	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	1页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

政策

本政策适用于约翰·霍普金斯健康系统公司 (JHHS) 的以下实体：锡布利纪念医院 (SMH)。

锡布利纪念医院致力于为有医疗保健需求但却没有保险、保额不足、不符合政府计划资格或因其他原因而无法为医疗上的必要护理支付费用的人员提供基于患者个人财务状况的经济援助。在作出合理努力以根据该政策判定个人是否符合经济援助资格前，锡布利纪念医院不会参与任何特别收款行为。对于紧急护理或其他有医疗需要的护理，符合经济援助资格的个人预期支付的金额，不会超过向拥有保险且涵盖此护理服务的个人所收取的一般收费金额。

此政策的目的在于对依据哥伦比亚特区市政条例第 44 章第 22 条中描述的哥伦比亚特区法定无偿护理要求所制定的经济援助计划进行概述，并为递交申请以寻求援助，但不符合根据哥伦比亚特区市政条例第 44 章第 22 条所规定的“无偿护理提供”准则的个人提供经济援助。

锡布利纪念医院（“医院”）将根据哥伦比亚特区市政条例第 44 章第 4404 节第 22 条的“无偿护理提供”要求的年度合规水平竭诚努力提供免费服务。

任何情况下，锡布利纪念医院均不得因个人无力支付服务费用而以歧视的态度拒绝向其提供紧急护理服务。根据适当医疗人员的合理判断，锡布利纪念医院可让已接受紧急护理服务的人出院或将人转移至其他设施，该行为是恰当的临床行为，且出于对患者和医院的最大利益。

根据哥伦比亚特区市政条例第 44 章第 4400.2 节第 22 条的“无偿护理提供”，锡布利纪念医院将为符合资格的人员提供无偿护理。所提供的无偿护理应基于上述规定或锡布利纪念医院与哥伦比亚特区政府之间的合同义务，以提供更高美元价值的标准为基准。

在管理需求证书法律中定义无偿护理（定义部分中的 DC 法典 44-401）。法律对无偿护理的定义为，由医疗保健设施为患者提供不收取医疗保健服务费用的服务。术语“无偿护理”包含坏账和慈善护理，但不包含合同津贴。


“坏账”是指基于医生和医院提供给未付款的任何病人的医疗服务应收账款，但在合理收款工作之后则被视为无法收回；且不是任何联邦，州或地方政府单位的债务。术语“坏账”不包含在慈善护理中。

“慈善护理”是指医生和医院为无力支付服务费用的人员（特别是收入低，没有保险且保额不足的人员）提供的医疗服务，但不包含确定可导致坏账或归类为坏账的服务。

为达成此政策目的，所提供的无偿护理应按照根据以下规定进行计算：

年度合规水平：

不低于锡布利纪念医院年度运营开销百分之三 (3%) 的金额，减去根据社会保险法案（Medicaid 和 Medicare）第十八及第十九条规定所接受的赔偿金额，未将合同津贴考虑在内。除此之外，锡布利纪念医院

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	2页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

应遵守在之前内容中提及的法案所要求的任何无偿护理义务。

如果在任一财年中，锡布利纪念医院未能满足其每年的无偿护理义务，那么其应在接下来的一年或数年中（但不可迟于在赤字出现后的三 (3) 年），根据国家卫生和计划发展局审批的合规计划提供足额的无偿护理以进行弥补。

如果在一个财年中，锡布利纪念医院所提供的无偿护理超过了其年度合规水平金额，锡布利纪念医院可要求主管将超出金额作为现有赤字的补助，或将其作为任何接下来财年中的年度合规水平。若要使补助符合资格，超过年度合规水平的额外美元金额必须根据本章内容要求进行提供。

无偿护理义务的发布通知:

在其财年开始前，锡布利纪念医院将在哥伦比亚特区内普遍流通的报纸上发布其无偿护理义务的可提供性通知。锡布利纪念医院同时还会向 SHPD 递交一份该通知的副本。高级副总裁/首席财务官有责任对该通知进行发布及递交。通知应包含：

- a) 锡布利纪念医院预计在财年中提供的无偿护理美元金额，或锡布利纪念医院将向申请无偿护理的无力为治疗支付费用的所有人提供无偿护理的声明；
- b) 针对锡布利纪念医院拟提供的无偿护理金额与锡布利纪念医院年度合规水平之间的差额说明（如有）；以及
- c) 表明锡布利纪念医院是否已将之前报表周期的所有未结清无偿护理承付款项结清的声明，或表明其将在指定周期内结清任何未结清承付款项的声明。

无偿护理可提供性的张贴通知:


宣布无偿护理可提供性的通知将在患者登记点、住院部、营业部和急诊科的显眼位置张贴公布。锡布利纪念医院将公布以下通知：

“根据哥伦比亚特区法律，医疗保健供应者必须为社区内的所有人提供服务。不允许该医疗保健供应者因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、相貌、性取向、家庭责任、录取入学、政治背景、身体缺陷、收入来源，或居住或营业地点，或因个人受如 Medicare 或 Medicaid 保护而对人员产生歧视。”

“同时要求该医疗保健供应者为无力支付的个人提供无需收费或以低价进行收费的合理服务。询问员工您是否符合资格，以接受无需收费或以低价进行收费的服务。如果您认为因没有充分理由而被拒绝提供服务或考虑无需收费或降低费用的治疗，您可联系该医疗保健供应者的住院部或营业部，拨打 202-727-1000，通过全世呼叫中心致电州卫生计划和发展局。”

“如果您想提交投诉，可通过州卫生计划和发展局获得表格。”

该通知还应包含锡布利纪念医院针对无偿护理的资格标准总结。此通知应以英语、西班牙语以及构成哥伦比亚特区人口百分之十 (10%) 或以上（以人口统计局最近发布的数据为准）的家庭所使用的其他任何语言进行发布。锡布利纪念医院应对其认为无法阅读该通知的任何个人传达公布的通知

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	3页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

内容。

无偿护理可提供性的书面通知：

在锡布利纪念医院提供无偿护理财年的任意周期内，该医院应为向医院代表自己或他人寻求服务的每个人提供服务可提供性的书面通知。在提供服务前，锡布利纪念医院应提供书面通知，除了服务的紧急性质使提前提供通知变为不可能的情况。在紧急情况下，锡布利纪念医院应根据实际情况，尽快为患者或患者的至亲亲属提供书面通知。不应晚于服务的首次收款单的递交时间而提供该通知。该单独书面通知应提供以下内容：

“根据哥伦比亚特区法律，医疗保健供应者必须为社区内的所有人员提供服务。不允许该医疗保健供应者因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、相貌、性取向、家庭责任、录取入学、政治背景、身体缺陷、收入来源，或居住或营业地点。或因个人受如 Medicare 或 Medicaid 保护而对人员产生歧视。”

“同时要求该医疗保健供应者为无力支付的个人提供无需收费或以低价进行收费的合理服务。询问员工您是否符合资格，以接受无需收费或以低价进行收费的服务。如果您认为因没有充分理由而被拒绝服务或为了无需收费或低价治疗的考量，您可联系该医疗保健供应者的住院部或营业部，拨打 202-727-1000，通过全市呼叫中心致电州卫生计划和发展局。”

“如果您想提交投诉，可通过州卫生计划和发展局获得表格。”


该通知还应包含锡布利纪念医院对无偿护理制定的资格标准，寻求无偿护理的任何人可申请无偿护理的办公室位置以及锡布利纪念医院应针对人员是否可接受无偿护理的书面确认以及对确认的日期、周期而发布声明。如需表格示例，请参见附录 D。

无偿护理资格的书面判定：

锡布利纪念医院应提供无偿护理资格判定书面通知，以回应申请护理人员的每个无偿护理申请。应在人员申请无偿护理时亲自将通知提供其本人，或通过普通邮件邮寄至申请服务人员提供的地址。如果此人无法亲自接收通知，并且没有提供地址，锡布利纪念医院应在其设施中的显眼位置张贴可在锡布利纪念医院行政办公室提供人员资格状态信息的通知。

应及时为每个申请者制定无偿护理资格的书面判定。每份无偿护理资格判定均应包含以下声明：

- a) 锡布利纪念医院将有条件地提供或不提供无偿护理；
- b) 无偿护理不收取任何费用；
- c) 人员要求护理的日期；
- d) 判定制定日期；
- e) 年度个人或家庭收入（如适用）以及申请无偿护理人员的家庭人数；
- f) 服务提供或即将提供的日期；以及
- g) 拒绝提供服务的原因（如适用）。

	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	4页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

如果在服务提供前已提交申请，则锡布利纪念医院应在完成申请门诊服务的五个 (5) 个工作日内或在接受住院服务的患者出院前为无偿护理进行资格判定。如果在医院已提供门诊服务或住院患者出院后递交申请，锡布利纪念医院则应在完成下一个账单周期前制定资格判定。一般情况下，判定通知将在社区援助委员会计划的下一次会议的 5 天内制定出来。锡布利纪念医院可能会发布有条件的资格判定。此类判定应对申请无偿护理的个人符合资格所必须满足的条件进行声明。

高级副总裁/首席财务官有责任执行此政策。他/她应起草分配计划，以满足条例要求并监督其贯彻执行。高级副总裁/首席财务官将起草报告，以在每个财年结束后的 120 天内向 SHPDA 报告。支持锡布利纪念医院判定的文件应提供给大众，并报告给 SHPDA。此类文件应由高级副总裁/首席财务官保留，保留时间为特定财年的最后登记日期之后的五 (5) 年。应定期向总裁和董事会财务主管报告此锡布利纪念医院政策合规。

医院社区定义：


锡布利纪念医院为“社区内所有人”提供服务，包括根据哥伦比亚特区法定的无偿护理要求所要求的服务。此社区包括在医院服务区域居住或工作的人员，或需要紧急服务而在服务区域内进行探访的人员。社区援助计划将明显在医院服务区域外生活而申请选择性服务的人员明确排除在外。医院服务区域覆盖哥伦比亚特区以及马里兰和弗吉尼亚的大部分区域，为居住在西弗吉尼亚、特拉华和宾夕法尼亚的居民提供有限的服务。医院可能会要求申请者提供证明其符合医院社区定义的文件。

锡布利纪念医院将每年在其当地报纸上公布经济援助的可提供性，并将在患者登记点、住院/营业部、结算部和急诊科发布可提供性通知。将在医院网站上发布可提供性通知，在口语交流时提及该通知，还会将其附在患者账单上，寄送给患者。将在住院患者出院前将医院经济援助政策总结提供给患者，也将供所有患者索取。

在审查和记录患者的个人财务状况后，便可扩大经济援助。应包括对患者现有医疗费用和债务（包括任何坏账账户，除了那些以提交诉讼且获得判定的账户）以及任何计划的医疗费用审查。经济援助申请可能会向由收款代理管理账款的患者提供，经济援助申请和医疗财政困难援助仅适用于债务未被确定的账款。


对提供护理的医生的经济援助通知：

随附的附录 E 中提供了一份在 SMH 提供此政策中所定义的紧急护理和医疗上必要护理的医生清单。这份清单显示医生是否在此政策范围之内。如果医生不在此政策范围内，则患者应与医生办公室联系，以确定医生是否会提供经济援助，以及如果提供的话，其经济援助政策包括哪类援助。

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	5页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

定义

医疗债务	<p>医疗债务是指因医疗上的必要护理而产生的医疗成本中的自付费用，由霍普金斯医院向申请者开具帐单。自付费用不包括共付额、共同保险额和免赔额。医疗债务不包括为选择登记为“自愿性自费”(Self Pay) 的患者开具的医院账单（患者选择退出保险或拒绝保险计费）</p>
流动资产	<p>现金、证券、本票、股票、债券、美国储蓄债券、支票帐户、储蓄帐户、共同基金，定期存款、有保险退保解约金值的人寿保险保单、应收帐款、养老金福利或其他可立即兑换为现金的财产。患者主要居所中拥有 150,000 美元产权的避风港，不视为可兑换为现金的财产。任何其他不动产的产权都应被清算。流动资产不包括被美国国税局 (Internal Revenue Service) 授予退休金帐户税收优惠的退休资产，包括但不限于，符合《国内税法》(Internal Revenue Code) 资格的递延薪酬计划和不符合资格的递延薪酬计划。</p>
直系亲属	<p>如果患者是未成年人，直系亲属是指母亲、父亲、居住在同一家庭中的未婚的未成年兄弟姐妹（亲生或收养）。如果患者是成年人，直系亲属是指配偶或居住在同一家庭中的亲生或收养的未婚的未成年子女。</p>
医疗上的必要护理	<p>根据医疗实践的可接受标准，医疗治疗对于保护患者健康状态是绝对必要的，如果忽略，还能对患者的健康情况产生不利影响，并且治疗的主要目的不是为了患者的便利。在此政策中，医疗上的必要护理不包括美容手术。</p>
家庭收入	<p>患者和/或责任方的工资、薪金、收入、小费、利息、股息，企业分派、租金收入、退休金/养老金收入、社会保障福利以及美国国税局定义的居住在家庭中的所有直系亲属的其他收入。</p>
支持文件	<p>工资单； W-2； 1099； 工伤赔偿、社会保障或残疾判决授与通知书； 银行或经纪报表； 纳税申报单； 寿险保单； 不动产评估和信用机构报告、支持医疗债务的福利说明。</p> <p>对于紧急护理或其他医疗上的必要护理，符合经济援助资格的个人所支付的金额，不会超过拥有保险且涵盖此护理服务的个人所支付的一般收费金额。</p>

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	6页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

程序

1. 经济援助评估可以通过多种方式开始:

示例:

- 有结余余额的自付患者通知自付款收费方或收款代理他/她无法支付账单并请求援助。
- 没有保险的患者出现在门诊区，并声称他/她无法支付与其目前或之前的医疗服务相关的医疗费用。
- 医生或其他临床医师推荐患者接受住院或门诊服务的经济援助评估。
- 通过慈善诊所或其他机构，如天主教慈善会，根据经济援助计划，将患者转交给医院以接受服务

2. 每个临床或业务部门都将指定一人或多人来负责接受援助申请。这些人员可能是财务顾问、自付额收款专员、行政管理人员、客户服务人员等。

3. 指定人员将与请求经济援助的患者会面，以确定他们是否符合援助的初步标准。


- a. 所有医院申请应在完成申请门诊服务的五 (5) 个工作日内或在接受住院服务的患者出院前进行，且应对可能的资格进行判定。如果在医院已提供门诊服务或住院患者出院后，递交申请，锡布利纪念医院应在完成下一个账单周期前制定资格确定。一般情况下，判定通知将在社区援助委员会的计划的下一次会议的 5 天内制定。锡布利纪念医院可能会发出有条件的资格判定。此类判定应对申请无偿护理的个人符合资格所必须满足的条件进行声明。为了推进这一流程，每项申请都必须提供有关家庭规模和收入的信息（如 Medicaid 规章所规定的）。为了帮助申请人完成此流程，医院将提供一份条件性批准声明，此声明会让他们知道需要哪些文件才能够做出最终资格决定。

- b. 收到的申请将寄送给锡布利纪念医院或 JHHS 患者财务服务部专门的经济援助申请部门接受审查；可能获得资格的书面决定将发放给患者。


4. 若要确定最终资格，患者必须满足以下条件:

- a. 患者必须申请医疗援助，并充分配合医疗援助团队或其指定代理，除非财务代表能够轻易确定患者不符合资格要求。患者个人资料调查表（附录 B）用于确定患者是否必须申请医疗援助。如果患者有有效的医疗援助药房承保或 QMB 承保，患者可能不需要重新申请医疗援助，除非财务代表有理由认为患者可能会被授予全额医疗援助福利。

- b. 考虑其他资源的合格性，如捐赠基金、基金会外资源等。


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程</p>	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	7页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

- c. 所有的保险福利必须已经用尽。
5. 应尽可能提供一个申请流程。患者需要提供以下内容（如适用）：
- a. 填写完成的经济援助申请（附录 A）和患者个人资料调查表（附录 B）。
 - b. 最新的联邦所得税申报表副本（如果患者已婚并且是单独申报，则还需要一份配偶的纳税申报表副本，以及任何其他如 Medicaid 规章所规定的其收入被视为家庭收入的一部分的人员的纳税申报表副本）。
 - c. 任何其他如 Medicaid 规章所规定的其收入被视为家庭收入的一部分的人员最近三 (3) 个月的工资单副本（如果有工作）或其他收入证明。
 - d. 医疗援助决定通知（如适用）。
 - e. 残疾人收入证明（如适用）。
 - f. 其他申报费用的合理证明。
 - g. 如果失业，则需要合理的失业证明，如失业保险办公室的声明、当前财政支持来源的声明等...
6. 患者可能因保险不足或有过度医疗债务而符合获得经济援助资格。在定义部分中定义医疗债务。在患者提交了所有必需的信息后，财务顾问将审查和分析申请，并将申请转发给患者财务服务部，以根据 JHMI 准则进行最终资格判定。
- a. 如果申请被拒绝，患者有权要求重新考虑申请。财务顾问会将申请和附件转交给社区援助评估委员会以进行最后的评估和决策。
 - b. 如果患者的经济援助申请是基于过度医疗债务，或者如果财务顾问或指定人员确定存在情有可原的情况，财务顾问会将申请和附件转交给社区援助委员会。该委员会拥有批准或拒绝申请的决策权。交给委员会审查的经济援助申请预计会在申请被视为完整后 30 天内得到最终裁定。社区援助委员会将根据 JHHS 准则针对财务需要做出决定。
7. 每个临床部门都可以选择指定不给予经济援助的特定选择性手术。
8. 提供给登记为自愿性自费患者的服务不符合经济援助资格。
9. 在患者的经济援助被批准后，经济援助承保将在决定做出的当月和接下来的六 (6) 个日历月内有效。如果患者因为财政困难被批准了一定比例的补助，建议患者在经济援助期开始时进行一次诚信付款。当没有保险并且其收入水平在附录 B 中规定的医疗财政困难网格以内的患者提出申请时，锡布利纪念

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	8页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

医院应向患者提供付款计划。任何通过此政策制定的付款计划通常都不会超过两年。在特殊情况下，并且在指定管理者的批准下，付款计划可能会延长。

10. 假定经济援助资格。在有些情况下，患者可能看似符合经济援助资格，但却没有存档的经济援助表格。常常患者或其他提供者会提供充足的信息，这些信息可以提供足以证明可以向患者提供经济援助的证据。如果没有证据支持患者获得经济援助资格，JHHS 保留使用外部机构来确定预计收入金额的权利，以作为判定经济援助资格和潜在的降低护理成本的依据。确定之后，鉴于假定情况的固有性质，唯一可以授予的经济援助将是账款余额 100% 勾销。假定经济援助资格仅适用于患者的具体服务日期，不适用于六 (6) 个月的有效期。假定资格可能基于个人生活情况来判定。除非患者另符合 Medicaid 或 CHIP 资格，否则如果是经过经济情况调查的社会服务计划的受益人/领款人，患者将被视为拥有获得免费护理的假定资格，但前提是患者在服务开始日期后 30 天内提交参保证明。附录 A-1 列出了可使患者获得假定资格的生活情况。
11. 表明自己失业并且没有保险承保的患者需要提交一份经济援助申请，除非他们满足假定经济援助资格条件。如果患者符合 COBRA 承保资格，财务顾问将对患者支付 COBRA 保险费的经济能力进行审查，并向经济援助评估委员会提交建议。经济上有能力购买医疗保险的患者将被鼓励购买医疗保险，以作为确保获得医疗保健服务和保障他们的整体个人健康一种途径。
12. 如果患者账款已被分配给收款代理，并且患者或担保人申请了经济援助或看似符合经济援助资格，收款代理应通知 PFS，并应为患者/担保人转寄带说明的经济援助申请，以确保完成的申请能够被寄回 PFS 接受审核和决定，此外还应将账款保留 45 天，等待 PFS 的进一步指示。
13. 此经济援助政策不适用于已故患者，因为已故患者拥有资产，其被继承人遗产已经结清或应当结清。约翰斯·霍普金斯将对继承人财产提出索赔，此类索赔将服从遗产管理和适用的财产和信托法。

	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	9页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

参考¹

JHHS 财务政策与流程手册

保单号码 FIN017 - 签名授权：患者财务服务

保单号码 FIN033 - 分期付款

慈善医疗和坏账，AICPA 医疗保健审核准则

《联邦纪事》(Federal Register) 中规定的联邦贫困线（每年更新）

责任 - SMH

财务顾问（住院前/住院/院内/门诊）：了解援助资格的现行标准。

户服务收款员住院协调员

任何被指定接受经济援助申请的
财务代表

识别潜在申请者；必要时启动申请程序。如有必要，则需协助患者完成申请或计划特定表格。

在收到初步申请之日，发传真到患者财务服务部的专用传真号码，以判定获取资格的可能性。

审查初步申请、患者个人资料调查表和医疗财政困难申请（如果提交），以判定获取资格可能性。在收到初步申请后的五个工作日内（或在住院患者住院期间收到申请而出院前），将判定邮寄到患者最后已知的地址，或者如果患者目前正在住院，则将决定交付给患者。标记患者的账款注释。

如果因患者符合特定标准而不需要经济援助申请，标记患者的账款注释，并将其转交管理人员以接受审查。


审查并确保最终申请的完成。

将最终完成的申请交付给适当的管理层。

在所有适用的患者账款注释中记载所有交易。

识别可追溯的候选人；启动最终申请程序。

¹ 备注：《经济援助标准申请》、《患者个人资料调查表》和《医疗财政困难》已经制定。有关订购信息，请联系患者财务服务部。副本已附在本政策的附录 A、B 和 C 中。

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016 年 4 月 1 日
	主题	第	10 页, 共 24 页
	经济援助	代替	2013 年 6 月 28 日

管理人员 (主管/经理/主任)

审查最终完成的申请; 监控不需要申请的账款; 确定患者资格; 在收到完成的申请后 5 个工作日内向患者传达最终书面决定。如果患者符合降低成本的护理资格, 采用患者符合资格的最有利的费用优惠。

向不符合资格的患者建议其他可用的替代方案, 包括分期付款、银行贷款或考虑医疗财政困难计划 (如果患者未提交补充申请、附录 C)。[参见附录 B - 医疗财政困难援助指南。]

通知将不会寄送给有假定资格或经济援助的领款人。

财务管理人员 (高级主管/副财务主任或附属医院的同等职位人员)
社区援助委员会

审查和批准经济援助申请以及不需要申请且不会根据《JHHS 财政政策编号 FIN017 – 签名授权: 患者财务服务》中规定的签名授权而自动注销的账款。

发起人

高级主管, 患者财务 (JHHS)
高级主管, 收入周期 (SMH)


审查周期

两 (2) 年

批准


JHH 和 JHHS 的高级财务副总裁/财务主任和首席财务官

日期

	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	11页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

附录 A
经济援助计划资格指南

1. 每个申请经济援助的人都必须填写一份锡布利纪念医院经济援助申请，即附录 A 和患者个人资料调查表（附录 B）。如果患者希望获得医疗财政困难资格，他/她还必须提交医疗财政困难申请（附录 C）。
2. 说明家庭规模和家庭收入（按 Medicaid 规章规定）的初步申请将被接受，获取资格可能性的决定将在接受申请后两个工作日内做出。
3. 患者必须申请医疗援助，并充分配合医疗援助团队或其指定代理，除非财务代表能够容易地确定患者将不符合资格要求。患者个人资料调查表（参见附录 B）已经制定，用于确定患者是否必须申请医疗援助。如果患者有有效的医疗援助药房承保或 QMB 承保，患者可能不需要重新申请医疗援助，除非财务代表有理由认为患者可能会被授予全额医疗援助福利。
5. 收入证明必须与最终申请一同提供。可接受的证明包括：
 - (a) 上一年的纳税申报表；
 - (b) 目前的工资单；
 - (c) 雇主信函，或者如果失业，证明失业状态的文件；以及
 - (d) 由 JHM 附属医院和/或患者财务服务部获得的信用机构报告。
6. 如果患者最多家庭人员（丈夫和妻子）收入（根据 Medicaid 条例定义）水平未超过锡布利纪念医院的标准（与联邦贫困线相关），则符合经济援助资格。
7. 应在使用经济援助前使用所有保费资金、其他津贴或类似计划资金。所有经济来源包括保险、医疗援助以及患者可能符合资格的所有其他应得权益计划。
8. 选择自愿性自费的患者针对任何登记为自愿性自费的欠费都不符合经济援助申请资格。
9. 经济援助不适用于非必要服务，例如具有非医疗必要性的美容手术、便利用品和私人病房住宿。非医院费用应由患者支付。如果就住院是为“可选择”或“必要”服务而产生的问题，则必须向患者的入院医生咨询。有关必要性的问题可直接向医院指定的医生顾问咨询。
10. 每个附属医院将在收到圆满完成并提交的申请后五 (5) 天内或在住院患者住院期间收到申请而出院前决定经济援助的最终资格。
11. 最终资格判定的文件将针对患者所有账款（未结余额）记录。决定通知将被寄送给患者。


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程</p>	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	12页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

12. 基于提交的经济援助申请对经济援助资格做出的判定将在六 (6) 个月期限内针对 JHM 附属医院提供的必要的所有服务有效 (从决定函日期起开始计算)。目前正获得一家 JHM 附属医院的经济援助的患者将不再需要重新申请另一家附属医院的经济援助。然而, 资格标准和福利水平将根据附属医院而有所不同。

13. 所有对经济援助资格申请的判定将只由锡布利纪念医院决定。

例外


收入周期高级主管 (或附属医院同等部门) 可以根据患者个人情况做出例外决定。

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程</p>	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	13页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

免费或降低费用护理经济援助网络

经济援助津贴 判定表 生效日期 2016年3月1日				
家庭 人数	补贴范围的家庭收入上限			
	FPL X 1	FPL X 2	FPL X 3	FPL X 4
1	\$ 11,880	\$ 23,760	\$ 35,640	\$ 47,520
2	\$ 16,020	\$ 32,040	\$ 48,060	\$ 64,080
3	\$ 20,160	\$ 40,320	\$ 60,480	\$ 80,640
4	\$ 24,300	\$ 48,600	\$ 72,900	\$ 97,200
5	\$ 28,440	\$ 56,880	\$ 85,320	\$ 113,760
6	\$ 32,580	\$ 65,120	\$ 97,740	\$ 130,320
7	\$ 36,730	\$ 73,460	\$ 110,190	\$ 146,920
8*	\$ 40,890	\$ 81,780	\$ 122,670	\$ 163,560
为每个额外家庭成员增加:	\$ 4,160	\$ 8,320	\$ 12,480	\$ 16,640
津贴	100%	100%	100%-95AGB	100% - AGB
预计支付	0%	0%	AGB 的 95%	AGB

向拥有保险的个人收取的一般收费金额，“AGB”通常会使用“回溯法”进行计算，其定义为，已由 Medicare 以及所有私人医疗保险作为这些赔付额的主要支付者为医院支付的紧急和其他医疗上必要的护理的所有赔付额，在各个情况下，应将以共同保险或免赔额形式支付给医院的金额计算在内。锡布利纪念医院将至少每年对 AGB 百分比进行计算，即审查在之前 12 个月内所有全额支付的赔付额。一旦确定，AGB 百分比将在不迟于 12 个月周期结束后的 45 天内实行。


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016 年 4 月 1 日
	主题	第	14 页, 共 24 页
	经济援助	代替	2013 年 6 月 28 日

附录 A-1

假定经济援助资格

在有些情况下，患者可能看似符合经济援助资格，但却没有存档的经济援助表格。常常患者或其他提供者会提供充足信息，这些信息可以提供足以证明可以向患者提供经济援助的证据。如果没有证据支持患者获得经济援助资格，JHHS 保留使用外部机构来确定预计收入金额的权利，以作为判定经济援助资格和潜在的降低护理成本的依据。在确定后，鉴于假定情况的固有性质，唯一可以授予的经济援助将是账款余额 100% 勾销。假定经济援助资格仅适用于患者的具体服务日期，不适用于六 (6) 个月的有效期。假定资格可能基于个人生活情况来判定，可能包括：

- 有效的医疗援助药房承保
- QMB 承保/SLMB 承保
- 初级承认保健计划 (PAC) 承保
- 无家可归
- 医疗援助和 Medicaid 管理式医疗 (Managed Care) 患者在急诊室获得的、超过这些计划承保范围的服务。
- 公共卫生“紧急请求”(Emergency Petition) 患者
- 参加妇女、婴儿和儿童计划 (WIC)
- 补充营养援助计划 (SNAP) 或符合食品券资格
- 符合其他州或本地援助计划资格，其财务资格等于或低于联邦贫困线的 200%
- 患者已去世，且没有已知的遗产

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	15页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

附录 B 医疗经济困难援助指南

目的

这些指南旨在提供对经济援助的单独、补充性判定。这种判定将提供给所有申请经济援助的患者。

医疗财政困难援助向不符合此政策正文部分描述的 100% 经济援助资格、但满足以下条件的患者提供：

- 1.) 在十二 (12) 个月内发生的医疗债务超过了家庭收入的 25%，并构成了医疗财政困难；以及
- 2.) 符合此类援助级别的收入标准的患者。

对于符合经济援助标准规定的降低成本护理资格、并同时符合医疗财政困难援助指南资格的患者，锡布利纪念医院将采用对患者最有利的费用优惠。

医疗财政困难是指一个家庭在十二 (12) 个月内因医疗上的必要治疗而产生的医疗债务超过了家庭收入的 25%。


医疗债务是指因医疗上的必要治疗而产生的医疗成本中的自付费用，由霍普金斯医院向申请者开具帐单。以上提及的自付费用不包括共付额、共同保险额和免赔额。

患者/担保人可以在提交“锡布利纪念医院经济援助申请”，即附录 A) 和患者个人资料调查表 (附录 B) 时一并提交医疗财政困难援助申请 (附录 C)，从而申请获得此类判决。患者担保人还必须提交申请日期前十二 (12) 个月内的家庭收入的财务证明，以及证明医疗债务至少达到家庭收入的 25% 的文件记录。

在患者的医疗财政困难援助被批准后，医疗财政困难援助将在决定做出的当月和接下来的十二 (12) 个日历月内有效。医疗财政困难援助将为与患者居住在同一家庭中的直系亲属承保。在最初获得降低成本的医疗上的必要护理之日起十二 (12) 个月内，当患者和其直系亲属在相同的医院寻求后续治疗时，患者和其直系亲属仍将有资格获得降低成本的医疗上的必要护理。承保不适用于美容手术。然而，患者或与患者居住在同一家庭中的直系亲属必须在登记或住院时告知医院他们具有降低成本的医疗上的必要护理资格。

医疗财政困难援助申请一般条件：

1. 患者收入在联邦贫困线的 500% 以下。
2. 患者已用尽了所有保险。
3. 对于选择登记为自愿性自费的患者，其账目余额不应计入医疗财政困难援助考虑的医疗债务。
4. 患者/担保人没有可用于支付他们的 JHHS 附属医院账单的超过 10,000 美元的流动资产*。
5. 患者不符合以下任何资格：
 - 医疗援助
 - JHM 附属医院提供的其他形式的援助

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	16页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

6. 患者不符合锡布利纪念医院经济援助计划资格，或符合资格但医疗财政困难计划可能对患者更有利。
7. 附属医院有权要求患者提交更新的支持文件。
8. 对于经济援助不涵盖的金额，允许的最大支付期限为三 (3) 年。
9. 如果符合联邦资格的 Medicaid 患者需要一种 Medicaid 不批准的治疗，但该患者可能符合医疗财政困难援助的承保资格，则患者仍需要提交 JHHS 医疗财政困难援助申请，但不需要提交重复的支持文件。

考虑因素

以下因素将在评估医疗财政困难援助申请时加以考虑：


- 在提出医疗财政困难申请之前的十二 (12) 个月内，在提出申请的霍普金斯治疗机构产生的医疗债务。
- 流动资产（从中留出 10,000 美元）
- 在财政困难援助申请日期之前十二 (12) 个日历月内的家庭收入：
- 支持文件

例外

收入周期高级主管或（附属医院的同等部门）指派者可以根据个人情况做出例外决定。

评估方法及过程

1. 财务顾问将审查由患者/担保人一方提供的医疗财政困难援助申请和附带文件。
2. 财务顾问随后将填写一份医疗财政困难援助工作表（位于申请的底部），以确定是否符合此计划的特别考虑资格。通知和审批流程将使用与此政策“经济援助计划”部分中描述的相同的程序。

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	约翰·霍普金斯健康系统 (Johns Hopkins Health System) 政策与流程	政策编号	FIN034E
		生效日期	2016年4月1日
	主题	第	17页, 共24页
	经济援助	代替	2013年6月28日

医疗财政困难网格

经济援助津贴判定表			
生效日期 2016年3月1日			
家庭人数	收入水平**		
	* FPL 的 300%	FPL 的 400%	FPL 的 500%
1	\$ 35,640	\$ 47,520	\$ 59,400
2	\$ 48,060	\$ 64,080	\$ 80,100
3	\$ 60,480	\$ 80,640	\$ 100,800
4	\$ 72,900	\$ 97,200	\$ 121,500
5	\$ 85,320	\$ 113,760	\$ 142,200
6	\$ 97,740	\$ 130,320	\$ 162,900
7	\$ 110,190	\$ 146,920	\$ 183,650
8*	\$ 122,670	\$ 163,560	\$ 204,450
为每个额外的家庭成员增加:	\$ 12,480	\$ 16,640	\$ 20,800
预计支付最高为:	总家庭收入的 25%		



3910 Keswick Road, Suite S-5100
Baltimore, MD 21211

无偿服务 资格判定 申请

通知：提供无偿护理及社区服务

“根据哥伦比亚特区法律，医疗保健供应者必须为社区内的所有人提供服务。不允许该医疗保健供应者因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、相貌、性取向、家庭责任、录取入学、政治背景、身体缺陷、收入来源，或居住或营业地点，或因个人受如 **Medicare** 或 **Medicaid** 保护而对人产生歧视。

同时要求该医疗保健供应者为无力支付的个人提供无需收费或以低价进行收费的合理服务。询问员工您是否符合资格以接受无需收费或以低价进行收费的服务。如果您认为因没有充分理由而被拒绝服务或为了无需收费治疗的考量，您可联系该医疗保健供应者的住院部或营业部，拨打 **202-727-1000** 通过全市呼叫中心致电州卫生计划和发展局。

如果您想提交投诉，可通过州卫生计划和发展局 获取表格。

无偿服务资格判定申请

申请日期: _____

患者姓名: _____ 出生日期: _____

配偶姓名: _____ 出生日期: _____

地址: _____

电话号码: _____ 电子邮件: _____

患者社会保险号码: _____

配偶社会保险号码: _____

家属:

姓名	年龄	与患者的关系

收入 (每月)

工资: _____ 养老金: _____

政府援助 _____ 股权: _____

社会保险: _____ 股息: _____

失业
补偿金 _____ 工伤
赔偿 _____

赡养费: _____ 其他: _____

子女抚养费: _____ 其他: _____

租金: _____ 其他: _____

就业:

患者雇主姓名: _____

患者雇主地址: _____

患者雇主电话号码: _____

配偶雇主姓名: _____

配偶雇主地址: _____

配偶雇主电话号码: _____

医院保险: (包括 MEDICARE、MEDICAID、商业保险)

保险公司名称: _____

群组号码: _____ 保单号码: _____

保险公司名称: _____

群组号码: _____ 保单号码: _____

资产: (请检查适当的资产)

_____ 现金/支票/存款
账户..... 金额: \$ _____

_____ 股票/债券/
证券..... 金额: \$ _____

_____ 不动产..... 金额: \$ _____

_____ 其他(车、活动房屋、
等)..... 金额: \$ _____

对“其他”的描述 _____

附录 D

为无力支付的人提供的医疗护理

锡布利纪念医院社区援助计划

根据特区法律，锡布利纪念医院有义务为社区内的所有人提供服务。不允许锡布利纪念医院因患者或服务申请人的种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、相貌、性取向、家庭责任、录取入学、政治背景、身体缺陷、收入来源，或居住或营业地点，或因个人受如 Medicare 或 Medicaid 保护而对人产生歧视。”锡布利纪念医院同样有义务为无力支付的个人提供无需收费或以低价进行收费的合理服务。

如果您想要为您的医院账单申请经济援助，请联系住院部的财务顾问，电话为 202-537-4160 或 202-537-4161。将需要您填写申请，申请中包含您的家庭人数、家庭收入，家庭支出及其他个人数据信息。这些信息由委员会进行审查并进行判定。在判定您的经济援助资格时，医院应使用联邦贫困线为标准。在医院收到填写完整的申请以及所有所需文件后的 30 天内，将发送您的书面资格判定给您。对于紧急护理或其他医疗上的必要护理，符合经济援助资格的个人所支付的金额，不会超过拥有保险且涵盖此护理服务的个人所支付的一般收费金额。

如果您认为您被不当地拒绝服务，请联系锡布利纪念医院财务顾问办公室，电话为 202-537-4160 或 202-537-4161，或拨打 202-442-5875（或将书面通知发送给医疗保健供应商的 SHPDA 指定的其他电话号码）致电特区卫生计划和发展局。

附录 C 医疗财政困难申请

医院名称: _____

患者姓名: _____

患者地址: _____
(包括邮编)

医疗记录编号: _____

日期: _____

在此申请日期之前十二 (12) 个日历月内的家庭收入: _____

在此申请日期之前十二 (12) 个日历月内在约翰·霍普金斯医院产生的医疗债务 (不包括共付额、共同保险额和免赔额):

服务日期	欠款金额
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

所有提交的文件都将成为此申请的一部分。
据我所知所信, 申请时提交的所有信息都是真实、准确的。

申请人签名 日期: _____

与患者的关系

内部使用: _____

审核者: _____ 日期: _____

收入: _____ 收入的 25% = _____

医疗债务: _____ 补贴百分比: _____

减免: _____ 尚欠余额: _____

每月付款金额: _____ 付款计划持续时长: _____ 个月

附录 B 患者财务服务 患者个人资料调查表

医院名称: _____

患者姓名: _____

患者地址: _____
(包括邮编)

医疗记录编号: _____

1. 患者的年龄是? _____

2. 患者是否是美国公民或永久居民? 是或不是

3. 患者是否怀孕? 是或不是

4. 患者是否有与其一起生活的 21 岁以下的儿童/青少年? 是或不是

5. 患者是否失明, 或患者是否可能 12 个月或更久无法从事有报酬的工作? 是或不是

6. 患者目前是否领取 SSI 或 SSDI 福利? 是或不是

7. 患者(如果患者已婚, 患者的配偶)是否有总额不超过以下金额的银行帐户或可转换为现金的资产? 是或不是

家庭规模:

个人: 2,500.00 美元

两个人: 3,000.00 美元

对于每个额外的家庭成员, 增加 100.00 美元

(示例: 对于一个四口之家, 如果你们的总流动资产低于 3,200.00 美元, 您可以回答“是”。)

8. 患者是否是马里兰州居民? 是或不是
如果患者不是马里兰州居民, 患者居住在哪个州? _____

9. 患者是否无家可归? 是或不是

10. 患者是否参与 WIC? 是或不是

11. 家庭中是否有参加免费或减价午餐计划的儿童? 是或不是

12. 家庭是否参加了低收入能源援助计划? 是或不是

13. 患者是否领取 SNAP/食品券? 是或不是

14. 患者是否加入了 Healthy Howard 并被转介给 JHH 是或不是

15. 患者目前是否有?
 仅医疗援助药房 是或不是
 QMB 承保/SLMB 承保 是或不是

16. 患者是否就业? 是或不是
如果没有, 失业的日期。 _____

有资格获得 COBRA 医疗保险承保? 是或不是