



Richtlinie zur finanziellen Unterstützung	PFS-053
St. Joseph Medical Center und Holy Spirit Medical Center Finanzielle Leistungen für Patienten	Wirksam seit: Januar 26, 2022

Zielgruppe und Zweck *Das Dokument gilt für die Personen und Verfahren an den unten angegebenen Einrichtungen von Penn State Health:*

<input type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/>	Medical Group – Academic Practice Division
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	Medical Group - Community Practice Division
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input type="checkbox"/>	Hampden Medical Center		

RICHTLINIEN UND VERFAHREN

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

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 so genannte Lookback-Verfahren zur Berechnung der durchschnittlichen Zahlung aller von privaten Krankenversicherungen 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.

Balance Billing – überraschende Arztrechnungen: Penn State Health hat sich in Übereinstimmung mit der Bundesgesetzgebung, dem No Surprises Act, verpflichtet, Patienten vor überraschenden Rechnungen zu schützen, die sie erhalten würden, wenn die Penn State Health-Einrichtung oder der Gesundheitsdienstleister, von dem sie versorgt werden, außerhalb des Leistungsbereichs ihrer Krankenversicherung liegt. Berechnet ein Gesundheitsdienstleister oder eine Einrichtung außerhalb des Versorgungsnetzes dem Patienten die Differenz zwischen dem Betrag, den die Krankenkasse zu zahlen bereit ist, und dem vollen Betrag, den der Anbieter oder die Einrichtung außerhalb des Versorgungsnetzes für eine Leistung berechnet, so spricht man von „Balance Billing“. „Überraschende Arztrechnungen“ sind Balance Bills. Das Gesetz „No Surprises Act“ schützt Patienten davor, eine höhere Rechnung zu erhalten, wenn sie eine Notfallversorgung bei einem Anbieter oder einer Einrichtung außerhalb des Versicherungsnetzes in Anspruch nehmen, oder wenn ein Anbieter außerhalb des Versicherungsnetzes den Patienten in einem zum Versicherungsnetz gehörenden Krankenhaus behandelt. Liegt eine Einrichtung oder ein Anbieter von Penn State Health außerhalb des Versicherungsnetzes, wird Penn State Health keine Balance Bill für abgedeckte Notfalldienste oder poststationäre Leistungen stellen.

Anrechenbares Vermögen umfasst per Definition das Vermögen, das für die Begleichung von Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen verfügbar ist, beispielsweise Bargeld/Bankkonten, Einlagenzertifikate, Rentenfonds, Aktien, Investmentfonds oder Pensionsleistungen. Gemäß Definition im Medical Assistance Bulletin des DHS (Department of Health Services) 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 unbeglichene 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 (z. B. starke Schmerzen, psychische Störungen oder Symptome von Drogenmissbrauch usw.) äußert, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung vernünftigerweise von Folgendem auszugehen 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.
 - Im Falle einer schwangeren Frau, bei der die Wehen eingesetzt haben, bleibt nicht mehr genug Zeit, sie vor der Entbindung sicher in ein Krankenhaus zu überführen, oder die Überführung stellt eine Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit der Frau oder des ungeborenen Kindes dar.

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 stützen sich auf allgemein anerkannte medizinische Standards.
 - Für diese Zwecke bedeuten „allgemein anerkannte medizinische Standards“ Standards, die auf glaubwürdigen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, die in von medizinischen Fachkräften allgemein anerkannten 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 gegebenenfalls im Einzelfall in Betracht.
- Die medizinische Behandlung ist aufgrund eines medizinischen Notfalls notwendig.
- PSH-SJMC und PSH-HSHS halten sich an die ethischen und religiösen Leitlinien für katholische Anbieter von Gesundheitsleistungen (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*).

Voraussichtliche finanzielle Unterstützung bezieht sich auf den Umstand, 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 Arzneimittelprogramme.

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/ODER 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 entweder für mehr als 1000 Einwohner oder 5 % der Bevölkerung des Einzugsgebietes der Einrichtung die Muttersprache darstellt, ist die Richtlinie in dieser Sprache verfügbar.
- Die FAP-Richtlinie und der Antrag auf finanzielle Unterstützung stehen bei kommunalen Beratungsveranstaltungen zur Verfügung, an denen PSH teilnimmt.
- 120/240-Tage-Regel: Eine Krankenhauseinrichtung muss eine Person innerhalb von 120 Tagen über das Zahlungshilfeprogramm informieren, und sie muss innerhalb von 240 Tagen 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.
- PSH hält sich gegebenenfalls an das Gesetz „No Surprises Act“.

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	40 770,00 \$	100 %
2	54 930,00 \$	100 %
3	69 090,00 \$	100 %
4	83 250,00 \$	100 %
5	97 410,00 \$	100 %
6	111 570,00 \$	100 %
7	125 730,00 \$	100 %
8	139 890,00 \$	100 %

* Bei mehr als 8 (acht) Haushaltsmitgliedern bitte für jede weitere Person 14 160,00 \$ 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 Versorgungsleistungen 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/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. kosmetische Behandlungen, 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 Gesundheitsleistungen (*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 ist berechtigt, 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 Unterlagen mit den Informationen zum Haushalt müssen vollständig ausgefüllt eingereicht werden, um sicherzustellen, dass die Kriterien zu Einkommen und Haushaltsgröße erfüllt sind.
 - der letzte (aktuelle) Einkommensteuerbescheid
 - die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
 - die letzten vier (4) Kontoauszüge
 - Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
 - Einkommen bei Arbeitslosigkeit
 - Renteneinkommen
 - Bescheid 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)
 - bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: schriftliche Bestätigung mindestens einer Person, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützt
 - 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 VERFAHREN 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/ Führungskraft	Abteilungsleitung Erlösmanagement	Ressortleitung Erlösmanagement oder Finanzvorstand
Betrag:	< 500 \$	< 5000 \$	< 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 RICHTLINIEN UND VERWEISE

Der Anhang zu dieser Richtlinie umfasst folgende Dokumente:

- Anhang A – Leistungserbringer/Leistungen, die durch das Zahlungshilfeprogramm abgedeckt sind – St. Joseph Regional Medical Center
- Anhang B – Leistungserbringer/Leistungen, die durch das Zahlungshilfeprogramm abgedeckt sind – Holy Spirit Health System.
- 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 und Holy Spirit Health System berücksichtigt, sofern im Anhang nichts anderes angegeben ist.

GENEHMIGUNGEN

Autorisiert von:	Paula Tinch, Senior Vice President und Chief Financial Officer
Genehmigt:	Dan Angel, Vice President Revenue Cycle

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERPRÜFUNGEN/ÜBERARBEITUNGEN

Erstellt am: 01.10.2020

Überprüft: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18

Überarbeitet: 10.10., 12.1., 14.12., 16.2. – Richtlinie vom 10.10. ersetzt; 17.6., 18.2., 18.10., 18.11., 19.2., 20.1., 21.3. – kombinierte Richtlinien von Holy Spirit Medical Center und St. Joseph Medical Center SJMC-Richtlinie #ADM-CRP-008 ausgegliedert, 21.11.

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITWIRKUNG

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**

- Anästhesie
- Kardiologie, Herz-Thorax-Chirurgie
- Klinische Pathologie
- Notfallmedizin
- Frauenheilkunde Beckenboden
- Allgemeine Chirurgie*
- Krankenhausärzte
- Infektionskrankheiten
- Innere Medizin
- Neonatologie
- Neurologie
- Neurologie – Schlaganfall
- Neurochirurgie
- Geburtshilfe – Gynäkologie
- Onkologie
- Orthopädische Chirurgie
- Behandlungsplanung bei Schmerzen
- Palliativmedizin
- Pädiatrische Krankenhausärzte
- Apotheke
- Plastische Chirurgie*
- Radiologie
- Facharztanwärter
- Assistenzärzte für Allgemeinmedizin
- Robotik
- Sportmedizin
- Thoraxchirurgie
- Dringende Versorgung
- Urogynäkologie und Minimalinvasive Chirurgie
- Gefäßchirurgie
- 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 Gesundheitsleistungen (Ethical and Religious Directives for Catholic *Health Care Service*).

Für Honorare von Ärzten, die nicht bei Penn State Health beschäftigt sind, gilt diese Richtlinie nicht. Die Bezahlung solcher Leistungen liegt in der Verantwortung der Patienten, denn es besteht für sie keinerlei 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 Honorare und Gebühren.

Anhang B

PSH Holy Spirit Health System