 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i>	<i>Страница</i>	1 из 20
	ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

РЕГЛАМЕНТ

Настоящий регламент применяется в следующих учреждениях некоммерческой организации «Корпорация медицинских учреждений Джона Хопкинса» (The Johns Hopkins Health System Corporation, JHNS): Многопрофильная больница округа Ховард (Howard County General Hospital, HCGH) и больница Сабербан Хоспитал (Suburban Hospital, SH).

Цель

Цель JHNS — предоставление финансовой помощи на медицинское обслуживание пациентам, которые в ней нуждаются, но не имеют страховки или застрахованы на небольшую сумму, не соответствуют критериям для получения финансовой помощи от государства или неспособны оплатить свое лечение по каким-либо иным причинам, исходя из их финансового положения.

Медицинские учреждения Джона Хопкинса предоставляют финансовую помощь на основании низкого дохода пациента или при наличии чрезмерного долга по оплате медицинских услуг для пациентов, которые удовлетворяют определенным финансовым критериям и подают запрос на получение такой помощи. Цель настоящего изложения принципов деятельности медицинских учреждений Джона Хопкинса — описание процедуры подачи заявки на получение финансовой помощи, критерии для ее получения и шаги по обработке каждой заявки.


Больницы JHNS будут ежегодно публиковать информацию о возможностях финансовой помощи в местных газетах, а также отправлять уведомления о ней в регистратуры больниц, приемные отделения и отделения медицинского страхования, а также в бухгалтерии и в отделения интенсивной терапии каждого учреждения. Уведомления о доступности финансовой помощи будут публиковаться на сайтах каждой больницы, кроме того, информация будет распространяться в устной форме и печататься на квитанциях на оплату медицинских услуг. Информационный листок для пациента о порядке оплаты счетов и получения финансовой помощи будет предоставляться в стационарах перед выпиской и будут выдаваться всем пациентам по их просьбе.

Финансовая помощь может быть предоставлена после изучения и документирования личного финансового положения пациента. Анализ возможности получения помощи в рамках Программы финансовой помощи при тяжелом финансовом положении (Medical Financial Hardship Assistance) включает в себя анализ текущих затрат пациента на медицинское обслуживание и его обязательств, включая любые задолженности, классифицируемые как безнадежный долг, а также анализ ожидаемых медицинских расходов. Заявления на получения финансовой помощи и на получение Финансовой Помощи при Тяжелом Финансовом Положении могут быть предложены пациентам, чьи задолженности находятся в коллекторских агентствах, но по которым судебные решения еще не были приняты, при условии соответствия пациента другим критериям для получения помощи.

ПРИМЕЧАНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ:

В ПРИЛОЖЕНИИ D представлен список врачей, оказывающих неотложную и иную медицинскую помощь в больницах HCGH и SH, согласно определениям, принятым в настоящем регламенте. В списке указано, покрывается ли стоимость услуг конкретного специалиста в рамках настоящей программы. Если в списках программы специалист не указан, пациентам следует обратиться в офис этого врача и выяснить, предлагает ли он финансовую помощь и если да, то каковы ее размеры.

Определения

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i> FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i> 01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i> 2 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i> 23-10-13


Долг за медицинские услуги Долг за медицинские услуги определяется как фактические расходы на услуги медицинского характера, счет за которые предъявляет больница, входящая в «Корпорацию медицинских учреждений Джона Хопкинса», в которую подается заявка на получение медицинской помощи. Фактические расходы не включают в себя внесение оплаты и процентов совместно со страховой компанией или нестрахуемый минимум за исключением случаев, когда страховка была приобретена пациентом по плану медицинского обеспечения, отвечающему требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы (Qualified Health Plan) и пациент удовлетворяет критериям для получения финансовой помощи. Долг за медицинские услуги не включает в себя те медицинские счета, по которым пациент зарегистрирован как добровольно оплачивающий медицинские услуги самостоятельно (т.е. если он отказывается от страховки или выставления счетов страховой компании).

Ликвидные активы Наличные средства, ценные бумаги, долговые обязательства, акции и облигации, сберегательные облигации США, сберегательные облигации, совместные фонды, депозитные сертификаты, полисы страхования жизни с выкупной стоимостью, дебиторские задолженности, пенсионные пособия и другое имущество, которое можно немедленно конвертировать в наличные средства. Минимальный капитал в размере \$150 000, вложенный в основное место жительства пациента не считается ликвидным активом. Капитал, вложенный в любую другую недвижимость, подлежит ликвидации. Ликвидные активы не включают в себя пенсионные накопления, к которым налоговыми органами применяется льготная система налогообложения, так они представляют собой пенсионные счета, включая, в частности, план выплат заработной платы с отсрочкой выплат компенсации, предусмотренный Налоговым Кодексом США, или план с отсрочкой выплат компенсации для случаев, не удовлетворяющих требованиям Налогового Кодекса США.

Члены семьи Если пациент является несовершеннолетним, то членами семьи считаются мать, отец, а также неженатые (незамужние) несовершеннолетние, родные или усыновленные брат или сестра, проживающие на одной жилплощади с пациентом. Если пациент совершеннолетний, то членами семьи считаются супруг(а), а также родные или усыновленные, неженатые (незамужние) несовершеннолетние дети, проживающие на одной жилплощади с пациентом.

Медицинская помощь Медицинское лечение совершенно необходимо для защиты здоровья пациента не только с точки зрения его удобства, но и с точки зрения общепринятых стандартов медицинской практики. Отсутствие лечения может негативно сказаться на здоровье пациента. В рамках настоящего регламента понятие медицинской помощи не подразумевает медицинские процедуры необязательного характера или косметические процедуры.

Доход семьи Под «доходом семьи» понимаются зарплаты, любые заработки и доходы, чаевые, проценты, дивиденды, корпоративные распределения, доход от аренды, пенсия, социальные пособия и другие виды дохода, согласно определению, данному в Налоговой Службе, для всех членов семьи, проживающих на определенной жилплощади.

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i> FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i> 01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i> 3 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i> 23-10-13

Подтверждающая документация

Квитанции о начислении заработной платы; формы W-2 и 1099; письма о получении социальных льгот или присвоении инвалидности; выписки из банковских счетов или брокерское вознаграждение; налоговые декларации; полисы страхования жизни; оценки недвижимости и отчеты кредитных бюро, пояснения к льготам для обоснования наличия долга за медицинские услуги.

План медицинского

обеспечения, отвечающего требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы (Qualified Health Plan) Согласно Закону о доступном медицинском обслуживании, вступившему в силу в 2014 г., в рамках плана медицинского страхования, сертифицированного на рынке медицинского страхования, предоставляются основные медицинские услуги, соблюдаются стандартные лимиты распределения стоимости (например, нестрахуемый минимум, совместная оплата и максимальные фактические расходы пациента) и соблюдаются другие требования. План медицинского обеспечения, отвечающего требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы, должен быть сертифицирован в каждом страховом учреждении, где он реализуется.

ПРОЦЕДУРЫ

1. Анализ данных для получения финансовой помощи может начинаться несколькими путями:


Например:

- При наступлении срока оплаты пациент с задолженностью, по которой имеется обязательство по самостоятельной выплате, уведомляет специалиста по взысканию задолженности или коллекторское агентство, что он не в состоянии оплатить счет и просит помощи.
- Пациент приходит в клинику без страховки и заявляет, что он не в состоянии оплатить медицинские расходы, связанные с текущими или ранее полученными медицинскими услугами.
- Терапевт или другой врач-консультант направляет пациента для оценки возможности получения финансовой помощи для оплаты стационарного или амбулаторного лечения.

2. Каждое лечебное отделение или административный отдел обязаны назначить сотрудника или сотрудников, ответственных за прием заявок на получение финансовой помощи. Этими сотрудниками могут быть финансовые консультанты, специалисты по взысканию задолженностей, администраторы, Отдел по работе с клиентами и т.д.


3. Ответственные сотрудники могут встречаться с пациентами, которые подают запрос на получение финансовой помощи, для определения их соответствия предварительным критериям для ее получения.

- a. Все заявки на получение финансовой помощи, которые подаются в больницу, должны быть рассмотрены в течение двух рабочих дней и в связи с ними должно быть принято решение. Для упрощения этого процесса каждый заявитель обязан подать информацию о размере семьи и ее доходах, как указано в правилах программы «Медикэйд» (Medicaid). Чтобы помочь пациентам завершить процедуру подачи заявки, им выдается заявление об условном утверждении заявки, в котором перечисляются все документы, которые требуется заполнить


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i>	4 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

на завершающем этапе определения возможности получения ими помощи.

- b. Полученные заявки направляются в Отдел финансового обслуживания пациентов JHHS на рассмотрение. Пациенту выдается письменное заключение относительно вероятности получения им финансовой помощи.
 - c. В многопрофильной больнице округа Ховард поданные на рассмотрение заполненные заявки со всей подтверждающей документацией проходят процедуру заверения подписями ответственных лиц. После утверждения и подписания заявки для дальнейшего продвижения ее направляют в Отдел финансового обслуживания пациентов JHHS, сотрудники которого отправляют пациенту письмо по электронной почте, в котором сообщают ему о том, что он соответствует критериям для получения финансовой помощи.
4. Чтобы окончательно решить, может ли пациенту быть предоставлена финансовая медицинская помощь, он должен соответствовать следующим критериям:
- a. Пациент должен подать заявку на получение финансовой помощи Medicaid или страховки в рамках программы QHP и в полной мере сотрудничать с командой специалистов Medicaid или ее уполномоченным сотрудником, если финансовый представитель сразу не примет решения о несоответствии пациента критериям для получения финансовой помощи. Анкета пациента (Приложение В) используется для определения того, должен ли пациент подавать заявку на получение медицинской помощи Medicaid. Если пациент получает финансовую помощь Medicaid в рамках программы финансовой помощи на покупку лекарств или включен в Программу для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB), необходимо повторно подать заявку на получение финансовой помощи Medicaid, за исключением случаев, когда финансовый представитель имеет основания полагать, что пациенту может быть предоставлен полный пакет медицинской помощи.
 - b. Все страховые выплаты должны быть израсходованы.
5. По мере возможности, процедура подачи заявки будет действительна для всех больниц JHHS штата Мэриленд. Пациенту необходимо предоставить следующие документы:
- a. Заполненную Заявку на получение финансовой помощи (Приложение А) и Анкету пациента (Приложение В).
 - b. Копия последней налоговой декларации (если пациент женат/замужем, но подает налоговые декларации отдельно от супруга, необходимо также приложить копию налоговой декларации супруга/супруги, а также налоговые декларации любых других лиц, которые считаются членами семьи, согласно определению, данному в правилах программы Medicaid).
 - c. Копия последних трех (3) квитанций о начислении заработной платы или другое подтверждение дохода иных лиц, чей доход считается частью дохода семьи, согласно определению, данному в правилах программы Medicaid.
 - d. Уведомление о вынесенном решении относительно получения медицинской помощи Medicaid (если применимо).
 - e. Подтверждение наличия страховки на случай утраты трудоспособности (если применимо).


 JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i>	<i>Страница</i>	5 из 20
	ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

- f. Разумные доказательства других задекларированных расходов.
- g. Лица, не являющиеся гражданами США, должны заполнить Заявку на получение финансовой помощи (Приложение А). Кроме того, финансовый консультант свяжется с консульством США в стране проживания пациента. Консульство США должно предоставить информацию относительно общей стоимости имущества пациента. Однако уровень детальности информации о финансовом положении пациента варьирует в зависимости от страны. После получения информации из консульства США финансовый консультант встречается с Директором, специалистом отдела по управлению финансовой информацией пациента и/или Финансовым Директором (в многопрофильной больнице округа Ховард, HCGH) или с Директором Отдела финансового обслуживания пациентов (PFS) и/или Финансовым Директором (в больнице Сабербан Хоспитал, SH), чтобы выяснить необходимость дополнительной информации.
- h. Если пациент безработный, необходимо предоставить доказательство, например, справку из Управления страхования по безработице, справку об источнике дохода и пр.
6. Пациент может соответствовать критериям для получения финансовой помощи Medicaid как по причине недостаточной страховки, так и по причине чрезмерного долга за медицинские услуги. Долг за медицинские услуги определяется как фактические расходы, включая совместную оплату медицинских услуг, совместное страхование и нестрахуемый минимум, за медицинские услуги, счет за предоставление которых выставляется больницами JHHS, за исключением случаев, когда пациент приобрел страховку в рамках Плана медицинского обеспечения, отвечающего требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы (Qualified Health Plan) и удовлетворяет критериям для получения такой страховки. После того, как пациент предоставил всю необходимую информацию, финансовый консультант рассматривает и анализирует заявку, после чего направляет ее в Отдел финансового обслуживания пациентов для вынесения окончательного решения на основании руководящих принципов JHMI. В больнице HCGH финансовый консультант направляет заявку Директору и в отдел управления финансовой информацией пациента на рассмотрение и для принятия окончательного решения по поводу соответствия пациента критериям для получения финансовой помощи, согласно правилам JHMI.
- a. Если заявка отклонена, пациент имеет право подать запрос на повторное рассмотрение заявки. Финансовый консультант направляет заявку и приложения на повторное рассмотрение Финансовому Директору (в HCGH) или Директору отдела финансового обслуживания пациентов и Финансовому Директору (в SH) для окончательной оценки и принятия решения.
- B. Если заявка на получение финансовой помощи обосновывается наличием чрезмерного долга за медицинские услуги или при наличии уважительных причин, которые определяются финансовым консультантом или ответственным лицом, финансовый консультант направляет заявку и приложения на повторное рассмотрение в отдел управления финансовой информацией пациента и Финансовому Директору (в HCGH) или Директору отдела финансового обслуживания пациентов и Финансовому Директору (в SH). Комитетом назначается ответственное лицо с правом утверждения или отклонения заявок. Ожидается, что окончательное решение относительно заявки на получение финансовой помощи, которая находится на рассмотрении Директора отдела управления финансовой информацией пациента и Финансового Директора (в HCGH) или Директора отдела финансового обслуживания пациентов и Финансового Директора (в SH), будет вынесено не позднее чем через 30 дней с даты, когда заявка считается полностью оформленной, т.е. были поданы все документы, включенные в заявку, в полном объеме. Директор отдела управления финансовой

 JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i> FIN034H
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Дата вступления в силу</i> 01-04-16
		<i>Страница</i> 6 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i> 23-10-13


информацией пациента и Финансовый Директор (в HCGH) или Директор отдела финансового обслуживания пациентов и Финансовый Директор (в SH) основывают свое решение относительно необходимости финансовой помощи на правилах JHNS.

7. Каждый отдел больницы имеет право выбирать некоторые медицинские процедуры необязательного характера, на которые финансовая помощь не распространяется.
8. На услуги, которые предоставляются пациентам, зарегистрированным как самостоятельно оплачивающие медицинское обслуживание, финансовая помощь не распространяется.
9. Программы, действующие в том или ином отделении больницы по гранту или совместно с другим управляющим органом (например, программа в области психиатрии) могут продолжать использовать процедуру подачи заявок, спонсируемых правительством и связанную с ней шкалу распределения доходов.
10. После того, как пациент был утвержден на получение финансовой помощи, такая помощь будет предоставляться в месяц вынесения решения о предоставлении помощи и следующие шесть (6) календарных месяцев. Если пациенту предоставлена процентная скидка с налога в связи с тяжелым финансовым положением пациенту рекомендуется сделать гарантийный взнос в начале периода получения финансовой помощи. По запросу пациента, не имеющего страховки и чей уровень дохода попадает в шкалу доходов для получения финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением (Medical Financial Hardship Income Grid, см. Приложение B), JHNS составляет план выплат для конкретного пациента. Любой график выплат, разработанный в рамках настоящего регламента, как правило, не рассчитан на период, превышающий два года. В чрезвычайных обстоятельствах и после утверждения ответственного менеджера длительность периода выплат может быть увеличена.
11. Предположительное соответствие критериям для получения финансовой помощи (Presumptive Financial Assistance Eligibility) Встречаются случаи, когда пациент может удовлетворять требованиям для получения финансовой помощи, но к его документам форма для получения финансовой помощи не приобщена. Часто имеется адекватная информация, предоставленная пациентом или полученная из других источников, которая может служить достаточным обоснованием предоставления пациенту финансовой помощи. В случае отсутствия данных, подтверждающих соответствие пациента критериям для получения финансовой помощи, JHNS оставляет за собой право прибегать к услугам сторонних организаций для определения размера дохода пациента в качестве основания для определения его удовлетворения критериям для получения финансовой помощи и возможности льготных тарифов на медицинское обслуживание. В силу самой природы предполагаемых обстоятельств единственный тип финансовой помощи, который может быть предоставлен в данном случае, после определения уровня дохода пациента, — это 100% списание остатка на счету, т.е. полная ликвидация долга пациента. Финансовая помощь при наличии предполагаемого соответствия пациента критериям для ее получения распространяется только на дату получения пациентом услуги и не действует в течение шести (6) месяцев. Предположительное соответствие критериям для получения финансовой помощи может быть определено на основании жизненных обстоятельств пациента. При отсутствии каких-либо других критериев для получения помощи Medicaid или участия в Программе медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP) пациенты, получающие льготы по какой-либо программе социального обслуживания с учетом материального положения из списка Комиссии по вопросам стоимости медицинских услуг (Health Services Cost Review Commission) в Своде законов штата Мэриленд (COMAR 10.37.10.26 A-2), считаются предположительно удовлетворяющими критериям для получения бесплатного медицинского обслуживания при условии подачи заявки на участие в программе не позднее, чем через 30 дней после получения

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i> FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i> 01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i> 7 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i> 23-10-13

услуги. Эти 30 дней могут быть продлены до 60 дней, если пациент или его представитель подаст запрос о предоставлении дополнительных 30 дней. В Приложении А-1 представлен список жизненных обстоятельств, кроме указанных в вышеуказанных нормативах, при наличии которых пациент может считаться предположительно удовлетворяющими критериям для получения бесплатного медицинского обслуживания.

12. Заявки на получение финансовой помощи могут направляться самими пациентами с открытыми или неоплаченными счетами за услуги больницы или от их имени.
13. Безработным пациентам, не имеющим страховки, необходимо будет предоставить Заявку на получение финансовой помощи (Приложение А), за исключением случаев предположительного соответствия критериям для получения финансовой помощи (Presumptive Financial Assistance Eligibility) (см. Приложение А-1). Если пациент удовлетворяет критериям для получения льгот согласно Консолидированному закону «О комплексном урегулировании бюджетных противоречий» (COBRA), финансовые возможности пациента делать отчисления в фонд медицинского страхования, предусмотренные этим законом, рассматриваются финансовым консультантом, который дает рекомендации Директору отдела управления финансовой информацией пациента и Финансовому Директору (в HCGH) или Директору отдела финансового обслуживания пациентов и Финансовому Директору (в SH). Лица, имеющие финансовую возможность приобрести полис страхования здоровья, будет предложено сделать это для обеспечения доступа к медицинским услугам и улучшения состояния их здоровья.
14. Пациентам, получающим льготы в рамках программы QHP, которые подают запрос на покрытие фактических расходов (оплата, осуществляемая совместно со страховым агентством, и нестрахуемый минимум) на медицинские затраты, связанные с получением медицинской помощи, необходимо будет предоставить Заявку на получение финансовой помощи, если доход пациента составляет менее 200% федерального прожиточного минимума.
15. Если задолженность была передана коллекторскому агентству, а пациент или поручитель запрашивает финансовую помощь и соответствует критериям для ее получения, коллекторское агентство уведомляет Отдел финансового обслуживания пациентов и направляет пациенту/поручителю заявку на получение финансовой помощи с указанием подать заполненную заявку на рассмотрение в Отдел финансового обслуживания пациентов, после чего приостанавливает процедуру взимания задолженности на 45 дней до получения дальнейших указаний от Отдела финансового обслуживания пациентов.
16. С 1 октября 2010 г., если в течение двух (2) лет с даты получения услуги пациент признается соответствующим критериям получения бесплатной медицинской помощи на дату получения услуги (с использованием критериев соответствия, действующих на момент получения услуги), пациенту будут возмещаться суммы, превышающие \$25, внесенные им или поручителем. Если на основании документов больницы будет установлен недостаточный уровень сотрудничества пациента или его поручителя с больницей в предоставлении информации, необходимой для определения соответствия пациента критериям для получения бесплатной медицинской помощи, период в два (2) года может быть сокращен до 30 дней с момента первоначального запроса информации. Если пациент участвует в программе социального обслуживания с учетом материального положения, в рамках которой требуется оплатить фактические расходы за услуги больницы, пациенту или поручителю не возмещаются никакие суммы, так как в этом случае пациент не будет удовлетворять критериям для получения льготного медицинского обслуживания.
17. Политика финансовой помощи не распространяется на умерших пациентов, по поводу активов которых открыто или должно быть открыто наследственное дело. Медицинские учреждения Джона

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	Номер регламента	FIN034H
		Дата вступления в силу	01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	Страница	8 из 20
		Данная версия документа заменяет предыдущую версию от	23-10-13

Хопкинса оформляют судебный иск на имущество покойного, который попадает в ведение судебного исполнителя по вопросам раздела имущества, согласно Закону об имуществе и трастах.

СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ¹

Руководство по финансовым регламентам и процедурам

Регламент №FIN017 - Право подписи: Отдел финансового обслуживания пациентов
 Регламент №FIN033 - Платежи в рассрочку

Благотворительная помощь и безнадежные долги, Руководство по аудиту в сфере здравоохранения Американского общества дипломированных бухгалтеров (AICPA)

Свод законов штата Мэриленд, COMAR 10.37.10.26, и последующие версии
 Общий свод законов в сфере здравоохранения штата Мэриленд 19-214 и последующие версии
 Федеральный прожиточный минимум (обновляется ежегодно) в Федеральном Реестре

ОБЯЗАННОСТИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ЛИЦ - HCGH, SH

Финансовый консультант (догоспитальная диагностика/приемное отделение в стационаре / лечение на дому / амбулаторное лечение), Клиентская служба, Специалист по сбору задолженности, Приемное отделение, Координатор
 Любой финансовый представитель, в обязанности которого входит прием заявок на финансовую помощь


Понимание действующих критериев для получения финансовой помощи.

Выявление будущих пациентов; при необходимости инициирование процесса подачи заявки. При необходимости помощь пациенту в заполнении заявки или формы, необходимой в рамках программы финансовой помощи.

В день получения предварительной заявки отправка ее в Отдел финансового обслуживания пациентов для определения соответствия пациента критериям для получения финансовой помощи.

Рассмотрение предварительных заявок (Приложение А), анкеты пациента (Приложение В) и заявки на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением (Приложение С), если они поданы, принятие предварительного решения о соответствии пациента критериям для получения финансовой помощи. В течение двух рабочих дней с момента получения предварительной заявки отправка уведомления о решении относительно заявки на последний известный адрес пациента или его доставка пациенту лично, если пациент находится в стационаре. Запись комментариев пациента об оплате.

¹ ПРИМЕЧАНИЕ: Разработана стандартизованная Заявка на получение финансовой помощи, Анкета пациента и Заявка на получение финансовой помощи в тяжелом финансовом положении. Чтобы получить информацию о заказе этих заявок, свяжитесь с Отделом финансового обслуживания пациентов. Копии этих документов прилагаются к настоящему регламенту в Приложениях А, В и С.

 JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i>	9 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

Если заявка на получение финансовой помощи не требуется, так как пациент соответствует особым критериям, заметки по поводу комментариев пациента об оплате и передача информации руководству на рассмотрение.

Рассмотрение окончательного варианта заявки и проверка ее заполнения.

Доставка окончательного варианта заполненной заявки надлежащему вышестоящему лицу.

Документирование всех действий во всех заметках о счете пациента.

Выявление кандидатов на получение финансовой помощи за медицинские услуги, полученные в прошлом.

Административно-управленческий персонал
(Руководитель/Менеджер/Директор)

Рассмотрение заполненных финальных заявок; контроль за счетами, по которым заявки не требуются; определение соответствия пациентов критериям получения финансовой помощи; информирование пациента в письменном виде о решении по его заявке в течение 30 рабочих дней с момента получения заполненной заявки. Если пациент имеет право на получение льготного медицинского обслуживания, выбор наиболее выгодной для пациента скидки из всех, на которые он имеет право.

Информирование пациентов, которые не имеют права на финансовую помощь, об имеющихся альтернативах, включая оплату в рассрочку, банковские кредиты или участие в программе финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением, Приложение С. [См. Приложение В - Руководство по предоставлению финансовой помощи на медицинское обслуживание в связи с тяжелым финансовым положением.]


Уведомления не отправляются пациентам, предположительно соответствующим критериям для получения финансовой помощи.

Руководство по финансовым вопросам (старший директор/помощник казначея или эквивалентная должность в аффилированной организации)
Директор по работе с пациентами и менеджерский состав

Рассмотрение и утверждение заявок на получение финансовой помощи, а также счетов, по которым заявок на получение финансовой помощи не требуется, и по которым списание не происходит автоматически, согласно положений Регламента JHHS № FIN017 о праве подписи – Право подписи: финансовое обслуживание пациентов.

СПОНСОР

ФИНАНСОВЫЙ ДИРЕКТОР - HCGH

 JOHNS HOPKINS MEDICINE <hr/> JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H	
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16	
	<i>Тема</i>	ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i>	10 из 20
			<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13


Директор отдела управления финансовой информацией пациентов (HCGH)
 Директор отдела финансового обслуживания пациентов (SH)

ОТДЕЛ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Два (2) года

УТВЕРЖДЕНИЕ


 Старший Вице-Президент/Казначей и Финансовый Директор в больницах Джона Хопкинса (JHH) и
 Корпорации медицинских учреждений Джона Хопкинса (JHHS)

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i> FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i> 01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i> 11 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i> 23-10-13

ПРИЛОЖЕНИЕ А

РУКОВОДСТВО ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

1. Каждый пациент, подающий запрос на получение финансовой помощи, должен заполнить заявку на получение финансовой помощи в учреждениях JHM (известную также под названием Единообразная Заявка на Получение Финансовой Помощи штата Мэриленд, Maryland State Uniform Financial Assistance Application), см. Приложение А и Анкету пациента (Приложение В). Если пациент желает, чтобы его кандидатура была рассмотрена на получение помощи в связи с тяжелым финансовым положением, он должен заполнить заявку на получение такой помощи (Приложение С).
2. Принимается предварительная заявка с указанием размера и дохода семьи (согласно правилам Medicaid), относительно которой решение принимается в течение двух рабочих дней с момента получения.
3. Пациент должен подать заявку на получение финансовой помощи Medicaid и в полной мере сотрудничать с командой специалистов Medicaid или ее уполномоченным сотрудником, если финансовый представитель сразу не примет решения о несоответствии пациента критериям для получения финансовой помощи. Была разработана Анкета пациента (Приложение В), которая используется для определения того, должен ли пациент подавать заявку на получение медицинской помощи Medicaid. Если пациент получает финансовую помощь в рамках программы финансовой помощи на покупку лекарств или включен в Программу для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB), необходимо повторно подать заявку на получение финансовой помощи Medicaid, за исключением случаев, когда финансовый представитель имеет основания полагать, что пациенту может быть предоставлен полный пакет льгот в рамках программы Medicaid.
4. Окончательная заявка должна содержать подтверждение дохода. Приемлемыми доказательствами могут быть:
 - (a) Налоговая декларация за предыдущий год;
 - (b) Квитанции о выплате заработной плате за текущий период;
 - (c) Письмо от работодателя или, в случае отсутствия работы, документы, подтверждающие статус безработного; а также
 - (d) Отчет кредитного бюро, полученный аффилированными организациями JHM и/или отделом финансового обслуживания пациентов.
 - (e) В случае пациентов, не являющихся гражданами США, финансовый консультант связывается с консульством США в стране проживания пациента. Консульство США должно предоставить информацию относительно общей стоимости имущества пациента. Однако уровень детальности информации о финансовом положении пациента варьирует в зависимости от страны. После получения информации из консульства США финансовый консультант встречается с Директором, специалистом отдела по управлению финансовой информацией пациентов и/или Финансовым Директором для выяснения необходимости дополнительной информации.
5. Пациенты могут рассматриваться в качестве кандидатов на получение финансовой помощи, если максимальный доход их семьи (мужа и жены, однополый пары), согласно правилам программы Medicaid, не превышает уровень, установленный каждой из больниц, входящих в JHNS


 JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i> FIN034H
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Дата вступления в силу</i> 01-04-16
		<i>Страница</i> 12 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i> 23-10-13

(соотнесенный с федеральным прожиточным минимумом), и они не владеют ликвидными активами, стоимость которых превышает \$10 000 и которых было бы достаточно для оплаты счетов в медицинских учреждениях JHHS.

6. Для того, чтобы могла быть предоставлена финансовая помощь, должны быть исчерпаны все финансовые ресурсы. Они включают в себя страховку, льготы по программе Medicaid и все другие льготные программы, в которых пациент имеет право участвовать. Если становится очевидным, что пациент, не являющийся гражданином США, не удовлетворяет критериям для получения льгот по программе Medicaid, в Уведомлении о Решении Medicaid не будет необходимости.
7. Пациенты, зарегистрированные как самостоятельно оплачивающие свои счета, не могут получить финансовую помощь на сумму задолженности по счету, зарегистрированному для самостоятельной оплаты.
8. Финансовая помощь не распространяется на услуги, не являющиеся обязательными, такие как косметическая хирургия, предметы для удобства пациента и предметы обстановки в палате, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения. Расходы за пределами больницы возлагаются на пациента. В случае возникновения вопроса о том, является ли стационарное лечение «необязательным» или «необходимым с медицинской точки зрения», обращаются к врачу приемного отделения и к лечащему врачу, назначенному больницей.
9. Каждая из аффилированных больниц принимает окончательное решение о соответствии пациента критериям для получения финансовой помощи в течение тридцати (30) рабочих дней с момента получения надлежащим образом заполненной заявки. Финансовый консультант составляет уведомление об окончательном решении о получении финансовой помощи.
10. Решение по поводу применимости финансовых льгот составляются на все неоплаченные счета пациента. Уведомление о принятом решении высылается пациенту.
11. Решение о применимости финансовых льгот на основании заявки на получение финансовой помощи (Приложение А) остается в силе в течение шести (6) месяцев с даты написания уведомления с заключением о применимости льгот и распространяется на все необходимые услуги, предоставляемые аффилированной организацией JHM. Пациентам, получающие в настоящее время финансовую помощь в одном аффилированном учреждении JHM, не требуется подавать повторную заявку на получение такой помощи в другом аффилированном учреждении JHM.
12. Все решения о возможности предоставления финансовой помощи принимаются исключительно на усмотрение аффилированного учреждения JHHS.

Исключения

Исключения могут быть сделаны Вице-Президентом и Финансовым Директором на основании личных обстоятельств пациента.


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры</p>	<p><i>Номер регламента</i></p> <p>FIN034H</p>
	<p><i>Тема</i></p> <p>ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ</p>	<p><i>Дата вступления в силу</i></p> <p>01-04-16</p>
		<p><i>Страница</i></p> <p>14 из 20</p>
		<p><i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i></p> <p>23-10-13</p>

Приложение А-1

Предположительное соответствие критериям для получения финансовой помощи (Presumptive Financial Assistance Eligibility)


Встречаются случаи, когда пациент может удовлетворять требованиям для получения финансовой помощи, но к его документам форма для получения финансовой помощи не приобщена. Часто имеется адекватная информация, предоставленная пациентом или полученная из других источников, которая может служить достаточным обоснованием предоставления пациенту финансовой помощи. В случае отсутствия данных, подтверждающих соответствие пациента критериям для получения финансовой помощи, JHHS оставляет за собой право прибегать к услугам сторонних организаций для определения размера дохода пациента в качестве основания для определения его соответствия критериям для получения финансовой помощи и возможности льготных тарифов на медицинское обслуживание. В силу самой природы предполагаемых обстоятельств единственный тип финансовой помощи, который может быть предоставлен в данном случае, после определения уровня дохода пациента, — это 100% списание остатка на счет, т.е. полная ликвидация долга пациента. Финансовая помощь при наличии предполагаемого соответствия пациента критериям для ее получения распространяется только на дату получения пациентом услуги и не действует в течение шести (6) месяцев. Предположительное соответствие критериям для получения финансовой помощи может быть определено на основании жизненных обстоятельств пациента, в частности:

- Действующей льготы Medicaid на оплату лекарств
- Льготы в рамках Программы для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB) / Программы Medicare для особых категорий граждан с низким доходом (SLMB)
- Отсутствие жилья
- Пациенты, пользующиеся льготами Medicaid и находящиеся на долговременном обеспечении Medicaid, если подается запрос о покрытии расходов на лечение в реанимационном отделении, которое не оплачивается данными программами
- Пациенты, подпадающие под действие «Закона о принудительной психиатрической экспертизе штата Мэриленд»
- Пациенты Медицинского центра Чейз Брекстон (Chase Brexton Health Center), см. Приложение С (для пациентов многопрофильной больницы округа Ховард, HCGH)
- Участие в Специальной дополнительной программе питания для женщин, младенцев и детей (WIC)*
- Программа дополнительного питания (SNAP) или использование продовольственных талонов*
- Семьи, в которых дети участвуют в программе бесплатных льготных обедов*
- Семьи с низким доходом, участвующие в программах субсидий на оплату электроэнергии*
- Участие в других государственных или местных программах для лиц с доходом ниже 200% федерального прожиточного минимума
- Пациенты, направленные в Сабербан Хоспитал партнерскими организациями этой больницы (см. Приложение Е)
- Умершие пациенты, об имуществе которых ничего не известно
- Матери, состоящие на учете в управлении здравоохранения – для неурgentных пациентов обслуживание не покрывается льготами Medicaid
- Пациенты, удовлетворяющие критериям для участия в программе, которая ранее носила название Программа медицинской помощи на территории штата (State Only Medical Assistance Program)

 JOHNS HOPKINS MEDICINE <hr/> JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i>	<i>Страница</i>	15 из 20
	ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

- Пациенты, получившие отказ после рассмотрения их кандидатуры на получение льготы государственной инспекционной комиссией, не соответствующие критериям, но удовлетворяющие финансовым требованиям программы Medicaid

*Данные жизненные обстоятельства перечислены в COMAR 10.37.10.26 A-2. Пациенту необходимо предоставить доказательство участия в этих программах в течение 30 дней лечения, если пациент не запросит дополнительные 30 дней.

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H	
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16	
	<i>Тема</i>	ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i>	17 из 20
			<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

ПРИЛОЖЕНИЕ В РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ ФИНАНСОВЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ

Цель

В настоящих руководящих принципах представлены независимые, дополнительные критерии для предоставления финансовой помощи. Данная форма будет предложена всем пациентам, которые подают заявку на получение финансовой помощи.

Финансовая помощь в связи с тяжелым финансовым положением (Medical Financial Hardship Assistance) предоставляется пациентам, которые не имеют права на получение обычной финансовой помощи, оговоренной в разделе 1 настоящего регламента, но которые:

- 1.) Имеют долг за медицинские услуги за последние двенадцать (12) месяцев, превышающий 25% дохода семьи, что создает ситуацию тяжелого финансового положения в связи с медицинскими расходами; и
- 2.) имеют уровень дохода, соответствующий критериям для получения данного вида финансовой помощи.


К тем пациентам, которые имеют право как на получение медицинского обслуживания по льготной цене в рамках программы обычной финансовой помощи, а также на получение помощи в рамках программы финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением, JHNS применяют наиболее благоприятный для пациента размер скидки.

Тяжелое финансовое положение связанное с затратами на медицинские услуги (Medical Financial Hardship) определяется как долг семьи за оплату медицинских услуг за последние двенадцать (12) месяцев, превышающий 25% дохода семьи.

Долг за медицинские услуги определяется как фактические расходы на услуги медицинского характера, счет за которые предъявляет больница, входящая в «Корпорацию медицинских учреждений Джона Хопкинса», в которую подается заявка на получение медицинской помощи. Упомянутые фактические расходы не включают оплату медицинского лечения совместно со страховой компанией и совместное покрытие процентов, а также нестрахуемый минимум, если доходы пациенты не менее 200% Федерального прожиточного минимума.

Пациент/поручитель может запросить о принятии решения о предоставлении этого вида помощи, предоставив Заявку на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением (Приложение С) при подаче заявки на получение финансовой помощи, также известной под названием Единообразная Заявка на Получение Финансовой Помощи штата Мэриленд (Maryland State Uniform Financial Assistance Application, см. Приложение А), и Анкету пациента (Приложение В). Поручитель пациента также обязан предоставить финансовую документацию, подтверждающую доход семьи за последние двенадцать (12) календарных месяцев, предшествующих дате заявки, и документы, подтверждающие наличие долга за медицинские услуги, сумма которого превышает 25% дохода семьи.

После того, как пациент был утвержден на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением, такая помощь будет предоставляться, начиная с месяца, когда пациент впервые получает льготную медицинскую услугу, и в течение следующие двенадцати (12) календарных месяцев. Данный вид финансовой помощи охватывает всех членов семьи, проживающих под одной крышей с пациентом. Пациент и члены его семьи будут иметь право на получение медицинских услуг по льготной цене при обращении за медицинскими услугами в ту же

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	Номер регламента	FIN034H
		Дата вступления в силу	01-04-16
	Тема ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	Страница	18 из 20
		Данная версия документа заменяет предыдущую версию от	23-10-13

самую больницу в течение двенадцати (12) календарных месяцев с даты первого получения льготной услуги медицинского характера. Финансовая помощь не распространяется на необязательное пребывание в стационаре или необязательные/косметические процедуры. Однако пациент и члены его семьи, проживающие с ним на одной жилплощади, должны уведомить больницу о своем праве на получение медицинского обслуживания по льготной цене при регистрации или поступлении в стационар.


Общие условия для подачи заявки на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением (Medical Financial Hardship Assistance):

1. Дохода пациент ниже 500% федерального прожиточного минимума.
2. Пациент израсходовал страховые льготы.
3. Суммы на счетах пациентов, указавших при регистрации о намерении оплатить лечение самостоятельно, не входят в сумму долга за медицинские услуги, который покрывается в рамках программы финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением.
4. Пациент/поручитель не владеет активами, стоимость которых превышает \$10 000, доступными для оплаты счетов аффилированных медицинских учреждений JHNS.
5. Пациент не имеет права на:
 - Финансовую помощь (стандартную)
 - Другие формы финансовой помощи, которую предлагают аффилированные учреждения JHM.
6. Пациент не имеет права на получение льгот в рамках программы финансовой помощи JHM или имеет такое право, но льготы в рамках программы финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением могут быть более благоприятны для пациента.
7. Аффилированное медицинское учреждение имеет право запросить пациента подать обновленную подтверждающую информацию.
8. Максимальный период, в течение которого выплачивается сумма, не покрываемая финансовой помощью, составляет три (3) года.
9. Если пациент, который имеет право на федеральные льготы Medicaid, нуждается в лечении, которое не покрывается льготами Medicaid, но может иметь право на получение льгот в рамках программы финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением, такому пациенту необходимо подать заявку на получение этого вида помощи, но не подавать подтверждающую информацию.

Факторы, принимаемые во внимание:

При рассмотрении заявки на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением учитываются следующие факторы:

- Сумма долга за медицинские услуги за последние двенадцать (12) месяцев, предшествующих подаче заявки на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением в медицинском учреждении JHNS, куда была подана заявка.
- Ликвидные активы (за исключением остатка \$10 000)
- Доход семьи за последние двенадцать (12) месяцев, предшествующих дате подачи заявки на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением.
- Подтверждающая документация

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i>	<i>Страница</i>	19 из 20
	ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

Исключения

Исключения могут быть сделаны Вице-Президентом, Финансовым Директором или уполномоченным лицом на основании личных обстоятельств пациента.

Метод и процедура оценки заявки


1. Финансовый консультант рассматривает Заявку на получение финансовой помощи в связи с тяжелым финансовым положением и сопутствующую документацию, предоставленную пациентом или ответственной стороной.
2. Затем финансовый консультант заполняет специальную форму внизу заявки и определяет, имеет ли пациент право на особое рассмотрение в рамках данной программы. Процедуры уведомления и утверждения заявки аналогичны описанным для программы финансовой помощи в соответствующем разделе настоящего регламента.

ТАБЛИЦА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ

Верхняя граница дохода семьи для суммы финансовой помощи

ТАБЛИЦА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ			
Вступает в силу с 1/2/15			
# членов семьи	Уровень дохода**		
# членов семьи	300% прожиточного минимума (ПМ)	400% (ПМ)	500% (ПМ)
1	\$ 35 310	\$ 47 080	\$ 58 850
2	\$ 47 790	\$ 63 720	\$ 79 650
3	\$ 60 270	\$ 80 360	\$ 100 450
4	\$ 72 750	\$ 97 000	\$ 121 250
5	\$ 85 230	\$ 113 640	\$ 142 050
6	\$ 97 710	\$ 130 280	\$ 162 850
7	\$ 110 190	\$ 146 920	\$ 183 650
8*	\$ 122 670	\$ 163 560	\$ 204 450
	50%	35%	20%

*Для семей, состоящих более чем из 8 человек добавить \$12 480 на каждого дополнительного члена семьи при 300% ПМ, \$16 640 при 400% ПМ и \$20 800 при 500% ПМ.

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	Номер регламента	FIN034H
		Дата вступления в силу	01-04-16
	Тема ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	Страница	20 из 20
		Данная версия документа заменяет предыдущую версию от	23-10-13

**ПРИЛОЖЕНИЕ С (только для многопрофильной больницы округа Ховард, HCGH)
ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЧЕЙЗ БРЕКСТОН**

Цель

Некоммерческая общественная организация «Чейз Брекстон Хелс Сервисез» (Chase Brexton Health Services, Inc.) предоставляет широкий спектр медицинских, психологических и социальных услуг без дискриминации по какому-либо признаку в г. Балтимор, а также округах Балтимор и Ховард. «Чейз Брекстон» предлагает обслуживание каждому, независимо от его финансовых возможностей. «Чейз Брекстон» оказывает помощь тем, у кого нет страховки или ее сумма недостаточна, использующим программы Medicare и Medicaid, а также коммерческую страховку. В «Чейз Брекстон» пациентов ведут индивидуальные менеджеры, которые определяют, имеет ли право пациент получать медицинское обслуживание по минимальной цене и/или какие программы имеются для людей с ограниченными ресурсами.

Такая процедура используется в многопрофильной больнице округа Ховард (HCGH) в регистратуре, при проверке страховок и составлении плана выплат, а также в отделе финансового обслуживания пациентов. В рамках этой процедуры пациентам, которые имеют право на медицинское обслуживание в «Чейз Брекстон», назначается лечение. Политика HCGH — принимать пациентов, предварительно отобранных в «Чейз Брекстон» для получения финансовой помощи. Пациентам не нужно обращаться за финансовой помощью, но они должны уведомить HCGH о своем участии в этой программе.

Стационарное и амбулаторное лечение


Все пациенты «Чейз Брекстон», находящиеся на стационарном лечении, проходят отбор финансового консультанта HCGH для определения возможности финансовой помощи. Назначаются встречи со штатным финансовым консультантом HCGH, который помогает пациентам в процедуре подачи заявки на медицинскую помощь. Если необходима медицинская помощь, подается заявка на получение финансовой помощи Medicaid. Если пациент не имеет права на получение финансовой помощи, регистрационной карте присваивается номер страховой программы FAR.PENDIN, FARB20, FARN40, FARN50, FARN70 FARN80 и FAR100 и при выписке финального счета он автоматически списывается как финансовая помощь / благотворительное обслуживание. Код страховой программы присваивается на основании уровня благотворительного обслуживания, на которое пациент имеет право.

Код страховой программы: Благотворительное обслуживание К оплате пациентом:

FAR.PENDIN	Ожидание проверки	
FARB20	20% стоимости	80% стоимости
FARN40	40% стоимости	60% стоимости
FARN50	50% стоимости	50% стоимости
FARN70	70% стоимости	30% стоимости
FARN80	80% стоимости	20% стоимости
FAR100	100% стоимости	0% стоимости


ПРОЦЕДУРА

1. Когда пациент приходит в HCGH для получения медицинской помощи и заявляет о своей регистрации в «Чейз Брекстон», сотрудники регистратуры вносят в электронную историю болезни Meditech код страховой программы FAR.PENDIN, если пациент не являлся для обслуживания в последние 6 месяцев. Если дата обслуживания пациента, занесенная в систему, приходится на последние 6 месяцев и пациент уже идентифицирован как пациент

 JOHNS HOPKINS MEDICINE <hr/> JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	<i>Номер регламента</i>	FIN034H
		<i>Дата вступления в силу</i>	01-04-16
	<i>Тема</i> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	<i>Страница</i>	21 из 20
		<i>Данная версия документа заменяет предыдущую версию от</i>	23-10-13

медицинского центра «Чейз Брекстон», который получил определенный уровень благотворительного обслуживания, сотрудник регистратуры может присвоить пациенту коды программы страхования FARB20, FARN40 и т.д.

2. Старший финансовый консультант получает ежедневные отчеты обо всех пациентах, зарегистрированных с кодом страховой программы FAR.
3. Старший финансовый консультант ежедневно просматривает данные обо всех пациентах, чтобы проверить, что они действительно обслуживаются в «Чейз Брекстон» и какой уровень обслуживания они получают.
4. Старший финансовый консультант несет ответственность за обновление страховых кодов для их соответствия надлежащему уровню благотворительного обслуживания пациента, а также за взимание оплаты с пациентов (если применимо).
5. Старший финансовый консультант несет ответственность за внесение формы данных о благотворительной помощи в электронную историю болезни Meditech и даты, до которой пациент имеет право получать благотворительное медицинское обслуживание.
6. Старший финансовый консультант несет ответственность за выявление ошибок при регистрации и направляет данные о них менеджеру премного отделения для их исправления. При необходимости статус счетов пациентов вышеуказанных категорий может изменяться на самостоятельную оплату услуг пациентом или другой код страховой программы.

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	Система медицинских учреждений Джона Хопкинса Регламенты и процедуры	Номер регламента	FIN034H
		Дата вступления в силу	01-04-16
	Тема ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ	Страница	22 из 20
		Данная версия документа заменяет предыдущую версию от	23-10-13

**ПРИЛОЖЕНИЕ D (ТОЛЬКО САБЕРБАН ХОСПИТАЛ)
ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ОКРУГА МОНТГОМЕРИ И МЕСТНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ
НЕЗАСТРАХОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА**

Цель

Сабербан Хоспитал сотрудничает с несколькими программами округа Монтгомери (штат Мэриленд) и местными программами, которые предлагают первичную медицинскую помощь и/или связывают пациента с местными узкими специалистами или со стационаром. На основании договоров с партнерскими программами Сабербан Хоспитал обеспечивает возможность получить стационарное или амбулаторное лечение пациентам, у которых в ином случае доступ к медицинскому обслуживанию отсутствовал бы.

Политика

Сабербан Хоспитал принимает направление на благотворительное медицинское обслуживание от следующих медицинских учреждений и программ: Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Project Access и Proyecto Salud. Обслуживание предоставляется при соответствии пациента критериям для одной из вышеупомянутых программ. Пациенты должны предоставить направление на обслуживание, выданной благотворительной программой, в качестве доказательства своего участия в ней и для того, чтобы их заявка на 100% бесплатное обслуживание могла быть удовлетворена по критериям предположительного соответствия. Сабербан Хоспитал принимает пациентов на основании направлений от благотворительных программ, используя критерий низкого дохода, который для таких программ не должен превышать 250% федерального прожиточного минимума.

Процедура

1. Когда пациента направляют и/или он приходит на обслуживание в СХ, пациент должен предоставить направление от одной из указанных выше программ в качестве подтверждения своего участия в ней.
2. После получения направления сотрудник регистратуры присваивает счету пациента код страховой программы для программы-партнера.
3. Если направления от пациента получено не было, счет регистрируется как предназначенный для самостоятельной оплаты пациентом. В течение 30 дней пациент может предоставить направление или доказательство своего участия в одной из партнерских программ. По просьбе пациента ему может быть предоставлено еще 30 дней.
4. Финансовый консультант и/или сотрудник регистратуры в режиме реального времени проверяет соответствие пациента критериям для получения финансовой помощи Medicaid или использует систему электронной верификации штата Мэриленд (Maryland EVS System). Если пациент участвует в программе Medicaid, она будет преобладать, а бесплатное обслуживание на основе предположительного соответствия критериям для получения льготы применяться не будет.
5. Каждый счет больницы, которому присвоен страховой код для одной из партнерских программ, проходит финальное рассмотрение для выяснения наличия направления от партнерской программы перед тем, как определить размер благотворительной помощи для данного счета. Одобрение 100% бесплатного обслуживания на основании предположительных критериев применяется только к однократному получению услуги (к одному счету).

Приложение А

Единообразная Заявка на Получение Финансовой Помощи штата
Мэриленд

Информация о Вас

Имя

Имя

Второе имя

Фамилия

Номер социальной страховки

Семейное положение: Холост
замужем) Женат (замужем)
разводе

(не

В

Гражданство США Да

Нет

Постоянный вид на жительство: Да

Нет

Домашний адрес

Телефон

Город

Штат

Почтовый индекс

Страна

Имя работодателя

Телефон

Рабочий адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Члены семьи:

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Имя

Возраст

Степень родства

Подавали ли Вы заявку на получение Финансовой Помощи?

Да

Нет

Если да, укажите дату подачи.

Если да, какое решение было принято в связи с
заявкой?

Получаете ли вы какой-либо вид финансовой помощи на уровне государства или штата?

Да

Нет

Приложение А

I. Доход семьи

Перечислите размер Вашего ежемесячного дохода из всех источников. От Вас могут потребовать предоставить доказательство дохода, наличия активов и расходов. Если у Вас нет доходов, предоставьте письмо от лица, предоставляющего Вам жилье и питание.

	Размер ежемесячного дохода
Трудоустройство	_____
Пенсионные выплаты	_____
Льготы по социальной страховке	_____
Пособие по государственному социальному обеспечению	_____
Пенсия по инвалидности	_____
Пособие по безработице	_____
Ветеранское пособие	_____
Алименты	_____
Доход от аренды недвижимости	_____
Пособие бастующим	_____
Зарплата военнослужащего	_____
Фермер или самозанятый предприниматель	_____
Другой источник дохода	_____
Всего	_____

II. Ликвидные активы

	Текущий баланс
Бессрочный вклад	_____
Срочный вклад	_____
Акции и облигации, депозитные сертификаты или краткосрочные долговые инструменты	_____
Другие счета	_____
Всего	_____

III. Другие активы

Если Вы владеете чем-либо из ниже перечисленного, укажите тип и приблизительную стоимость.

Дом	Кредитный счет	Год	Приблизительная стоимость	_____
Автомобиль	Производитель	Год производства	Приблизительная стоимость	_____
Дополнительный автомобиль	Производитель	Год производства	Приблизительная стоимость	_____
Дополнительный автомобиль	Производитель	Год производства	Приблизительная стоимость	_____
Другая собственность			Приблизительная стоимость	_____
				Всего _____

IV. Ежемесячные расходы

	Сумма
Аренда или ипотека	_____
Коммунальные платежи	_____
Выплаты за автомобиль	_____
Кредитная(ые) карта(ы)	_____
Страхование автомобиля	_____
Страхование здоровья	_____
Другие медицинские расходы	_____
Другие расходы	_____
Всего	_____

Есть ли у Вас другие неоплаченные счета за медицинские услуги? Да Нет

За какую услугу? _____

Если у Вас есть план выплат, какова сумма ежемесячной выплаты? _____

Если Вы подаете запрос на получение финансовой помощи со стороны больницы, учреждение может запросить от Вас дополнительную информацию для принятия дополнительного решения. Подписывая данную форму, Вы подтверждаете, что предоставленная информация соответствует действительности и соглашаетесь уведомлять больницу о любых изменениях предоставленной информации в течение десяти дней с момента изменения.

Приложение В

Подпись лица, подающего заявку

Дата

Степень родства с пациентом

Приложение В

ОТДЕЛ ФИНАНСОВОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
АНКЕТА ПАЦИЕНТА

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ: _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____

АДРЕС ПАЦИЕНТА: _____
(почтовый код)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №: _____

1. Сколько лет пациенту? _____
2. Является ли пациент гражданином США или имеет ли он постоянный вид на жительство? Да или Нет
3. Является ли пациентка беременной? Да или Нет
4. Имеет ли пациент детей до 21 года, живущих дома? Да или Нет
5. Является ли пациент слепым или существует ли вероятность потери им трудоспособности на 12 месяцев или более с потерей оплачиваемой работы? Да или Нет
6. Пользуется ли пациент в настоящий момент программами «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI) или «Социальное страхование на случай потери трудоспособности» (SSDI)? Да или Нет
7. Имеет ли пациент (или, при наличии супруги/супруга) банковские счета или активы, конвертируемые в наличные средства на сумму не превышающую указанные ниже? Да или Нет

Размер семьи:

Семья из одного человека: \$2 500,00

Семья из двух человек: \$3 000,00

На каждого дополнительного члена семьи добавить \$100,00

(Пример: В случае семьи из четырех человек с совокупными ликвидными активами на сумму менее \$3 200,00 следует ответить ДА.)

8. Является ли пациент резидентом штата Мэриленд? Да или Нет
Если пациент не является резидентом штата Мэриленд, в каком штате он проживает? _____
9. Является ли пациент бездомным? Да или Нет
10. Является ли пациент участником Специальной дополнительной программы питания для женщин, младенцев и детей (WIC)? Да или Нет
11. Получает ли пациент продовольственные талоны? Да или Нет
12. Получает ли пациент в настоящий момент:
Только финансовую помощь на покупку лекарств Да или Нет
Льготы в рамках Программы для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB) / Программы Medicare для особых категорий граждан с низким доходом (SLMB)

Приложение В

Льготы в рамках Программы первой помощи взрослым (РАС)

Да или Нет

Да или Нет

13. Трудоустроен ли пациент?

Да или Нет

Если нет, укажите дату потери работы.

Соответствует ли пациент критериям для участия в программе страхования здоровья
COBRA (согласно Консолидированному закону «О комплексном урегулировании бюджетных
противоречий»)?

Да или Не

Приложение С

**ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С
ТЯЖЕЛЫМ ФИНАНСОВЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ**

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ: _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____

АДРЕС ПАЦИЕНТА: _____
(почтовый код)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №: _____

Дата: _____

Доход семьи за последние двенадцать (12) месяцев, предшествующих дате подачи заявки:

Сумма долга за медицинские услуги в Больнице Джона Хопкинса (за исключением суммы выплат и процентов для оплаты совместно со страховой компанией, а также нестрахуемого минимума) за последние двенадцать (12) календарных месяцев, предшествующих дате подачи заявки:

Дата обслуживания	Сумма долга
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Вся предоставленная документация становится частью заявки.

Вся информация, предоставленная в заявке, по имеющимся у меня сведениям в точности соответствует действительности.

_____ Дата: _____
Подпись заявителя

_____ Степень родства с пациентом

Для внутреннего использования: Кем _____ рассмотрено:
_____ Дата: _____

Доход _____ 25% от дохода = _____

Долг за медицинские услуги: _____ Процент скидки: _____

Скидка: _____

Сумма долга: _____

Сумма ежемесячных выплат: _____ Длительность _____ срока
выплат: _____ месяцев