

附录 A: SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (仅限) 根据哥伦比亚特区条例提供财务援助的条款

附录 A:

SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (仅限)

根据哥伦比亚特区条例提供财务援助的条款

目的:

本附录旨在阐述适用于 Sibley Memorial Hospital 的附加条款，以符合《哥伦比亚特区市政条例》第 22-B44 章第 22 篇所述的哥伦比亚特区无偿医疗要求。对于不符合无偿医疗资格标准的患者，Sibley Memorial Hospital (SMH) 将根据 PFS035 政策，通过采用浮动费率制调整费用总额的方式提供财务援助。

政策:

SMH 将本着诚信原则，按照《哥伦比亚特区市政条例》第 22-B44 章第 22 篇第 4404 款“提供无偿医疗”的规定，使提供的无偿服务达到年度合规线。

在任何情况下，SMH 均不会以任何人无法支付服务费用为由拒绝为其提供紧急服务。在患者接受紧急服务后，若经适当医务人员合理诊断，在临床上适宜出院，且符合患者和医院的最佳利益，则 SMH 会让患者出院或转至其他医疗机构。

SMH 将根据《哥伦比亚特区市政条例》第 22-B44 章第 22 篇第 4400.2 款“提供无偿医疗”的规定，向符合条件者提供无偿医疗。提供的无偿医疗应基于上述规定或 Sibley 与哥伦比亚特区政府之间约定的合同义务，以价值较高(按美元计)的标准为准。

需求证明监管法律中对无偿医疗进行了定义（哥伦比亚特区法典 44-401 中的定义部分）。根据法律定义，无偿医疗是指向患者提供医疗服务的医疗机构未收到相关服务费用。“无偿医疗”一词中包括坏账和慈善性医疗，但不包括合同性补贴。

“坏账”是指基于医生和医院向任何患者提供的医疗服务而应收的账款，且预计应会付款，但在合理催收后，无法收回欠款，且任何联邦、州或地方政府部门对此无任何义务。“坏账”一词不包括慈善性医疗。

慈善性医疗是指医生和医院为无法支付服务费用者（尤其是面向低收入、无保险和保险不足的群体）提供的医疗服务，但不包括被认定为坏账或归类为坏账的服务。

无偿医疗资格标准

若患者无法支付医疗服务费用并满足以下要求，则有资格获得无偿医疗：

1. 无第三方保险公司或政府计划承保，或接受的服务不受承保；
2. 个人或家庭年收入不超过联邦贫困线 (FPL) 的 200%；以及
3. 需要获得服务。

无偿医疗的财务援助资格应按照下列其中一种方法计算：

1. 患者申请无偿医疗之前三 (3) 个月的个人或家庭收入（如适用）乘以四 (4)；或
2. 用患者或家庭在申请无偿医疗之前十二 (12) 个月的实际收入（如适用）。

一般计费金额

若患者投保“AGB”保险，则通常收取的金额将使用“回溯法”进行计算，具体指针对紧急医疗服务及其他医疗必需性服务的所有理赔（已由 Medicare 及所有私人医疗保险公司作为主要付款方全额支付给医院），且在各种情况下，均会考虑到以共同保险或免赔额形式向医院支付的金额。SMH 将通过审查前 12 个月内全额支付的所有理赔，计算 AGB 付款比例，至少每年一次。确定后，将在 12 个月的期限结束后 45 天内实施新的 AGB 付款比例。

符合财务援助资格者针对紧急医疗服务或其他医疗必需性服务支付的金额不会超过通常向由保险承保此类服务者所收取的金额。

无偿医疗年度要求

就本政策和附录而言，SMH 提供的无偿医疗应按如下方式计算：年度合规线：

1. 不低于 SMH 年度营业开支的百分之三 (3%)，减去其依据《社会保障法》第 XVIII 篇和第 XIX 篇（Medicaid 和 Medicare）获得的报销金额，不考虑合同性补贴。此外，根据先前的合同，SMH 应履行该法案要求的任何无偿医疗义务。
2. 若 SMH 在任何财政年度内未能完成其年度无偿医疗义务，则应根据 State Health and Planning Development Agency（以下简称为 SHPDA）批准的合规计划，努力在随后一年或几年内（必须在无偿医疗未达标年份后的三 (3) 年内）提供足以弥补不足的无偿医疗。
3. 若 SMH 在一个财政年度内提供的无偿医疗金额超过其年度合规线，则 SMH 可请求总监将超出的额度抵免现有不足金额或计入任何后续财政年度的年度合规线中。为符合抵免资格，必须依据本章要求实现超出年度合规线的金额（以美元计）。

无偿医疗资格认定书

1. 对于提出的每份无偿医疗申请，SMH 将向医疗服务申请人发出无偿医疗资格认定书面通知。通知应在请求无偿医疗时当面交给申请人，或通过普通邮件的形式邮寄至服务申请人提供的地址。若申请人无法当面接收通知，且并未提供地址，则 SMH 可以在其机构内的醒目处张贴通知，提示申请人可以前往 Sibley 行政办公室查看其资格状态。若 SMH 有理由认为任何申请人无法阅读认定书的内容，则应向其转述认定书的内容。
 1. 高级副总裁/首席财务官负责执行本政策。他/她应制定符合条例要求的分配计划，并监督其执行情况。高级副总裁/首席财务官将在每个财政年度结束后 120 天内编写一份报告并提交到 SHPDA。应使公众可以获得 Sibley 做出资格认定的支持文件，并向 SHPDA 报告。
 2. 此类文件应自特定财政年度最后一次录入之日起由高级副总裁/首席财务官保存五 (5) 年。应定期向董事会主席和财务总监通报 Sibley 遵守政策的情况。
 3. 若在提供服务前提出申请，SMH 应在完成门诊服务申请后或住院患者出院前五 (5) 个工作日内做出无偿医疗资格认定。若在 SMH 提供门诊服务后或住院患者出院后提出申请，SMH 应在下一计费周期结束前完成资格认定。通常情况下，资格认定通知应在社区援助委员会下次预定会议后的 5 日内发出。SMH 可以做出有条件资格认定。此类认定中应说明无偿医疗申请人必须满足相关条件后才能符合资格。
 4. 应及时向申请人提供每份无偿医疗资格认定通知书。在每份无偿医疗资格认定通知书中应包括下列内容：
 1. SMH 将在符合特定条件的情况下提供或不提供无偿医疗；
 2. 无偿医疗不收取任何费用；

3. 申请人申请无偿医疗的日期；
4. 做出资格认定的日期；
5. 无偿医疗申请人的个人或家庭年收入（如适用）和家庭人口数；
6. 已经或即将提供服务的日期；以及
7. 拒绝原因（如适用）。

无偿医疗义务通知发布:

在财政年度开始之前，SMH 将在哥伦比亚特区一家普遍发行的报纸上发布关于其履行提供无偿医疗义务的通知。同时，Sibley 还要向 SHPDA 提交此通知的副本。高级副总裁/首席财务官负责发布和提交此通知。通知中应包括：

1. SMH 计划在本财政年度提供的无偿医疗额度（以美元计），或 SMH 将为无法支付治疗费用的所有无偿医疗申请人提供无偿医疗的声明；
2. 解释 SMH 拟定的无偿医疗额度与 Sibley 的年度合规线（如有）之间产生差异的原因；以及
3. 解释 SMH 是否已完成前一报告期内所有未履行的无偿医疗义务的声明；或表明其将在未来指定期限内完成任何未履行义务的声明。

张贴提供无偿医疗的通知:

在患者挂号处、住院部、业务办公室及急诊部的醒目位置也应张贴提供无偿医疗的公告通知。SMH 应张贴下列通知：

1. “根据哥伦比亚特区法律，本医疗机构必须向社区内的所有人提供服务。本医疗机构不得因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、外貌、性取向、家庭责任、入学、政治派别、身体残疾、收入来源、居住地或营业地，或因某人受到 Medicare 或 Medicaid 等计划的承保而歧视任何人。”
2. “本医疗机构还必须向无力支付费用的人士免费或以减免价格提供合理数量的服务。询问工作人员您是否有资格免费或以减免价格接受服务。如果您认为在无正当理由的情况下拒绝向您提供服务，或不予免费或以减免价格提供治疗，请联系本医疗机构的住院部或业务办公室，并通过全市呼叫中心拨打 State Health Planning and Development Agency 电话 202-727-1000。”
3. “如果您要提出投诉，可以从 State Health Planning and Development Agency 获取表格。”

该通知中还应包括 Sibley 无偿医疗资格标准的摘要。此类通知应以英语、西班牙语以及占哥伦比亚特区人口百分之十 (10%) 或以上家庭（根据美国人口统计局公布的最新数据）的常用语言予以发布。若 Sibley 有理由认为任何患者无法阅读张贴的通知内容，则应向此人转述通知内容。

提供无偿医疗的书面通知:

在 SMH 提供无偿医疗的财政年度期间，无论何时，SMH 均应向代表本人或他人求医的每个人发出提供无偿医疗的书面通知。SMH 会在提供服务之前提供此书面通知，除非提供紧急服务，而无法事先提供通知。在紧急情况下，SMH 应尽快向患者或其近亲属提供书面通知。至少应在出具第一份服务费用账单之前提供该通知。单独的书面通知中应包括下列内容：

1. “根据哥伦比亚特区法律，本医疗机构必须向社区内的所有人提供服务。本医疗机构不得因种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、外貌、性取向、家庭责任、入学、政治派别、身体残疾、收入来源、居住地或营业地，或因某人受到 Medicare 或 Medicaid 等计划的承保而歧视任何人。”

2. “本医疗机构还必须向无力支付费用的人士免费或者以减免价格提供合理数量的服务。询问工作人员您是否有资格免费或以减免价格接受服务。如果您认为在无正当理由的情况下拒绝向您提供服务，或不予免费或以减免价格提供治疗，请联系本医疗机构的住院部或业务办公室，并通过全市呼叫中心拨打 State Health Planning and Development Agency 电话 202-727-1000。”
3. “如果您要提出投诉，可以从 State Health Planning and Development Agency 获取表格。”

通知中还应包括 Sibley 无偿医疗资格标准摘要、申请人申请无偿医疗服务的办公地点以及相关说明，包括 Sibley 会就申请人能否接受无偿医疗发出资格认定书、做出资格认定的日期和所需时间。

SMH 社区的定义:

SMH 向“社区中的所有人”提供服务，包括哥伦比亚特区无偿医疗法定要求中所规定的服务。社区涵盖在医院服务区域内生活或工作的人士 或临时来到服务区域期间需要紧急服务的人士。社区援助计划中具体排除的人士为明确表明居住在医院服务区域之外且需要选择性服务的人士。医院的服务区域包括哥伦比亚特区以及马里兰州和弗吉尼亚州的大部分地区，为西弗吉尼亚州、特拉华州和宾夕法尼亚州居民提供的服务有限。医院可要求申请人提交其符合医院对社区定义的证明文件。

参考资料:

财务援助政策手册总则，财务援助，PFS035

生效日期：2024 年 7 月 15 日 第 5 页，共 5 页

附录 A: SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (仅限) 根据哥伦比亚特区条例提供财务援助的条款

《哥伦比亚特区市政条例》第 22-B 章第 22 篇第 4404 款、第 4405 款及第 4406 款