

NewYork-Presbyterian Hospital

地址：所有中心

Hospital 政策和程序手册

编号：C106

第 1 页，共 5 页

标题：

慈善医疗服务政策

政策和目的：

New York State Public Health Law (《纽约州公共卫生法》) (第 2807-k-9-a 节) 和 Internal Revenue Code (《国内税收法》) (第 501(r) 节) 要求医院为根据其财务状况鉴定为无法全额或部分支付医疗费用的患者免费或以折扣价格提供急救服务或其他医学上认为必需的医疗服务。

NewYork-Presbyterian Hospital (下文称 Hospital) 意识到其有责任向没有投保或保额不足并且已经在 Hospital 接受急救服务或其他医学上认为必需的医疗服务的患者提供慈善医疗服务(下文称慈善医疗服务)。Hospital 致力于对个人患者的需求进行综合评估,同时向任何年龄、性别、种族、民族血统、社会经济地位、移民身份、性取向或宗教信仰的患者提供担保的慈善医疗服务。

适用对象：

1. 本政策适用于向依据本政策有资格享有 Hospital 或其员工援助的个人提供的急救服务或其他医学上认为必要的住院和/或门诊服务。(当前覆盖的医院见附件 C)。
2. 本政策适用于向纽约州居民(包括符合紧急医疗护理和劳动法 (EMTALA) 的转诊患者)提供的急救服务以及向 Hospital 主要服务区域内的任何合格居民提供的非紧急、医学上认为必要的服务。(见附件 A)。医疗服务定义为纽约州 Medicaid 项目覆盖的服务。
3. 除覆盖合格的未投保患者外,本政策还覆盖有资格并且面临特别医疗费用(包括共同付费、免赔额或共同保险额)和/或已经用尽医疗保险福利(包括但不限于医疗储蓄账户)的个人。
4. 如需获得有关 Hospital 医师和其他医疗服务提供者的信息,包括 Hospital 门诊医疗网络 (ACN) 临床提供者(以下称“提供者”)和 Hospital 慈善医疗服务政策,请访问 www.nyp.org。如需获取提供者清单纸质副本,请访问 www.nyp.org, 致电 (866-252-0101), 或直接询问提供者。患者应该预料到会收到这些提供者各自开具的单独账单;此等提供者不在此政策范围内,会单独收取服务费用。Hospital 的 ACN 提供者在 Hospital 的慈善医疗服务政策范围内。
5. 患者提交填写完整的申请表并随附要求的文档之后, Hospital 即会考虑提供慈善医疗服务。在本政策所述的某些限制性环境下,可能会根据信用或专业报告机构的推算收入评分决定是否向患者提供慈善医疗服务。
6. 首先,评定患者是否符合 Medicaid 计划或其他保险计划的资格,若评定结果合理或合适,即会向其提供慈善医疗服务。

NewYork-Presbyterian Hospital

地址：所有中心

Hospital 政策和程序手册

编号：C106

第 2 页，共 5 页

-
7. 经 Hospital 指定工作人员的批准后，可以制定本政策的例外情况。由 Hospital Utilization Review Department（医院效用评估部门）依据适用的 Hospital 政策和流程解决关于医疗必要性的争议。

程序：

A. 申请：定时/地点/文档编制

1. Hospital 的住院处和 Emergency Department（急诊科）应在接收和登记患者、患者出院时和/或通过邮件以 Hospital 的主要语言应要求向患者免费提供书面材料，包括申请、政策全文以及普通语言总结（总结）此外，还可通过 Hospital 网站 (www.nyp.org) 获取这些材料。同时，还需要向患者提供关于本政策的通知，方法是：在 Hospital 的 Emergency Rooms（急诊室）和住院处醒目位置张贴语言得体的信息，并且向患者发送关于账单和结算单的信息，说明合格患者可能会获得经济援助以及获得更多信息的方式。
2. 通过向患者发出通知，应在申请材料中说明患者是否提交了完整的申请（包含用以确定其是否符合本政策资格要求的信息或文件），并且说明在 Hospital 对申请做出决定之前，患者不必支付 Hospital 的任何账单。
3. 患者可以通过在开具账单和收费过程中的任何时间索要申请表并提交完整申请表申请援助。应在申请人提交完整申请表后尽快向其提供关于此申请的书面决定，但在任何情况下，都应在 Hospital 收到此申请后的三十 (30) 天内做出决定。若需要申请人的其他信息来确定其是否符合资格，Hospital 应在上文所述的三十 (30) 天内索要此类信息。关于如何对否决书或其他不利决定提出上诉的书面指示和 New York State Department of Health（纽约州卫生署）的联系信息，应当包含在关于申请的不利决定或否决书中。
4. 申请人必须提供支持其申请的信息/文件，包括但不限于关于其申请表上输入信息的文件。此外，文件示例可能还包括工资存根、雇主证明信（若适用），以及证实收入的 Internal Revenue Service（美国国税局）表格 1040。
5. 患者的资产不在考虑范围内。
6. Hospital 可能会就某些患者向第三方（如信贷机构）进行咨询并向后者获取相关报告，以确定在下列限制条件下这些患者是否仍然符合慈善医疗服务的假定资格：
 - a. 患者已出院，
 - b. 患者的保险范围不足，或者保险金已经用完，
 - c. 患者账户上有超过 \$300.00 的未清余额，
 - d. 患者至少收到了一张账单，并且该账单的支付期已经结束，以及
 - e. 患者没有申请慈善医疗服务或者没有填写申请表，
 - f. 患者已通过账单中的陈述被告知，Hospital 可以在没有获得任何信用报告之前，获得一份信用报告，
 - g. 信用报告不得用于拒绝慈善医疗服务申请。

Hospital 不会向此类第三方报告患者的账务状况。

NewYork-Presbyterian Hospital

地址：所有中心

Hospital 政策和程序手册

编号：C106

第 3 页，共 5 页

-
7. Hospital 门诊患者在首次登记后会进行评估。填写 Hospital 门诊患者申请和做出相关决定是登记流程的一部分，除非还需要其他信息。
 8. Hospital 不会因为合格个人没有支付先前与本政策覆盖服务有关的一张或多张账单而延迟或拒绝提供急救服务或其他医学上认为必要的医疗服务（或者在提供服务之前要求先付款）。

B. 上诉程序

1. 若患者对关于其慈善医疗服务申请的决定不满意，可以在收到决定的二十 (20) 天内，向 Director of Patient Accounts（患者账户部门主任）或其他 Hospital 指定人员（下文称主任）提交原因及任何支持文件，对此决定提出上诉。
2. 主任应在十五 (15) 个工作日内审查此上诉，并以书面形式对患者进行回应。
3. 若患者对主任的决定仍不满意，可以书面形式将主任的决定（包括相关原因）和任何支持文件移交给 Vice President of Patient Financial Services（患者财务服务副院长，下文称“副院长”）或 Hospital 其他指定人员审理。
4. 副院长应在收到上诉后的十五 (15) 天内做出书面决定。副院长的决定为最终决定。
5. 在任何上诉未定时不得进行任何收费活动。

C. 支付流程

1. 按照本政策的要求，根据当前年度的适用费用变动区间，即“费用变动区间-住院/门诊”、“行为健康门诊费用变动区间”和“诊所费用变动区间”（本政策的附件 B-1、附件 B-2 和附件 B-3），Hospital 将向未投保申请人或已用完特定服务医疗保险金（包括但不限于医疗储蓄款）的申请人（包括申请人及其家属）免费或以折扣价格提供医疗服务，但是此类申请人的收入必须在每年公布的 Federal Poverty Guidelines for Non-Farm Income（非农收入联邦贫困指标）规定的联邦贫困线 400% 以下（在确定患者是否符合资格时，使用的是收到完整申请时的现行收入指标，而不是提供服务时的收入指标）。
2. Hospital 将限制向有资格享受慈善医疗服务计划的个人收取的费用，限制的金额相当于针对持有保险的个人开具的有关急救服务或其他医学上认为必要的医疗服务的一般金额 (AGB)。Hospital 使用前推法并根据纽约州卫生署制定的现行纽约州服务费 Medicaid 费率确定的费率来计算 AGB。在决定申请者是否享有慈善医疗服务的资格后，向合格个人收取的费用不得超过急救服务或医学上认为必要的医疗服务的一般金额 (AGB)。为了确定向享有慈善医疗服务资格的个人收取的金额，Hospital 将会根据此类人员的家庭成员数量和收入，按照附件 B-1、附件 B-2 和附件 B-3，使用 AGB 的变动区间折扣方法。例如，如果确定一位患者享有慈善医疗服务资格，并且该名患者的家庭成员为 3 名，收入为 \$35,000，那么根据附件 B-1 进行计算，向该名患者收取的费用为适用于此类患者住院治疗的现行 Medicaid 费率的 55% (AGB)。

NewYork-Presbyterian Hospital

地址：所有中心

Hospital 政策和程序手册

编号：C106

第 4 页，共 5 页

-
3. **分期付款计划。**若患者无法一次性付清尾款，Hospital 将会尝试与患者协商分期付款计划。在与患者协商分期付款计划的过程中，Hospital 可能会考虑已经到期的尾款，并且还会考虑患者的支付能力。
 - a. 分期付款计划允许患者在六 (6) 个月内付清到期尾款。
 - b. 若经 Hospital 认定，患者的经济状况允许延长付款期限的，可以将付款期限延长到六 (6) 个月以上。
 - c. 每月支付的金额不得超过患者每月总收入的百分之十 (10%)。
 - d. 若患者连续两次未能支付到期款项并且在到期后的三十 (30) 天内仍未能支付，则所有尾款都将到期。
 - e. 若向患者收取利息，则未付尾款的利率不得超过 US Department of Treasury (美国财政部) 发布的九十天保证金的利率加百分之零点五 (0.5%)。任何分期付款计划均不包含提高未付款项之利率的提前支付条款或类似条款。
 4. **押金。**寻求医学上认为必要的医疗服务并且申请慈善医疗服务的患者不需要缴纳押金。患者在申请慈善医疗服务之前缴纳的任何押金将作为慈善医疗服务补偿的一部分。如果确定此类患者享有免费医疗服务的资格，那么所有押金都将退还。如果确定患者享有折扣价格资格，那么超过患者应向 Hospital 支付的押金余额部分将退还给患者。
 5. 依据适用纽约州法律，Hospital 会将因提供慈善医疗服务而收取的费用计入其财务会计系统。
 6. 应制定和实施衡量 Hospital 是否遵守本政策的机制。

D. 教育/公众意识

1. Hospital 员工将会接受关于慈善医疗服务适用性以及如何指导患者获取关于申请流程的更多信息的培训。特别是，Hospital 将会向所有与患者进行互动或负责开具账单和收费的 Hospital 员工提供关于本政策的培训。
2. 应依据程序 A.1 向患者发送关于本政策的通知。
3. 有关需要向患者提供的总结 (包括用于确定患者是否享有援助资格的具体收入水平信息)、关于 Hospital 主要服务区域和如何申请援助的说明，以及本政策和申请表格，应公布在 Hospital 网站 (www.nyp.org) 上。
4. Hospital 将会向公众、当地社区卫生和人类服务机构以及其他助人脱困的地方组织传达慈善医疗服务的适用性。适于向当地非营利机构和公共机构进行通知的措施：
 - a. 向在各个医院附近的当地社区顾问委员会和领导委员会、精英学校和宗教组织的领导提供本政策、总结和申请表；
 - b. 与当地社区委员会、宗教组织、人类服务组织以及当选官员及其下属会面，向他们介绍本政策；

NewYork-Presbyterian Hospital

地址：所有中心

Hospital 政策和程序手册

编号：C106

第 5 页，共 5 页

-
- c. 通过 Hospital 在其服务区域内开展的摆街会和其他社区活动提供本政策、总结和申请表的复印件。

E. 收费规范和程序

1. Hospital 实施了收费规范和程序，以便患者享受 NewYork-Presbyterian Hospital 的高质量医疗服务，同时最大程度地减少 Hospital 的呆账。制定这些规范和程序的目的，是帮助代表 Hospital 追债的收费机构和律师依据 Hospital 的核心使命、价值观和原则（包括但不限于 Hospital 的慈善医疗服务政策）开展催收工作。
2. 根据《纽约州公共卫生法》（第 2807-k-9-a 节）和 Internal Revenue Code（《美国国家税务局法规》）规定（第 501(r) 节）的要求，Hospital 的收费规范和程序通过单独的收费政策列出。可在 Hospital 挂号处 (Admitting Offices) 或访问 Hospital 网站：www.nyp.org 并点击 Charity Care（慈善医疗服务）按钮查看收费政策，有英语和其他语言可选。

主管部门：患者财务服务处

政策生效日期：

第一版：2004 年 4 月

修订时间：2005

审核和修订时间：2006 年、2007 年、2010 年、**2014 年 6 月**

附件修订时间：2008 年 2 月 21 日；2010 年 3 月；2011 年 4 月；2012 年 3 月；2012 年 6 月；2014 年 6 月；2016 年 6 月；2017 年 2 月

修订时间：2015 年 10 月 20 日、2016 年 5 月、2017 年 12 月

批准单位：受托委员会

附件 A

主要服务区域

对于 NewYork-Presbyterian/Columbia（包括 NYP/Morgan Stanley Children's）、NewYork-Presbyterian/Weill Cornell、NewYork-Presbyterian/Allen 和 NewYork-Presbyterian/Lower Manhattan 而言，主要服务区域包括纽约市的五个区（县）。

对于 NewYork-Presbyterian/Westchester 而言，主要服务区域包含下列县：威彻斯特、布朗克斯、奥兰治、普特南和罗克兰。

日期：2014 年 6 月

慈善医疗服务附件 A 2014 年修订版

附件 B-1: 费用变动区间 - 住院/门诊
 基于非农收入 HHS 贫困指标 - 高达 400%

患者支付	儿科 ED: \$0 成人 ED: \$15 住院/救护外科/MRI: \$150 所有其他 非临床服务: 费率的 5%	适用费率的 10%		适用费率的 20%		适用费率的 55%		适用费率的 90%		适用费率的 100%		无折扣*
		联邦贫困指标 %	100%	101% - 125%	126% - 150%	151% - 200%	201% - 250%	251% - 400%	> 400%			
家庭成员数量	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$48,560	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	65,840	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	83,120	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	100,400	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	117,680	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	134,960	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	152,240	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	169,520	169,520
每增加一个人, 增加:	4,320											

来源: Federal Register/第 83 卷, 第 12 期/2018 年 1 月 18 日星期四/通知

*非临床门诊和牙科就诊: 根据 MEDICAID 按服务收费费率折扣计算减少额

*住院期间: 根据收费或 MEDICAID DRG (以较低者为准) 计算减少额

附件 B-2: 行为健康门诊费用变动区间
基于非农收入 HHS 贫困指标 - 高达 400%

类别	医疗保健提供者	B		C		D		E		F		G		H		I		J	
就诊费用	儿科诊断: 0 成人诊断: \$10	\$13		\$20		\$27		\$35		\$50		\$75		\$100		\$120		\$135	
联邦贫困指标 %	100%	101%	125%	125%	150%	150%	200%	200%	250%	250%	300%	300%	325%	325%	350%	350%	375%	375%	400%
家庭成员数量/收入	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$36,420	\$36,420	\$39,455	\$39,455	\$42,490	\$42,490	\$45,525	\$45,525	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	49,380	49,380	53,495	53,495	57,610	57,610	61,725	61,725	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	62,340	62,340	67,535	67,535	72,730	72,730	77,925	77,925	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	75,300	75,300	81,575	81,575	87,850	87,850	94,125	94,125	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	88,260	88,260	95,615	95,615	102,970	102,970	110,325	110,325	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	101,220	101,220	109,655	109,655	118,090	118,090	126,525	126,525	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	114,180	114,180	123,695	123,695	133,210	133,210	142,725	142,725	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	127,140	127,140	137,735	137,735	148,330	148,330	158,925	158,925	169,520
每增加一个人, 增加	4,320																		

来源: Federal Register/第 83 卷, 第 12 期/2018 年 1 月 18 日星期四/通知

慈善医疗服务 C106

附件 B-3: 诊所费用变动区间
基于非农收入 HHS 贫困指标 - 高达 400%

类别	A		B		C		D		E		F		W
就诊费用	儿科/产前诊断: 0 成人诊断: \$10		\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		无折扣
联邦贫困指标 % 收入	100%		101%-125%		126%-150%		151% - 200%		201%-250%		251% - 400%		> 400%
家庭成员数量	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	< 或 =	>	>
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$48,560	\$48,560	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	65,840	65,840	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	83,120	83,120	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	100,400	100,400	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	117,680	117,680	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	134,960	134,960	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	152,240	152,240	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	169,520	169,520	169,520
每增加一个人, 增加:	4,320												

来源: Federal Register/第 83 卷, 第 12 期/2018 年 1 月 18 日星期四/通知

慈善医疗服务 C106

附件 C

New York-Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Morgan Stanley Children's Hospital

New York-Presbyterian Hospital/The Allen Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Lower Manhattan Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Westchester Division