

服务区域： 公司业务服务	YALE NEW HAVEN 健康系统政策和程序	
标题：财务补助方案政策		
批准日期：2013年9月20日	批准者：董事会 财务高级副总裁	
生效日期：2013年9月20日 2011年1月1日 Lawrence + Memorial Hospital 和 Westerly Hospital	审核/修订日期：2015年1月21日，2016年9 月30日，2016年12月16日，2017年6月1日， 2018年7月15日	
分发：MCN 政策经理	政策类型 (I或II)：I类	
取代： Yale New Haven Hospital的医院服务财务补助方案 (NC:F-4) Bridgeport Hospital 的医院服务财务补助方案 (9-13) Greenwich Hospital 的医院服务财务补助方案概述 Lawrence + Memorial Hospital 和 Westerly Hospital 慈善关怀，财务补助，免费床位基金政策		

目的

耶鲁大学纽黑文健康系统（Yale New Haven Health System，简称“YNHHS”）认识到，如果没有财务补助，则病人可能无法支付必要的医疗保健服务。遵循其使命，YNHHS 致力于确保在确定急诊和其他医疗上必需的医院服务的收费金额时慎重考虑支付能力。

为了推进其使命，YNHHS 建立了财务补助方案（“FAP”），以协助病人支付急诊或其他医疗上必要的医疗服务。FAP 的目标是：

- (i) 指定 FAP 提供的所有财务补助；
- (ii) 提供关于财务补助的申请资格、申请要求和申请方法的明确信息；
- (iii) 向符合 FAP 资格的病人收取的急诊或其他医疗上必需的医疗收费金额的计算依据；以及
- (iv) YNHHS 在 YNHHS 服务社区内广泛宣传这项 FAP 的措施。

Financial Assistance Programs Policy

适用性

这项政策适用于 YNHHS 的各个附属执业医院，包括 Bridgeport 医院（简称“BH”），Greenwich 医院（简称“GH”），Lawrence + Memorial 医院（简称“LMH”），Yale New Haven 医院（简称“YNHH”）以及Westerly 医院（简称“WH”）（单独称为“医院”）。

政策

I. 范围和服务提供者列表

- A. **急诊和其他必要的医疗服务。** FAP 适用于急诊和其他必要的医疗服务，包括医院收费的住院服务和门诊服务。FAP 不包括：(a) 包房和私人护士值班；(b) 医疗上不需要的服务，如选择性美容手术；(c) 其他选择性便利收费，如电视费和电话费，以及 (d) 本政策没有明确说明的其他收费折扣或削减。
- B. **服务提供者列表。** 在医院提供急诊服务和其他必要的医疗服务的提供者列表可以在下列网站找到：
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf。该列表表明该服务提供者是否属于 FAP。如果该服务提供者不属于本 FAP，则病人应该与该服务提供者的办公室联系，以确定该服务提供者是否提供财务补助，如果提供的话，该服务提供者的财务补助所包括的内容。
- C. **遵循 EMTALA。** 医院必须按照其政策遵循《紧急医疗和积极劳动法》（EMTALA），并且被禁止从事阻止个人寻求紧急医疗服务的活动。

II. 财务补助方案和资格

财务补助向住在美国公民和居民提供，只要他们填妥财务补助申请表并且符合下列额外的资格要求。

- A. **免费医疗。** 免费医疗（Free Care）方案为家庭总收入等于或低于《联邦贫困水平》（参阅附件 1）的 250% 的医院病人免费提供医疗服务。如果医院酌情认为任何病人符合州医疗补助，则必须在过去的六个月之内收到了州政府的终止信。

此外，YNHHS 代表 BH、GH 和 YNHH 采用第三方筛选工具，以帮助确定没有申请财务协助但收入低于或等于《联邦贫困水平》的 250%（即符合免费治疗资格）的自己支付余额的人。如果通过这个过程确定了病人，则医院余额可能被调整为慈善（免费）医疗。

- B. **折扣医疗。** 如果医院病人没有保险，其家庭总收入高于《联邦贫困水平》的 251% 至 550%，则医院将把治疗折扣为医院的 AGB（如下文第三节以及附件 1 所定义）。

Financial Assistance Programs Policy

- C. **医院床位资金。** 您可能有资格获得医院床位资金，这项捐赠给医院的资金向符合医院病人提供医疗服务。获得医院床位基金并没有具体的收入限额。资格由基金提名人基于财务困难按个案例确定。填写必要的财务补助申请表的所有病人自动纳入医院床位资金考虑。
- D. **其他的医院特定财务补助方案：**
- (i) **耶鲁大学纽黑文医院我和宝宝方案。** 这个方案为耶鲁大学纽黑文医院的病人提供。它免费提供产前、分娩和接生服务，以及一些产后医疗服务。如果您住在纽黑文县，没有任何类型的健康保险，并且您的家庭收入低于《联邦贫困水平》的 2 ½ 倍，则您有可能符合资格。欲了解更多信息或者索取申请表，请到耶鲁大学纽黑文医院妇女中心找我们的代表，或者致电 203-688-5470。
 - (ii) **Greenwich 医院门诊**向有 Medicare, Medicaid 保险或者通过 Access Health CT 提供保险且家庭收入低于《联邦贫困水平》的 4 倍的人服务。而且，诊所为不符合保险资格、住在 Greenwich 且家庭收入低于《联邦贫困水平》的 4 倍的人提供折扣医疗。欲了解更多信息或者索取申请表，请致电 203-863-3334。

III. 收费限制 - 向符合 FAP 资格的病人收费的金额

在给予的财务资助不足以支付 YNHHS 服务收费的 100% 的情况下，向符合本政策项下财务资助资格的病人收费的金额不会多于医院通常向有保险的病人收取这类医疗服务的金额（“AGB”）。YNHHS 按医院每年计算出 AGB，即使用“回溯方法”并且基于 Medicare 按服务费率，包括上一个财年 Medicare 受益人分摊费用的金额以及向每一个医院支付求偿额的所有私人健康保险公司。YNHHS 可能使用按医院的折扣百分比，或者可能使用对 YNHHS 病人最有利的百分比折扣。AGB 在随附的附件 1 中阐明。

在本文件中，“通常收费金额”（“AGB”）和“回溯方法”的含义如《国税法》第 501(r)(5) 款和第 1.501(r)-5 款所定义。

IV. 申请补助的方法

欲符合财务补助的资格，病人必须填写一份必要的财务资助申请表（简称“申请表”）。申请表阐述：(i) FAP 的可供方案和资格要求，(ii) 确定资格的文件要求，以及 (iii) FAP 补助的联系方式。申请表还注明：(i) 医院将书面回复每一份申请表，(ii) 病人可以随时重新申请 FAP 项下的财务补助，以及 (iii) 每年有额外的免费床位资金。医院不得因为没有提供 FAP 或申请表没有要求作为申请表的一部分的信息或文件而拒绝提供 FAP 项下的财务补助。

Financial Assistance Programs Policy

YNHHS 医院合理努力决定资格，并且把财务补助资格的决定记录在适用的病人账户中。一旦医院确定病人符合 FAP 资格，医院应该：

- (i) 提供一份账单，说明该个人作为符合 FAP 资格病人所欠的金额，包括确定金额的方法，并且说明或描述该个人可以取得关于医疗的 AGB 信息的方法；
- (ii) 把该个人支付医疗金额中超过他或她作为符合 FAP 资格人士所确定个人负责支付的金额的任何部分退还给他或她，除非超过的金额低于\$5，或者国税局确定的其他金额；以及
- (iii) 采取合理措施撤销任何特殊催收行动。

V. 不付款 – 法律行动

医院（以及医院把债务转给的任何催收机构或其他方）在签发出院后的第一张账单的 120 天之前，在合理努力决定病人或者对自付账户具有财务责任的任何其他个人（简称“负责人员”）是否符合本 FAP 的财务补助资格之前，不得采取任何特殊催收措施（“ECA”）。任何 ECA 必须经过公司业务服务的副总裁或其指定人员的批准，后者在批准之前应该确认已经符合本 FAP 的合理努力要求。

医院将按照内部操作流程和实践遵循其应收账款结算周期。作为这类流程和实践的一部分，医院至少通过下列方式从提供医疗之日起以及整个应收账款周期期间（或者法律规定的这类期间，以较长者为准）向病人提供关于 FAP 的通知：

1. 作为医院出院或接纳工作的一部分，向所有的病人提供一份 FAP 财务补助的简单语言摘要和一份申请表。
2. 至少分三次向病人或者其他负责人员的最后所知的地址邮寄或者电子邮寄自付账户催收账单；但前提条件是，在负责人员提交了完整的 FAP 财务资助申请表或者全额支付之后，不需要再寄账单。在规定的三次邮寄的第一次和第三次之间必须至少相隔 60 天。负责人员有义务在接受服务时或者在搬家时提供准确的邮寄地址。如果账户没有有效的地址，则将做成“合理努力”的决定。自付账户的所有单个病人账单将包括但不限于下列内容：
 - a. 账单包括的医院服务的准确摘要；
 - b. 这类服务的收费；
 - c. 负责人员必须支付的金额（或者，如果不知道该金额，截至初始账单日期的诚信估算金额）；以及
 - d. 一项明显的书面通知，向负责人员通告和告知 FAP 财务资助的可用性，包括可以获取文件副本的部门的电话号码和直接网址。

Financial Assistance Programs Policy

3. 至少在邮寄或电子邮寄的一份账单中包括一项书面通知，告知负责人员，如果负责人员在账单截止日期之前没有申请 FAP 财务补助或者支付该金额，则打算采取 ECA。该账单必须在账单列明的截止日期至少 30 天之前向负责人员提供。该账单将附上一份简单语言的摘要。负责人员有义务在接受服务时或者在搬家时提供准确的邮寄地址。如果账户没有有效的地址，则将做成“合理努力”的决定。
4. 在启动任何 ECA 之前，在邮寄或电子邮寄了一系列的账单之后，如果该账款没有支付，那么至少尝试使用最后所知的电话号码与负责人员联系，如果有的话。在所有对话期间，告知负责人员可能获取的 FAP 财务资助。
5. 在遵守本政策规定的前提下，YNHHS 医院可以采取本政策附件 2 阐述的特殊催收措施，以取得所提供医疗服务的付款。

VI. 政策可用性

FAP 副本、FAP 的简单语言摘要和 FAP 申请表都可以在 <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx> 网站上获取。

每个医院根据要求免费提供 FAP、FAP 简单语言摘要和 FAP 申请表，可以邮寄，或者在医院急诊部和所有登记点索取，使用英文或者使用医院服务人口中不到 1,000 人或者 5% 以上的任何有限英语能力人群的主要语言的纸质本。参阅附件 3，查看语言列表。

致电 (855) 547-4584 与公司业务服务部联系，了解关于资格或可能为您提供的项目的信息，要求把一份 FAP、FAP 简单语言摘要、FAP 申请表或计费 and 催收政策邮寄给您，或者如果您需要一份翻译成非英语的其他语言的 FAP、简单语言摘要或者 FAP 申请表。此外，病人可以向病人登记部、病人财务服务部和社会工作/案件管理部询问如何启动 FAP 申请流程。

广泛宣传 FAP 的进一步努力包括在一般发行的报纸上刊登通告，在所有的账单中提供 FAP 书面通告，在与病人关于到期账款的所有口头交谈中、在开放日和其他信息会议中提供 FAP 通告。

VII. 管理监督委员会

FAP 将接受管理监督委员会的监督，委员会由 YNHHS 的一名高级副总裁担任主席，成员根据需要包括公司业务服务部、病人财务服务部、病人关系部、财务部以及医务人员代表。该委员会将至少每个季度举行会议。

VIII. 遵守州法

每家医院应该遵守相关的州法，包括但不限于管辖医院向无保险病人收账的《康涅狄克州法典》以及《罗德岛卫生部关于医院转换的法规和条例第 11.3 节规定的《罗德岛慈善医疗规

Financial Assistance Programs Policy

定全州标准》（简称“罗德岛条例”）以及《罗德岛条例》第 11.4 节规定的《无保险医疗条款的全州标准》。

参考文献

《国税法》第 501(c)(3)款
《国税法》第 501(r)款
《康州法典》第 19a-673 等节
罗德岛条例第 11.3 和 11.4 节

相关政策

YNHHS 计费 and 收账政策
YNHHS EMTALA 政策：医疗筛查/稳定性，随传随到和转换
Yale-New Haven 医院政策 – 免费治疗基金的分发 NC:F-2
Greenwich 医院门诊中心政策和程序

Financial Assistance Programs Policy

附件一

《联邦贫困线指南》(FPG) 的250% 和 550%

	家庭人口	100%	250%	550%	
	1	\$ 12,140	\$ 30,350	\$ 66,770	
	2	\$ 16,460	\$ 41,150	\$ 90,530	
	3	\$ 20,780	\$ 51,950	\$ 114,290	
	4	\$ 25,100	\$ 62,750	\$ 138,050	
	5	\$ 29,420	\$ 73,550	\$ 161,810	
	6	\$ 33,740	\$ 84,350	\$ 185,570	
	免费医疗：每增加一名家庭成员，添加\$10,800				
	折扣医疗：每增加一名家庭主要，添加\$23,760				

一般计费金额 (AGB)

根据本政策有资格获得财务补助的病人将获得下列补助：

家庭年收入	收费金额的折扣百分比	病人支付收费的百分比
< 或 = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	70%	30%*

*在2018日历年，AGB（收费的百分比）：BH 30.4%，GH 31.6%，LMH 38.7%，YNHH 32.6% 和WH 30.9%。

2018年3月21日修订

附件二

特殊催收措施：

物业留置权

只有在下列情况下，才允许对个人住宅实施留置权：

- a) 病人有申请免费床位资金的机会，但没有回应、拒绝了或者被确定不符合这类资金的资格；
- b) 病人没有申请或者不合格享有医院的财务资助政策项下的其他财务资助来协助支付他的/她的债务，或者已经部分合格，但是没有支付他的/她的负责部分；
- c) 病人没有试图做出或者同意支付安排，或者没有遵循医院与病人双方同意的支付安排；
- d) 账户余额合计超过\$10,000，将受限于留置权的财产的评估价值至少为\$300,000；以及
- e) 留置权不会导致个人住所被法拍。

附件 3

有限英语水平语言

阿尔巴尼亚语
阿拉伯语
简体中文
法语
法国克里奥尔语 (海地克里奥尔语)
德语
希腊语
印地语
意大利语
日语
韩语
普什图语
波斯达里语
波斯波斯语
波兰语
葡萄牙语
葡萄牙克里奥尔 语 (佛得角)
俄语
西班牙语
斯瓦希里语
他加禄语
提格里尼亚语
土耳其语
越南语