



Richtlinie zur finanziellen Unterstützung	ADM-CRP-008
St. Joseph Regional Health Network – Patient Financial Services (Finanzielle Leistungen für Patienten)	Gültig ab: Januar 2020

ZWECK

Bereitstellung einer Orientierungshilfe zum Ausfüllen der Dokumentvorlage für die Richtlinie.

ZIELGRUPPE *Das Dokument gilt für die Personen und Verfahren an den unten angegebenen Stellen von Penn State Health:*

<input type="checkbox"/>	Penn State Health System	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph’s Medical Center
<input type="checkbox"/>	Community Medical Group		

ZWECK

Definition der Kriterien, nach denen finanzielle Unterstützung für anspruchsberechtigte Patienten beantragt und genehmigt wird, die in Übereinstimmung mit dem Auftrag des Penn State Health (PSH) St. Joseph Medical Center medizinisch notwendige oder Notfallbehandlungen erhalten, die von einem vertraglichen Leistungserbringer durchgeführt werden.

In Anhang A sind die Leistungen aufgeführt, die unter diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fallen, sowie Leistungen und Leistungserbringer, die vom Zahlungshilfeprogramm ausgeschlossen sind.

ZIELGRUPPE

Alle Mitarbeiter mit möglichem Kontakt zu Patienten, die Bedenken im Hinblick auf ihre Zahlungsfähigkeit äußern.

DEFINITIONEN

Allgemeiner Verrechnungssatz (Amount Generally Billed, AGB): Der allgemeine Verrechnungssatz bzw. die Grenze für Bruttogebühren wird von PSH nachträglich in Übereinstimmung mit der endgültigen Vorschrift der Bundessteuerbehörde (Internal Revenue Service, IRS) zu den 501(r)-Anforderungen berechnet. PSH verwendet dieses sogenannte Lookback-Verfahren zur Berechnung der durchschnittlichen Zahlung aller von privaten Gesundheitsversicherern und Medicare beglichenen Ansprüche. Den Anspruchsberechtigten wird für die Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlung maximal der allgemeine Verrechnungssatz berechnet. PSH stellt auf Wunsch ein kostenloses Exemplar der Berechnung des aktuellen allgemeinen Verrechnungssatzes zur Verfügung. Dies darf nicht mit der finanziellen Unterstützung für Minderbemittelte (Zahlungshilfeprogramm) verwechselt werden, die bei Genehmigung des entsprechenden Antrags zu 100 % gewährt wird.

Anrechenbares Vermögen umfasst per Definition das Vermögen, das für die Bezahlung von Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen verfügbar ist, beispielsweise Bargeld/Bankkonten, Einlagenzertifikate, Rentenfonds, Aktien, Investmentfonds oder Pensionsleistungen. Gemäß der Definition im Department of Health Services (DHS) Medical Assistance Bulletin gehören nichtflüssige Anlagevermögen wie Häuser, Fahrzeuge und Haushaltswaren sowie IRA- und 401(k)-Pläne zur Altersvorsorge nicht zum anrechenbaren Vermögen im Rahmen des „Hospital Uncompensated Care Program“ (Programm für unbezahlte Krankenhausrechnungen) und der Charity Plans (Wohltätigkeitspläne).

Notfallversorgung: Die medizinische Versorgung eines Patienten mit einem bedrohlichen Krankheitsbild gemäß folgender Definition:

- Ein Krankheitsbild, das sich durch akute Symptome in einem solchen Schweregrad (wie starke Schmerzen, psychische Störungen oder Symptome von Drogenmissbrauch usw.) äußert, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung vernünftigerweise mit Folgendem zu rechnen ist:
 - Die Gesundheit des Patienten (oder im Falle einer Schwangerschaft die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ist ernsthaft gefährdet oder
 - Körperfunktionen sind ernsthaft beeinträchtigt oder
 - Organe oder Körperteile sind ernsthaft in ihrer Funktion beeinträchtigt.
 - Dass bei einer schwangeren Frau, bei der die Wehen eingesetzt haben, nicht mehr genug Zeit bleibt, sie vor der Entbindung sicher in ein Krankenhaus zu überführen, oder dass die Überführung eine Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit der Frau oder des ungeborenen Kindes darstellt.

Staatliche Armutsgrenzen werden jedes Jahr im Januar vom Department of Health and Human Services (HHS, Behörde für Gesundheitswesen) im Federal Register (Bundesregister) veröffentlicht.

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Finanzielle Unterstützung bedeutet die Möglichkeit, eine kostenlose oder vergünstigte Behandlung zu erhalten. Nicht versicherte oder versicherte Patienten, die medizinisch notwendige Behandlungen erhalten, jedoch keinen Anspruch auf eine staatliche Absicherung oder sonstige Versicherung haben und deren Familieneinkommen bei oder unter 300 % der in den USA geltenden Armutsgrenze liegt, haben gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf eine kostenlose Behandlung.

Medizinisch notwendig bezieht sich auf Leistungen, die an einem Patienten aufgrund eines sachgerechten und sorgfältigen klinischen Urteils zur Vorbeugung, Beurteilung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, Erkrankung oder ihrer Symptome erbracht werden. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- Die Leistungen orientieren sich an den allgemein anerkannten medizinischen Standards.
 - Für diese Zwecke bedeuten „allgemein anerkannte medizinische Standards“ Prinzipien, die auf glaubwürdigen wissenschaftlichen Beweisen basieren, die in generell von der relevanten medizinischen Gemeinschaft anerkannten medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden oder in sonstiger Weise mit den in den Richtlinien zur klinischen Beurteilung festgelegten Standards übereinstimmen.
- Sie sind klinisch angemessen, insofern es Art, Häufigkeit, Ausmaß, Standort und Dauer betrifft, und sie gelten als wirksam für die Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten.
- Sie dienen nicht in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten, Arztes oder eines sonstigen Leistungserbringers und kosten nicht mehr als alternative Leistungen, die mindestens ebenso wahrscheinlich zu gleichwertigen therapeutischen oder diagnostischen Ergebnissen für die Diagnose oder Behandlung der Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten führen.
- Leistungen, Produkte oder Verfahren, die sich noch in klinischer Erprobung befinden oder versuchsweise eingesetzt werden, kommen von Fall zu Fall in Betracht.
- Die medizinische Behandlung ist aufgrund eines medizinischen Notfalls notwendig.
- PSHSJ hält sich an die ethischen und religiösen Leitlinien für katholische Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*).

Voraussichtliche finanzielle Unterstützung bezieht sich auf den Fall, dass ein Patient wahrscheinlich bedürftig ist und daher Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, nachdem die entsprechenden Informationen durch den Patienten oder andere Quellen bereitgestellt wurden, sodass PSH feststellen kann, dass der Patient tatsächlich anspruchsberechtigt ist. Zu den anderen Quellen gehören sichere Webportale zur Prüfung auf Anspruch auf Medicaid, wie z. B. Compass oder NaviNet. Hinweise auf eine voraussichtliche Anspruchsberechtigung bieten unter anderem folgende Faktoren: Obdachlosigkeit, kein Einkommen, Anspruch auf die WIC-Programme für Frauen, Kleinkinder und Kinder, Anspruch auf Lebensmittelmarken, Wohnungen mit Wohnberechtigungsschein als gültige Adresse, verstorbene Patienten ohne bekannten Wohnsitz oder Anspruch auf staatlich geförderte Verschreibungsprogramme.

Nicht versichert bezieht sich auf Patienten, deren Gesundheitsfürsorge nicht über ein Versicherungsunternehmen, einen ERISA-Plan, ein staatliches Gesundheitsfürsorgeprogramm (darunter der State Health Insurance Marketplace auf Bundes- oder Staatenebene, Medicare, Medicaid, SCHIP und Tricare), Workers' Compensation (Arbeitsunfallversicherung), Medical Savings Accounts (Sparkonten für medizinische Behandlungen) oder anderweitig gesichert ist, um die medizinischen Kosten vollständig oder teilweise zu decken. Patienten, deren medizinische Versicherungsabdeckung erschöpft ist oder die Leistungen erhalten haben, die in ihrer Versicherungspolice nicht abgedeckt sind, gelten nicht als nicht versichert.

RICHTLINIEN UND VERFAHREN

BEKANNTMACHUNG:

- Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, der Antrag auf finanzielle Unterstützung und eine schriftliche Zusammenfassung in leicht verständlicher Sprache stehen der Öffentlichkeit auf Anfrage zur Verfügung.
- Auf den Patientenrechnungen ist ein Hinweis über die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung vermerkt.
- Eine Bekanntmachung zur Verfügbarkeit dieses Programms wird in den Anmeldebereichen von Krankenhäusern und Kliniken sowie auf der Website von PSH veröffentlicht.
- Die Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen an allen ambulanten Klinikstandorten zur Verfügung.
- Wenn eine bestimmte Sprache für mehr als entweder 1000 Einwohner oder 5 % der Bevölkerung des Einzugsgebietes der Einrichtung die Muttersprache darstellt, ist die Richtlinie in dieser Sprache verfügbar.
- Die Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen bei kommunalen Beratungsveranstaltungen zur Verfügung, an denen PSH teilnimmt.
- 120/240-Tage-Regel: Innerhalb von 120 Tagen muss eine Krankenhauseinrichtung eine Person über das Zahlungshilfeprogramm informieren, und innerhalb von 240 Tagen muss sie deren Antrag auf finanzielle Unterstützung bearbeiten. PSH versendet die Mitteilungsschreiben während eines Benachrichtigungszeitraums von mindestens 120 Tagen ab dem Datum der ersten Rechnung. Die Krankenhauseinrichtung darf keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (extraordinary collection actions, ECAs) gegen eine Person einleiten, deren Anspruch auf finanzielle Unterstützung nicht vor Ablauf von 120 Tagen nach der ersten Abrechnung im Anschluss an die Entlassung festgestellt wurde.
- Penn State Health erfüllt die Anforderungen aus Section 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.

ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN:

- Die finanzielle Unterstützung richtet sich nach dem jeweiligen Familieneinkommen gemäß den unten genannten Leitlinien. Berechtigte Patienten haben bei medizinisch notwendigen Leistungen Anspruch auf eine zu 100 % kostenlose Behandlung. Unabhängig von ihrem Anspruch auf finanzielle Unterstützung berechnet PSH seinen nicht versicherten Patienten für Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlungen maximal den allgemeinen Verrechnungssatz (AGB).

Haushaltsgröße	Bruttoeinkommen	Gewährte finanzielle Unterstützung
1	\$38,280.00	100 %
2	\$51,720.00	100 %
3	\$65,160.00	100 %
4	\$78,600.00	100 %
5	\$92,040.00	100 %
6	\$105,480.00	100 %
7	\$118,920.00	100 %
8	\$132,360.00	100 %

* Bei mehr als 8 (acht) Haushaltsmitgliedern bitte für jede weitere Person \$13,440.00 hinzufügen.

- Die Beurteilung, ob eine finanzielle Unterstützung möglich ist, beginnt mit dem Einreichen eines entsprechenden Antrags. Dieser muss vollständig ausgefüllt, von der zahlungsverantwortlichen Person unterzeichnet und mit dem aktuellen Datum versehen sein. (Siehe Anhang)
- Der Patient muss US-Bürger, Einwohner mit rechtmäßigem dauerhaftem Wohnsitz oder Einwohner Pennsylvanias sein, der einen Wohnsitznachweis vorlegen kann (ausgenommen sind Nicht-US-Bürger, die außerhalb der USA leben).
- Sofern nicht nachweislich davon befreit, muss der Patient die Zahlung der Behandlung über Medicaid, einen Insurance Marketplace auf Bundes- oder Staatenebene oder eine andere gültige Zahlungsquelle beantragen, bevor eine finanzielle Unterstützung genehmigt werden kann.
 - Für Kinder von Selbstzahlern, die von der Beantragung von Medicaid befreit sind, kann eine teilweise finanzielle Unterstützung gewährt werden.
- Alle anderen Möglichkeiten zur Zahlung der Rechnungen über medizinische Leistungen wurden ausgeschöpft, einschließlich kirchlicher und privater Spenden sowie sonstiger Wohltätigkeitsmaßnahmen und Beihilfen. Eine mangelnde Beteiligung seitens des Patienten oder der zahlungsverantwortlichen Person bei der Suche nach alternativen Zahlungsmöglichkeiten kann zum Verlust des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung führen.
 - Finanzielle Unterstützung wird möglicherweise nicht gewährt, wenn der Patient über ausreichend anrechenbares Vermögen zur Begleichung der Rechnungen verfügt oder wenn die Liquidierung dieses anrechenbaren Vermögens keine ungebührliche Belastung für den Patienten darstellt.
 - Bei verstorbenen Patienten erfolgt eine finanzielle Unterstützung unter Anwendung der Kriterien aus der Richtlinie **RC-12 Deceased Patient/Guarantor Account Resolution Policy (RC-12 Rechnungsbegleichung bei verstorbenen Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen)**.
 - Finanzielle Unterstützung kann aufgrund von Vereinbarungen mit Einrichtungen gewährt werden, die kostenlose Gesundheitsleistungen anbieten (z. B. Hope Within, Centre Volunteers in Medicine usw.), wenn die dort erfassten oder ermittelten Informationen zur Zahlungsfähigkeit des Patienten die erforderlichen Kriterien erfüllen.
 - Wahlleistungen, d. h. nicht zwingend notwendige Leistungen wie z. B. Kosmetik, In-vitro-Fertilisation und Fruchtbarkeitsbehandlungen, Brillen, Hörhilfen, Penisimplantate, bestimmte Magen-Bypass-Verfahren usw. sowie alle Einschränkungen entsprechend der ethischen und religiösen Leitlinien für katholische Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*) werden durch dieses Zahlungshilfeprogramm nicht abgedeckt.
 - Bei einkommensbasierten Versicherungsplänen mit Eigenbeteiligung oder Selbstbehalt des Patienten kann ebenfalls Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung bestehen.
 - Der Anspruchszeitraum für die finanzielle Unterstützung beträgt ein Jahr. PSH hat das Recht, nach eigenem Ermessen einen neuen Antrag und eine neue Bewertung der Zahlungsfähigkeit des Patienten zu fordern.

ANTRAGSVERFAHREN:

- Anträge auf finanzielle Unterstützung sind online über die Website von PSH, persönlich in jeder Einrichtung oder per Post erhältlich.
- Die folgenden jeweils zutreffenden Dokumente mit den Informationen zum Haushalt müssen vollständig eingereicht werden, um sicherzustellen, dass die Kriterien zu Einkommen und Haushaltsgröße erfüllt sind.
 - Aktueller Einkommensteuerbescheid
 - Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
 - Die letzten vier (4) Kontoauszüge
 - Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
 - Erträge bei Nichtbeschäftigung
 - Pensionseinnahmen
 - Bestätigung über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Eine finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)
 - Feststellung des Anspruchs auf Medicaid oder Health Insurance Marketplace
 - Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
 - Wenn der Haushalt über kein Einkommen verfügt: Schreiben von Personen, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
 - Alle weiteren von PSH für notwendig erachteten Informationen, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung angemessen zu prüfen und festzustellen, ob der Patient anspruchsberechtigt ist
- Wenn aufgrund der eingereichten Dokumente keine geeignete Feststellung erfolgen kann, wird die zahlungsverantwortliche Person gebeten, weitere Informationen bereitzustellen.

METHODE UND PROZESS DER BEURTEILUNG

- PSH setzt jegliche außerordentlichen Inkassomaßnahmen gegen Patienten aus, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht haben, unabhängig davon, ob der Antrag vollständig ist oder nicht.

Die finanzielle Unterstützung wird durch folgende Personalstufen genehmigt:

Personalstufe:	Mitarbeiter der Zahlungsberatung	Verantwortliche Fachkraft	Teamleitung/Management	Leitung Erlösmanagement	Vice President Erlösmanagement/Chief Financial Officer
Betrag:	< \$500	< \$5,000	< \$25,000	< \$50,000	> \$50,000

- Nach Prüfung des Antrags erhält der Patient oder die zahlungsverantwortliche Person einen Telefonanruf und ein Schreiben über die Anspruchsfeststellung.
- Die Person, die die Anspruchsfeststellung vornimmt, dokumentiert dies entsprechend im Abrechnungssystem und unterschreibt den Überprüfungsantrag („Request for Review“). Die Forderungsunterlagen werden zur Weiterbearbeitung an den zuständigen Mitarbeiter geleitet.
- Wenn ein Patient Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung und auf COBRA-Leistungen hat, kann sich das PSH als Einrichtung dafür entscheiden, die monatliche Versicherungsprämie zu übernehmen.
- Sobald die Genehmigung der Unterstützung des Bedürftigen vorliegt, werden sämtliche bei Wirtschaftsauskunfteien hinterlegten Schulden innerhalb von 30 Tagen zurückgezogen.
- Nachdem die finanzielle Unterstützung auf die Forderungen gegenüber dem Patienten angerechnet wurde, werden dem Patienten alle zuvor oder nachfolgend erhaltenen Zahlungen zurückerstattet.
- Patienten, deren offene Rechnungen bereits an ein Inkassobüro übergeben wurden, können dennoch finanzielle Unterstützung beantragen und eine Genehmigung erhalten.
- Wenn die finanzielle Unterstützung genehmigt wurde, nehmen die zuständigen Mitarbeiter die Systemanpassung vor und ermitteln und prüfen alle offenen Vorkommnisse unter der Nummer der Patientenakte und wenden den gewährten Abzug an.
 - Bei Nichtzahlung oder wenn keine Zahlungsberatung in Anspruch genommen oder der Antrag nicht eingereicht bzw. nicht vollständig ausgefüllt wurde, können Maßnahmen ergriffen werden, die in der folgenden Richtlinie näher erläutert werden: **RC-002 Patient Credit and Collections Policy (Richtlinie für Patientenkredite und Inkasso, RC-002)**.
 - Gemäß den Aufbewahrungsrichtlinien von PSH wird eine Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung bzw. der Finanzdaten sieben Jahre lang aufbewahrt.
 - Für weitere Anträge auf finanzielle Unterstützung im selben Kalenderjahr sind in der Regel keine weiteren Belegdokumente erforderlich, sofern sich an den vorliegenden Informationen nichts geändert hat.
 - Das Management kann nach eigenem Ermessen mildernde Umstände gelten lassen, unter anderem beispielsweise in folgenden Fällen:
 - Das Einkommen des Patienten liegt über den Richtwerten für die Unterstützung von Bedürftigen, aufgrund einer gravierenden Erkrankung übersteigen jedoch die medizinischen Schulden das Jahreseinkommen.
 - Der Patient erhält eine Zahlung aus einem Rechtsstreit, die aber geringer ist als der Schuldenstand. Der Patient verfügt nicht über ausreichende persönliche anrechenbare Vermögenswerte oder Einkünfte, um die Differenz zu begleichen.
 - Der Patient ist bereit, sich Geld für die Bezahlung zu leihen, ist jedoch nicht für den gesamten fälligen noch offenen Betrag anspruchsberechtigt (Nachweis des Kreditinstituts ist erforderlich).
 - Der Patient ist bereit, andere Vermögenswerte aufzulösen, um einen Teil der Ausstände zu decken.
 - Der Patient füllt keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus, es liegen jedoch genügend Daten zum Einkommen/Vermögen vor, um eine Entscheidung zu treffen.

Alle Richtlinien, auf die in diesem Dokument verwiesen wird, können auf der Website von PSH eingesehen werden und stehen auf Anfrage für den Ausdruck zur Verfügung.

Penn State Health hat diese Richtlinie freiwillig und für einen wohltätigen Zweck geschaffen. Dementsprechend darf weder diese Richtlinie noch ein Verstoß dagegen so ausgelegt werden, dass daraus eine rechtliche Verpflichtung seitens des Krankenhauses oder ein Recht für Patienten oder für Dritte entsteht.

ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE UND VERWEISE

Der Anhang zu dieser Richtlinie umfasst folgende Dokumente:

- Anhang A - St. Joseph Regional Medical Center – Leistungserbringer/Leistungen, die durch das Zahlungshilfeprogramm abgedeckt sind
- Zusammenfassung im Klartext und Antrag auf finanzielle Unterstützung

Hinweis: Im Allgemeinen wird dieses Programm für finanzielle Unterstützung vom Penn State Health St. Joseph Medical Center berücksichtigt, sofern im Anhang nichts anderes angegeben ist.

GENEHMIGUNGEN

	Name	Titel	Datum
Autorisiert von:	Paula Tinch	Senior Vice President und Chief Financial Officer	1/1/2020
Genehmigt:	Dan Angel	Vice President Erlösmanagement	1/1/2020

ERSTELLUNGSDATUM, PRÜFUNGEN UND ÜBERARBEITUNGEN

Erstellt: 10/1/2010

Überprüft: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18

Überarbeitet: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – Richtlinie 10/10 ersetzt; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITARBEIT

Senior Directors Erlösmanagement; Manager Leistungszugang/Zahlungsberatung

Anhang A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Leistungserbringer/Leistungen, die durch das Zahlungshilfeprogramm abgedeckt sind

*** Siehe Leistungserbringer/Leistungen, die durch das Zahlungshilfeprogramm nicht abgedeckt sind**

- Allgemeine Chirurgie*
- Anästhesie
- Apotheke
- Assistenzärzte für Allgemeinmedizin
- Dringende Versorgung
- Facharztanwärter
- Frauenheilkunde Beckenboden
- Geburtshilfe – Gynäkologie
- Gefäßchirurgie
- Infektionskrankheiten
- Innere Medizin
- Kardiologie, Herz-Thorax-Chirurgie
- Klinische Pathologie
- Krankenhausärzte
- Neonatologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Neurologie – Schlaganfall
- Notfallmedizin
- Onkologie
- Orthopädische Chirurgie
- Behandlungsplanung bei Schmerzen
- Pädiatrische Krankenhausärzte
- Palliativmedizin
- Plastische Chirurgie*
- Radiologie
- Robotik
- Sportmedizin
- Thoraxchirurgie
- Urogynäkologie und Minimalinvasive Chirurgie
- Wundversorgung

Leistungserbringer/Leistungen, die durch das Zahlungshilfeprogramm nicht abgedeckt sind

- Schönheitschirurgie
- bestimmte Magen-Bypass-Verfahren
- Alle Einschränkungen im Zusammenhang mit den ethischen und religiösen Leitlinien für katholische Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*).

Für Honorare von Ärzten, die nicht bei Penn State Health beschäftigt sind, gilt diese Richtlinie nicht. Die Bezahlung der von solchen Ärzten in Rechnung gestellten Leistungen liegt in der Verantwortung der Patienten. Es besteht kein Anspruch auf Ermäßigung oder finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie. Diese Richtlinie gilt nur für die von der Einrichtung für Notfälle und andere medizinisch notwendige Behandlungen im Penn State Health St. Joseph Medical Center berechneten Gebühren.