



Titel: Finanzielle Unterstützung – UnityPoint Health 1.BR.34(a)
Außerklinische Anbieter

Tag des Inkrafttretens: 11.02.2015; Überarbeitungen: 01/16, 10/19

RICHTLINIE: Iowa Health-System, das auch als UnityPoint Health („UPH“) firmiert, außerklinische Dienstleister („Dienstleister“) erfüllen ihre gemeinnützigen Aufgaben dadurch, indem sie allen Patienten die medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen, ohne Rücksicht auf die finanzielle Zahlungsfähigkeit des Patienten. Die UPH-Anbieter müssen geeigneten Patienten faire Rabatte und finanziellen Schutz gewähren.

ANWENDUNGSBEREICH: Alle freien UnityPoint Kliniken, freie häusliche Pflegedienste, Lieferanten permanenter medizinischer Ausrüstung, freie ambulante Chirurgiezentren im vollständigen Besitz von UnityPoint, Hospizeinrichtungen, Laboreinrichtungen und freie ambulante psychiatrische Zentren. Diese Richtlinie gilt nicht für Dienstleistungen, die unter Einzelhandelsbedingungen wie z. B. Virtual Care, bereitgestellt werden.

GRUNDSÄTZE: Die Leistungserbringer erfüllen die medizinisch notwendigen Gesundheitsbedürfnisse aller Patienten, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten, die erbrachten Leistungen zu bezahlen. Ebenso sind Patienten, die in der Lage sind zu zahlen, verpflichtet, einen erschwinglichen Versicherungsschutz zu beantragen und Bezahlung für Dienstleistungen zu leisten, während die Anbieter verpflichtet sind, diese Personen zur Zahlung aufzufordern.

Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, die Umstände darzulegen, unter denen Anbieter Patienten, die nicht in der Lage sind, für Dienstleistungen zu zahlen, kostenlose oder vergünstigte Behandlungen anbieten.

1. Richtlinien zur finanziellen Unterstützung. Finanzielle Unterstützung wird nur für medizinisch notwendige Gesundheitsdienste bereitgestellt, die Personen zur Verfügung gestellt werden, die die Kriterien und Anforderungen dieser Richtlinie erfüllen. Rabatte basieren auf den folgenden Richtlinien, es sei denn, es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.
 - 1.1 Finanziell bedürftige Patienten, die weniger als 400 % des Bundes-Armut-Richtwerts (Federal Poverty Income Guidelines, „FPIG“) an Einkommen haben, erhalten auf Grundlage der folgenden Tabelle eine Ermäßigung:

Ermäßigung	Aktuelle Bundes-Armut-Richtwerte (FPIG) nach Familiengröße
100 %	Das familiäre Einkommen beträgt weniger als oder gleich 200 % des FPIG-Richtwerts

80 %	Das familiäre Einkommen beträgt zwischen 201 % und 225 % des FPIG-Richtwerts
60 %	Das familiäre Einkommen beträgt zwischen 226 % und 250 % des FPIG-Richtwerts
40 %	Das familiäre Einkommen beträgt zwischen 251 % und 300 % des FPIG-Richtwerts
20 %	Das familiäre Einkommen beträgt zwischen 301 % und 400 % des FPIG-Richtwerts
0 %	Das familiäre Einkommen beträgt mehr als 400 % des FPIG-Richtwerts

- 1.2 Die Bundes-Armuts-Richtwerte werden jährlich durch das US-amerikanische Gesundheitsministerium aktualisiert und veröffentlicht.
- 1.3 Das Haushaltseinkommen wird bei der Bestimmung, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, berücksichtigt. Das Haushaltseinkommen umfasst, ohne darauf beschränkt zu sein, Folgendes: traditionelle Ehepaare, Kinder (biologisch, Stief oder Adoption) und zusammenlebende Paare. (Bei verheirateten Paaren oder Paaren in eheähnlichen Lebensgemeinschaften müssen die Parteien als Paar vorstellig werden und ihre Kosten teilen, egal ob gleichgeschlechtlich oder männlich/weiblich.)
- 1.4 Vermutliche Anspruchsberechtigung. Patienten, die sich qualifizieren und Leistungen aus den folgenden Programmen erhalten, haben möglicherweise Anspruch auf eine 100%ige finanzielle Unterstützung:
 - 1.4.1 Das Lebensmittelmarkenprogramm des U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service.
 - 1.4.2 Beschränkte Anspruchsberechtigung – Illegale, ohne Ausweispapiere vorstellige Personen/3-Tages-Notfallzeitraum. Das Iowa Department of Human Services gewährt innerhalb eines Zeitraums von maximal drei Tagen die Begleichung der Kosten für medizinische Notfallbehandlungen von Personen ohne Ausweispapiere, die die staatsbürgerschaftsrechtlichen Anforderungen, den Status als dauerhaft in den USA niedergelassener Ausländer oder die Anforderungen in Verbindung mit dem Besitz einer Sozialversicherungsnummer nicht erfüllen. Die medizinische Notfallbehandlungen müssen in einer Einrichtung wie einem Krankenhaus, einer Klinik oder einer Praxis erfolgen, die die erforderliche medizinische Versorgung nach Eintritt des medizinischen Notfalls bereitstellen kann. Die voraussichtliche Berechtigung für diese Kategorie gilt 6 Monate ab dem Datum des Ereignisses.

- 1.4.3 Medicaid-Programm (ausschließlich „Lock-in“ und/oder „Spend-down“).
 - 1.4.4 Ernährungsunterstützung für Frauen, Säuglinge und Kinder („WIC“).
 - 1.4.5 Patienten, die die dargelegten Kriterien einer vermutlichen Anspruchsberechtigung erfüllen, können finanzielle Unterstützung erhalten, ohne den Antrag auf finanzielle Unterstützung auszufüllen. Die Begleitunterlagen in Verbindung mit der Anspruchsberechtigung eines Patienten für bzw. zur Teilnahme an einem Programm müssen eingeholt und aufbewahrt werden. Die Unterlagen können eine Kopie eines amtlichen Ausweises oder eines anderen Dokuments als Nachweis des Anspruchs oder der Berechtigung des Patienten oder einen Bildschirmausdruck der Webseite, die den Anspruch bestätigt, enthalten. Soweit nicht anders vermerkt, bleibt ein Patient, der im Rahmen dieser Kriterien einer vermutlichen Anspruchsberechtigung als anspruchsberechtigt gilt, für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Datum der ersten Bewilligung anspruchsberechtigt, es sei denn, das Krankenhauspersonal hat Grund zu der Annahme, dass der Patient die Kriterien einer vermutlichen Anspruchsberechtigung nicht mehr erfüllt.
- 1.5 Verzicht oder Ermäßigungen von Medicare- oder Medicaid-Zuzahlern oder Selbstbeteiligungen können auf der Grundlage der finanziellen Bedürfnisse gewährt werden, die in dieser Richtlinie vorgesehen sind.
- 1,6 Medizinisch bedürftig. Finanzielle Unterstützung kann Patienten bereitgestellt werden, die als medizinisch bedürftig eingestuft werden. „Medizinisch bedürftig“ bedeutet, dass Patienten nicht in der Lage sind, einige oder alle ihrer medizinischen Rechnungen zu bezahlen, da diese einen bestimmten Prozentsatz ihres familiären oder Haushaltseinkommens überschreiten (z. B. aufgrund von Kosten oder Erkrankungen im Zusammenhang mit Katastrophen), auch wenn sie Einnahmen haben, die ansonsten die geltenden Eignungsanforderungen für die kostenlose oder ermäßigte Versorgung nach den UPH-Richtlinien überschreiten.
- 1.6.1 Der Patient muss die finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie beantragen. Der Patient muss Unterlagen vorlegen, um seinen/ihren medizinisch bedürftigen Status zu belegen. Beispiele für die Belege, die verwendet werden können, sind Kopien der Arztrechnungen des Patienten, Informationen zu den Medikamentenkosten des Patienten oder andere Nachweise für die Gesundheitskosten, für die der Patient verantwortlich ist.
 - 1.6.2. In den meisten Fällen wird erwartet, dass der Patient einen Teil der medizinischen Kosten übernimmt.

2. Ermäßigungen für Patienten in staatlich geförderten Programmen (Medicare oder Medicaid).

2.1 Anbieter dürfen Medicare- oder Medicaid-Zuzahlungen oder -Selbstbeteiligungen nur auf Grundlage der finanziellen Bedürfnisse erlassen oder reduzieren, wenn folgende Bedingungen erfüllt werden:

2.1.1 Der Verzicht oder die Ermäßigung wird nicht beworben. (Es ist angebracht, den Patienten im Einzelfall darauf hinzuweisen, dass ein Verzicht auf Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen im Falle eines finanziellen Bedarfs möglich ist, und der Patient kann diese Leistungen zum Zeitpunkt oder unmittelbar vor der Behandlung beantragen.)

2.1.2 Die Ermäßigung wird nicht routinemäßig angeboten, sondern nur für diejenigen finanziell bedürftigen Patienten, die diese beantragen möchten.

2.1.3 Der Verzicht oder die Ermäßigung erfüllt eine der folgenden Bedingungen:

2.1.3.1 Der Verzicht oder die Ermäßigung erfolgt nach einer individuellen Beurteilung des finanziellen Bedarfs nach gutem Glauben;

2.1.3.2 Der Verzicht oder die Ermäßigung erfolgt nachdem angemessene Anstrengungen zur Beibringung der Zuzahlung, der Selbstbeteiligungen oder der vollständigen Zahlung direkt von dem Patienten erfolglos waren; oder

2.1.3.3 Der Verzicht oder die Ermäßigung erfolgt in Bezug auf einen strittigen Anspruch, der sich aus den Leistungen ergibt, die dem Begünstigten bereitgestellt wurden.

2.2 Schriftliche Aufzeichnungen, in denen die Gründe für jeden Verzicht oder jede Ermäßigung dokumentiert sind, gelten als Belege für die Kostenabrechnung und werden daher gemäß Richtlinie 1.AD.03, Aufbewahrungspflichten, aufbewahrt.

3. Kommunikation der Verfügbarkeit von wohltätiger Versorgung und finanzieller Unterstützung.

3.1 Verantwortlichkeiten der Einrichtung. Die Anbieter haben die Möglichkeit, allen Patienten und innerhalb der vom Anbieter betreuten Gemeinschaft umfassend über die Verfügbarkeit von Wohltätigkeits- und Finanzhilfen zu

informieren. Beispiele für Mechanismen, die Anbieter dazu nutzen können, sind:

- 3.1.1 Anbringen/Auslegen von Schildern, Informationen oder Broschüren in geeigneten Bereichen des Anbieters (z. B. Rezeption und Kassenbereiche), die darauf hinweisen, dass der Anbieter eine Wohltätigkeitsdienste anbietet und wie man weitere Informationen über finanzielle Unterstützung erhalten kann.
 - 3.1.2 Hinzufügen eines Vermerks auf der Arztrechnung und Erklärungen dazu, wie man Informationen zur finanziellen Unterstützung anfordern kann.
 - 3.1.3 Hinzufügen eines Hinweises auf der Startseite der Website des Anbieters.
 - 3.1.4 Mindestens zwei Mal pro Jahr einen Hinweis in einer Mediensendung mit allgemeiner Verbreitung in der Gemeinschaft platzieren, in dem die Richtlinien des Anbieters in Bezug auf Wohltätigkeit und finanzielle Unterstützung zusammengefasst sind.
 - 3.1.5 Benennung von Abteilungen oder Personen, die die Wohltätigkeitsrichtlinien des Anbieters erklären können.
 - 3.1.6 Mitarbeiter, die mit Patienten interagieren, werden angewiesen, bei Fragen bezüglich der Wohltätigkeitsrichtlinien der Organisation an den zuständigen Vertreter der Einrichtung zu verweisen.
- 3.2 Nach Eingang der Antrags des Patienten auf finanzielle Unterstützung und aller zur Feststellung der Eignung für finanzielle Unterstützung erforderlicher Unterlagen, wird der Patient innerhalb eines angemessenen Zeitraums über die Feststellung der Eignung des Patienten informiert.
4. Verantwortlichkeiten des Patienten in Bezug auf finanzielle Unterstützung. Falls zutreffend, muss der Patient/die Familie, bevor er/sie für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden kann, mit dem Anbieter zusammenarbeiten, um die Informationen und Belege zusammenzustellen, um andere Finanzquellen zu beantragen, die möglicherweise zur Deckung der medizinischen Versorgungskosten des Patienten zur Verfügung stehen, beispielsweise Medicaid, Medicare, Haftpflichtversicherung etc. Patienten, die über eine gültige Gesundheitsversorgung durch Anbieter außerhalb des UPH-Netzes verfügen, müssen sich möglicherweise zuerst an diese wenden, bevor sie für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden.

- 4.1 Um für eine wohltätige Versorgung oder finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen zu werden, muss der Patient/die Familie einen vom Anbieter bereitgestellten vollständigen Antrag ausfüllen und einreichen oder gegebenenfalls Dokumente zur Unterstützung der in dem Antrag bereitgestellten Informationen vorlegen.
- 4.2 Für den Fall, dass der Patient nach der Bereitstellung der angeforderten Informationen und Unterlagen zunächst keinen Anspruch auf Wohltätigkeit oder finanzielle Unterstützung hat, kann der Patient einen erneuten Antrag stellen, wenn sich sein Einkommen ändert.
- 4.3 Ein Patient, der Anspruch auf teilweise Ermäßigungen hat, muss mit dem Anbieter zusammenarbeiten, um einen angemessenen Zahlungsplan aufzustellen, der sein verfügbares Einkommen, die Höhe der ermäßigten Rechnung(en) und etwaige frühere Zahlungen berücksichtigt.
- 4.4 Patienten, die Anspruch auf teilweise Ermäßigungen haben, müssen sich bemühen, die Zahlungspläne für ihre ermäßigten Arztrechnungen einzuhalten. Sie sind dafür verantwortlich, dem Anbieter jede Änderung ihrer finanziellen Situation mitzuteilen, die sich auf ihre Fähigkeit auswirken kann, ihre ermäßigten Rechnungen für medizinische Versorgung zu bezahlen oder die Bestimmungen ihrer Zahlungspläne einzuhalten.
5. Inkassorichtlinien. Inkassobemühungen umfassen keine Lohnpfändungen oder andere rechtliche Pfändungen ohne die vorherige Genehmigung der Klinikabrechnungsstelle, des CFO des Anbieters oder des Compliance-Beauftragten. Eine Pfändung oder Beschlagnahme von persönlichem Eigentum (mit Ausnahme von Bargeld oder Bargeldäquivalenten) findet nicht statt. Die Feststellung eines Titels betrifft automatisch auch Grundbesitz; es kommt jedoch nicht zu einer Beschlagnahme des Hauptwohnsitzes des Patienten.

Kevin E. Vermeer
UPH President