

責任部門： 企業業務服務	YALE NEW HAVEN HEALTH 政策與程序
標題：財務援助計畫	
生效日期：2023 年 11 月 30 日	
核准人：YNHHS 受託管理委員會	
系統政策類型（I 或 II）：類型 I	

目的

Yale New Haven Health（「Yale New Haven Health」或「YNHHS」）積極向符合資格且有需要的個人提供財務援助，以提供必要的醫療照護。本財務援助政策（「FAP」）的目的是：

- A. 解釋適用於 FAP 下的財務援助；
- B. 說明誰有資格獲得財務援助以及如何申請；
- C. 說明如何計算 FAP 合資格患者之急診或其他必要醫療照護的患者費用；
- D. 確定 FAP 涵蓋與不涵蓋的提供者；
- E. 說明 YNHHS 醫院為在 YNHHS 所服務社區內廣泛宣傳此 FAP 而採取的步驟；以及
- F. 解釋針對 Yale New Haven Health 拖欠帳單而可能採取的催收措施。

適用性

本政策適用於 YNHHS 旗下的所有執照醫院，其中包括 Bridgeport Hospital、Greenwich Hospital、Lawrence + Memorial Hospital、Yale New Haven Hospital 與 Westerly Hospital（均稱為「醫院」）。此外，Northeast Medical Group、Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut 與 Home Care Plus 也加入了財務援助計畫。

政策

A. 負責人。YNHHS 收入週期高級副總裁或其指定人負責監督 YNHHS FAP。

B. 範圍與提供者清單

1. **急診及其他具醫療必要性的照護服務。**本 FAP 適用於醫院收費的急診及其他具醫療必要性的照護服務，包括住院與門診服務。FAP 不包括：(a) 私人病房或私人護士；(b) 不具醫療必要性的服務，例如選擇性的整容手術；(c) 其他選擇性便利費，例如電視或電話費用；以及 (d) 本政策未明確說明的其他折扣或費用減免。

財務援助計畫政策

2. **提供者清單**。以下是在醫院提供急診及其他具醫療必要性的照護服務之提供者清單：

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

此清單列出了提供者是否在本 FAP 涵蓋的範圍內。如果提供者不在本 FAP 的涵蓋範圍內，患者應與提供者辦公室聯絡，以確定提供者是否提供財務援助，如果提供，則應確定其財務援助政策涵蓋哪些項目。

3. **遵守 EMTALA**。各醫院需要遵守《緊急醫療和活躍分娩法》(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA)，具體如各自政策所述。另外，亦禁止參與會干擾個人尋求緊急醫療照護的活動。本 FAP 的任何內容均未縮小醫院根據 EMTALA 為緊急疾病患者提供治療的義務範圍。

C. 財務援助計畫

居住在美國、完成了所需財務援助申請且滿足下述其他資格要求的個人可以獲得財務援助。建議所有患者積極瞭解所有可用的財務援助來源，包括政府與私人援助計畫。

關於財務援助的決定將逐件審理，且僅基於財務需求。決定絕不會考量年齡、性別、種族、膚色、祖籍國、婚姻狀況、社會或移民狀況、性取向、性別認同或表達、宗教信仰、殘疾、退伍軍人或軍人身分或法律禁止的其他任何根據。財務援助申請概述了家庭人數與收入驗證所需的文件。YNHHS 或醫院可自行決定是否核准此政策範圍之外的財務援助。

1. **免費照護**。如果家庭年度總收入經驗證達到或低於聯邦貧窮線準則（參見附件 1）的 250%，您可能有資格享受免費照護（患者帳戶餘額的 100% 折扣）。
2. **折扣照護**。如果家庭年度總收入經驗證介於聯邦貧窮線準則的 251% 與 550% 之間，您可能有資格獲得基於滑動比例的折扣，如附件 1 所示。針對有保險的患者，折扣將適用於保險或第三方付款人付款後的患者帳戶餘額。
3. **病床資金**。您可能有資格獲得病床資金的財務援助，此為捐贈給醫院的一筆資金，旨在為無法負擔醫院照護費用的患者提供醫療照護。資格將逐件審理進行確定，並考慮捐贈者限制以及資金提名者的提名（如果適用）。填寫所需財務援助申請的所有患者都將自動納入病床資金的考量範圍。
4. **其他醫院特定的財務援助計畫**。**Greenwich Hospital Outpatient Clinic** 為投保 Medicare、Medicaid 或透過 Access Health CT 提供之保險並且家庭收入低於聯邦貧窮線準則 4 倍的患者提供服務。此外，該診所為沒有資格獲得保險、居住在 Greenwich 且家庭收入低於聯邦貧窮線 4 倍的個人提供折扣照護。如需瞭解更多資訊或者想要索取申請，請撥打 203-863-3334。
5. **無力支付醫療費用**。針對不符合條件但醫療帳單超出家庭收入或資產一定比例的患者，

也可以考慮提供財務援助。

D. 費用限制

如果患者符合此政策的折扣照護資格，而非免費照護，則患者支付的費用將不超出投保此類照護之個人的一般帳單金額（「AGB」）。

1. **計算方法。** YNHHS 每年根據聯邦稅收法規使用「回顧法」並基於 Medicare 收費服務費率來計算每家醫院的 AGB，包括 Medicare 受益人費用分攤額，以及上一會計年度向每家醫院機構支付理賠的所有私人健康保險公司。YNHHS 可以按醫院實施百分比折扣，或選擇採用對 YNHHS 患者最有利的百分比折扣。AGB 折扣如附件 1 所示。

E. 財務援助申請

1. **申請方式。** 如需申請財務援助，則除了以下情況，一律必須填寫 YNHHS 財務援助申請（「申請」）。您可以透過以下方式獲取申請表：
 - a. 線上造訪 www.ynhhs.org/financialassistance 以及每家 YNHHS 醫院的網站。
 - b. 親自前往任何 YNHHS 醫院的患者入院或登記區。每家醫院的急診科與患者登記區都提供有關財務援助的標誌和書面資訊。
 - c. 透過撥打 (855) 547-4584，向患者財務服務部申請免費郵寄一份副本。
2. **申請表。** 申請表說明了：(i) 財務援助計畫與資格要求；(ii) 資格確定的文件要求；以及 (iii) FAP 援助的聯絡資訊。申請表亦解釋了：(i) 醫院將以書面形式回應每份申請；(ii) 患者可以隨時重新申請 FAP 下的財務援助；以及 (iii) 每年提供額外的免費床位資金。醫院不得因為未提供 FAP 或者申請不要求的資訊或文件而拒絕 FAP 下的財務援助。
3. **符合 FAP 資格的患者。** YNHHS 醫院將盡合理努力以確定資格，並在適用的患者帳戶中記錄任何財務援助資格的確定。一旦醫院確定患者符合 FAP 資格，醫院將：
 - a. 提供帳單，說明個人作為符合 FAP 資格之患者所拖欠的金額，包括金額的確定方式，並說明或描述個人如何獲得關於 AGB 的照護資訊；
 - b. 向個人退還其為照護所支付超出 FAP 資格所確定個人自付部分的任何金額，除非此類超出金額低於 \$5 或 IRS 規定的此類其他金額；以及
 - c. 採取合理措施，以撤銷任何異常收款行動。
4. **推定資格。** YNHHS 在確定個人是否有資格享受此政策下的免費或折扣照護時，可能會透過財務援助申請者以外的來源來掌握有關患者的生活情況，包括以下或類似來源：
 - a. YNHHS 代表每家醫院使用第三方篩選工具，協助識別未申請財務援助但收入低於

財務援助計畫政策

或等於聯邦貧窮線的 250% (即有資格享受免費照護) 的自費餘額個人。如果患者已透過此程序予以確定，則未償付的醫院餘額可能會調整為慈善 (免費) 照護。

- b. YNHHS 隸屬於耶魯大學 (Yale University)，是耶魯醫學院 (Yale School of Medicine) 的學術健康中心。對於耶魯大學學生所運營針對低收入個人之初級照護門診 (包括 Haven Free Clinic) 所服務的未投保患者，一旦 YNHHS 收到財務高級副總裁以可接受形式確認此人是此類診所之患者的通知後，便無需進一步填寫財務援助申請，即可推定他們有資格享受免費或折扣照護。
- c. YNHHS 可使用之前的資格確定來推定個人再次有資格享受此政策下的慈善照護。

F. YNHHS 相關收款實務

在核發第一份出院後照護帳單後 120 天之前，以及在做出合理努力以確定患者或對自費帳單有經濟責任之其他任何個人 (責任人) 是否有資格獲得此 FAP 下財務援助之前，醫院 (以及任何收款機構或轉介債務的其他方) 將不會採取任何異常收款行動 (「ECA」)。任何 ECA 都必須獲得收入週期高級副總裁或其指定人的核准，他們將在核准前確認是否已滿足此 FAP 中的合理努力要求。

醫院將按照內部操作流程與實務來完成其 A/R 帳單週期。作為此類流程與實務的一部分，醫院將至少從提供照護之日起並在整個 A/R 帳單週期 (或法律要求的此類期限內，以較長者為準)，透過以下方式向患者告知其 FAP 相關資訊：

1. 作為出院或入院流程的一部分，所有患者都將獲得簡明語言摘要與 FAP 下財務援助申請表。
2. 將向最新得知的患者與其他任何責任人地址郵寄或電郵至少三份獨立的自費帳戶收款結單；但是，在責任人提交完整的 FAP 下財務援助申請或全額支付後，則無需寄送額外結單。在要求的三次郵寄中，第一次與最後一次之間應至少相隔 60 天。責任人有義務在服務時或搬家時提供正確的郵寄地址。如果帳戶無有效地址，則會確認是否採取了「合理努力」。自費帳戶的所有單一患者帳戶結單將包括但不限於：
 - a. 結單所涵蓋醫院服務的準確摘要；
 - b. 此類服務的費用；
 - c. 責任人需要支付的金額 (或者，如果不知道此類金額，則為截至初始結單日期此類金額的誠信估算)；以及
 - d. 顯眼的書面通知函，向責任人通知並告知 FAP 下的財務援助可用性，包括部門電話號碼和可獲取文件副本的直接網址。
3. 至少一份郵寄或電郵的結單將包括書面通知，以便向責任人告知，如果責任人未申請 FAP 下的財務援助或者未在帳單截止日期前支付到期金額，預期將採取哪些 ECA。此

財務援助計畫政策

類結單必須在結單指定的截止日期前至少 30 天提交給責任人。此結單將隨附簡明語言摘要。責任人有義務在服務時或搬家時提供正確的郵寄地址。如果帳戶無有效地址，則會確認是否採取了「合理努力」。

4. 如果帳戶仍未支付，則在啟動任何 ECA 之前，將於一系列郵寄或電郵結單期間嘗試撥打最新得知的電話號碼（如有），以透過口頭方式聯絡責任人至少一次。所有談話期間，將向患者或責任人告知 FAP 下的可用財務援助。
5. 在遵守此政策之相關規定的前提下，YNHHS 醫院可以採用此政策附件 2 所列的 ECA 來獲取所提供醫療服務的付款。

G. 提供政策副本

如需 FAP 的副本、FAP 的簡明語言摘要與 FAP 申請表，請造訪 www.ynhhs.org/financialassistance。

每家醫院都將應要求免費郵寄或於醫院急診科及所有登記點提供紙本形式且以英文書寫的 FAP 副本、FAP 簡明語言摘要與 FAP 申請。如果在醫院服務對象中有 1,000 人或者 5% 或以上（以較少者為準）英文水平有限，還將提供此類人群的主要語言版本。請參閱附件 3 的語言清單。

撥打免費電話 (855) 547-4584 聯絡企業業務服務部，獲取有關資格或您可能獲取之計畫的資訊，請求將 FAP 副本、FAP 簡明語言摘要、FAP 申請表或者帳單與收款政策郵寄給您，或者視需要申請將 FAP 副本、簡明語言摘要或 FAP 申請表翻譯成除英文以外的語言。此外，患者可向患者登記處、患者財務服務部與社工/個案管理部要求啟動 FAP 申請流程。

廣泛宣傳 FAP 的進一步努力包括：在公開發行的報紙上發佈公告；在帳單中提供 FAP 書面通知；在向患者口頭告知到期金額時提供 FAP 通知；以及舉行開放日和其他資訊會議。

H. 遵守州法律

每家醫院都應遵守相關的州法律，包括但不限於管理醫院向未投保患者收款的康涅狄格州總章程 (Connecticut General Statutes)、羅德島衛生部制定的「醫院轉變」相關規則與法規（「羅德島法規」）第 11.3 節規定的全州提供慈善照護的標準 (Statewide Standard for the Provision of Charity Care)，以及羅德島法規第 11.4 節規定的全州提供無償照護的標準 (Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care)，以及禁止紐約醫療照護提供者對個人主要住宅進行財產留置以收取醫療債務的紐約民事執行法。

參考

- A. 《國內稅收法》(Internal Revenue Code) 501(c)(3)
- B. 《國內稅收法》501(r)

財務援助計畫政策

- C. 《康涅狄格州總章程》第 19a-673 條及以下內容
- D. 羅德島法規 11.3 與 11.4
- E. 紐約民事執行法第 5.201(b) 條

相關政策

計費和收款

EMTALA：醫療篩選/穩定、當值與轉院

附件

- A. 附件 1：聯邦貧窮準則 (Federal Poverty Guidelines, FPG) 與財務援助的滑動比例
- B. 附件 2：異常收款行動
- C. 附件 3：英文水平有限時提供的語言

政策歷史記錄

A. 政策原始日期	2013 年 9 月 20 日；2017 年 1 月 1 日 (LMH 和 WH)
B. 取代	Yale New Haven Hospital 醫院服務財務援助計畫 (NC:F-4)； Yale New Haven Hospital 政策 - 免費照護資金的分配 NC:F-2； Bridgeport Hospital 醫院服務財務援助計畫 (9-13)； Greenwich Hospital 醫院服務財務援助計畫概述； Lawrence + Memorial Hospital 與 Westerly Hospital 慈善照護、財務援助、免費床位資金政策； Greenwich Hospital Outpatient Center 政策與程序
C. 經修訂核准	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； 2020 年 6 月 15 日；2023 年 11 月 30 日
D. 未修改即核准	2023 年 1 月 19 日 (附件 1 更新)；2024 年 1 月 24 日 (附件 1 更新)

附件 1

聯邦貧窮準則 (Federal Poverty Guidelines, FPG) 與財務援助的滑動比例

美國衛生與公眾服務部 (United States Department of Health and Human Services) 會在《聯邦公報》(Federal Register) 中定期更新 FPG 金額。關於目前的 FPG 金額，請造訪 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

截至 2024 年 1 月 12 日，FPG 金額如下。*此類金額可能會有變更*。根據此政策，有資格享受財務援助的患者將在所有 Yale New Haven Health Hospital 獲得以下援助：

	FAP 名稱	免費照護	滑動比例 A	滑動比例 B	滑動比例 C	折扣照護
	保險資格	投保或未投保患者	投保患者	投保患者	投保患者	未投保患者
	FAP 折扣	100%	35%	25%	15%	72%
	總收入資格	0% - 250% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL	251% - 550% FPL
家庭人數	1	\$0 - \$37,650	\$37,651 - \$52,710	\$52,711 - \$67,770	\$67,771 - \$82,830	\$37,651 - \$82,830
	2	\$0 - \$51,100	\$51,101 - \$71,540	\$71,541 - \$91,980	\$91,981 - \$112,420	\$51,101 - \$112,420
	3	\$0 - \$64,550	\$64,551 - \$90,370	\$90,371 - \$116,190	\$116,191 - \$142,010	\$64,551 - \$142,010
	4	\$0 - \$78,000	\$78,001 - \$109,200	\$109,201 - \$140,400	\$140,401 - \$171,600	\$78,001 - \$171,600
	5	\$0 - \$91,450	\$91,451 - \$128,030	\$128,031 - \$164,610	\$164,611 - \$201,190	\$91,451 - \$201,190

AGB 百分比每年計算一次。2024 日曆年每家醫院的 AGB (費用百分比) 為：BH 31.25%、GH 32.48%、LMH 36.15%、YNHH 34.36% 及 WH 27.63%。因此，根據此政策，在 2024 年，對於有資格享受折扣照護之 YNHHS 患者最有利百分比折扣是支付不超過總費用的 28%。

附件 2

異常收款行動

財產留置

只在以下情況下才允許留置個人住所：

- a) 患者有機會申請免費床位資金，但未能回應、被拒絕或者被發現沒有資格申請此類資金；
- b) 患者未根據醫院財務援助政策申請或沒有資格獲取其他財務援助以協助其支付債務，或者有資格獲取部分援助但尚未支付其責任部分；
- c) 患者未嘗試進行或不同意接受付款安排，或者未遵守醫院與患者達成一致的付款安排；
- d) 帳戶餘額總計超過 \$10,000，且要處以留置的財產評估值至少為 \$300,000；以及
- e) 留置不會導致個人住所喪失抵押品贖回權。
- f) 對於紐約醫療照護提供者，不得對個人住宅採用留置方式。

附件 3

英文水平有限時提供的語言

阿爾巴尼亞文
阿拉伯文
孟加拉文
簡體中文
繁體中文
波斯達利文
波斯法爾斯文
法文
希臘文
吉吉拉特文
海地克利奧爾文
印地文
義大利文
韓文
帕施圖文
波蘭文
巴西葡萄牙文
歐洲葡萄牙文
俄文
西班牙文
他加祿文
土耳其文
烏克蘭文
巴基斯坦烏爾都文
越南文