

	<b>标题： 患者财务服务</b> <b>温情收费及 财务补助政策（FAP）</b>
<b>参考手册：患者帐目政策/规程手册</b>	<b>分发： 各科室</b>
<b>提议人：患者财务服务科科长</b>	<b>批准人：财务副总裁兼首席财务官（CFO）</b>
<b>生效日期：2000年1月</b>	<b>修订： 2008年8月</b> <b>2015年9月</b> <b>2015年11月</b>

## **SIMPLIFIED CHINESE**

### **政策**

本政策旨在确保无论支付能力如何，所有患者均能从本医院和任何其他实质性相关实体获得基本的急诊医疗服务和其他医学上有必要的医疗服务。

**在任何时刻，均不得因为患者的支付能力或参加财务筛查程序的意愿或能力而拒绝向任何患者提供必要的急诊医疗服务。**

[HackensackUMC Palisades](#) 医学中心（“本医学中心”）的政策是，对本医学中心所服务社区的全体成员“温情收费”，其中包括下列患者：寻求急诊服务或其他医学上有必要的医疗服务、但是没有保险的患者；有保险、但其医疗费用报销福利计划不给予报销或无力支付共付费的患者；以及虽然是保险产品的受益人，但该等保险产品将 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心视作网络外医疗服务提供方。

对于 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心提供并由 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心收费的急诊医疗服务或其他医学上有必要的医疗服务，《温情收费和财务补助政策》（FAP）仅适用于由 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心收费的服务。由医师等其他医疗服务提供方单独收费的其他服务不属于 FAP 项下的合格服务。此类服务的专业收费必需由医师及其所在的行医机构控制，患者必须与医师及此类行医机构单独作出财务安排。

附件 A 是除了本医院以外，在本医院提供急诊医疗服务或其他医学上有必要医疗服务的所有医疗服务提供方名单，其中说明了哪些医疗服务提供方适用本 FAP，哪些医疗服务提供方不适用。对这份医疗服务提供方名单，每季度复审一次并进行必要的更新。

本 FAP 由政策和操作规程构成，坚持一视同仁和公平原则：（a）规定患者财务服务科必须通过其财务咨询顾问，采取措施以确定哪些无保险患者有资格获取政府或州所设立或资助的医疗补助，并协助这些患者取得该等医疗补助；（b）对不符合政府或州所设立或资助计划的资格但符合本医学中心财务条件和支付要求的无保险患者，减少收费；（c）以按次收费或按病案收费的方式，提供第三方支付人计划通常不纳入支付范围的特定服务以

及不被视作医学上有必要的服务，可给予收费折扣；（d）如患者的财务困境得到证实，允许减收或免收患者共付费；以及（e）如患者是本医学中心被视作其网络外医疗服务提供方之第三方支付人计划的受益者，则允许就向该等患者所提供的服务减收或免收患者共付费。如要瞭解更多信息，请参考另行制定的《自付费政策》中的规定。

本医学中心依据保险状况和个人的家庭收入来认定资格。本医学中心的 FAP 包括财务补助的申请方法。

#### **FAP 的公平收费做法/协助：**

本医学中心仅就实际提供的服务向患者或第三方收费。对于有疑问或无法自行完成申请过程者，将提供协助。需要该等协助者可亲自前往地址位于 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047 的 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心患者财务服务科，或打电话 201-854-5092。

#### **申请：**

FAP 仅适用于由本医学中心提供并收费的所有急诊医疗服务或其他医学上有必要的医疗服务，其中包括住院服务及门诊服务。FAP 不适用于其他服务或由医师、行医机构或其他医疗服务提供方就在本医学中心的设施中所提供的服务而收取的专业费用，其中包括放射科医师、麻醉师、急诊科医师和病理医师等常驻医院的医师所提供的服务。附件 A 是除了本医院以外，在本医院提供急诊医疗服务或其他医学上有必要医疗服务的所有医疗服务提供方名单，其中说明了哪些医疗服务提供方适用本 FAP，哪些医疗服务提供方不适用。

#### **如何申请/广泛宣传：**

FAP、《简明摘要》（“PLS”）和相关的《申请表》（“申请表”）将以下列方式，在显眼位置陈列：

- 从 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心的网站下载文档：  
<https://www.palisadesmedical.org>。
- 本医学中心多个科室，包括总挂号处、急诊室和患者财务服务科，均免费提供 FAP、申请表和 PLS。可来函索取。
- 打电话给本医学中心患者财务服务科的电话 201-854-5092，请求邮寄相关文件。
- 亲自前来（1层大堂）：

[HackensackUMC Palisades](#),  
Patient Financial Services Department  
7600 River Road  
North Bergen, New Jersey 07047.

- 将填妥的申请（连同申请说明中规定的所有文件/信息）邮寄或当面递交至：

[HackensackUMC Palisades](#),  
Patient Financial Services Department  
7600 River Road  
North Bergen, New Jersey 07047

Deleted: Medical Center

Deleted: Medical Center

- 在包括总挂号处、急诊室和患者财务服务科在内的公共场所张贴告示牌或公告，向患者说明有财务补助可以领取。
- 作为患者入院/收治流程的一部分，向所有患者提供一份 PLS。

如果申请人无提供任何家庭收入的证明文件，则申请人可与患者财务服务科联系，讨论可用于证明财务补助领取资格的其他文件。

自出院账单签发之日起，所有申请手续均须在十二（12）个月内完成。如果本医学中心收到不完整的《申请表》，则会书面通知患者或财务负责承担人，说明需要额外提供哪些信息和（或）文件，从而确定 FAP 资格。患者或财务责任承担人可在 30 天或申请期（自第一份出院账单签发之日起 365 天）的剩余时间内（以较长者为准）提交完整《申请表》，其中须包含 [HackensackUMC Palisades](#) 所要求的任何补充信息。

本医学中心还将其 FAP、《申请表》和 PLS 翻译为其他语言，前提是在 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心所服务的社区中，译入语是 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心可能影响或遇到的人群中有 5%或 1,000 人（以较少者为准）所使用的主要语言。可亲自前往上述地址索取 FAP 的翻译版，也可前往 [HackensackUMC Palisades](#) 医学中心网站 [www.palisadesmedical.org](http://www.palisadesmedical.org) 下载。

Deleted:

### 宗旨：

本 FAP 旨在协助患者对付往往阻碍人们获得医疗服务的财务困境。依照本 FAP 的实施细则：必须认定患者是否有资格加入政府设立或资助的计划，其中包括 Medicaid、家庭医疗（Family Care）和慈善医疗（Charity Care）计划；以及如有能够合理证明的财务困境，可逐案减少收费。无论是哪种情况，本 FAP 均旨在提供机会，让患者财务服务科能够满足社区的需求，同时又能满足本医学中心做到财务负责和遵守联邦及州所有相关法律的需求。

### 新泽西慈善医疗计划（慈善医疗计划）：

无健康保险或健康保险仅支付账单的一部分；

- 有资格参加任何私营或政府设立的保险；并且
- 符合州制定的收入及资产条件。

符合下列条件的新泽西州居民有资格参加州立的“新泽西慈善医疗计划”：

须符合下列额外条件，才有资格参加“慈善医疗计划”：

- 筛查患者是否有资格参加“慈善医疗计划”。如果患者的家庭收入低于联邦贫困线（“FPL”）额 200%，该计划代付 100%的费用；如果患者的家庭收入为 FPL 的 200%至 300%，该计划代付一部分费用。全额代付还是部分费用，以采用《新泽西卫生厅收费标准》来确定。
- “慈善医疗计划”的资格条件为，个人资产不超过 7,500 美元，家庭资产不超过 15,000 美元。

- 就本条而言，资产必须纳入考虑范围的家庭成员为 N.J.A.C. 10:52-11.8(a)（《新泽西州行政法》第 10:52-11.8(a)条）所定义的所有法定责任承担人。

依据《新泽西州行政法》第 10:52 条“医院服务手册”项下“慈善医疗”部分，需要提供的文件包括：

- 适当的患者及家人身份证件。这些可包括下列任何证件：驾驶执照、社会安全卡、外国人登记卡、出生证、工资单、护照、签证等。
- 截至服务提供日的新泽西居民身份证明（注：急诊医疗服务无居民身份要求）。此证明可包括下列任何证件：驾驶执照、选民登记证、工会会员证、保险或福利计划身份卡、学生证、公用事业费账单、联邦所得税单、州所得税单或失业福利说明。
- 毛收入证明。此证明应包括医院为认定患者的毛收入而要求提供的细节（下列之一）：
  - 服务提供前 12 个月的实际毛收入。
  - 服务提供前 3 个月的实际毛收入。
  - 服务提供前那个月的实际毛收入。
- 截至服务提供日的资产证明。这里的资产是指可随时变现的物品。

如没有申报家庭收入，则要求提供有关如何满足日常需求的信息。偶尔可能会要求提供补充文件以确认资格。此类文件可能包括但不限于结婚证或离婚判决书。

### **新泽西州无保险者折扣：**

#### **《新泽西州行政法》第 26:2H-12.52 条项下医疗费用折扣的资格要求：**

无保险患者如果是新泽西州居民，家庭毛收入低于 FPL 的 500%，则有资格获得医疗费用折扣。上文所列“慈善医疗计划”的文件要求适用于本条项下的资格认定，但个人和家庭财产限制不适用于本条项下医疗费用折扣资格认定。在前述情形下，患者如被认定符合 FAP 关于医疗费用折扣的资格要求，则须按 AGB 付费或按 Medicare 项下收费的 115% 付费，以较低者为准。

### **流程：**

#### **1. 财务筛查。**

在挂号过程中，除其他规定的身份证件外，所有患者都必须出示保险凭证。任何患者如果无法出示保险凭证，其中包括政府或州设立的任何医疗服务费用报销计划的参与凭证，我们会鼓励该等患者提供必要的信息，供本医学中心进行财务筛查。财务筛查将依照《新泽西州医院疗护费用补助计划》的规定进行。

通过财务筛查，确定患者是否有资格领取 Medicaid、家庭医疗（Family Care）、慈善医疗补助（Charity Care Assistance）或政府设立或资助的任何其他计划项下的医疗补助，或是否有资格适用本医学中心在 FAP 项下提供的自付费标准。

除非情况紧急或具体情况不允许，否则本医学中心会鼓励每个患者提交必要的信息，以在提供服务之前进行财务筛查。如果情况紧急或因具体情况而无法进行事先筛查，或患者最开始反对筛查，则财务筛查可在服务提供后的任何时间进行。即使在服务提供以后，财务咨询顾问也应鼓励无保险患者参加财务筛查。

**在任何时刻，均不得因为患者的支付能力或参加财务筛查程序的意愿或能力而拒绝向任何患者提供必要的急诊医疗服务。**

## 2. Medicaid；家庭医疗；慈善医疗。

如果患者满足 Medicaid、“家庭医疗”或政府设立的其他医疗费用报销计划的其它财务和参与条件，财务咨询顾问应向患者提供并协助患者填写和提交适当的申请表和必要的补充文件，以登记领取补助。如有资格参加 Medicaid、“家庭医疗”或政府设立的其他医疗费用报销计划，则本医学中心的收费以及该等收费的开单和收款将受相关计划的管辖。

如患者无资格参加 Medicaid、“家庭医疗”或政府设立的其他医疗费用报销计划，则会确定患者是否有资格参加“慈善医疗补助计划”。如有资格参加“慈善医疗补助计划”，则本医学中心将依据“新泽西州慈善医疗补助计划”的政策和规程，对其所提供的服务减收或免收费用。

## 不受保服务：

### 1. 确定不受保服务。

本医学中心深知，在现有的政府或州设立或资助或私营的医疗费用报销计划项下，患者寻求或要求的医疗服务往往不受保。患者财务服务科可确定普遍医疗费用报销计划不承保，但本医学中心所服务社区成员希望获得的具体服务或服务类别。为方便起见，此类服务在本政策中简称为“不受保服务”。

本政策付诸实施后，患者财务服务科已确定各种作为“不受保服务”、被视作医学上没有必要的服务和治疗术，并为其制定了收费标准。通常而言，这些服务医学上没有必要，但也可能会有例外情况。

### 2. 住院和门诊支付要求。

对于所有在《自付政策》项下确定的“不受保服务”，包括本政策中的支付规定，将适用。。

## 患者共付费

依据本医学中心的政策，通常须依照相关政府或州设立或私营医疗费用报销计划的规定，开账单收取所有患者共付费，举例而言，包括健康维护组织必须在服务提供日收取的共付费、传统保险计划或网外福利的免赔额以及保险分担费。

本医学中心深知，患者共付费可能使获取医疗服务受限或使患者个人陷入财务困境。因此，为了实现本 FAP 的宗旨，为了确保本医学中心所服务社区的全体成员在本医学中心均可获取医疗服务，患者财务服务科在严格遵守下列规定的前提下，有权减收或免收特定患者的共付费。

#### 1. 政府支付人。

本医学中心须履行包括 Medicare 和 Medicaid 在内，其在所参与之政府设立医疗费用报销计划项下的所有义务。因此，本医学中心应运用善意的努力以向该等计划的所有受益人收取共付费，其中包括免赔额和保险分担费。本医学中心不得免收或减少患者共付费，但符合下列困境豁免规定者除外。

#### 2. 非政府支付人。

本医学中心须履行其对健康维护组织、商业保险公司、首选医疗服务提供组织和其他非政府医疗费用报销计划的契约义务。因此，本医学中心应依照该等计划的要求，运用善意的努力以向该等计划的所有受益人收取共付费，其中包括免赔额、服务点共付费和保险分担费。除非本医学中心与第三方支付人之间的相关参与协议或其他合同明确许可，本医学中心不得免收或减少患者共付费，但符合下列困境豁免规定者除外，而该等困境豁免不被相关参与协议或其他合同所禁止或是提供给有资格取得本 FAP 项下财务补助者。

#### 3. 困境豁免。

患者财务服务科有权逐案考虑特定患者的财务困境，决定豁免其所参加的政府设立医疗费用报销计划或私营医疗费用报销计划项下规定的共付费。但是，患者财务服务科这么做必须满足下列条件：（i）本医学中心向患者开出账单，并试图依照其正常的开单收款规程来收取共付费；（ii）依据患者的账款状态，正常情况下转入本医学中心的逾期账款催收程序；（iii）患者或其他责任承担方申请困境豁免，并且患者或其他责任承担方提供必要的信息和文件，供患者财务服务科依照《财务筛查政策》进行财务筛查；（iv）通过分析财务筛查信息，证实患者无力支付拖欠的共付费；（v）前述步骤均有完善的书面记录，并与患者的财务记录保管在一起；并且（vi）财务规划经理在请示财务总监或其授权代表后，批准豁免决定。

#### 4. 网络外服务通融安排。

患者财务服务科可找出那些非政府医疗费用报销计划，该等计划为本医学中心所服务社区相当大一部分成员提供保险，但本医学中心未以网络内服务提供方身份参加之。患者财务服务科应认为最好能与该等非政府支付人达成协议，但本政策并不强迫本医学中心参加或接受不利的参加条款或条件。

为了使 FAP 惠及本医学中心所服务社区的全体成员，包括有保险及无保险的社区成员，为了拓宽社区的医疗服务获得途径，对于非政府设立或资助的医疗费用报销计划，如果本医学中心与其没有契约关系，即本医学中心被视作其网络外医疗服务提供方，本医学中心有权选择对该等计划的受益人免收或减收共付费。患者财务服务科无须进行财务筛查，也无须证实财务困境，即可依据裁量权而给予前述免收或减收待遇，但前提是严格遵守下列原则：

a. 除非符合下文规定，否则裁量性免收或减收权仅限本医学中心行使，不得向任何患者、任何代表患者的组织、任何雇主、任何医师或其他医疗服务提供方提出订立或订立协议或合同，致使本医学中心有义务就网络外福利免收共付费或作出其他通融安排。但是，本医学中心有权直接与相关第三方支付人订立协议。依据该等协议，本医学中心依然是网络外医疗服务提供方，但为网络内受益人提供特定的豁免或其他通融安排。

b. 裁量性免收或减收必须由信贷部在请示财务总监后批准。如果要以任何常规方式给予或将要给予或可能给予裁量性免收或减收，则必须由财务总监在请示首席执行官后批准。

c. 如果要以任何常规方式给予或将要给予或可能给予裁量性免收或减收，则本医学中心必须向相关支付人书面告知其免收或作出其他通融安排的意图。该等通知的形式和内容均必须足以向支付人告知其意图。例如，该等通知可以是纸质索赔申请表附带声明或每份电子索赔申请表备注栏内的声明，或是一般性的通知，提供给支付人权限足以接收和答复该等通知的高级管理人员。该等声明或通知必须由财务总监在请示首席执行官后批准。

d. 裁量性免收或减收的前提是，任何政府设立的医疗费用报销计划（例如 Medicare）均不资助或支付患者医疗福利的任何一部分，无论该等政府福利是主要福利还是次要福利。

### **通常收费金额（“AGB”）**

本医学中心利用“回顾法”，根据 Medicare 按次收费服务和私营健康保险公司的数据来计算旗下每个医院的 AGB 百分比。本医学中心采用这个方法，用其向符合 FAP 资格要求者提供的任何急诊服务或其他医学上有必要服务的收费毛额乘以一个百分比，计算出 AGB。AGB 百分比每年计算一次，方法是用 Medicare 按次收费服务和私营健康保险公在此前十二（12）个月内批准的索赔总额除以这些索赔对应的相关收费毛额总和。

计算得出的 AGB 百分比为 18.72%。

本医学中心用 AGB 百分比乘以收费毛额，得出患者欠费的最高金额。收费毛额是指本医学中心向患者收费的金额，未扣除任何契约性的补贴、折扣或扣除项。

对于被认定符合上述任何财务补助计划之资格要求的患者，则按 AGB 或其可能有资格参加执行计划的折扣费率（以较低者为准）进行收费。