



Richtlinie zur finanziellen Unterstützung	PFS-053
Penn State Health Erlösmanagement (Revenue Cycle, RC)	Gültig ab Februar 2026

ANWENDUNGSBEREICH UND ZWECK *Das Dokument gilt für die Personen und Verfahren in den unten angegebenen Einrichtungen von Penn State Health:*

☐	Penn State Health Geteilte Dienste (Shared Services)	☐	Penn State College of Medicine
☐	Milton S. Hershey Medical Center	☐	Medical Group – Academic Practice Division
☒	St. Joseph Medical Center	☐	Medical Group - Community Practice Division
☒	Holy Spirit Medical Center	☐	Penn State Health Life Lion, LLC
☐	Hampden Medical Center	☐	Pennsylvania Psychiatric Institute
☐	Lancaster Medical Center		
☐	Lancaster Orthopedic Group		

RICHTLINIEN- UND VERFAHRENERKLÄRUNGEN

Definition der Kriterien, nach denen finanzielle Beihilfe 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.

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

ANWENDUNGSBEREICH

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

DEFINITIONEN

Allgemeiner Verrechnungssatz (Amount Generally Billed, AGB): Der AGB bzw. die Grenze für Bruttogebühren wird von PSH nachträglich in Übereinstimmung mit der endgültigen Vorschrift der US-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 Krankheitsversicherern 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 AGB zur Verfügung. Dies darf nicht mit der finanziellen Unterstützung für Minderbemittelte im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms (Financial Assistance Program, FAP) verwechselt werden, die bei Genehmigung des entsprechenden Antrags zu 100 % gewährt wird.

- PSH kann für nicht abgedeckte Leistungen oder Eingriffe einen Selbstzahlungsrabatt in Höhe des AGB-Rabatts anbieten.

Nachbelastung – unerwartete Forderungen: Penn State Health hat sich in Übereinstimmung mit der Bundesgesetzgebung, dem Gesetz zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen (No Surprises Act), verpflichtet, Patienten vor unerwarteten 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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringer oder die Einrichtung außerhalb des Netzes für eine Leistung berechnet, so spricht man von „Balance Billing“. Eine überraschende Rechnung ist eine unerwartete Forderung. Das Gesetz zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen schützt Patienten davor, eine höhere Rechnung zu erhalten, wenn sie eine Notfallversorgung bei einem Leistungserbringer oder einer Einrichtung außerhalb des Versicherungsnetzes in Anspruch nehmen, oder wenn ein Leistungserbringer außerhalb des Versicherungsnetzes den Patienten in einer zum Netz gehörenden Einrichtung behandelt. Ist eine Einrichtung oder ein Leistungserbringer von Penn State Health nicht Teil des Versicherungsnetzes, stellt Penn State Health abgedeckte Notfallleistungen und Leistungen im Anschluss an die Stabilisierung nicht nachträglich in Rechnung.

Anrechenbares Vermögen umfasst per Definition das Vermögen, das für die Begleichung von Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen verfügbar ist, beispielsweise Bargeld/Bankkonten, Einlagenzertifikate, Anleihen, Aktien, Investmentfonds oder Pensionsleistungen. Gemäß der Definition in der Bekanntmachung zur medizinischen Unterstützung des Gesundheitsministeriums (Department of Health Services, DHS), gehören nicht flüssige Anlagevermögen wie Häuser, Fahrzeuge und Haushaltswaren nicht zum anrechenbaren Vermögen für das Programm für unbezahlte Krankenhausrechnungen (Hospital Uncompensated Care Program) und für Wohltätigkeitspläne (Charity Plans). Ruhestandsgelder wie 401k, Individuelle Altersrentenkonten (Individual Retirement Account, IRA) oder aufgeschobene Renten sind von den liquiden Mitteln ausgeschlossen.

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

- Ein Krankheitsbild, das sich durch akute Symptome in einem solchen Schweregrad (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 darstellen würde.

Staatliche Armutsgrenzen werden jedes Jahr im Januar vom Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services, HHS) im Bundesregister veröffentlicht.
<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Finanzielle Unterstützung (oder Zahlungshilfe) 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 bezieht sich der Begriff „allgemein anerkannte medizinische Standards“ auf 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 von Fall zu Fall 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 Internetportale zur Prüfung auf Anspruch auf Medicaid wie z. B. Compass oder NaviNet. Unter anderem bieten die folgenden Faktoren Hinweise auf eine

voraussichtliche Anspruchsberechtigung: Obdachlosigkeit, kein Einkommen, Anspruch auf die Programme für Frauen, Kleinkinder und Kinder (Women, Infants and Children, WIC), 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 Staatliche Krankenversicherungsmarktplatz auf Bundes- oder Staatenebene, Medicare, Medicaid, SCHIP und Tricare), Arbeitsunfallversicherung (Workers' Compensation), Sparkonten für medizinische Behandlungen (Medical Savings Accounts) 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.

INFORMATIONEN ZUR RICHTLINIE BZW. ZU DEN 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 die Hauptsprache einer Nutzergemeinschaft von mindestens 1.000 Personen oder 5 % des Einzugsgebiets gesprochen wird, wird die FAP in dieser Sprache zur Verfügung gestellt.
- Die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und ein Antrag auf Zahlungshilfe 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 FAP informieren und jeden Antrag auf finanzielle Unterstützung innerhalb von 240 Tagen bearbeiten. PSH versendet die Benachrichtigungsschreiben während eines Zeitraums von mindestens 120 Tagen ab dem Datum der ersten Rechnung. Die Krankenhauseinrichtung darf keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (extraordinary collection actions, ECA) gegen eine Person einleiten, deren Anspruch auf FAP nicht vor Ablauf von 120 Tagen nach der ersten Abrechnung im Anschluss an die Entlassung fss an die Entlassung festgestellt wurde.
- Penn State Health erfüllt die Anforderungen in Paragraph 501(r) des US-Bundessteuergesetzes bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.
- PSH hält sich gegebenenfalls an das Gesetz zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen.

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 vom jeweiligen Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß FAP-Richtlinie berechnet PSH seinen nicht versicherten Patienten für Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlungen maximal den allgemein üblichen Verrechnungssatz (AGB).

Haushaltsgröße	Bruttoeinkommen		Rabatt
1	47.880,00	\$	100 %
2	64.920,00	\$	100 %
3	81.960,00	\$	100 %
4	99.000,00	\$	100 %
5	116.040,00	\$	100 %
6	133.080,00	\$	100 %
7	150.120,00	\$	100 %
8	167.160,00	\$	100 %

*Für Familiengrößen mit mehr als 8 (acht) Personen 17.040,00 \$ für jede zusätzliche Person hinzuaddieren.

- 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, dauerhafter legaler Einwohner oder PA-Einwohner sein, der einen Wohnsitznachweis vorlegen kann (ausgenommen Nicht-US-Staatsbürger, die außerhalb der USA leben).
- Sofern nicht nachweislich davon befreit, muss der Patient die Zahlung der Behandlung über Medicaid, einen Versicherungsmarktplatz 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 medizinischer Rechnungen sind ausgeschöpft, darunter, aber nicht beschränkt auf: Kirche, Sharing-Pläne oder private Fundraising, wohltätige Programme oder Zuschüsse. 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 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 Leistungen, die entsprechend den ethischen und religiösen *Leitlinien für katholische Anbieter von Gesundheitsleistungen* eingeschränkt sind, werden durch dieses Zahlungshilfeprogramm nicht abgedeckt.
- Bei einkommensbasierten Versicherungsplänen mit Eigenbeteiligung oder Selbstbehalt des Patienten kann ebenfalls Anspruch auf 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 anzufordern.
- Für Kinder, die in der Lancaster Cleft Palate Clinic behandelt werden, kann eine finanzielle Unterstützung von 100 % gewährt werden.

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:
 - letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid
 - die letzten zwei (2) Gehaltsabrechnungen
 - die letzten zwei (2) 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 Leistungen über den Krankenversicherungsmarkt
 - 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 alle ECA gegen einen Patienten aus, sobald der Patient einen Antrag eingereicht hat, unabhängig davon, ob der Antrag vollständig ist oder nicht.

Die Genehmigungsstufen für die finanzielle Unterstützung sind wie folgt:

Personalstufe:	Finanzantrags- assistenten / Finanzberater I	Finanzberater II / Medikamente- spezialist	Senior, Finanzber- atung	Teamleiter, Finanzbera- tung	Manager, Finanzber- atung	Leitender Direktor	Vizepräsi- dent
Maximaler Genehmigung- sbetrag:	1.000 \$	3.000 \$	5.000 \$	25.000 \$	100.000 \$	200.000 \$	200.000+ \$

- 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 weiteren Bearbeitung an den zuständigen Sachbearbeiter weitergeleitet.
- Wenn ein Patient Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung und auf COBRA-Leistungen hat, kann sich PSH als Einrichtung dafür entscheiden, die monatliche Versicherungsprämie zu übernehmen.
- Sobald die Genehmigung der Unterstützung des Bedürftigen vorliegt, werden sämtliche bei Wirtschaftsauskunfteien eingereichten Schuldenmeldungen 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. Sie 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: **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, insbesondere in folgenden Fällen (Beispiele siehe unten):
 - Das Einkommen des Patienten liegt zwar 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 noch offenen fälligen Betrag anspruchsberechtigt (Nachweis des Kreditinstituts ist erforderlich).
 - Der Patient ist bereit, andere Vermögenswerte aufzulösen, um einen Teil der Außenstände 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 in gedruckter Form 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 in verständlicher Sprache und Antrag auf finanzielle Unterstützung

Hinweis: Im Allgemeinen wird dieses Zahlungshilfeprogramm vom Penn State Health St. Joseph Medical Center und Holy Spirit Health System berücksichtigt, sofern im Anhang nichts anderes angegeben ist.

GENEHMIGUNGEN

Autorisiert:	Tracy Moyer, Senior Vice President und Chief Financial Officer
Genehmigt:	Nicholas Haas, Vice President Erlösmanagement

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERPRÜFUNGEN

Erstellt am: 10/1/2020

Überprüft: 10/10, 02/16, 06/17, 02/18, 10/22, 01/23, 10/23, 02/24, 02/25, 02/26

Überarbeitet: 10/10, 01/12, 12/14, 02/16 – Richtlinie von 10/10 ersetzt; 06/17, 02/18, 10/18, 11/18, 02/19, 01/20, 03/21 – Richtlinien von Holy Spirit Medical Center und St. Joseph Medical Center kombiniert

Zurückziehung der SJMC-Richtlinie #ADM-CRP-008, 11/21, 10/22, 01/23, 10/23, 02/24, 02/25, 02/26

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
- Lehrkräfte der Facharztausbildung
- Assistenzärzte für Familienmedizin
- Robotik
- Sportmedizin
- Thoraxchirurgie
- Akutversorgung
- Urogynäkologie und Minimalinvasive Chirurgie
- Gefäßchirurgie
- Wundversorgung



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

- Schönheitschirurgie
- bestimmte Magen-Bypass-Verfahren
- Einschränkungen aufgrund der Einhaltung der ethischen und religiösen *Leitlinien für katholische Anbieter von Gesundheitsleistungen (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 Rechnungen dieser Leistungserbringer 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 Honorare und Gebühren, die für Notfälle und andere medizinisch notwendige Behandlungen im Penn State Health St. Joseph Medical Center berechnet werden.

Anhang B

PSH Holy Spirit Health System