

## Ascension – Mid-Michigan Region

(Genesys regionales medizinisches Zentrum, St. Mary's of Michigan, St Mary's of Michigan – Standish Hospital und St. Joseph Health System, Beschäftigte im Pflegebereich und vertraglich gebundene/teilnehmende Dienstleister)

### FINANZHILFE-RICHTLINIE

20. Juni 2017

### RICHTLINIE/GRUNDSÄTZE

Die Richtlinie der Ascension-Mid-Michigan-Einrichtungen und gebundenen Dienstleister (die „Organisation“) soll eine sozial-gerechte Praxis in der Bereitstellung von Notfall- oder einer anderen medizinisch notwendigen Versorgung in den Einrichtungen der Organisation sicherstellen. Diese Richtlinie ist speziell für die Qualifikation zur Finanzhilfe für Patienten vorgesehen, die Finanzhilfe benötigen und von der Organisation Pflegeleistungen erhalten.

1. Jegliche Finanzhilfe spiegelt unser Engagement und unsere Achtung der Würde von Menschen und des Gemeinwohls wider, sowie unsere spezielle Aufmerksamkeit und unsere Solidarität mit in Armut lebenden Menschen sowie anderen gefährdeten Personen und unser Engagement für gerechte Verteilung und Stewardship.
2. Diese Richtlinie gilt für alle Notfallversorgungsdienste und andere medizinisch erforderlichen Dienste, die von der Organisation geleistet werden, einschließlich Arztdienstleistungen und Verhaltensgesundheit. Diese Richtlinie gilt nicht für die Zahlungsmodalitäten für Wahlleistungen oder andere Pflegeleistungen, die keine Notfallversorgung oder auf andere Weise medizinisch erforderliche Pflege sind.
3. Anlage 1 – Gebundene und nicht unter die Finanzhilfe-Richtlinie fallende Dienstleister listet Dienstleister, die in den Niederlassungen der Organisation Pflegeleistungen erbringen, die definiert, was von der Finanzhilfe-Richtlinie gedeckt ist und was nicht gedeckt ist.

### DEFINITIONEN

Im Rahmen dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen:

- **„501(r)“** bedeutet „Section 501(r) des Internal Revenue Code“ (Abschnitt 501(r) der Abgabenordnung der USA) und die darunter bekanntgegebenen Bestimmungen.
- **„Allgemein verrechneter Betrag“** oder **„AVB“** ist der Betrag, der bei einer Notfallversorgung oder einer anderen medizinisch erforderlichen Pflege, einer versicherten Person in Rechnung gestellt wird, deren Versicherung eine solche Pflegedienstleistung abdeckt.
- **„Gemeinde“** bezieht sich auf das geografische Gebiet, das die Gemeinde bei der Gesundheitsbedarfsbewertung der Gemeinde definiert.
- **„Notfallversorgung“** bedeutet, dass das Fehlen einer sofortigen ärztlichen Betreuung zu einer ernsthaften Beeinträchtigung einer Körperfunktion, einer ernsthaften

Funktionsstörung eines körperlichen Organs oder eines Teils davon führen kann bzw. das die Gesundheit einer Person ernsthaft gefährdet wird.

- **„Medizinisch notwendige Pflege“** bedeutet Pflege, die anhand der Ermittlung der klinischen Notwendigkeit durch einen lizenzierten Arzt gemeinsam mit dem aufnehmenden Arzt als medizinisch erforderlich erachtet wird. Falls eine von einem Patienten angeforderte Pflegedienstleistung, die durch diese Richtlinie abgedeckt ist, von einem medizinischen Gutachter als nicht medizinisch notwendig angesehen wird, muss diese Entscheidung ebenfalls vom aufnehmenden oder verweisenden Arzt bestätigt werden.
- **„Organisation“** sind Einrichtungen und gebundene Dienstleister der Region Ascension-Mid-Michigan.
- **„Patient“** sind Personen, die Notfallversorgung oder medizinisch erforderliche Pflege von der Organisation erhalten und die Person, die für die Pflege des Patienten finanziell verantwortlich ist.

### **Geleistete Finanzhilfe**

Die in diesem Abschnitt beschriebene finanzielle Unterstützung beschränkt sich auf die Patienten, die in der Gemeinde leben:

1. Patienten mit einem Einkommen, das bis zu 250 % der FPL (Federal Poverty Level – Armutsgrenze in den USA) beträgt, qualifizieren sich für eine 100%ige Abschreibung für Wohltätigkeitspflege für den Teil der Dienstleistungsgebühren, für den der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die von einer Versicherung geleistet wurden.
2. Patienten mit einem Einkommen von mehr als 250 % der FPL (Federal Poverty Level – Armutsgrenze in den USA), jedoch nicht mehr als 400 % der FPL, qualifizieren sich auf einer gestuften Skala für Ermäßigungen von dem Teil der Gebühren, für den der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die von einer Versicherung geleistet wurden. Einem Patienten, der sich für die Ermäßigung auf einer gestuften Skala qualifiziert hat, werden keine Gebühren verrechnet, die über die berechneten AVB-Gebühren hinausgehen. Die Ermäßigung auf einer gestuften Skala ist wie folgt definiert:
  - a. Patienten zwischen 251 % FPL und 275 % FPL erhalten eine Unterstützung von 95 %
  - b. Patienten zwischen 276 % FPL und 300 % FPL erhalten eine Unterstützung von 85 %
  - c. Patienten zwischen 301 % FPL und 350 % FPL erhalten eine Unterstützung von 75 %
  - d. Patienten zwischen 351 % FPL und 375 % FPL erhalten eine Unterstützung von 70 %
  - e. Patienten zwischen 376 % FPL und 400 % FPL erhalten eine Unterstützung von 65 %
3. Patienten mit bewiesenem Notbedarf und einem Einkommen von mehr als 400 % der FPL können durch eine „Bedürftigkeitsprüfung“ für eine Ermäßigung der Gebühren für von der Organisation erbrachte Leistungen in Betracht gezogen werden, und zwar basierend

- auf einer substantiven Bewertung ihrer Zahlungsfähigkeit. Dienstleister der Ascension Mid-Michigan Region können eine medizinische Bedürftigkeit bei Antragstellern mit mehr als 400 % der FPL erwägen. Wenn die insgesamt ausstehenden medizinischen Kosten das Brutto-Haushaltseinkommen des vergangenen Jahrs übersteigen, hat der Patient Anspruch auf Finanzhilfe, die eine Abschreibung von 95 % nicht überschreiten darf. Einem Patienten, der sich für eine „Bedürftigkeitsprüfung“ qualifiziert hat, werden keine Gebühren berechnet, die über die berechneten AVB-Gebühren hinausgehen.
4. Die Organisation kann einem Patienten, der an bestimmten Versicherungsplänen teilnimmt, die von der Organisation als „außerhalb des Netzwerks“ angesehen werden, die finanzielle Unterstützung kürzen oder verweigern, die andernfalls dem Patienten nach einer Überprüfung seiner Versicherungsinformationen und anderer einschlägiger Tatsachen und Umstände, zur Verfügung stehen würde.
  5. Patienten, die für Finanzhilfe in Frage kommen, werden nominale Zuzahlungen je nach den unten aufgeführten geleisteten Diensten in Übereinstimmung mit der Zuzahlung zur Finanzhilfe berechnet:
    - a. Ambulante Behandlung / Diagnostik \$ 5,00 Eigenanteil
    - b. Aufwendige Diagnostik / akute Pflegedienste \$25,00 Eigenanteil
    - c. Ambulante Behandlung / Notfallversorgung oder stationärer Aufenthalt \$50,00 Eigenanteil
  6. Die Qualifikation für Finanzhilfe kann zu einem beliebigen Zeitpunkt im Auftragszyklus bestimmt werden und kann die Nutzung einer mutmaßlichen Einschätzung zur Bestimmung der Eignung umfassen, ungeachtet der Nichtausfüllung eines Finanzhilfe-Antrags durch den Antragsteller („FH-Antrag“).
  7. Die voraussichtliche Finanzhilfe sollte in den folgenden Situationen zu 100 % auf karitativer Pflegeebene bereitgestellt werden:
    - a. Verstorbene Patienten, bei denen Ascension Mid-Michigan nachgeprüft hat, dass weder Vermögen noch ein überlebender Ehegatte vorhanden sind.
    - b. Patienten, die für Medicaid in einem anderen Bundesstaat qualifiziert sind, in denen weder Einrichtungen noch Dienstleister von Ascension Mid-Michigan eingebunden sind und auch nicht beabsichtigt wird, sich dort am Medicare-Programm als Dienstleister zu beteiligen.
    - c. Patienten, die sich für andere bundesstaatliche oder regionale (d. h. Bezirksprogramme) Hilfsprogramme wie Essensmarken, subventionierte Wohnungen, Genesee-Gesundheitsplan und Mutter- Kind-Ernährungsprogramm (WIC) qualifizieren.
    - d. Anspruchsberechtigung und Informationen, die aus früher genutzten Finanzhilfeanträgen stammen.
    - e. Dokumentierter Nachweis der verwerteten Informationen für eine voraussichtliche Berechtigung ist erforderlich.
  8. Die Qualifikation für Finanzhilfe muss für alle ausstehenden Beträge ermittelt werden, für die der Patient mit Notbedarf verantwortlich ist.
  9. Das Beschwerdeverfahren für Patienten und Familien gegen Entscheidungen der Organisation hinsichtlich der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung ist folgendermaßen:
    - a. Antrag auf Beschwerdeformulare sind den Teilbewilligungs- und Ablehnungsschreiben hinsichtlich des Finanzhilfeprogramms beigefügt.

- b. Der antragstellende Patient muss das Beschwerde-Formular, das der schriftlichen Benachrichtigung beiliegt, ausfüllen und alle zusätzlichen Informationen beifügen, die vom Beschwerdeausschuss der Organisation berücksichtigt werden sollen.
- c. Die ausgefüllten Beschwerdeformulare werden adressiert an das  
Mid-Michigan Financial Assistance Program Appeals Committee  
One Genesys Parkway, Suite 3595  
Grand Blanc, MI 48439
- d. Das Formular für den Beschwerdeantrag muss innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt des Bescheids über die Qualifizierung für das Finanzhilfeprogramm eingereicht werden.
- e. Beschwerden werden vom Mid-Michigan Region Beschwerdeausschuss mindestens einmal im Monat geprüft.
- f. Alle Beschwerden werden vom für die Finanzhilfe zuständigen Beschwerdeausschuss der Mid-Michigan-Region geprüft, und der Beschluss des Ausschusses wird schriftlich an den Patient bzw. die Familie geschickt, die die Beschwerde innerhalb von 45 Tagen nach Eingang des Beschwerdeantrags eingereicht hat.

### **Andere Unterstützung für Patienten ohne Anspruch auf Finanzhilfe**

Patienten, die nicht für Finanzhilfe qualifiziert sind (wie oben beschrieben), können sich eventuell für andere Arten von Hilfeleistungen, die von der Organisation angeboten werden, qualifizieren. Der Vollständigkeit halber sind diese anderen Arten von Hilfeleistungen hier aufgeführt, obgleich diese nicht auf Notbedarf basieren und nicht der Bestimmung 501(r) unterliegen. Sie sollen der Gemeinde, die von Ascension Mid-Michigan Region bedient wird, als Bezugnahme dienen.

1. Nicht versicherte Patienten, die nicht für Finanzhilfe qualifiziert sind, erhalten eine Ermäßigung basierend auf der Ermäßigung, die der am höchsten zahlenden Partei für diese Organisation gewährt wird. Die am höchsten zahlende Partei muss mindestens 3 % des Aufkommens der Organisation ausmachen, gemessen nach Volumen oder Patienten-Bruttoeinnahmen. Wenn eine einzelne zahlende Partei dieses Mindestausmaß an Volumen nicht erbringt, werden mehrere Vertragsparteien gemittelt, damit die Zahlungsbedingungen, die für das gemittelte Konto mindestens 3 % des Volumens der Geschäftstätigkeit der Organisation für dieses Jahr ausmachen, verwendet werden.
2. Nicht versicherte und versicherte Patienten, die nicht für Finanzhilfe qualifiziert sind, können bei sofortiger Zahlung eine Ermäßigung erhalten. Die Ermäßigung bei Sofortzahlung kann zusätzlich zur Ermäßigung bei Nichtversicherung angeboten werden, die im unmittelbar vorangehenden Absatz beschrieben ist.

### **Gebührengrenzen für Patienten, die für Finanzhilfe in Frage kommen**

Einem Patienten mit Anspruch auf Finanzhilfe wird nicht mehr als AVB für die Notfallversorgung und andere medizinisch erforderliche Pflege und nicht mehr als die Bruttogebühren für alle anderen Arten von medizinischer Pflege verrechnet. Die Organisation

wird einen oder mehrere AVB-Prozentsätze anhand der „Look-back“-Methode (durchschnittliche Stunden im Messzeitraum) berechnen, einschließlich Medicare-Einzelleistungen und alle privaten Krankenversicherungen, die Ansprüche an die Organisation zahlen, alles in Übereinstimmung mit der Bestimmung 501(r). Eine kostenlose Kopie der Beschreibung zur AVB-Kalkulation und der Prozentsätze ist erhältlich vom Financial Counseling Department der Ascension Mid-Michigan-Einrichtung oder dem Dienstleister.

### **Antrag auf Finanzhilfe oder anderweitige Unterstützung**

Ein Patient kann sich durch voraussichtliche Einschätzung der Anspruchsberechtigung oder durch Antragsstellung auf Finanzhilfe durch Einreichen eines ausgefüllten Finanzhilfeantrags für Finanzhilfe qualifizieren. Einem Patienten kann die Finanzhilfe verweigert werden, wenn falsche Angaben im Rahmen des Finanzhilfeprogramms bzw. bei der voraussichtlichen Einschätzung der Anspruchsberechtigung gemacht werden. Den FAP-Antrag und die FAP-Bewerbungsunterlagen erhalten Sie vom Financial Counseling Department der Ascension Mid-Michigan-Einrichtung oder dem Dienstleister oder auf den Websites der unten aufgeführten Einrichtungen/Dienstleister:

<b>Einrichtung/Gesundheitssystem, wo Dienstleistungen angeboten werden</b>	<b>Website</b>
Genesys Health System	<a href="http://www.genesys.org/charitycare">www.genesys.org/charitycare</a>
St. Mary's of Michigan – Saginaw	<a href="http://www.stmarysofmichigan.org/charitycare">www.stmarysofmichigan.org/charitycare</a>
St. Mary's of Michigan – Standish Hospital	<a href="http://www.stmarysofmichigan.org/standishcharitycare">www.stmarysofmichigan.org/standishcharitycare</a>
St. Joseph's Health System – Tawas	<a href="http://www.sjhsys.org/charitycare">www.sjhsys.org/charitycare</a>
Ascension Medical Group Arztpraxen – Genesys	<a href="http://www.genesys.org/charitycare">www.genesys.org/charitycare</a>
Ascension Medical Group Arztpraxen – St. Mary's, Standish und St. Joseph's Gesundheitsdienstleister	<a href="http://www.stmarysofmichigan.org/charitycare">www.stmarysofmichigan.org/charitycare</a>

### **Rechnung und Inkasso**

Die Maßnahmen, die die Organisation bei einer allfälligen Nichtzahlung treffen darf, sind in einer eigenen Abrechnungs- und Inkasso-Richtlinie beschrieben. Eine kostenlose Kopie der Beschreibung zur AVB-Kalkulation und der Prozentsätze ist erhältlich vom Financial Counseling Department der Ascension Mid-Michigan-Einrichtung oder dem Dienstleister.

### **Auslegung**

Diese Richtlinie ist dazu vorgesehen, die Bestimmungen von 501(r) zu erfüllen, außer wo ausdrücklich angegeben. Diese Richtlinie und alle damit zusammenhängenden Verfahren müssen im Einklang mit Bestimmung 501(r) ausgelegt werden, außer wo ausdrücklich angegeben.