungsprogrammen unterstützt. Dolmetscherdienste stehen zur Verfügung, um alle Fragen oder Bedenken zu klären und bei der Ausfüllung des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen.

Ein Patient oder Bürge, der berechtigt sein könnte, eine finanzielle Unterstützung zu beantragen, kann SJH jederzeit ausreichende Unterlagen zur Verfügung stellen, um die Anspruchsberechtigung zu unterstützen,

nachdem er erfahren hat, dass das Einkommen einer Person unter das Bundesarmutsniveau nach den einschlägigen Bundes- und Landesvorschriften fällt.

Individuelle finanzielle Situation: Einkommen, Geldvermögen und Ausgaben des Patienten werden zur Beurteilung der individuellen finanziellen Situation des Patienten herangezogen. Die monetären Vermögenswerte dürfen weder Pensions- oder Entgeltumwandlungspläne, die nach dem Internal Revenue Code qualifiziert sind, noch nicht qualifizierte Entgeltumwandlungspläne beinhalten. Weder die ersten \$ 10.000 des Geldvermögens eines Patienten noch die ersten 50% des Geldvermögens eines Patienten über die ersten \$ 10.000 werden bei der Bestimmung der Anspruchsberechtigung berücksichtigt.

Einkommensqualifikationen: Einkommenskriterien, die auf der Armutsgrenze des Bundes basieren, können zur Bestimmung der Berechtigung für kostenlose oder vergünstigte Pflege herangezogen werden. Einzelheiten dazu finden Sie in Anlage B.

Feststellungen und Genehmigungen: Die Patienten erhalten innerhalb von 30 Tagen nach Einreichung des ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung und der erforderlichen Unterlagen eine Benachrichtigung über die Bestimmung der FAP-Zulassung. Nach Eingang eines Antrags werden außerordentliche Inkassobemühungen ausgesetzt, bis dem Patienten eine schriftliche Feststellung der Anspruchsberechtigung übermittelt wird. SJH wird keine Entscheidung über die Förderfähigkeit auf der Grundlage von Informationen treffen, die das Krankenhaus für falsch oder unzuverlässig hält.

Streitschlichtung: Der Patient kann gegen die Feststellung der Nichtberechtigung für eine finanzielle Unterstützung Berufung einlegen, indem er SJH innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Ablehnungsmitteilung entsprechende zusätzliche Unterlagen vorlegt. Alle Beschwerden werden überprüft, und wenn die Überprüfung die Ablehnung bestätigt, wird eine schriftliche Mitteilung an den Bürger und das State Department of Health geschickt, falls erforderlich und in Übereinstimmung mit dem Gesetz. Das letzte Berufungsverfahren wird innerhalb von 10 Tagen nach Erhalt der Ablehnung durch SJH abgeschlossen. Eine Beschwerde kann an **Santa Rosa Memorial, 1165 Montgomery Drive, Santa Rosa, CA 95405**, gerichtet werden.

Voraussichtliche karikative Leistungen: SJH kann einen Patienten für eine karikative Anpassung seiner Rechnungssumme durch andere Mittel als einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigen. Solche Bestimmungen werden unter Verwendung eines branchenweit anerkannten Finanzbewertungsinstruments vorgenommen, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich zugänglicher finanzieller oder anderer Aufzeichnungen bewertet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf das Haushaltseinkommen, die Haushaltsgröße sowie den Kredit- und Zahlungsverlauf.

Andere besondere Umstände: Patienten, die Anspruch auf FPL-qualifizierte Programme wie Medicaid, Medi-Cal und andere von der Regierung geförderte einkommensschwache Hilfsprogramme haben, gelten als bedürftig. Daher haben solche Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung, wenn die Programme die Zahlung verweigern und dann die Kosten für den Patienten in Rechnung stellen. Patientenkontensalden, die sich aus nicht erstatteten Gebühren ergeben, können vollständig abgeschrieben werden. Als förderfähig gelten insbesondere die Kosten, die sich auf die folgenden Punkte beziehen:

- Verweigerte stationäre Aufenthalte
- Verweigerte stationäre Pflage
- Nicht abgedeckte Leistungen
- Ablehnungen von Behandlungsgenehmigungsanträgen (TAR)
- Ablehnungen wegen eingeschränkter Abdeckung

Medizinische Kosten bei einem Katastrophenfall: SJH kann nach eigenem Ermessen im Falle einer katastrophalen medizinischen Belastung eine karikative Leistung gewähren. Diese Patienten werden individuell behandelt.

Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben: Kein Patient, der sich für eine der oben genannten Hilfskategorien qualifiziert, ist persönlich für mehr als den unten definierten Prozentsatz der „Allgemein fakturierten Beträge“ (AGB) der Bruttogebühren verantwortlich.

Angemessener Zahlungsplan: Sobald ein Patient für eine Teilfinanzierung zugelassen ist, aber noch einen fälligen Saldo hat, wird SJH ein Zahlungsplanabkommen aushandeln. Der angemessene Zahlungsplan besteht aus monatlichen Zahlungen, die nicht mehr als 10 Prozent des monatlichen Einkommens eines Patienten oder einer Familie betragen, mit Ausnahme von Abzügen für wesentliche Lebenshaltungskosten, die der Patient auf seinem Antrag auf finanzielle Unterstützung angegeben hat. Die Zahlungspläne sind zinslos. Die Fristen für die Zahlungspläne werden für Patienten mit anhängigen Versicherungsbeschwerden verlängert.

Fakturierung und Inkasso: Etwaige unbezahlte Salden, die von Patienten oder Bürgen nach Anwendung etwaiger Rabatte geschuldet werden, können an Inkassounternehmen verwiesen werden. Die Einziehungsbemühungen für unbezahlte Salden werden bis zur endgültigen Feststellung der FAP-Berechtigung eingestellt. SJH führt keine außergewöhnlichen Inkassovorgänge durch, erlaubt sie nicht und erlaubt es auch nicht, dass Inkassobüros diese vorab durchführen: (a) angemessene Anstrengungen zu unternehmen, um festzustellen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat; oder (b) 120 Tage nach Absendung der ersten Patientenerklärung. Informationen über die Rechnungs- und Inkassopraktiken von SJH für Forderungen von Patienten finden Sie in der Richtlinie des SJH-Krankenhauses, die kostenlos an der Registrierungsstelle jedes SJH-Krankenhauses erhältlich ist, oder unter: www.stjhs.org

Patientenrückerstattungen: Für den Fall, dass ein Patient oder Bürge eine Zahlung für Dienstleistungen geleistet hat und sich anschließend für eine kostenlose oder vergünstigte Pflege qualifiziert, werden alle Zahlungen, die im Zusammenhang mit diesen Dienstleistungen während des FAP-Zeitraums geleistet wurden und die die Zahlungsverpflichtung überschreiten, gemäß staatlicher Richtlinien erstattet.

Jährliche Überprüfung: Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Charity Care) des SJH wird jährlich von der designierten Leitung des Einnahm Zyklus überprüft.

AUSNAHMEN:

Siehe Umfang oben.

DEFINITIONEN:

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen und Anforderungen:

1. Bundesarmutsgrenze (FPL): FPL bezeichnet die Armutsrichtlinien, die vom United States Department of Health and Human Services regelmäßig im Federal Register aktualisiert werden.
2. Allgemein fakturierte Beträge (AGB): Die in der Regel für die Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung von krankenversicherten Patienten in Rechnung gestellten Beträge werden in dieser Police als AGB bezeichnet. SJH verwendet die prospektive Medicare-Methode zur Bestimmung der AGB. AGB entspricht dem Betrag, der durch die Medicare-Leistungsgebühr erstattet würde, zuzüglich des Betrags, den der Patient für die Zahlung in Form von Zuzahlungen, Mitversicherungen und Selbstbehalten zu tragen hätte, wenn er zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung ein Medicare-Begünstigter wäre.
3. Außerordentliche Inkassoaktion (ECA): Kreditversicherer sind definiert als Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, den Verkauf einer Schuld an eine andere Partei beinhalten oder nachteilige Informationen an Kreditagenturen oder -büros melden. Zu den Handlungen, die zu diesem Zweck ein Pfandrecht, die Zwangsvollstreckung von Immobilien, die Pfändung oder Beschlagnahme eines Bankkontos oder eines anderen persönlichen Vermögens, die Einleitung einer Zivilklage gegen eine Person, Maßnahmen, die zu einer Verhaftung einer Person führen, Maßnahmen, die dazu führen, dass eine Person einer Körperpfändung unterliegt, und Lohnpfändungen gehören.
4. Hohe medizinische Kosten: Hohe medizinische Kosten sind diejenigen, die durch die Hospital Fair Pricing Policies - California Health and Safety Code (Sections 127400-127446) definiert sind: (1) jährliche Auslagen, die der Einzelperson im SJH-Krankenhaus entstehen und 10 Prozent des Familieneinkommens des Patienten in den letzten 12 Monaten übersteigen, (2) jährliche Auslagen, die 10 Prozent des Familieneinkommens des Patienten übersteigen, wenn der Patient die vom Patienten oder der Familie des Patienten in den letzten 12 Monaten

gezahlten medizinischen Kosten des Patienten dokumentiert, oder (3) ein niedrigeres Niveau, das vom SJH-Krankenhaus in Übereinstimmung mit den Richtlinien des SJH-Krankenhauses festgelegt wurde.

VERWEISE:

<i>Internal Revenue Code Abschnitt 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Kalifornische Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften Abschnitt 127000 - 127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd 42 C.F.R. 482.55 and 413.89</i>
<i>Amerikanische Krankenhausverbände Karikative Richtlinien</i>
<i>Karikative Richtlinien der kalifornischen Krankenhausverbände</i>
<i>Richtlinien für gemeinnützige Dienste im Gesundheitswesen</i>
<i>Providence St. Joseph Health Verpflichtung gegenüber den nicht versicherten Richtlinien</i>
<i>Handbuch zur Anbietererstattung, Teil I, Kapitel 3, Abschnitt 312</i>

Anlage A – Liste der betroffenen Einrichtungen

St. Joseph Health Krankenhäuser in Nordkalifornien	
St. Joseph Hospital, Eureka	Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital	Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center	

Anlage B – Einkommensqualifikationen für St. Joseph Health Krankenhäuser in Nordkalifornien

Das Familien-einkommen beträgt...	Und der Patient ist...	Dann...																						
200% oder weniger als FPL,	Nicht versichert oder versichert	Der gesamte (100%) Patientenhaftungsanteil der Leistungsabrechnung wird abgeschrieben.																						
201% - 350% der FPL,	Nicht versichert	<p>Die Zahlungsverpflichtung der Patienten beträgt einen Prozentsatz der AGB für die Leistung auf der Grundlage der untenstehenden Staffelung:</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Das prozentuale Einkommen der FPL beträgt...</th> <th>Somit beträgt der prozentuale AGB Anteil...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>201 – 215%</td><td>10%</td></tr> <tr><td>216 – 230%</td><td>20%</td></tr> <tr><td>231 – 245%</td><td>30%</td></tr> <tr><td>246 - 260%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>261 – 275%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>276 – 290%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>291 – 305%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>306 – 320%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>321 – 335%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>336 – 350%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Das prozentuale Einkommen der FPL beträgt...	Somit beträgt der prozentuale AGB Anteil...	201 – 215%	10%	216 – 230%	20%	231 – 245%	30%	246 - 260%	40%	261 – 275%	50%	276 – 290%	60%	291 – 305%	70%	306 – 320%	80%	321 – 335%	90%	336 – 350%	100%
	Das prozentuale Einkommen der FPL beträgt...	Somit beträgt der prozentuale AGB Anteil...																						
201 – 215%	10%																							
216 – 230%	20%																							
231 – 245%	30%																							
246 - 260%	40%																							
261 – 275%	50%																							
276 – 290%	60%																							
291 – 305%	70%																							
306 – 320%	80%																							
321 – 335%	90%																							
336 – 350%	100%																							
versichert,	<p>Die Verpflichtung des Patienten wird um die Versicherungsleistungen reduziert:</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Falls...</th> <th>Dann ...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Versicherungsleistung ist höher oder gleich AGB,</td> <td>Der gesamte (100%) Patientenhaftungsanteil der Rechnung wird abgeschrieben.</td> </tr> <tr> <td>Versicherungsleistung ist weniger als AGB,</td> <td>Der Patient würde die Differenz zwischen der Versicherungsleistung und den AGB bezahlen.</td> </tr> </tbody> </table>	Falls...	Dann ...	Versicherungsleistung ist höher oder gleich AGB,	Der gesamte (100%) Patientenhaftungsanteil der Rechnung wird abgeschrieben.	Versicherungsleistung ist weniger als AGB,	Der Patient würde die Differenz zwischen der Versicherungsleistung und den AGB bezahlen.																	
Falls...	Dann ...																							
Versicherungsleistung ist höher oder gleich AGB,	Der gesamte (100%) Patientenhaftungsanteil der Rechnung wird abgeschrieben.																							
Versicherungsleistung ist weniger als AGB,	Der Patient würde die Differenz zwischen der Versicherungsleistung und den AGB bezahlen.																							
351% - 500% der FPL,	Nicht versichert,	Der Patient bezahlt die AGB Summe.																						
	versichert,	Der Patient bezahlt die Differenz zwischen der Versicherungsleistung und der AGB.																						
Mehr als 500% der FPL,	Finanzverbindlichkeit nach der Definition " hohe medizinische Kosten ".	Der Patient bezahlt nur die AGB Summe.																						