

負責部門： 企業業務服務 (Corporate Business Services)	YALE NEW HAVEN HEALTH 政策與程序
標題：財務援助計畫 (Financial Assistance Programs)	
生效日期：2025 年 5 月 1 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 (下稱「Yale New Haven Health」或「YNHHS」) 致力於為需要協助以支付急診或具醫療必要性的照護費用之符合條件的個人提供財務援助。本財務援助政策 Financial Assistance Policy, 的目的是：

- A. 解釋依據 FAP 可提供的財務援助；
- 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具醫療必要性的照護費用；
- 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. 解釋針對拖欠 Yale New Haven Health 帳單的情況可能採取的收款措施。

適用性

本政策適用於 YNHHS 旗下的所有持照醫院，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、Yale New Haven Health Urgent Care、Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut 與 Home Care Plus (分別稱為「YNHHS 非醫院提供者」) 也遵循相關財務援助計畫。

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」或「YNHHS 非醫院提供者」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 不涵蓋：
 - (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) 其他選擇性便利服務費，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。

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 FAP 涵蓋範圍內。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《急診醫療和活躍分娩法》(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急診醫療照護的活動。本 FAP 的任何內容均未縮小醫院根據 EMTALA 為急診疾病患者提供治療的義務範圍。

C. 財務援助計畫

1. **一般資格要求**。如果患者符合以下條件，他們將有資格獲得財務援助，調整患者個人就急診和/或其他具醫療必要性的照護服務所應承擔的金額（但不包括第三方付款人所應承擔的金額）：

- (i) 沒有保險，也沒有資格參加任何政府醫療保健福利計畫或透過《平價醫療法案》(Affordable Care Act) 提供的合格健康計畫，或 (ii) 保險不足；
- 居住在美國；
- 符合下述收入標準；
- 提交完整的申請和必要文件，或符合下述推定資格的既定標準；以及
- 配合申請 Medicaid 或任何其他可參加的第三方付款計畫。

2. 收入標準

- a. **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%，患者可能有資格享受免費照護（患者帳戶餘額享 100% 折扣）。
- b. **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，患者可能有資格獲得折扣，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。
- c. **醫療貧困**。針對不符合上述收入標準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。

3. **醫院病床資金**。患者可能有資格獲得免費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。這些資金只佔財務援助總資金的一小部分，其資格審核需考慮捐助者限制和資金提名人的提名（如適用）。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 為此前曾在 Greenwich Hospital 門診初級保健診所就診且目前在 Greenwich Hospital 接受住院和門診服務的某些人群提供財務援助。

Yale New Haven Health 的政策是一視同仁地做出有關財務援助的決定。做出這些決定時不會考量年齡、性別、種族、膚色、祖籍國、婚姻狀況、社會或移民身分、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。YNHHS 可自行決定是否核准此政策範圍之外的財務援助。

D. 醫院服務收費限制

如果患者符合此政策的折扣照護資格，而非免費照護，則對於患者有資格獲得的醫院服務，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 (amount generally billed, AGB)。

1. **AGB 的計算方式。** 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資料。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，除了以下情況，患者一律必須填寫 YNHHS 財務援助申請（「申請」）。該申請表的取得管道包括：
 - a. 造訪 www.ynhhs.org/financialassistance 與每家 YNHHS 醫院的網站，以線上獲取。
 - b. 親自前往任何 YNHHS 醫院的患者入院或登記區。
 - c. 透過撥打 (855) 547-4584，向患者財務服務部 (Patient Financial Services) 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) YNHHS 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醫院病床資金。YNHHS 不得因為未提供 FAP 或者申請並未要求的資訊或文件而拒絕提供 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情況。一旦 YNHHS 確定患者符合 FAP 資格，YNHHS 將：
 - a. 提供帳單，說明個人作為符合 FAP 資格之患者所應承擔的金額，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（如適用）；

財務援助計畫政策

- b. 向個人退還其為照護已支付且超出 FAP 合資格者個人應付部分的任何金額，除非此類超出金額低於 \$5 或美國國稅局 (Internal Revenue Service, 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，可能會透過患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 隸屬於 Yale University，是 Yale School of Medicine 的學術健康中心。對於 Yale University 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 收到收入週期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。
 - 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 收到收入週期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 FAP 下的慈善照護。

F. YNHHS 相關收款實務

YNHHS 醫院（及收到轉債的任何收款機構或其他方）在患者出院後第一份照護帳單簽發後 120 天內不會進行任何異常收款行動 (extraordinary collection action, ECA)。在 YNHHS 做出合理努力來確定患者或任何其他對自費帳戶負有財務責任的個人（負責人）是否有資格根據本 FAP 獲得財務援助，並經收入週期高級副總裁或其指定人員確認和批准之前，不會採取 ECA。

醫院將按照內部操作流程與實務來完成其應收帳款週期。作為此類流程與實務的一部分，YNHHS 將從提供照護之日起並在整個帳單週期（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，所有患者都將獲得此 FAP 的簡明語言摘要與 FAP 下的財務援助申請表。
2. 在至少六十 (60) 天的期限內，將向最新得知的患者與其他任何負責人地址郵寄或電郵至少三份獨立的收款結單；但是，在負責人提交完整的 FAP 下財務援助申請或全額支付後，將不會寄送額外結單。患者或負責人必須在接受服務時或搬家時提供正確的郵寄地址。如果患者帳戶沒有有效地址，YNHHS 將被視為已做出「合理努力」來確定患者是否符合本 FAP 的資格。所有單份患者帳戶結單將包括：

文件編號：2296

財務援助計畫政策

- a. 結單所涵蓋醫院服務的摘要；
 - b. 此類服務的費用；
 - c. 負責人需要支付的金額（或者，如果不知道金額，則為截至初始結單日期的誠信估算）；以及
 - d. 顯眼的書面通知函，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說明，如果負責人未申請 FAP 下的財務援助或者未在帳單截止日期前支付到期金額，YNHHS 預期將採取哪些 ECA。此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。此結單將隨附此 FAP 的簡明語言摘要。
 4. YNHHS 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），以聯絡負責人至少一次。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 FAP 之相關規定的前提下，YNHHS 可以採用附件 2 所列的 ECA 來盡量獲取所提供醫療服務的付款。

G. 提供政策副本

有關此 FAP 的副本、此 FAP 的簡明語言摘要與 FAP 申請，請造訪 www.ynhhs.org/financialassistance 獲取。

YNHHS 將根據要求，透過郵寄或在每個 YNHHS 醫院急診科 (Emergency Department) 以及所有登記點免費提供此 FAP 的紙本副本、此 FAP 的簡明語言摘要與 FAP 申請。紙本表格為英語版本，並且如果英語水準有限之任何族群超過 1,000 人或佔 YNHHS 醫院所服務人口的 5% 或以上（以較少者為準），也會以這些族群的主要語言提供紙本表格。請參閱附件 3 的語言清單。

患者應撥打免費電話 (855) 547-4584 聯絡企業業務服務部，以獲取有關資格或可參加之計畫的資訊，請求郵寄此 FAP 副本、此 FAP 的簡明語言摘要、FAP 申請表或者計費與收款政策，或者將此 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 (Patient Registration)、患者財務服務部 (Social Work/Case Management) 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

YNHHS 將遵守相關的州法律，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 (Rhode Island Department of Health) 制定的《醫院轉變相關規則與法規》(Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions)（「羅德

財務援助計畫政策

島法規」) 第 11.3 節規定的全州關於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 節規定的全州關於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》(New York Civil Practice Law)。

參考

- A. Internal Revenue Code 501(c)(3)
- B. Internal Revenue Code 501(r)
- C. Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- D. RI Regulations 11.3 and 11.4
- E. NY Civil Practice Law Section 5.201(b)

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：Federal Poverty Guidelines (FPG) & Financial Assistance
- B. 附件 2：Extraordinary Collection Actions
- C. 附件 3：Limited English Proficiency Languages

政策歷史紀錄

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 - 免費照護資金的分發 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、免費病床資金政策； 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；2025 年 2 月 28 日
D. 未修訂即核准	2023 年 1 月 19 日 (附件 1 更新)；2024 年 1 月 24 日 (附件 1 更新)；2024 年 7 月 6 日 (附件 1 更新)；2025 年 1 月 30 日 (附件 1 更新)

財務援助計畫政策

附件 1

聯邦貧窮準則 (FPG) 與財務援助

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 2025 年 1 月 30 日，FPG 金額如下。這些金額可能有變。根據此政策，有資格享受財務援助的患者將獲得以下援助：

		免費照護	折扣照護
	保險資格	投保或未投保患者	投保或未投保患者
	折扣	100%	Bridgeport Hospital – 68% Greenwich Hospital – 67% Lawrence + Memorial Hospital – 68% Yale New Haven Hospital – 65% Westerly Hospital – 75% YNHHS 非醫院提供者 – 65%
	總收入資格	0% - 250% FPL	251% - 550% FPL
家庭人數	1	\$0 - \$39,125	\$39,126 - \$86,075
	2	\$0 - \$52,875	\$52,876 - \$116,325
	3	\$0 - \$66,625	\$66,626 - \$146,575
	4	\$0 - \$80,375	\$80,376 - \$176,825
	5	\$0 - \$94,125	\$94,126 - \$207,075

AGB 百分比每年計算一次。2025 日曆年每家醫院的 AGB（費用百分比）為：Bridgeport Hospital 32.63%、Greenwich Hospital 33.90%、Lawrence + Memorial Hospital 32.35%、Yale New Haven Hospital 35.85% 和 Westerly Hospital 25.65%。

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病床資金，但未能回應、被拒絕或者被發現沒有資格申請此類資金；
- b) 患者未根據系統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有責任承擔的部分；
- c) 患者未嘗試進行或不同意接受付款安排，或者未遵守系統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
達里文
法文
希臘文
吉吉拉特文
海地克利奧爾文
印地文
義大利文
日文
韓文
帕施圖文
波蘭文
葡萄牙文（巴西）
葡萄牙文（歐洲）
俄文
西班牙文（美國）
他加祿文
土耳其文
烏克蘭文
烏爾都文
越南文