

## HackensackUMC Pascack Valley Medical Center

### RICHTLINIE ÜBER FINANZIELLE BEIHILFEN

Gültig ab: 1. Januar 2017

#### RICHTLINIE/PRINZIPIEN

Es gehört zu den Grundsätzen des HackensackUMC Pascack Valley Medical Center (der „Organisation“) ein sozial gerechtes Vorgehen in der Notfallversorgung sowie für alle anderen Formen medizinisch notwendiger Versorgung in den Einrichtungen der Organisation zu gewährleisten. Die Richtlinie befasst sich speziell mit der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Beihilfen für Patienten, die solche eine Unterstützung benötigen und durch die Organisation medizinisch versorgt werden.

1. Alle finanziellen Beihilfen sind Ausdruck unseres Engagements für die Allgemeinheit, unserer besonderen Sorge für Personen, die in Armut leben oder sich anderweitig in einer schwierigen Lage befinden, als auch Teil des Bestrebens, unserer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht zu werden.
2. Diese Richtlinie gilt für die Notfallversorgung und andere medizinisch notwendigen Leistungen, einschließlich der Leistungen angestellter Ärzte und verhaltensmedizinischer Versorgung, die jeweils durch die Organisation erbracht werden. Die Richtlinie betrifft nicht die Zahlungsmodalitäten für optionale Eingriffe oder andere Behandlungen, die nicht zu Notfallversorgung gehören bzw. nicht anderweitig medizinisch erforderlich sind.
- 3 Die Liste der Leistungserbringer, die unter diese Richtlinie über finanzielle Beihilfen fallen, benennt die Erbringer medizinischer Versorgung in den Einrichtungen der Organisation und erläutert, welche unter die Richtlinie über finanzielle Beihilfen fallen und für welche dies nicht der Fall ist.

#### BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten folgende Begriffsbestimmungen:

- „**501(r)**“ bezeichnet Section 501(r) des Internal Revenue Code und die sich daraus ergebenden Vorschriften.
- „**Üblicherweise in Rechnung gestellter Betrag (Amount Generally Billed)**“ oder „**AGB**“ bezeichnet in Hinblick auf die Notfallversorgung sowie weitere medizinisch notwendige Behandlungen den Betrag, der üblicherweise Einzelpersonen in Rechnung gestellt wird, die über eine Versicherung verfügen, die diese Versorgung abdeckt.
- „**Community**“ bezeichnet das geografische Gebiet des US-Bundesstaats New Jersey
- • „**Notfallversorgung**“ bezeichnet Wehen oder gesundheitliche Beschwerden von einer solchen Schwere, dass davon ausgegangen werden muss, dass die Unterlassung unverzüglicher medizinischer Versorgung eine ernsthafte Gefährdung der Gesundheit des Patienten (oder des ungeborenen Kinds), eine ernsthafte dauerhafte Schädigung von Körperfunktionen bzw. eine ernsthafte Funktionsstörung von Organen oder Teilen des

Körpers zur Folge hätte.

- „**Medizinisch notwendige Behandlung**“ bezeichnet die Behandlungsmaßnahmen, die als medizinisch notwendig erachtet werden, nachdem eine Feststellung des klinischen Nutzens durch einen approbierten Arzt in Abstimmung mit dem aufnehmenden Arzt erfolgte.
- „**Organisation**“ bezeichnet das HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center.
- „**Patient**“ bezeichnet jene Personen, die in der Organisation eine Notfallversorgung bzw. medizinisch notwendige Behandlung erhalten, sowie die Person, die die finanzielle Verantwortung für die Versorgung des Patienten trägt.

## Gewährte finanzielle Beihilfe

1. Patienten, deren Einkommen bei höchstens 200 % der festgelegten Armutsgrenze (Federal Poverty Level; „FPL“) liegt, haben ein Anrecht auf einen 100 %igen Nachlass für wirtschaftlich Benachteiligte in Bezug auf den Anteil der Leistungskosten, für den der Patient gefolgt auf die Zahlung durch einen Versicherer selber verantwortlich ist.
2. Patienten mit einem Einkommen, das bei mehr als 200 % der festgelegten Armutsgrenze (Federal Poverty Level; „FPL“) liegt, haben Ansprüche auf Beihilfe für wirtschaftlich Benachteiligte basierend auf den folgenden Kriterien:

<u>Einkommenskriterien</u>	<u>Prozentsatz der berechneten Kosten</u>
<u>Leitlinien des US-Gesundheitsministeriums zu Einkommen, die unter die Armutsgrenze fallen (HHS Poverty Income Guidelines)</u>	<u>Durch den Patienten gezahlt</u>
Weniger als oder gleich 200 %	0 %
Mehr als 200 % aber weniger oder gleich 225 %	20 %
Mehr als 225 % aber weniger oder gleich 250 %	40 %
Mehr als 250 % aber weniger oder gleich 275 %	60 %
Mehr als 275 % aber weniger oder gleich 300 %	80 %
Mehr als 300 %	100 %

3. Wenn Patienten, die im Bereich zwischen 20 % und 80 % auf der gleitenden Entgeltskala liegen, für berechnete, als Selbstbehalt gezahlte medizinische Kosten verantwortlich sind, die mehr als 30 % ihres Bruttojahreseinkommens betragen (d. h. Rechnungen, die nicht durch andere Parteien beglichen werden), dann wird der Betrag, um den die 30 % überstiegen werden, als Kostenbeihilfe für die Krankenhausbehandlung erachtet.
4. Die Anspruchsberechtigung für finanzielle Beihilfen kann zu jedem Zeitpunkt des Ertragszyklus festgestellt werden und die Nutzung einer auf Schätzung beruhenden Einstufung (presumptive scoring) zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung einschließen, selbst wenn der Antragsteller es versäumt hat, einen Antrag auf finanzielle Beihilfe (Financial Assistance Application, „FAP Application“) auszufüllen.
5. Die Anspruchsberechtigung für finanzielle Beihilfen muss für jede Rechnungssumme,

für die der finanziell bedürftige Patient verantwortlich ist, festgestellt werden.

### Charity Care Program (Programm für die medizinische Versorgung wirtschaftlich Bedürftiger):

- Das Hilfsprogramm New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program (Charity Care Assistance, Beihilfe für die medizinische Versorgung wirtschaftlich Bedürftiger) bietet kostenfreie oder zu reduzierten Kosten gewährt medizinische Versorgung für Patienten, die stationär oder ambulant in den Akutkrankenhäusern (Acute Care Hospitals) im Bundesstaat New Jersey behandelt werden. Beihilfen für die Krankenhausbehandlung und Behandlung zu reduzierten Kosten sind nur im Falle von notwendiger stationärer Versorgung verfügbar. Einige Leistungen wie Arzthonorare, Anästhesiologiekosten, radiologische Diagnostik und ambulante Verschreibungen erfolgen separat von den Krankenhauskosten und kommen ggf. für eine Reduzierung nicht in Frage.
- Die Finanzierung der Beihilfe für die stationäre Behandlung wirtschaftlich Bedürftiger erfolgt durch den Health Care Subsidy Fund gemäß Public Law 1997, Chapter 263.

### Andere Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Beihilfe haben

Patienten, die keinen Anspruch auf die vorstehend beschriebene finanzielle Beihilfe haben, sind unter Umständen in Bezug auf andere Unterstützungsmöglichkeiten, die durch die Organisation geboten werden, anspruchsberechtigt. Im Interesse der Vollständigkeit werden diese anderen Unterstützungsformen hier aufgelistet, obgleich diese nicht auf Bedürftigkeit beruhen und daher nicht vorgesehen ist, dass jene Section 501(r) unterliegen. Ihre Auflistung erfolgt allein mit Ziel, die durch das HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center versorgte Community besser zu informieren.

1. Nicht versicherte Patienten ohne Anspruch auf finanzielle Beihilfen werden zu nachgelassenen Preisen, die auf den folgenden Kriterien beruhen, versorgt:
  - (a) Stationäre Eingriffe: 100 % des Medicare-Preises
  - (b) Vorstellungen in der Notaufnahme (Emergency Department visits): 115 % des Medicare-Preises
  - (c) Ausgewählte ambulante Behandlungen: 200 % des Medicare-Preises
    - (i) Geburtshilfe und kosmetische Eingriffe verfügen über eigene Gebührenlisten für Selbstzahler und fallen nicht unter die auf der Medicare-Erstattung beruhenden Preise.

### Kostenobergrenzen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Beihilfe haben

Patienten, die Anspruch auf finanzielle Beihilfe haben, wird im Einzelfall nicht mehr als der üblicherweise in Rechnung gestellte Betrag (AGB) für die Notfallversorgung oder sonstige medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen und nicht mehr als die Bruttokosten für jede andere medizinische Versorgung berechnet. Die Organisation berechnet einen oder mehrere AGB-Prozentsätze mithilfe der sogenannten „Look-Back“-Methode und einschließlich des Medicare fee-for-service sowie aller privaten Krankenversicherungen, die gemäß 501(r) für

übernommene Kosten Zahlungen an die Organisation leisten. Eine kostenfreie Kopie der Beschreibung und Prozentwerte für die AGB-Berechnung ist auf Anfrage in der Patientenaufnahme erhältlich. Patienten können zudem eine kostenfreie Kopie der Beschreibung und Prozentwerte für die AGB-Berechnung per Post oder telefonisch beim Patient Financial Services unter (201)383-1043 anfordern, die dann an die Postadresse des Patienten geschickt wird.

## Beantragung finanzieller Beihilfe bzw. anderer Unterstützungsmöglichkeiten

Einem Patienten kann auf Grundlage einer auf Schätzung beruhenden Einstufung (presumptive scoring) oder durch die Beantragung finanzieller Beihilfe mithilfe des entsprechenden ausgefüllten Antrags (FAP Application) finanzielle Beihilfe bewilligt werden. Der FAP-Antrag (FAP Application) sowie die dazugehörige Anleitung sind für den Patienten auf Anfrage zum Zeitpunkt der Erbringung der jeweiligen Leistung erhältlich. Sollte ein Patient finanzielle Beihilfe nach dem Tag/den Tagen der Erbringung der jeweiligen Leistungen beantragen wollen, können der FAP-Antrag sowie die dazugehörige Anleitung direkt auf der Internetseite von HackensackUMC Pascaack Valley aufgerufen und ausgedruckt werden. Patienten können ein Exemplar des FAP-Antrags sowie die dazugehörige Anleitung auch per Post anfordern. Um ein Exemplar der Unterlagen per Post anzufordern, müssen Patienten sich telefonisch an die Patient Financial Services unter (201)383-1043 wenden. An allen hier vorstehend genannten Orten sind der FAP-Antrag sowie die dazugehörige Anleitung sowohl in Englisch als auch in Spanisch verfügbar.

## Zahlungsfristen für Patienten – stationäre und ambulante Leistungen

HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center versendet Rechnungen für erbrachte Leistungen, nachdem die Versicherung die Kostenerstattung abwickelt hat, oder sofort für Patienten, die nicht versichert sind.

Rechnungssummen, für die der Patient verantwortlich ist, umfassen:

- Selbstbehalt (Patienten ohne Versicherung)
- Selbstbehalt nach Versicherung (die Versicherung hat die durch sie zu tragenden Kosten beglichen, wobei die restliche Rechnungssumme in der Verantwortung des Patienten liegt)
- Medizinische Versorgung wirtschaftlich Bedürftiger (Anhand von Bedürftigkeitskriterien prozentual reduzierte Kosten)
- Selbstbehalt nach Medicare (liegt in der Verantwortung des Patienten gemäß der Definition durch Medicare)

## Rechnungszyklus

An alle Patienten wird eine Rechnung ungefähr fünf Tage, nachdem die Rechnungssumme in die Verantwortung des Patienten übergeht, verschickt.

Der Gesamtabrechnungszyklus beläuft sich auf insgesamt 120 Tage für alle Patienten, bevor die Rechnungssumme zur Zahlung versandt wird. Eine Rechnung wird an den Patienten geschickt,

nachdem, soweit dies in Frage kommt, die Versicherung ihren Anteil beglichen hat. Wenn der gesamte überfällige, durch den Patienten zu begleichende Betrag nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, werden dem Patienten weitere Rechnungen (bis zu 5 insgesamt) geschickt. Sollte dann immer noch keine Zahlung erfolgt sein, wird der Fall an ein Inkassounternehmen weitergeleitet.

**Patienten mit Fragen in Bezug auf ihre Rechnungsbeträge können sich telefonisch an den Customer Service unter (866) 525-5557 werden,** um festzustellen, ob in ihrem Fall eine Ratenzahlung möglich ist. Patienten, die zur Leistung der Zahlung nicht fähig sind, wenden sich bitte an unser Büro für finanzielle Beihilfen (Financial Assistance Office) unter (201) 383-1043.

Leistungserbringer nach Abteilung, die innerhalb der Krankenhauseinrichtungen, Notfallversorgungs- bzw. medizinisch notwendige Behandlungsleistungen erbringen.

<b>Abteilung/Einrichtung/Gruppe</b>	<b>Kostenübernahme gemäß der Richtlinie über finanzielle Beihilfen?</b>
Department of Anesthesiology (Abteilung für Anästhesiologie)	Nein
Department of Emergency Medicine (Abteilung für Notfallmedizin)	Nein
Department of Medicine (Abteilung für Allgemeinmedizin)	Nein
Department of Obstetrics and Pediatrics (Abteilung für Geburtshilfe und Pädiatrie)	Nein
Department of Surgery (Abteilung für Chirurgie)	Nein
Department of Radiology (Abteilung für Radiologie)	Nein
Department of Cardiology (Abteilung für Kardiologie)	Nein