

负责部门： 公司商业服务部	YALE NEW HAVEN HEALTH 政策和程序
标题：财务援助计划	
生效日期：2023 年 11 月 30 日	
批准人：YNHHS 受托管理委员会	
系统政策类型（I 或 II）：类型 I	

宗旨

Yale New Haven Health（“Yale New Haven Health”或“YNHHS”）向符合条件的贫困者提供财务援助，致力于提供医学必需护理。此财务援助政策（“FAP”）旨在：

- A. 说明 FAP 提供什么财务援助；
- B. 说明谁有资格获得财务援助以及如何申请；
- C. 说明如何为享受 FAP 的患者计算急诊或其他医学必需护理的费用；
- D. 说明 FAP 涵盖和不涵盖的医疗服务提供者；
- E. 说明 YNHHS 医院采取哪些措施在 YNHHS 服务的社区宣传此 FAP；以及
- F. 说明对未支付的 Yale New Haven Health 账单可采取哪些收款措施。

适用性

本政策适用于与 YNHHS 关联的每家获许可医院，包括 Bridgeport Hospital、Greenwich Hospital、Lawrence + Memorial Hospital、Yale New Haven Hospital 和 Westerly Hospital（统称为“医院”）。此外，东北医疗集团 (Northeast Medical Group)、东北医疗集团 (Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut) 和 Home Care Plus 也参加了这些财务援助计划。

政策

- A. 负责人。YNHHS 收入周期高级副总裁或其指定人员将负责监督 YNHHS FAP。
- B. 范围和提供者列表
 - 1. 急诊及其他医学必需护理。本 FAP 适用于医院记账的急诊及其他医学必需护理，包括住院和门诊服务。FAP 不包括：(a) 私人病房或私人护士；(b) 非医学必需服务，例如选择性整容手术；(c) 其他选择性便利费，例如电视或电话费，以及 (d) 本政策未明确述及其他费用折扣或减免。

财务援助计划政策

2. **提供者列表。** 以下是在医院提供急诊及其他医学必需护理的提供者名单：

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

列表中会指出提供者是否在 FAP 的涵盖范围内。如果提供者不在此 FAP 的涵盖范围内，患者应与该提供者的办公室联系，确定其是否提供财务援助，如果提供，则应确认其财务援助政策涵盖哪些费用。

3. **遵守 EMTALA。** 医院必须按照其政策遵守《紧急医疗救治和积极劳工法》（Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA），并且不得从事会阻止个人寻求紧急医疗护理的活动。此 FAP 中的任何内容都不限制医院在 EMTALA 下救治有紧急病情的患者的义务。

C. 财务援助计划

财务援助适用于完成了必要的财务援助申请并且满足下述资格要求的美国居民。鼓励所有患者研究可获得的所有财务援助资源，包括政府和私人援助计划。

财务援助决定完全基于财务需求，将逐案决定。这些决定从不考虑年龄、性别、种族、肤色、祖国籍、婚姻状况、社会或移民身份、性取向、性别认同或表达、宗教背景、残疾状况、退休或现役军人身份或者法律禁止的任何其他属性。财务援助申请表中会列出核实家庭人数和收入所需的证明文件。YNHHS 或医院单方面审批本政策范围外的财务援助申请。

1. **免费医疗护理。** 如果家庭年度总收入经核实达到或低于联邦贫困线准则（见附件 1）的 250%，您可能有资格获得免费医疗护理（患者账户余额可享受 100% 折扣）。
2. **折扣医疗护理。** 如果家庭年度总收入经核实在联邦贫困线准则的 251% 与 550% 之间，您可能有资格获得基于比例的折扣，如附件 1 中所示。对于有保险的患者，折扣适用于保险赔付或第三方支付后的患者账户余额。
3. **医院病床基金。** 您可能有资格获得医院病床基金的财务援助，这些基金捐款给医院，旨在向无力承担医院护理费用的患者提供医疗护理。资格逐案确定，将考虑账户捐款限制以及基金提名者的提名（如适用）。所有填写必要财务援助申请的患者将自动纳入医院病床基金的考虑范围。
4. **医院特定的其他财务援助计划。** **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** 服务于参保 Medicare、Medicaid 或者通过 Access Health CT 所提供保险并且家庭收入低于联邦贫困线准则 4 倍的患者。此外，该诊所也为没有资格参保但住在 Greenwich 并且家庭收入低于联邦贫困线准则 4 倍的患者提供打折的医疗护理。如需详细信息或获取申请表，请拨打 203-863-3334。

财务援助计划政策

5. **无力支付医疗费用。** 财务援助还会考虑不满足条件但医药费超过其家庭收入或资产一定比例的患者。

D. 费用限制

如果某患者有资格享受本政策下的折扣医疗护理，但不享受免费医疗护理，则该患者支付的费用不超过投保该医疗护理的患者的一般计费金额（“AGB”）。

1. **计算方法。** YNHHS 每年根据联邦税法和 Medicare 付费服务费率并采用“回溯法”来计算每家医院的 AGB，包括 Medicare 受益人费用分担金额，以及所有私人医疗保险公司在上一个财年赔付给每家医院的金额。YNHHS 可能按医院实施折扣比例，或选择使用对 YNHHS 患者最有利的折扣比例。AGB 折扣如附件 1 中所示。

E. 财务援助申请

1. **如何申请。** 如需申请财务援助，您必须填写 YNHHS 财务援助申请表（“申请表”），下述情况除外。您可通过以下途径获取申请表：
 - a. 在 www.ynhhs.org/financialassistance 和每家 YNHHS 医院的网站在线获取。
 - b. 亲临任何 YNHHS 医院的患者入院或登记处获取。每家医院的急诊科与患者登记处都有关于财务援助的标志和书面信息。
 - c. 拨打患者财务服务部电话 (855) 547-4584 申请免费邮寄一份副本。
2. **申请表。** 申请表会说明：(i) 财务援助计划和资格要求；(ii) 确定资格所需的文件；以及 (iii) FAP 援助的联系信息。申请表还会说明：(i) 医院将会书面回复每份申请；(ii) 患者可随时再申请 FAP 下的援助；以及 (iii) 每年会有其他的免费病床基金可申请。医院不得以未能提供 FAP 或申请表中并未要求提供的信息或文件为由拒绝提供 FAP 下的财务援助。
3. **符合 FAP 资格的患者。** YNHHS 医院将采取合理的努力确定资格，并在适用的患者账户中记录财务援助资格的任何确定情况。在医院确定患者符合 FAP 资格后，医院将：
 - a. 提供该患者作为符合 FAP 资格者应付金额的账单，包括该金额是如何确定的，还会说明该患者可如何获取有关医疗护理 AGB 的信息；
 - b. 患者已经支付的金额，超过其作为符合 FAP 资格者个人应付部分的所有金额将退还给患者，除非超过的金额小于 \$5 或 IRS 规定的其他金额；以及
 - c. 采取合理的措施撤销任何特别催款行动。
4. **推定资格。** 除寻求财务援助的患者以外，YNHHS 还会根据从其他来源获取的患者生活情况相关信息确定免费或折扣医疗护理的资格，包括以下或类似的来源：

财务援助计划政策

- a. YNHHS 代表每家医院使用第三方筛查工具来协助识别未申请财务援助但其收入低于或等于联邦贫困线 250%（即有资格获得免费医疗护理）的患者。如果通过此程序找到了未付清医院账单余额的患者，可将其调整为慈善（免费）医疗护理。
- b. YNHHS 隶属于耶鲁大学 (Yale University)，是耶鲁医学院 (Yale School of Medicine) 的学术健康中心。接受耶鲁大学学生运营的初级保健诊所（包括 Haven Free Clinic）服务的无保险、低收入患者，被推定有资格获得免费或折扣医疗护理，无需进一步完成财务援助申请，只需要 YNHHS 收到形式受财务高级副总裁认可的确认，确认患者是任何该等诊所的患者。
- c. YNHHS 可使用上述资格确认来推定该患者再次有资格享受本政策下的慈善医疗护理。

F. 与 YNHHS 相关的催收行为

在出院后第一份医疗账单发出后 120 天内，以及采取合理的努力确定患者或任何其他负责自付账单的个人（责任人）是否有资格获得本 FAP 下的财务援助之前，医院（以及任何收款机构或者收到债务转介的其他方）不得采取任何特别催款行动（“ECA”）。任何 ECA 都必须获得收入周期高级副总裁或其指定人员的批准，相关人员在批准之前应确认是否已采取本 FAP 规定的合理努力。

医院将根据内部运营流程和做法执行其 A/R 账单周期。作为该等流程和做法的一部分，医院至少要自医疗护理之日起直至整个 A/R 账单周期（或者法律规定的期间，取时间较长者）通过以下方式向患者告知其 FAP：

1. 以通俗易懂的语言向所有患者提供 FAP 下财务援助的摘要和申请表，将其作为医院入院或出院流程的一部分。
2. 以邮寄或电子邮件向最新获知的患者及任何其他责任人地址发送至少三次自付费用收款账单；但在责任人提交 FAP 下财务援助的完整申请或者全额付款之后无需再发送账单。在必要的三次邮寄中，第一次与最后一次至少要间隔 60 天。责任人义务在服务时或搬家时提供正确的邮寄地址。如果账户没有有效的地址，则视为已采取“合理的努力”。所有自费账户的单一患者账单包含但不限于：
 - a. 账单涵盖的医院服务的准确摘要；
 - b. 该等服务的费用；
 - c. 责任人需支付的金额（或者，如果金额未知，则善意预估一个初始账单日期的金额）；以及
 - d. 显眼的书面通知，以告知责任人可以申请 FAP 下的财务援助，包括可获取相关文件的部门的电话号码和直接网址。

财务援助计划政策

3. 在邮寄或以电子邮件发送的账单中，至少有一份包含书面通知，向责任人告知如果他们未在账单截止日期之前不申请 FAP 下的财务援助或未支付应付金额时预期会采取的 ECA。该等账单必须在账单中指定的截止日期之前至少 30 天提供给责任人。此账单应随附一份通俗易懂的摘要。责任人义务在服务时或搬家时提供正确的邮寄地址。如果账户没有有效的地址，则视为已采取“合理的努力”。
4. 如果账单未付，在发起任何 ECA 之前，将使用最新得知的电话号码（如果有）联系责任人，并且在邮寄或以电子邮件发送一系列账单期间至少尝试一次口头联系。在所有对话期间，向患者或责任人告知可申请 FAP 下的财务援助。
5. 根据本政策的规定，YNHHS 医院可能采取本政策附件 2 所列的 ECA 来获取医疗服务费。

G. 政策可用性

如需 FAP 的副本、通俗易懂的 FAP 摘要和 FAP 申请表，请访问 www.ynhhs.org/financialassistance。

每家医院都可按要求免费邮寄或者在医院急诊科以及所有登记点提供 FAP 的副本、通俗易懂的 FAP 摘要和 FAP 申请表 FAP，这些材料为纸本形式，采用英语书写，如果医院服务的人群有 1,000 人或者 5% 或以上（取较小者）英语水平有限，还会提供此人群的主要语言的版本。有关语言列表，请参阅附件 3。

拨打免费电话 (855) 547-4584 联系公司商业服务部，了解您可以参与的计划有哪些资格要求，请求将 FAP 副本、通俗易懂的 FAP 摘要和 FAP 申请表或者记账和收款政策邮寄给您，或者要求将 FAP 副本、通俗易懂的 FAP 摘要和 FAP 申请表翻译成英语以外的语言。此外，患者还可向患者登记处、患者财务服务部和社工/个案管理部咨询如何发起 FAP 申请流程。

广泛宣传 FAP 的其他措施包括：在公开发行的报纸上登载通告；在账单中提供 FAP 书面通知；在与患者口头沟通应付金额时告知 FAP；以及举行开放参观日和其他信息交流会。

H. 遵守州法律

每家医院都应遵守相关的州法律，包括但不限于管辖医院向无保险患者收款的康涅狄格州总法规 (Connecticut General Statutes)、罗德岛卫生署关于“医院转变”的规则和条例（“罗德岛条例”）第 11.3 条规定的全州慈善医疗护理标准 (*Statewide Standard for the Provision of Charity Care*)、罗德岛条例第 11.4 条规定的全州免费医疗标准 (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*)，以及禁止纽约州医疗保健提供者因催收医疗债务而对个人主要住宅设置财产留置权的纽约州民事程序法。

财务援助计划政策

参考资料

- A. 《国内税收法》(Internal Revenue Code) 501(c)(3)
- B. 《国内税收法》501(r)
- C. 《康涅狄格州总法规》第 19a-673 条及下列条款
- D. 罗德岛条例 11.3 和 11.4
- E. 纽约州民事程序法第 5.201(b) 条

相关政策

账单和催收

EMTALA: 医学筛查/稳定、随叫随到和转介要求

附件

- A. 附件 1: 联邦贫困准则 (Federal Poverty Guidelines, FPG) 和财务援助的浮动比例
- B. 附件 2: 特别催款行动
- C. 附件 3: 患者英文水平有限时提供的其他语言

政策历史记录

A. 政策初始日期	2013 年 9 月 20 日; 2017 年 1 月 1 日 (LMH 与 WH)
B. 取代	Yale New Haven Hospital 医院服务财务援助计划 (NC:F-4); Yale New Haven Hospital 政策 – 免费医疗护理基金的分配 NC:F-2; Bridgeport Hospital 医院服务财务援助计划 (9-13); Greenwich Hospital 医院服务财务援助计划概述; Lawrence + Memorial Hospital 和 Westerly Hospital 慈善医疗、财务援助和免费病床基金政策; Greenwich Hospital Outpatient Center 政策和程序
C. 经修订批准	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. 未经修订即获批准	2023 年 1 月 19 日 (附件 1 更新); 2024 年 1 月 24 日 (附件 1 更新)

财务援助计划政策

附件 1

联邦贫困准则 (FPG) 和财务援助比例

FPG 金额由美国卫生与公众服务部定期在联邦公报中更新。如需了解当前的 FPG 金额，请访问 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

截止 2024 年 1 月 12 日，FPG 金额如下。*这些金额将会变动*。有资格享受本政策下财务援助的患者将在所有 Yale New Haven Health Hospital 获得如下援助：

	FAP 名称	免费医疗护理	浮动比例 A	浮动比例 B	浮动比例 C	折扣医疗护理
	保险资格	有保险或无保险患者	有保险患者	有保险患者	有保险患者	无保险患者
	FAP 折扣	100%	35%	25%	15%	72%
	总收入资格	0% - 250% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL	251% - 550% FPL
家庭人数	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 比例每年重新计算。2024 日历年每家医院的 AGB（费用百分比）为：BH 31.25%、GH 32.48%、LMH 36.15%、YNHH 34.36% 和 WH 27.63%。因此，对于有资格享受 2024 年政策下折扣医疗护理的 YNHHS 患者，其以最有利的折扣比例所支付的费用不超过总费用的 28%。

附件 2

特别催款行动

财产留置

仅在以下情况下才允许留置个人住宅：

- a) 患者有机会申请免费病床基金，但没有回应、拒绝申请或被发现没有资格申请该等基金；
- b) 患者未申请或没有资格获得医院财务援助政策下的其他财务援助以协助支付其债务，或者有资格获得部分援助，但未支付其应付的部分；
- c) 患者未尝试达成或不同意付款协议，或者不遵守医院与患者已经达成的付款协议；
- d) 账户余额总计超过 \$10,000，并且要处以留置的财产评估价值至少为 \$300,000；以及
- e) 财产留置不会导致个人住宅丧失抵押品赎回权。
- f) 不允许纽约州医疗保健提供者留置个人住宅。

财务援助计划政策

附件 3

患者英文水平有限时提供的其他语言

阿尔巴尼亚语
阿拉伯语
孟加拉语
简体中文
繁体中文
波斯达里语
波斯法尔西语
法语
希腊语
古吉拉特语
海地克里奥尔语
印地语
意大利语
韩语
普什图语
波兰语
巴西葡萄牙语
欧洲葡萄牙语
俄语
西班牙语
塔加拉族语
土耳其语
乌克兰语
巴基斯坦乌尔都语
越南语