

SSM Health Richtlinie

System – Administration

TITEL:

Operations – Finanzielle Unterstützung (Karitative Pflege)

ERGEBNISDOKUMENT:

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, palliative, 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.

Eine finanzielle Unterstützung gilt nicht als Ersatz für eine 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.

ANWENDUNGSBEREICH:

Diese Richtlinie gilt für Dienstleistungen, die von den in dieser Richtlinie aufgeführten Krankenhäusern erbracht wurden.

INFORMATIONEN ZUR DATEIPFLEGE:

Ursprüngliches Gültigkeitsdatum: 31.10.2012

Überarbeitungen: 07.10.2013, 15.06.2015

Prüfungen:

Autor(en): Michael Ayers, Direktor, Patient Services Center

Paul Sahney, System Vice President, Revenue Management

Zuletzt genehmigende Stelle oder Person: Bill Thompson

DEFINITIONEN:

- I. Krankenhäuser: Zum Zweck dieser Richtlinie gehören folgende Krankenhäuser dazu:
 - A. Missouri
 1. SSM St. Mary's Health Center
 2. SSM Cardinal Glennon Children's Hospital
 3. SSM DePaul Health Center
 4. SSM St. Clare Health Center
 5. SSM St. Joseph Hospital West
 6. SSM St. Joseph Health Center
 7. SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
 8. St. Francis Hospital & Health Services
 9. SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City
 10. SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain
 - B. Oklahoma
 1. St. Anthony Hospital
 2. St. Anthony Shawnee Hospital
 3. Bone & Joint Hospital at St. Anthony
 - C. Wisconsin
 1. St. Mary's Hospital
 2. St. Clare Hospital
 3. St. Mary's Janesville Hospital
 - D. Illinois
 1. Good Samaritan Regional Health Center
 2. St. Mary's Hospital Centralia, Illinois/USA
- II. 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 Gesundheitspflege und endet am 240. Tag nach Ausstellung der ersten Abrechnung für die erbrachte Gesundheitsdienstleistung durch das Krankenhaus nach Entlassung der Pperson.
- III. Zuschussfähiger Dienstleistungsbereich: Der geografische Bereich, als Gruppe von Postleitzahlen angegeben, aus dem 75 % der Entlassungen eines Krankenhauses stammen. Dies gilt für alle Einrichtungen mit Ausnahme von Illinois/USA. Für Illinois/USA wird der geografische Bereich als der gesamte Bundesstaat definiert.
- IV. 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.
- V. Familieneinkommen: Das Familieneinkommen wird anhand der Definition des Census Bureau bestimmt, welches bei der Berechnung der U.S.-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. Auf Vorsteuer-Basis berechnet;

- D. Kapitalgewinne oder -verluste ausgenommen; und
 - E. Umfasst das Einkommen aller Familienmitglieder, die in der Familiengröße inbegriffen sind. (Nicht-Verwandte, wie Mitbewohner, zählen nicht).
-
- VI. U.S.-Armutsgrenze (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 Armutsleitlinien gemeldet.
 - VII. 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.
 - VIII. Finanzielle Bedürftigkeit: Zu 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.
 - IX. 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.
 - X. Medizinische Notwendigkeit: Von Medicare als Dienstleistungen oder Artikel definiert, die für die Diagnose oder Behandlung einer Erkrankung, Verletzung oder Krankheit angemessen und notwendig sind.
 - XI. 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.
 - 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 Bestimmung 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 hat keine Versicherung oder erhält keine Unterstützung durch Dritte, um seinen Zahlungsverpflichtungen nachkommen zu können.

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 jede Personen, die:
- A. Über eine eingeschränkte oder keine Krankenversicherung verfügt;
 - B. Mit den Richtlinien und Verfahren von SSM Health kooperiert;
 - C. Eine finanzielle Notlage nachweisen kann;
 - D. Alle für die Bearbeitung des Antrags erforderlichen Informationen zur Verfügung stellt; und
 - E. Das Krankenhaus alle Beträge erstattet, die von der Versicherung direkt an den Patienten gezahlt wurden.

Die Gewährung einer finanziellen Unterstützung basiert auf einer individualisierten Bestimmung einer finanziellen Notlage und darf nicht das Alter, das Geschlecht, einen sozialen oder Immigrantensstatus, die sexuelle Orientierung oder eine religiöse Zugehörigkeit berücksichtigen. Die Bestimmung einer finanziellen Unterstützung gilt für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten ab Genehmigung des Antrags und umfasst alle Außenstände, einschließlich jener bei Inkassobüros.

Darüber hinaus gilt diese Richtlinie nicht für internationale Reisende/Urlauber, die eine Behandlung in einer Einrichtung von SSM Health ersuchen.

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 ab. 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 Dokumentationen müssen eingereicht werden, damit ein Antrag als vollständig gilt.

Anträge gelten nicht als vollständig, wenn die erforderliche Dokumentation nicht 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 Vergünstigungen durch finanzielle Unterstützung umfasst/umfassen.

Zu den erforderlichen Dokumenten gehören:

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. Wenn der angegebene Bürge geheiratet hat, muss der Bürge bei einer gemeinsamen Veranlagung bei der letzten Steuererklärung auch für den Ehepartner einen Einkommensnachweis einreichen.
 - a. Als Einkommensnachweis kann gelten (keine umfassende Auflistung): Lohnabrechnung, Arbeitslosenhilfescheck, Beihilfebescheid/-scheck der Sozialversicherung, Erwerbsunfähigkeitsbescheid, Kindergeldnachweis, und Pensionsnachweise.
4. Steuererklärung
 - a. Die letzte Steuererklärung oder der Non-Filing Letter des IRS. Steuern gelten als vollständig, wenn alle unterstützenden Pläne (A-F) und Dokumente (W2s, 1099s) beigefügt wurden.
5. Genehmigungs-/Ablehnungsbescheid von Medicaid
 - a. Dies ist nur eine Anforderung, wenn der Financial Counselor der Einrichtung im Vorfeld ein Screening des Patienten für einen Anspruch auf Medicaid durchführen ließ.
 - i. Wenn für einen Patient im Vorfeld ein Screening durchgeführt wird, das einen möglichen Anspruch anzeigt, müssen sie mit dem Medicaid Antragsprozess kooperieren, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch SSM Health zu haben.

Abgeänderte Dokumente werden nicht akzeptiert.

Weitere Dokumente, die möglicherweise angefordert werden (um eine medizinische Bedürftigkeit festzustellen), sind u. a.:

1. Überprüfung monatlicher Ausgaben
 - a. Alle Arztrechnungen, Haushaltsrechnungen und sonstige Rechnungen, die für die Grundlebensbedürfnisse notwendig sind.
 2. Eine Einkommenserklärung/Erklärung der unterstützenden Person
- B. Unvollständige Anträge – Alle unvollständigen Anträge werden von einem Benachrichtigungsschreiben gefolgt, in denen 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 der Einrichtung 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, USA
Fax: +1 (314) 989-6734

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

- C. Zuschussfähige Dienstleistungsbereiche – Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung ist möglicherweise auf Einwohner in zuschussfähigen Dienstleistungsbereichen der Behandlungsstandorte von SSM Health beschränkt. Behandlungsstandorte von SSM Health können eine finanzielle Unterstützung nur auf zuschussfähige Dienstleistungsbereiche beschränken, wenn im Vorjahr:
1. Die operative Marge negativ war; oder
 2. Die Kosten für die karitative Pflege anteilig zu den Gesamtausgaben größer sind als drei (3) Prozent.

Behandlungsstandorte von SSM Health, die diese Kriterien erfüllen, müssen einen schriftlichen Antrag zusammen mit unterstützenden Daten an den Senior Vice President – Mission, Legal and Government Affairs senden und eine formelle Genehmigung einholen, bevor Einschränkungen der finanzielle Unterstützung für Einwohner in zuschussfähigen Dienstleistungsbereichen implementiert werden können.

Die Werte von SSM Health der Menschenwürde und der Verantwortung sind im Antragsprozess, bei der Bestimmung 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 eine Behandlung und im Laufe des Antragszeitraums einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen. Der Bedarf einer finanziellen Unterstützung ist bei jeder darauffolgenden Dienstleistung erneut zu bewerten, wenn die letzte finanzielle Bewertung über sechs Monaten zurückliegt, oder jedes Mal, wenn weitere Angaben in Bezug auf den Anspruch des Patienten auf eine finanzielle Unterstützung bekannt werden.

III. Mutmaßlicher Anspruch auf finanzielle Unterstützung. SSM Health bietet eine 100%ige finanzielle Unterstützung für eine medizinisch notwendige Behandlung unter den mutmaßlichen Richtlinien, dass der Patient:

- A. nicht versichert ist und ein geschätztes Familieneinkommen von weniger als 200 % des FPL, und einen Health Care Credit-Score von weniger als 620 hat, gemäß der Berechnung anhand extern verfügbarer Datenquellen, wie Kreditagenturen; oder
- B. obdachlos ist oder Pflegedienstleistungen von einer Klinik für Obdachlose in Anspruch nahm; oder
- C. ohne bekannten Nachlass verstorben ist; oder
- D. von einem Gericht als insolvent bestätigt wurde.

IV. Vergünstigung für Patienten:

- A. Nichtversicherten-Vergünstigungen. SSM Health bietet einen Vergünstigung auf Bruttokosten für alle nicht versicherten Patienten (siehe Anhang A).
- B. Karitative Vergünstigungen. SSM Health bietet eine karitative Vergünstigung für bezugsberechtigte Patienten basierend auf U.S.-Armutsgrenzen-Richtlinien. Die karitative Pflegevergünstigung 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. 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 Bestimmung ihres Anspruchs auf vergünstigte oder kostenlose Dienstleistungen berücksichtigt werden, einschließlich:
 - 1. Bankkonten, Kapitalanlagen und andere Vermögenswerte
 - 2. Beschäftigungsstatus und Erwerbsfähigkeit
 - 3. Höhe und Häufigkeit von Rechnungen für Gesundheitsdienstleistungen
 - 4. Sonstiger 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. Kreditauskünfte

- V. Allgemein berechneter Betrag (AGB)/Kostenbegrenzung. SSM Health begrenzt den für Notfälle und medizinisch notwendige Behandlungen 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 C)

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

- VI. 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 Abrechnungs- und Inkassorichtlinie ist kostenfrei entweder telefonisch über das Kundenservice-Center (+1 855-989-6789) oder über einen Financial Counselor an einer örtlichen SSM Health-Einrichtung erhältlich.
- VII. Inbegriffene Dienstleister. Eine Liste der von dieser Richtlinie abgedeckten Dienstleister und der nicht abgedeckten Dienstleister finden Sie unter: <http://www.ssmhealth.com/system/exceptional-care/financial-assistance> 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.
- VIII. 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.
- IX. Dokumentation
Die Abteilung Patient Business Services führt Unterlagen zu ihren Anträgen auf finanzielle Unterstützung, zu Bestimmungen einer finanziellen Unterstützung und Anmerkungen zu Patienten zur adäquaten Dokumentation der fairen und einheitlichen Anwendung dieser Richtlinie gemäß unserer Richtlinie zur Aufbewahrung und Vernichtung von Unterlagen.
- X. Jahresbericht
Jede Einrichtung ist verpflichtet, Informationen in Bezug auf finanzielle Unterstützung und nichtgedeckte 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:
 - A. Gesamtanzahl der bedienten Personen
 - B. Erlassene Kosten gesamt
 - C. Gesamtkosten für finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie
 - D. Durch die Gewährung finanzieller Unterstützung angefallene Kosten

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

XI. Fragen zur Richtlinie

Sollten bei der Anwendung gewisser Leitlinien innerhalb dieser Richtlinie betriebliche Fragen aufkommen, so sind diese an den System Vice President, Revenue Management oder den Chief Financial Officer des Standorts oder Netzwerks zu richten. Die Einbindung weiterer Leitlinien in die Richtlinien von Standorten zur finanziellen Unterstützung oder eine Umsetzung in die Praxis, die nicht in dieser Richtlinie behandelt wird (z. B. die Verringerung der Anzahl von Betten, die für nicht versicherte Patienten verfügbar sind, oder die Einschränkung der Anzahl nicht versicherter und/oder von Medicaid-Patienten für ein bestimmtes Produktangebot oder eine Dienstleistung) sind vom Senior Vice President – Mission, Legal and Government Affairs zu prüfen und zur Überprüfung und Genehmigung an das System Management weiterzuleiten.

Anhang A: Nichtversicherten-Vergünstigungen

Region	Nichtversicherten-Vergünstigungen auf Bruttokosten
Oklahoma	60 %
Wisconsin	20 %
Süd-Illinois	20 %
Mittel-Missouri	35 %
Saint Louis	40 %, 600 US\$ pauschal für Notfalldienstleistungen

Anhang B: Karitative Vergünstigungen

Verschiebbare Anspruchsskala basierend auf der U.S.-Armutsgrenze für alle Regionen, mit AUSNAHME von SSM Health-Einrichtungen in Oklahoma.

U.S.-Armutsgrenze	Vergünstigung für finanzielle Unterstützung
0 % - 200 %	100 %
201 % - 250 %	80 %
251 % - 300 %	60 %
301 % - 350 %	40 %
351 % - 400 %	20 %
Über 400 %	0 %

Verschiebbare Anspruchsskala basierend auf der U.S.-Armutsgrenze für SSM Health-Einrichtungen in Oklahoma

U.S.-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: Kostenbegrenzung/AGB

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

Methoden:

1. 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 Bruttoleistungen geteilt.
2. Bei dieser Methode werden alle von Medicaid Einzelleistungsversicherern im Laufe der vergangenen 12 Monate bezahlten Versicherungsansprüche verwendet. Bei diesen Versicherungsansprüchen wird die Summe der erstattungsfähigen Beträge durch die Summe der damit verbundenen Bruttoleistungen geteilt.