

HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

Titel: Richtlinie zur finanziellen Unterstützung	Kapitel: Steuern
Autoren: , Direktor Billing, Direktor, Managed Care und VP/CFO	Interessengruppen: <ul style="list-style-type: none">▪ Alle Mitarbeiter
Erstellungsdatum: 12 /15 Überprüfungsdatum: 1/18, 4/19, 11/19 Datum der Überprüfung (T):	7 Seiten
Literatur: Bundes- und Landesgesetze, Vorschriften, Leitlinien und Richtlinien	Unterschrift Geschäftsführer: Vizepräsident, CFO

EINLEITUNG:

Im Zusammenhang mit ihrem Auftrag, die Gesundheit der Gemeinschaft zu fördern, und vorbehaltlich der Verfügbarkeit von Ressourcen, wird die HMH Carrier Clinic von Zeit zu Zeit finanzielle Unterstützung in Form von vergünstigten oder kostenlosen Pflegeleistungen und Dienstleistungen für nicht versicherte oder unterversicherte Patienten bereitstellen, die nicht in der Lage sind, für diese Gesundheitsleistungen zu bezahlen.¹ Zu diesem Zweck hat die HMH Carrier Clinic diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung erstellt, um sicherzustellen, dass die Entscheidung über die Gewährung einer finanziellen Unterstützung auf einheitlichen, objektiven Kriterien beruht, und um sicherzustellen, dass Prozesse und Verfahren zur Identifizierung und Unterstützung von Patienten existieren, die eine solche finanzielle Unterstützung benötigen.

ZWECK:

Um die Patienten über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu informieren, bieten wir Patienten die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung zu beantragen und zu erhalten. Hiermit erfüllen wir IRC Abschnitt 501(r), der zum Teil die folgenden Anforderungen enthält:

1. Aufrechterhaltung einer Politik der finanziellen Unterstützung,
2. Kommunikation der Verfügbarkeit von Ressourcen für Patienten, auf die diese Richtlinie zutrifft,
3. Kostenlose Bereitstellung aller zugehörigen Unterlagen zu dieser Richtlinie für Patienten,
4. Bereitstellung einer notfallmedizinischen Versorgung nach EMTALA,
5. Festlegung von Obergrenzen für Beträge, die an Personen

¹ Versicherte Patienten, die keine Zuzahlungs- und Vergünstigungsanforderungen erfüllen, sind bezüglich eines Verzehrs auf diese Verpflichtungen im Rahmen der [Unternehmenspolitik für Direktmarketing und Patientenverzicht auf Zuzahlungen und Vergünstigungen](#) zu prüfen.

- in Rechnung gestellt werden, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, und
6. Begrenzung außergewöhnlicher Inkassotätigkeiten vor Feststellung des Anspruchs einer Person auf finanzielle Unterstützung

DEFINITIONEN:

- „Finanzielle Unterstützung“ bezieht sich auf die finanzielle Unterstützung von nicht versicherten oder unterversicherten Patienten, die eine finanzielle Notlage für eine Kostenvergünstigung bzw. eine Zuzahlung oder Unterdeckung in Bezug auf ihre staatlichen oder privaten Versicherungsleistungen nachweisen können. In diesem Fall können Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, die auf den „verfügbaren Haushaltsmitteln“ des Patienten im Vergleich zu den Richtlinien des Bundes basiert.
- „Nicht versichert“ bedeutet, dass der Patient über keine Versicherung oder Unterstützung durch Dritte verfügt, die bei der Erfüllung der Zahlungsverpflichtungen des Patienten helfen.
- „Unterversichert“ bedeutet, dass der Patient über ein gewisses Maß an Versicherung oder Unterstützung durch Dritte verfügt, aber dennoch bestimmte Ausgaben zu zahlen hat, die die finanziellen Verpflichtungen des Patienten übersteigen können.
- „Verfügbare Haushaltsressourcen (Available Household Resources, AHR)“ sind die Summe aller Einkünfte und Vermögenswerte, die der Patient und alle Familienangehörigen verdienen oder besitzen. Wenn der Patient bei einem erwachsenen Verwandten wohnt (d. h. Blutsverwandschaft, Verwandschaft durch Heirat oder Adoption), gilt dieser Verwandte als Teil des Haushalts des Patienten, und das Einkommen und Vermögen dieses Verwandten wird zusätzlich zum Einkommen und Vermögen des Patienten in die Bestimmung der gesamten AHR einbezogen, unabhängig davon, ob der Patient als abhängiges Familienmitglied in der/den Einkommensteuererklärung/en geltend gemacht wird oder nicht. Weitere Einzelheiten zu den hierin genannten Finanzkategorien sind im Antrag auf finanzielle Unterstützung näher beschrieben.

RICHTLINIE:

1. Hinweis zur Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung.

Die HMH Carrier Clinic bietet ihren Patienten Zugang zu finanzieller Unterstützung, die von den spezifischen persönlichen finanziellen Bedingungen und Ressourcen abhängig ist. Alle Patienten werden über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung informiert. Dies erfolgt durch Schilder auf dem gesamten Campus des Krankenhauses und entsprechende Informationen auf der Website der HMH Carrier Clinic; und während des Aufnahmeverfahrens oder vor der Entlassung wird dem Patienten, der Familie und/oder dem Bürgen so weit wie möglich die Zusammenfassung dieser Richtlinie in einfacher Sprache zur Verfügung gestellt.

Wenn der Patient, die Familie und/oder der Bürge nach der Aufnahme weitere Einzelheiten wünscht, kann er eine Kopie der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und/oder des Antrags auf finanzielle Unterstützung durch Kontaktaufnahme mit einem Vertreter des Patientendienstes, des Sozialdienstes oder nach der Entlassung durch Kontaktaufnahme mit einem Vertreter des Patientendienstes (908-281-1624) erhalten oder diese Informationen auf der Website der HMH Carrier Clinic nachlesen: <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

2. Geltungsbereich. Finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie bezieht sich auf finanzielle Unterstützung bei der Erbringung medizinisch notwendiger Gesundheitsdienstleistungen und -versorgung durch angestellte medizinische Fachkräfte der HMH Carrier Clinic für anspruchsberechtigte Patienten. Die Finanzielle Unterstützung gilt nicht für Leistungen von nicht angestellten Ärzten oder anderen Anbietern, die Patienten ihre Leistungen und Lieferungen in der HMH Carrier Clinic separat in Rechnung stellen. Siehe Anlage A - Auflistung der zugelassenen und nicht zugelassenen Anbieter unter:

<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>.

3. Anspruch auf finanzielle Unterstützung Jeder Patient, der finanzielle Unterstützung sucht, muss den **Antrag auf finanzielle Unterstützung** (den „Antrag“) vollständig ausfüllen, was die Bereitstellung relevanter persönlicher und familiärer finanzieller Unterlagen gemäß dem Antrag umfasst. Die Entscheidungen über die Qualifizierung werden auf der Grundlage der gesamten verfügbaren Haushaltsressourcen (AHR) im Vergleich zu den Armutsrichtlinien der Bundesregierung des Gesundheitsministeriums der Vereinigten Staaten (US DHHS FPG) getroffen. AHR umfassen finanzielle Ressourcen von Patienten und

Familien, einschließlich: aller Einnahmequellen, Kontoguthaben, Sparguthaben, Investment- und Publikumsfonds sowie bestimmter Immobilien, mit Ausnahme des Hauptwohnsitzes, wie im *Antrag* näher definiert. Der *Antrag* beschreibt ferner die Ressourcen, die bei der Bewertung und Entscheidung über die Gewährung von finanzieller Unterstützung berücksichtigt werden, die ausschließlich auf Informationen und Unterlagen des Patienten, der Familie oder des Bürgen beruhen.

- Finanzielle Unterstützung wird nicht für Einwohner von Somerset County gewährt, die die Kriterien für medizinische Bedürftigkeit bei der Erbringung von stationären und entgiftungsfähigen Dienstleistungen erfüllen und Anspruch auf einen Finanzierungszuschuss von Somerset County Chapter 51 mit der Carrier Clinic haben.

Der Patient und/oder der Bürge des Patienten (falls zutreffend) erhält eine schriftliche Mitteilung über die Überprüfung des *Antrags* und der Begleitdokumente innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt des ausgefüllten *Antrags*, der die Entscheidung in Bezug auf diesen Antrag und alle weiteren fälligen Restbeträge angibt. Fragen zum Ergebnis können an den Direktor für Finanzdienstleistungen für Patienten (908-281-1526) gerichtet werden. Der Antrag ist im Krankenhaus oder auf der Website der HMH Carrier Clinic unter:

<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/> verfügbar

4. Prozentualer Rabattsatz bei finanzielle Unterstützung. Der Betrag der genehmigten finanziellen Unterstützung wird auf einer abgestuften Skala unter Verwendung der dokumentierten verfügbaren Haushaltsmittel (AHR) und der US-amerikanischen DHHS-FPGs wie folgt berechnet: Die HMH Carrier Clinic behält sich das Recht vor, die Kriterien für die Überprüfung der Einkommen und Vermögenswerte der Haushalte nach Ankündigung im Einklang mit dieser Richtlinie zu ändern.

2019 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM (FAP)											
SLIDING SCALE PERCENTAGE REDUCTION											
FAMILY SIZE	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1	37,470	34,972	32,474	29,976	27,478	24,980	22,482	19,984	17,486	14,988	12,490
	OR MORE	37,469	34,971	32,473	29,975	27,477	24,979	22,481	19,983	17,485	14,987
2	50,730	47,348	43,966	40,584	37,202	33,820	30,438	27,056	23,674	20,292	16,910
	OR MORE	50,729	47,347	43,965	40,583	37,201	33,819	30,437	27,055	23,673	20,291
3	63,990	59,724	55,458	51,192	46,926	42,660	38,394	34,128	29,862	25,596	21,330
	OR MORE	63,989	59,723	55,457	51,191	46,925	42,659	38,393	34,127	29,861	25,595
4	77,250	72,100	66,950	61,800	56,650	51,500	46,350	41,200	36,050	30,900	25,750
	OR MORE	77,249	72,099	66,949	61,799	56,649	51,499	46,349	41,199	36,049	30,899
5	90,510	84,476	78,442	72,408	66,374	60,340	54,306	48,272	42,238	36,204	30,170
	OR MORE	90,509	84,475	78,441	72,407	66,373	60,339	54,305	48,271	42,237	36,203
6	103,770	96,852	89,934	83,016	76,098	69,180	62,262	55,344	48,426	41,508	34,590
	OR MORE	103,769	96,851	89,933	83,015	76,097	69,179	62,261	55,343	48,425	41,507
7	117,030	109,228	101,426	93,624	85,822	78,020	70,218	62,416	54,614	46,812	39,010
	OR MORE	117,029	109,227	101,425	93,623	85,821	78,019	70,217	62,415	54,613	46,811
8	130,290	121,604	112,918	104,232	95,546	86,860	78,174	69,488	60,802	52,116	43,430
	OR MORE	130,289	121,603	112,917	104,231	95,545	86,859	78,173	69,487	60,801	52,115

5. Berechnung der allgemein fakturierten Beträge (AFB) und des fälligen Betrages. Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, werden für Notfallversorgung oder medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr als die AFB an Personen berechnet, die eine Versicherung für diese Pflege haben. Der Rabattprozentsatz wird auf die AGB angewendet. Die AFB werden nach der Look-Back-Methode berechnet, die auf dem Medicare Ambient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) für psychiatrische Dienstleistungen und allen Versicherungen für Suchthilfe folgendermaßen basiert:

Psychiatrische Dienstleistungen AFB Prozentsätze

a) Stationärer Patient: 42,9 %

b) Ambulanter Patient: 53,9 %

Suchthilfe AFB % beträgt 49,9 %

Nach Anwendung der AFB-Anpassung unterliegt der sich ergebende Betrag dann dem in Absatz (3) oben beschriebenen anwendbaren Rabattprozentsatz. Der Restbetrag nach Anwendung des Rabattprozentsatzes wird dem Patienten und/oder dem Bürgen in Rechnung gestellt.

6. Auswirkung von Nichtzahlungen: Die nach Anwendung des Rabattprozentsatzes verbleibenden Kosten müssen im Einklang mit den üblichen Abrechnungs- und Inkassopraktiken der HMH Carrier Clinic rechtzeitig gezahlt werden. Die Nichtzahlung der ausstehenden Rechnung kann zu verschiedenen Inkassotätigkeiten führen, einschließlich der Verweisung an ein externes Inkassobüro. Weitere Informationen finden Sie

unter **Rechnungs- und Inkassorichtlinie**, von der eine Kopie unter <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/> verfügbar ist

7. Ressourcenbegrenzung. Rückstellungen für finanzielle Unterstützungen werden in den Jahreshaushalt aufgenommen, wie vom Stiftungsrat genehmigt.
8. Andere Leistungen werden zuerst in Anspruch genommen. Patienten können nur dann Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wenn die anwendbaren Versicherungsleistungen und staatlichen Hilfsprogramme, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Medicaid, zunächst geprüft wurden (und, soweit möglich, genutzt wurden). Die Nichteinhaltung der Versicherungsrichtlinien (d. h. Beschwerden, Weiterleitungen und nicht autorisierte Dienstleistungen) oder die Nichtbeantragung verfügbarer staatlicher Hilfsprogramme kann den Anspruch auf finanzielle Unterstützung ungültig werden lassen, wie von der HMH Carrier Clinic nach eigenem Ermessen festgelegt wird.
9. Nichtdiskriminierung. Keinem Patienten wird finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie aufgrund von Ethnie, Glauben, Nationalität, Herkunft, Staatsbürgerschaft oder Einwanderungsstatus verweigert. Finanzielle Unterstützung wird dem Patienten und seinem Bürgen gewährt, wenn nach einer individuellen Prüfung der Umstände der Zahlungsfähigkeit festgestellt wird, dass er nicht in der Lage ist, alle oder einen Teil der in Rechnung gestellten Leistungen zu bezahlen.
10. Richtlinie All-Inclusive. HMH Carrier Clinic leistet keine finanzielle Unterstützung für nicht versicherte oder unterversicherte Patienten außerhalb des Rahmens dieser Richtlinie.
11. Die Verpflichtungen gemäß EMTALA bleiben unberührt. Ungeachtet dessen wird die HMH Carrier Clinic über ihre angestellten medizinische Fachkräfte ohne Diskriminierung von Personen, die eine solche medizinische Leistung benötigen, die Pflege von Notfallmedizinischen Zuständen (im Sinne von § 1867 des Social Security Act (42 USC 1395dd)) anbieten, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit oder ihrer Berechtigung auf finanziellen Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie. Siehe HMH Carrier Clinics **[EMTALA-Richtlinie]**.
12. Übersetzungen. Diese Richtlinie und alle damit

zusammenhängenden Dokumente, auf die hierin und in der Rechnungs- und Inkassopolitik Bezug genommen wird, wurden in die Sprachen der Verbraucher übersetzt, die im aktuellsten Bericht der Organisation zur Beurteilung des Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen der Gemeinschaft aufgeführt sind. Diese sind auf Anfrage kostenlos unter folgender Adresse erhältlich: <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

13. Richtlinie von der Unternehmensführung genehmigt. Diese Richtlinie und alle Aktualisierungen werden von der Unternehmensleitung und dem Kuratorium überprüft und genehmigt.