

TITEL:

Richtlinie des Krankenhauses zur finanziellen Unterstützung (karitative Versorgung)

ERGEBNISDARSTELLUNG:

Die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von SSM Health gibt Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung von Patienten vor, die finanziell oder medizinisch bedürftig sind und eine Unfähigkeit zur Zahlung der für sie oder ihre Angehörigen erbrachten Dienstleistungen nachweisen können. Die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy – FAP) liefert und begründet systemweite Leitlinien zur finanziellen Unterstützung, die eine Befolgung aller staatlichen, bundesstaatlichen und gesetzlichen Richtlinien gewährleistet.

SSM Health verpflichtet sich, nicht versicherte oder unterversicherte Personen mit Gesundheitspflegebedarf finanziell zu unterstützen. Gemäß seinem Auftrag, barmherzige, hochwertige und erschwingliche Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen und sich für jene einzusetzen, die arm und entrechtet sind, strebt SSM Health danach, sicherzustellen, dass die finanziellen Möglichkeiten von Menschen, die Gesundheitsdienstleistungen benötigen, sie nicht davon abhalten, medizinische Hilfe zu ersuchen oder in Anspruch zu nehmen. SSM Health bietet ohne Unterscheidung medizinische Notfalldienstleistungen für Personen, ungeachtet ihres Anspruchs auf finanzielle oder staatliche Unterstützung.

Dementsprechend:

- Umfasst diese Richtlinie Kriterien für den Anspruch auf finanzielle Unterstützung
- Beschreibt diese Richtlinie die Grundlage zur Berechnung von allgemein abgerechneten Beträgen (AGB), die Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie haben, in Rechnung gestellt werden
- Beschreibt diese Richtlinie die Methode zur Beantragung finanzieller Unterstützung durch den Patienten
- Begrenzt diese Richtlinie die Beträge, die das Krankenhaus Einzelpersonen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß den AGB haben, für Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Dienstleistungen in Rechnung stellt
- Sind in dieser Richtlinie finanzielle Unterstützungsleistungen und sonstige Ermäßigungen aufgeführt, die den Patienten ggf. zur Verfügung stehen

Eine finanzielle Unterstützung gilt nicht als Ersatz für Eigenverantwortlichkeit. Von den Patienten wird erwartet, dass sie mit den Verfahren von SSM Health kooperieren, um eine verfügbare Versicherung oder sonstige Zahlungen zu erhalten, und zu den Kosten für ihre Behandlung basierend auf ihrer individuellen Zahlungsfähigkeit beitragen. Einzelne Personen mit den finanziellen Möglichkeiten zum Erwerb einer Krankenversicherung werden dazu ermutigt, eine solche abzuschließen, um den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu sichern, für ihre umfassende persönliche Gesundheit, und zum Schutz ihrer individuellen Vermögenswerte. SSM Health kann die Kriterien zur Bestimmung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung jederzeit definieren und überarbeiten.

Zur vernünftigen Verwaltung seiner Ressourcen und um SSM Health die Bereitstellung einer angemessenen Höhe der Unterstützung für die größtmögliche Anzahl von Bedürftigen zu ermöglichen, begründet der Board of Trustees die folgenden Leitlinien für die Bereitstellung der finanziellen Unterstützung für Patienten.

* Wie vorgeschrieben durch CMS Regulation §482.12 A-0043 Teilnahmebedingungen: Verwaltungsrat, sind die folgenden Krankenhäuser als SSM-Standorte eingeschlossen:
Missouri: (1) SSM Health St. Mary's Hospital – St. Louis und SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital, (2) SSM Health DePaul Hospital – St. Louis, (3) SSM Health St. Clare Hospital – Fenton, (4) SSM Health St. Joseph Hospital – Lake St. Louis, (5) SSM Health St. Joseph Hospital – St. Charles und SSM Health St. Joseph Hospital – Wentzville, (6) SSM Health Saint Louis University Hospital, (7) SSM Health St. Francis Hospital – Maryville, (8) SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City, (9) SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain, **Oklahoma:** (1) St. Anthony Hospital und Bone & Joint Hospital at St. Anthony, (2) St. Anthony Shawnee Hospital, **Wisconsin:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital - Madison, (2) SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo, (3) SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville, **Illinois:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital – Centralia und (2) SSM Health Good Samaritan Hospital – Mt. Vernon

GELTUNGSBEREICH:

Diese Richtlinie gilt für alle SSM-Health-Krankenhäuser.*

INFORMATIONEN ZUR DATEIPELEGE:

Ursprüngliches Wirksamkeitsdatum: 31. 10. 2012

Datum von Überarbeitungen: 15. 6. 2015, 1. 8. 2016, 10. 1. 2017, 14. 5. 2018

Verfasser: Julie Underwood, Leiterin, Patientendienstleistungszentrum
Prüfer: Paul Sahney, Vice President Systeme, Ertragsmanagement
Kris Zimmer, Leiterin der Finanzabteilung

Zuletzt genehmigende Stelle oder Person: Laura Kaiser, President / CEO
Datum der Genehmigung: 24. Mai 2018

DEFINITIONEN:

- I. **Antragszeitraum:** Definiert als der von dem Krankenhaus gewährten Zeitraum, in dem ein Patient den Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen kann. Dieser beginnt am ersten Tag der Gesundheitsversorgung und endet am 240. Tag nach Ausstellung der ersten Abrechnung für die erbrachte Gesundheitsdienstleistung durch das Krankenhaus nach Entlassung der Person.
- II. **Zuschussfähiger Dienstleistungsbereich:** Der geografische Bereich, als Gruppe von Postleitzahlen angegeben, aus dem von allen Krankenhäusern 75 % der Entlassungen eines Krankenhauses stammen.
- III. **Familiengröße:** Die Familiengröße wird durch den Internal Revenue Service definiert und entspricht der Anzahl der Personen, für die dem Steuerzahler ein Freibetrag bei der Steuererklärung gewährt wird. Wenn kein Steuerbescheid vorhanden ist, wird die Familiengröße anhand der Anzahl von Familienmitgliedern definiert, die im Antrag auf finanzielle Unterstützung dokumentiert sind und geprüft werden.
- IV. **Familieneinkommen:** Das Familieneinkommen wird anhand der Definition des Census Bureau bestimmt, welches bei der Berechnung der US-Armutsgrenze das folgende Einkommen verwendet:
 - A. Umfasst Gehälter, Arbeitslosengeld, Arbeitsunfallversicherung, Sozialversicherung, ergänzende Sicherheitsleistungen, öffentliche Hilfen, Veteranenhilfen, Hinterbliebenenbezüge, Pensions- oder Rentenzahlungen, Zinsen, Dividenden, Mieten, Tantiemen, Einnahmen aus Immobilien, Treuhandvermögen, Studienförderungen, Alimente, Hilfen von außerhalb des Haushaltes und sonstige Quellen.
 - B. Sachleistungen (wie Lebensmittelmarken und Wohngeld) zählen nicht.
 - C. Wird auf Vorsteuer-Basis berechnet.
 - D. Kapitalgewinne oder -verluste sind ausgenommen und
 - E. Umfasst das Einkommen aller Familienmitglieder, die in der Familiengröße inbegriffen sind (Nicht-Verwandte, wie Mitbewohner, zählen nicht).
- V. **Federal Poverty Level (FPL):** Das festgesetzte Mindestbruttoeinkommen, das eine Familie für Lebensmittel, Bekleidung, Transport, Unterkunft und sonstige Notwendigkeiten benötigt. Wird durch das Gesundheitsministerium festgelegt, der Inflation angepasst und jährlich in Form von Armutslinien gemeldet.

- VI. **Finanzielle Unterstützung:** Definiert als kostenlose oder vergünstigte Gesundheitsdienstleistung für Personen, die sich die Zahlung aller oder von Teilen ihrer finanziellen Verbindlichkeiten für Dienstleistungen nicht leisten können und die die Kriterien der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von SSM Health erfüllen.
- VII. **Finanzielle Bedürftigkeit:** Zu den finanziell bedürftigen Personen zählen nicht versicherte oder unterversicherte Personen, die Anspruch auf vergünstigte Dienstleistungen der Einrichtung mit einer Vergünstigung von bis zu und einschließlich 100 % haben.
- VIII. **Medizinische Bedürftigkeit:** Zu medizinisch bedürftigen Personen zählen Personen mit immensen medizinischen Kosten, bei denen die Zahlung von Arztrechnungen die finanzielle Tragfähigkeit des Haushaltes gefährden würde. Die Einstufung als medizinisch bedürftiger Patient erfordert nicht die Einstufung als finanziell bedürftig. Im Allgemeinen haben medizinisch bedürftige Personen Anspruch auf eine Verringerung ihrer Verbindlichkeiten in Bezug auf erbrachte Gesundheitsdienstleistungen. Das Medical Indigence-Programm (medizinische Bedürftigkeitsprogramm) berücksichtigt die Zahlungsfähigkeit des Patienten ohne Liquidierung von Vermögenswerten, die für den Lebensunterhalt oder den Verdienst eines Lebensunterhalts von entscheidender Bedeutung sind, wie ein(e) Haus/Wohnung, ein Auto, persönliche Habseligkeiten usw. Alle Patienten haben Anrecht darauf, als medizinisch bedürftig erachtet zu werden, mit Ausnahme von Patienten mit einem Einkommen unter 200 % der FPL, da diese Patienten nach Definition der finanziellen Bedürftigkeit Anspruch auf finanzielle Unterstützung von 100 % haben.
- IX. **Medizinisch notwendige Versorgungsleistungen:** Von Medicare als Dienstleistungen oder Artikel definiert, die für die Diagnose oder Behandlung einer Erkrankung, Verletzung oder Krankheit angemessen und notwendig sind.
- X. **Patientenverbindlichkeit:** Der Betrag, den ein Patient persönlich nach Anrechnung aller möglichen Vergünstigungen, einschließlich Nichtversicherten-Vergünstigung, Vergünstigung für finanzielle Unterstützung und aufgrund der Kostenbegrenzung bei Patienten gemäß den Vorschriften 501 (r), zu zahlen verpflichtet ist.
- XI. **Plain-Gemeinschaft:** Eine religiöse Gruppierung, die durch Geschäft, eine gemeinsame Kultur und eine einfache Lebensweise verbunden ist (z. B. Amische, Mennoniten).
- XII. **Mutmaßlicher Anspruch auf karitative Leistungen:** SSM Health verwendet eine vorausschauende Analysesoftware oder sonstige Kriterien bei der Bestimmung des Anspruchs auf eine finanzielle Unterstützung in Situationen, in denen der Patient die Bedingungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllt, jedoch nicht die für eine Feststellung des Anspruchs notwendige Dokumentation eingereicht hat.
- XIII. **Unterversichert:** Der Patient verfügt über eine Versicherung oder erhält Unterstützung durch Dritte, hat aber dennoch Ausgaben selbst zu tragen, die seine finanziellen Möglichkeiten übersteigen.
- XIV. **Nicht versichert:** Der Patient verfügt nicht über Versicherungsschutz für die bereitgestellte medizinisch notwendige Versorgung.

PROZESS:

- I. **Zuschussfähige Dienstleistungen:** Zum Zweck dieser Richtlinie sind alle durch das Krankenhaus erbrachten Notfall- und medizinisch notwendigen Dienstleistungen zuschussfähig.

Die folgenden Gesundheitsdienstleistungen gelten nicht als medizinisch notwendig und sind gemäß dieser Richtlinie nicht zuschussfähig:

- A. Kosmetische Behandlungen und/oder Eingriffe ohne Bezug auf ernste angeborene Missbildungen oder körperliche Fehlbildungen durch Verletzungen oder Krankheit, die von einem zugelassenen Arzt als nicht medizinisch notwendig eingestuft werden
- B. Bariatrische Eingriffe, die von einem zugelassenen Arzt als nicht medizinisch notwendig eingestuft werden
- C. Jede(r) andere Dienstleistung oder Eingriff, die/der von einem zugelassenen Arzt als nicht medizinisch notwendig eingestuft wird

- II. **Anspruch auf finanzielle Unterstützung:** Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung gilt für jene Personen, die:
 - A. Über eine eingeschränkte oder keine Krankenversicherung verfügen
 - B. Mit den Richtlinien und Verfahren von SSM Health kooperieren

- C. Eine finanzielle Notlage nachweisen können
- D. Alle für die Bearbeitung des Antrags erforderlichen Informationen zur Verfügung stellen und
- E. Dem Krankenhaus alle Beträge erstatten, die von der Versicherung direkt an den Patienten gezahlt wurden.

Die Gewährung einer finanziellen Unterstützung basiert auf einer individualisierten Feststellung einer finanziellen Notlage und darf nicht die Rasse, Hautfarbe, nationale Herkunft, Religion, das Geschlecht, die Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung, Invalidität, das Alter, den Familienstand, sozioökonomischen Status oder die Zahlungsquelle berücksichtigen. Die Bewilligung von finanzieller Unterstützung gilt für einen Zeitraum von bis zu 60 Tagen. Dieser Anspruch beginnt am Tag der Genehmigung und umfasst alle Außenstände, einschließlich jener bei Inkassobüros.

III. Eine finanzielle Notlage und ein Anspruch werden gemäß folgenden Verfahrensweisen bestimmt:

- A. **Antrag** – Um den Anspruch auf finanzielle Unterstützung prüfen zu lassen, muss der Patient oder Bürge das Antragsformular für finanzielle Unterstützung für Patienten ausfüllen und die erforderliche Dokumentation zur Unterstützung angegebener Einnahmen und Ausgaben einreichen. Ein Antrag deckt die unbezahlten Patientenverbindlichkeiten für alle offenen Forderungen gegenüber dem gleichen Bürgen oder für weitere Patienten ab, die im Antrag aufgeführt sind und den gleichen Wohnsitz haben. Anträge auf finanzielle Unterstützung müssen vollständig und genau sein und einen nachprüfbaren Einkommens- und/oder Vermögensnachweis sowie einen Nachweis für ungewöhnliche Ausgaben umfassen.

Patienten können einen Antrag auch mündlich einreichen, sei es telefonisch bei einem Mitarbeiter der Abteilung Financial Assistance oder in einem persönlichen Gespräch mit einem Financial Counselor. Der Mitarbeiter der Abteilung Financial Assistance oder der Financial Counselor dokumentiert die Antworten des Patienten im Antragsformular und der Patient überprüft und bestätigt all jene Angaben. Alle unterstützenden Dokumente müssen eingereicht werden, damit ein Antrag als vollständig gilt.

Die Werte von SSM Health der Menschenwürde und der Verantwortung sind im Antragsprozess, bei der Feststellung einer finanziellen Notlage und bei der Gewährung finanzieller Unterstützung zu berücksichtigen. Anfragen auf finanzielle Unterstützung sind umgehend zu bearbeiten und SSM Health benachrichtigt den Patienten oder Antragsteller schriftlich innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang eines vollständigen Antrags. Jeder Patient hat die Möglichkeit, vor einer Behandlung und im Laufe des Antragszeitraums einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

Anträge gelten erst dann als vollständig, wenn die erforderliche Dokumentation bei einem Financial Assistance Analyst eingegangen ist und von diesem evaluiert wurde. Antragsteller erhalten eine schriftliche Benachrichtigung hinsichtlich der Entscheidung zu ihrem Antrag. Der Antragsteller erhält im Laufe des nächsten regulären Abrechnungszeitraums (eine) aktualisierte Abrechnung(en), die jegliche Ermäßigungen durch finanzielle Unterstützung umfasst/umfassen.

Bei Anträgen auf finanzielle Unterstützung sind die folgenden Dokumente erforderlich (Beachten Sie bitte, dass die Dokumente nicht akzeptiert werden, wenn Sie abgeändert wurden):

1. Vollständiger schriftlicher/mündlicher Antrag
2. Konto-/Sparbuchauszüge der letzten drei Monate
 - a) Eine Erklärung zu allen ungewöhnlichen Einlagen/Ausgaben auf den Konto-/Sparbuchauszügen
 - b) Die Dokumente müssen alle Einlagen aufweisen.
3. Einkommensnachweis für den Antragsteller.
 - a) Als Einkommensnachweis kann gelten (keine umfassende Auflistung): Lohnabrechnung, Arbeitslosenhilfeschek, Beihilfebescheid/-scheck der Sozialversicherung, Erwerbsunfähigkeitsbescheid, Kindergeldnachweis, und Pensionsnachweise.
 - b) Wenn der angegebene Bürge geheiratet hat, muss der Bürge bei einer gemeinsamen Veranlagung bei der letzten Steuererklärung auch für den Ehepartner einen Einkommensnachweis einreichen.
4. Steuererklärung
 - a) Die letzte Steuererklärung oder der Non-Filing Letter des IRS. Steuern gelten als vollständig, wenn alle unterstützenden Schedules (A-F) und Dokumente (W2s, 1099s) beigefügt wurden.

5. Genehmigungs-/Ablehnungsbescheid von Medicaid
 - a) Dies ist nur eine Anforderung, wenn der Financial Counselor des Krankenhauses im Vorfeld ein Screening des Patienten für einen Anspruch auf Medicaid durchführen ließ.
 - b) Wenn für einen Patienten im Vorfeld ein Screening durchgeführt wird, das einen möglichen Anspruch anzeigt, muss dieser mit dem Medicaid Antragsprozess kooperieren, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch SSM Health zu haben.
6. Weitere Dokumente, die möglicherweise angefordert werden (um eine medizinische Bedürftigkeit festzustellen), sind u. a.:
 - a) Überprüfung monatlicher Ausgaben
 - b) Alle Arztrechnungen, Haushaltsrechnungen und sonstige Rechnungen, die für die Grundlebensbedürfnisse notwendig sind.
 - c) Eine Einkommenserklärung/Erklärung der unterstützenden Person

B. Berücksichtigung von Vermögenswerten des Patienten: Verfügbare Vermögenswerte, die einen Wert von 5.000 US-Dollar übersteigen, werden, mit Ausnahme der unten aufgeführten geschützten Vermögenswerte, bei der Festsetzung der Höhe der dem Patienten anzubietenden finanziellen Unterstützung zum Einkommen des laufenden Jahres dazugerechnet.

Zu den geschützten Vermögenswerten gehören:

1. 50 % des Eigenkapitals am Hauptwohnsitz bis zu 50.000 US-Dollar
2. Geschäftlich genutzte Kraftfahrzeuge
3. Werkzeuge bzw. Ausrüstungen, die geschäftlich genutzt werden, angemessene Ausrüstung, die erforderlich ist, um die Geschäftstätigkeit aufrechtzuerhalten
4. Persönliche Habe (Kleidung, Haushaltsgegenstände, Möbel)
5. IRAs, 401K, rückkaufsfähige Rentenversicherungen
6. Finanzielle Bewilligungen aufgrund nichtmedizinischer katastrophaler Notfälle
7. Unwiderrufliches Treuhandvermögen für Bestattungen, Beerdigungskostenversicherungen bzw.
8. Bundesstaatlich/staatlich verwaltete College-Sparkonten

C. Mutmaßlicher Anspruch auf finanzielle Unterstützung: SSM Health versteht, dass bestimmte Patienten eventuell nicht in der Lage sind, einen Antrag für finanzielle Unterstützung auszufüllen. Daher wird der Anspruch auf finanzielle Unterstützung des Patienten anhand von extern verfügbaren unabhängigen Datenquellen wie Kreditagenturen bestimmt. (siehe Anhang C für Einkommens- und Bonitätskriterien). Außerdem wird finanzielle Unterstützung bei mutmaßlichem Anspruch Patienten gewährt, die obdachlos sind oder Versorgungsleistungen einer Klinik für Obdachlose in Anspruch genommen haben, die ohne bekanntes Vermögen verstorben sind bzw. Patienten, denen aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung wegen Insolvenz Kosten erlassen werden.

D. Unvollständige Anträge: Alle unvollständigen Anträge werden von einem Benachrichtigungsschreiben gefolgt, in dem die Angaben aufgeführt sind, die benötigt werden, um die Dokumentationsanforderungen für einen Anspruch zu bedienen. Wenn der Antragsteller ein zweites Mal eine unvollständige Dokumentation einreicht, erhält der Antragsteller ein Schreiben und einen Telefonanrufversuch, mit dem Ziel, den Patienten über den unvollständigen Antrag zu informieren.

Anträge auf finanzielle Unterstützung können an einen Financial Counselor in dem Krankenhaus gesendet werden, in der die Behandlung erfolgte, oder per Post gesendet werden an:

SSM Health
 Attention: Financial Assistance
 PO Box 28205
 St. Louis, MO 63132
 Fax: +1 (314) 989-6734
 E-Mail: financialaid@ssmhealth.com

Fragen zu der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung können an den Kundenservice von SSM Health unter +1 855-989-6789 gerichtet werden.

IV. **Zuschussfähige Dienstleistungsbereiche:** Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung ist möglicherweise auf Einwohner in zuschussfähigen Dienstleistungsbereichen von Behandlungsstandorten von SSM Health beschränkt. Behandlungsstandorte von SSM Health können eine finanzielle Unterstützung nur auf zuschussfähige Dienstleistungsbereiche beschränken, wenn im Vorjahr:

A. Die operative Marge negativ war oder

B. Die Kosten für die karitative Versorgung anteilig zu den Gesamtausgaben größer sind als drei (3) Prozent sind

Behandlungsstandorte von SSM Health, die diese Kriterien erfüllen, müssen einen schriftlichen Antrag zusammen mit unterstützenden Daten an den Chief Mission Integration Officer senden und eine formelle Genehmigung einholen, bevor Einschränkungen der finanziellen Unterstützung für Einwohner in zuschussfähigen Dienstleistungsbereichen implementiert werden können.

V. **Kooperation bei der Abdeckung der Leistungen:** SSM Health wird Patienten mit Unterstützung einiger spezialisierter Anbieter proaktiv dabei helfen, Unterstützung aus öffentlichen und privaten Hilfsprogrammen zu beantragen, um eine Abdeckung der Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu erreichen. SSM Health kann die finanzielle Unterstützung für solche Personen ablehnen, die bei der Beantragung von Unterstützung aus diesen Programmen (z. B. Medicaid, COBRA, Ticket to Work), durch die Kosten für ihre Gesundheitsversorgungsleistungen bestritten werden könnten, nicht kooperieren.

VI. **Netzwerkexterne Dienstleistungen:** Die Krankenhäuser von SSM Health sind bei bestimmten Krankenversicherungen nicht Teil des jeweiligen Netzwerks. Als netzwerkexterner Anbieter erhält SSM Health daher vom Versicherungsträger ggf. keine Rückerstattung. Patienten, die Versorgungsleistungen in Krankenhäusern von SSM Health ersuchen, die nicht zum Netzwerk ihrer Krankenversicherung gehören, haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, wenn andere Anbieter innerhalb des zuschussfähigen Dienstleistungsbereichs des SSM Health Krankenhauses vorhanden sind, die dem Netzwerk angehören und in der Lage sind, die entsprechende Dienstleistung zu erbringen.

VII. **Ausländische Patienten/Touristen:** Ausländischen Patienten/Touristen steht die finanzielle Unterstützung nicht zur Verfügung.

VIII. **Patienten aus Plain-Gemeinschaften:** Da diese Patienten nicht in der Lage sind, bei der Beantragung zur Abdeckung der Leistungen zu kooperieren und die erforderlichen unterstützenden Dokumente beizubringen, haben diese Patienten keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Patienten aus Plain-Gemeinschaften wird eine Vergünstigung (siehe Abschnitt IX) gewährt.

IX. **Vergünstigungen für Patienten:**

A. **Nichtversicherten-Vergünstigungen:** SSM Health bietet eine Vergünstigung auf Bruttokosten für alle nicht versicherten Patienten (siehe Anhang A).

B. **Karitative Vergünstigungen:** SSM Health bietet eine karitative Vergünstigung für anspruchsberechtigte Patienten basierend auf US-Armutsgrenzen-Richtlinien. Die karitative Versorgungsvergünstigung gilt für die verbleibenden Verbindlichkeiten des Patienten nach Anrechnung der Versicherung bei versicherten Patienten und der Nichtversicherten-Vergünstigung bei nicht versicherten Patienten (siehe Anhang B).

C. **Vergünstigungen für Mitglieder von Plain-Gemeinschaften:** Mitglieder einer bestehenden Plain-Gemeinschaft erhalten eine Vergünstigung im Bereich des durchschnittlichen Betrages von Medicare Einzelleistungs- und privaten Krankenversicherern auf 10 Prozentpunkte unter dem Durchschnittsbetrag.

D. **Katastrophenvergünstigungen:** Patienten haben möglicherweise Anspruch auf eine Vergünstigung von Fall zu Fall, basierend auf ihren spezifischen Umständen, wie eine katastrophale Erkrankung oder bei medizinischer Bedürftigkeit, was nach eigenem Ermessen von SSM Health bestimmt wird. In diesen Fällen können andere Faktoren bei der Feststellung ihres Anspruchs auf vergünstigte oder kostenlose Dienstleistungen berücksichtigt werden, darunter:

1. Bankkonten, Kapitalanlagen und andere Vermögenswerte
2. Beschäftigungsstatus und Erwerbsfähigkeit
3. Höhe und Häufigkeit von Rechnungen für Gesundheitsdienstleistungen
4. Sonstige finanzielle Verpflichtungen und Ausgaben
5. Im Allgemeinen beträgt eine finanzielle Verbindlichkeit nicht mehr als 25 % des

Familienbruttoeinkommens.

6. Einkommensnachweise/Hilfsbescheide zu Unterstützung der Bestimmung des FLP bei fehlenden Dokumenten („Einkommenserklärung/Erklärung der unterstützenden Person“)
7. Kreditauskunft/-auskünfte

- X. **Allgemein berechneter Betrag (AGB) / Kostenbegrenzung:** SSM Health begrenzt den Betrag für die Notfall- und medizinisch notwendige Behandlung von Patienten, die gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, auf höchstens die Bruttosumme für die Behandlung multipliziert mit dem AGB-Prozentsatz. Der AGB-Prozentsatz wird anhand der Rückblickmethode berechnet (siehe Anhang D).

Der AGB-Prozentsatz wird mindestens jährlich auf einem Krankenhaus-Niveau berechnet, wobei die Implementierung spätestens 120 Tage nach Ablauf des oben verwendeten 12-Monate-Zeitraums erfolgt.

- XI. **Inkassorichtlinien:** Es wird erwartet, dass Patienten/Bürgen die Forderung, für die keine Hilfe gemäß dieser Richtlinie beantragt werden kann, bezahlen. Patienten/Bürgen, die der Zahlung der Forderung nach Anrechnung der entsprechenden Vergünstigungen nicht nachkommen, werden normalen Inkassomaßnahmen unterzogen. Bitte siehe die SSM Abrechnungs- und Inkassorichtlinie für einen umfassenden Zeitplan für Inkassomaßnahmen, denen die Forderung unterzogen wird. Eine Kopie der SSM Health Abrechnungs- und Inkassorichtlinie ist kostenfrei entweder telefonisch über das Kundenservice-Center (+1 855-989-6789) oder über einen Financial Counselor an einem örtlichen SSM Health-Krankenhaus erhältlich.

- XII. **Inbegriffene Dienstleister:** Eine Liste der von dieser Richtlinie abgedeckten Dienstleister und der nicht abgedeckten Dienstleister finden Sie unter <https://www.ssmhealth.com/SSMHealth/media/Documents/SSM-Health-Provider-Listing-all-facilities-FAP.pdf>.

Fragen zum Einschluss oder Ausschluss von Dienstleistern, die in dieser Richtlinie inbegriffen sind, richten Sie bitte an den SSM Health Kundenservice unter +1 (855) 989-6789.

- XIII. **Gesetzliche Vorschriften:** Bei der Umsetzung dieser Richtlinie befolgen die Geschäftsführung und Einrichtungen von SSM Health alle sonstigen bundesstaatlichen, staatlichen und lokalen Gesetze, Regeln und Regelungen, die möglicherweise für die gemäß dieser Richtlinie getroffenen Maßnahmen gelten.

- XIV. **Dokumentation:** Die Abteilung Patient Business Services führt Unterlagen zu ihren Anträgen auf finanzielle Unterstützung, zu Feststellungen einer finanziellen Unterstützung und Benachrichtigungen an Patienten zur adäquaten Dokumentation der fairen und einheitlichen Anwendung dieser Richtlinie gemäß unserer Richtlinie zur Aufbewahrung und Vernichtung von Unterlagen.

- XV. **Jahresberichte:** Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, Informationen in Bezug auf finanzielle Unterstützung und nicht-gedeckte Dienstleistungen für Medicaid und sonstige öffentliche Hilfsprogramme für Hilfsbedürftige im jährlichen Bericht und im Community Benefit Inventory for Social Accountability (CBISA) Software-Programm zu melden.

Die zu sammelnden Informationen sind:

1. Gesamtanzahl der bedienten Personen
2. Erlassene Kosten insgesamt
3. Gesamtkosten für finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie und
4. Durch die Gewährung finanzieller Unterstützung angefallene Kosten

Dienstleistungssteuern, steuerliche Veranlagungen oder Gebühren oder Medicaid DSH-Fonds im entsprechenden Bundesstaat werden gänzlich oder teilweise verwendet, um die Kosten für eine finanzielle Unterstützung abzuschreiben.

- XVI. **Fragen zur Richtlinie:** Sollten bei der Anwendung bestimmter Leitlinien innerhalb dieser Richtlinie operative Fragen aufkommen, so sind diese an den Director, Patient Service Center oder den System Vice President, Revenue Management zu richten. Alle weiteren Richtlinien für die Implementierung müssen vom Chief Mission Integration Officer geprüft und an das System Management zur Begutachtung und Genehmigung weitergeleitet werden.

Anhang A: Nichtversicherten-Vergünstigungen

Region	Nichtversicherten-Vergünstigungen auf Bruttokosten
Oklahoma	45 %
Wisconsin	23 %
Süd-Illinois	20 %
Maryville	15 %
Mittel-Missouri	35 %
Saint Louis (außer St. Louis University Hospital)	40 %
Saint Louis University Hospital	60 %

Nichtversicherten-Vergünstigungen wurden in einem Bereich von 55 % bis 65 % der durchschnittlichen kommerziellen Vergünstigung einer jeden Region festgelegt.

Anhang B: Karitative Vergünstigungen

Anspruchsgleitskala basierend auf der US-Armutsgrenze für alle Regionen.

US-Armutsgrenze	Vergünstigung für finanzielle Unterstützung
0 % – 200 %	100 %
201 % – 250 %	80 %
251 % - 300 %	60 %
301 % - 350 %	50 % eines Betrags über 2.000 US\$
351 % - 400 %	20 % eines Betrags über 2.000 US\$
Über 400 %	0 %

Anhang C: Richtlinien für mutmaßlichen Anspruch auf

finanzielle Unterstützung

US-Armutsgrenze	Health Credit Score (Gesundheitsbonität)	Vergünstigung für finanzielle Unterstützung
0 % – 200 %	< 620	100 %
201 % – 250 %	< 620	80 %
251 % - 300 %	< 620	60 %
301 % - 350 %	< 620	50 % des Betrags über 2.000 US\$
351 % - 400 %	< 620	20 % des Betrags über 2.000 US\$

Versicherte Patienten

US-Armutsgrenze	Health Credit Score (Gesundheitsbonität)	Vergünstigung für finanzielle Unterstützung
0 % – 200 %	< 620	100 % des Betrags über 2.000 US\$

Anhang D: Kostenbegrenzung/AGB

Krankenhaus	Methode
St. Mary's Health Center, St. Louis, MO	1
Cardinal Glennon Children's Hospital	1
DePaul Health Center	1
St. Clare Health Center	1
St. Joseph Hospital West	1
St. Joseph Health Center	1
St. Joseph Health Center-Wentzville	1
St. Francis Hospital & Health Services	1
St. Mary's Hospital – Jefferson City	1
St. Mary's Hospital – Audrain	1
Saint Louis University Hospital	3
St. Anthony Hospital	1
St. Anthony Shawnee Hospital	1
Bone & Joint Hospital at St. Anthony	1
St. Mary's Hospital, Madison, WI	1
St. Clare Hospital Baraboo, WI	1
St. Mary's Janesville, WI	1
Good Samaritan Regional Health Center	1
St. Mary's Hospital Centralia, Illinois	1

Methoden:

- a) Bei dieser Methode werden alle von Medicaid Einzelleistungs- und privaten Krankenversicherern im Laufe der vergangenen 12 Monate bezahlten Versicherungsansprüche verwendet. Bei diesen Versicherungsansprüchen wird die Summe der erstattungsfähigen Beträge durch die Summe der damit verbundenen Bruttokosten geteilt.
- b) Bei dieser Methode legt das Krankenhaus den allgemein berechneten Betrag (AGB) als den Betrag fest, den das Krankenhaus als die unter Medicare oder Medicaid für die Versorgung zulässige Gesamtsumme ermitteln würde (einschließlich des Betrags, der von Medicare oder Medicaid zurückerstattet wird, und des Betrags, den der Begünstigte persönlich in Form von Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen und Selbstbehalt persönlich zahlen wird).