

HPH: 患者财政援助 (慈善) 计划



政策和程序

KAPI'OLANI	政策名	患者财政援助 (慈善) 计划
PALI MOMI	部门:	收入周期管理
STRAUB	生效日	02/2005
WILCOX	修订日	10/2012, 3/2013, 8/2015, 4/2016
	替换:	无

读者应谨慎参阅中心政策数据库, 了解本文件的最新版本, 而不是依赖任何打印版本。

核准签名: Will Burke

姓名: William V. Burke

职衔: 收入周期管理系统总监

核准签名: Steve Robertson

姓名: Steve Robertson

职衔: 执行副总裁及首席信息官

核准签名: David Okabe

姓名: David Okabe

职衔: 执行副总裁及首席财政官

KMCWC 董事会核准日期 _____

PMMC 董事会核准日期 _____

SCH 董事会核准日期 _____

WMH 董事会核准日期 _____

适用范围:

本政策适用于与 Hawaii Pacific Health (HPH) 实体有关的所有机构, 包括 Kapi'olani Medical Center for Women and Children (KMCWC)、Pali Momi Medical Center (PMMC)、Straub Clinic and Hospital (SCH)、Wilcox Memorial Hospital (WMH)、Kapi'olani Medical Specialists (KMS) 和 Kaua'i Medical Clinic (KMC)。本政策不适用于可能在 HPH 位置为患者提供治疗和提供服务的非 HPH 提供者。本政策的附录 B 列出了在 HPH 位置提供服务的非 HPH 提供者。

政策声明:

Hawaii Pacific Health 及其附属机构的政策规定, 为践行其理念和使命, 会不分年龄性别、种族、宗教、血统或支付能力向所有人员提供服务。

本政策旨在建立公平和一致的指南, 以便向无足够能力或无法支付在 Hawaii Pacific Health 附属机构获得的急救和医疗必需服务的患者提供财政援助。

定义:

总收入: 所有家庭收入, 无论来源如何, 包括但不限于无需缴纳联邦或州税费的收入。

未保险: 患者无保险或第三方援助帮助其承担对医疗提供者的财政责任。

保额不足: 患者有保险或第三方援助帮助支付医疗服务费用, 但自付额可能超出其支付能力。

医疗必需：根据本政策的目的，医疗必需采用美国医学会 (American Medical Association) 的定义 (<https://www.ama-assn.org/ama/home.page>, 2015 年 8 月)：

“医疗必需服务是是一名谨慎医生出于预防、诊断或治疗某种疾病、受伤及其症状之目的以下列方式提供给患者的医疗服务：(a) 符合医疗实践的公认标准；(b) 类型、频率、程度、部位和持续时间在临床上合适；和 (c) 主要非出于健康计划和购买者获利或方便患者、治疗医生或其他保健提供者之目的。”

紧急医疗护理：紧急医疗状况下的护理或治疗采用《急诊医疗和活跃产程法案》 (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, 简称 EMTALA) 的定义。

居民：在本州定居的每个人在本州居住的其他人（无论是否在本州定居）。在本州“居住”是指出于非临时或短暂目的住在本州。（来自 HRS-1 的定义）。根据本政策的目的，个人必需在夏威夷州居住至少 30 天才会被考虑给与财政援助。

一般收费金额 (AGB)：针对保险患者的急诊或医疗必需护理的收费金额。

推定资格：医院使用外部数据来源来确定财政援助资格的流程。

家庭：按照美国人口统计局的定义，家庭是 2 名或以上有出生、婚姻或收养关系且居住在一起的人员组成的群体（其中一人为户主）；所有此类人员被视为家庭成员。(<https://www.census.gov/cps/about/cpsdef.html>)

医疗贫困：家庭收入不超过夏威夷州当前联邦贫困线的 400%，由于医疗费用超出家庭收入与流动资产总和的 15% 而无法支付部分或全部医疗费用的人员

政策/程序：

I. 政策

A. 计划指南

1. HPH 政策是按照本政策的条款，向无保险或保额不足的患者提供财政援助。
2. 所有在 HPH 附属机构的急诊科接受某项病症检查或治疗的个人无论其支付能力如何，均可获得符合 HPH EMTALA 政策的急诊病症医疗筛检和护理。
3. 仅在患者符合财政标准后，对被确定为医疗必需的护理提供财政援助。HPH 根据家庭规模和收入，提供免费和费用打折的护理。
4. 慈善医疗不被视为一种替代支付方案，患者在获得慈善护理的批准前，可通过寻找其他支付方式或财政援助获得帮助。
5. 鼓励据信有能力购买医疗保险但无保险的患者这样做，以确保医疗保健的可获得性和整体健康。

B. 患者资格

1. 如果家庭收入不超过夏威夷州当前联邦贫困线 (FPG) 的 400%，申请人有资格获得财政援助。
2. 家庭收入超过 FPG 400% 的申请人，如果患者的自付额超过家庭收入与流动资产总和的 15%，将被视为医学贫困并有资格获得财政援助。患者必须披露所有形式的收入和资产。
3. 本政策适用于夏威夷州的居民。除急救护理外，非居民无资格享受财政援助。Hawai'i Pacific Health 可视每个病案的具体事实和情况自行决定豁免此排除规定。
4. 申请人必须完成 HPH 申请流程，包括任何确保第三方资助安全的必要步骤。

5. HPH 可采用以下两种方式考虑患者的推定资格:
 - a. 如果没有足够证明文件可以根据收入确定资格, HPH 可能会使用其他信息来源来确定财政援助资格。这些情况包括:
 - i. 患者无家可归
 - ii. 患者符合其他州、联邦或地方援助计划资格, 如食品券、住房补贴、福利或 Quest/Medicaid 保险。
 - iii. 患者符合犯罪受害者基金 (Crime Victims Fund) 或性侵犯治疗中心 (Sexual Assault Treatment Center) 资金援助资格。这种援助可能被视为一次性援助, 承保犯罪受害者基金或 SATC 方计划援助之后的任何患者责任
 - iv. 患者去世时无房产
 - v. 患者已申请破产
 - b. HPH 可以使用公开资料和来自外部资料提供者的资料进行资料分析, 以确定患者是否符合财政援助资格。外部资料可包括来自信用报告机构的信用评分和人口统计数据、公共援助计划注册资料和来自公共机构的其他资料。
6. 患者必须符合所有资格标准才会被视为有资格获得财政援助。

C. 折扣金额

1. 对于收入水平不超过夏威夷州联邦贫困线 200% 的患者, 如其符合资格, 可享受 100% 的自付额折扣 (免费医疗)。
2. 对于收入水平超过夏威夷州联邦贫困线 200% 但不超过 400% 的患者, 如其符合资格, 可享受 85% 的自付额折扣
3. 如果患者符合财政援助资格, 其所需支付的金额将不会超过针对在 Hawai'i Pacific Health 设施接受护理且有承保保险的人员的一般收费金额 (AGB)。
 - a. HPH 使用 IRS 501(r) -5(b)(3) 最终规定中“回顾”方法来确定 AGB。
 - b. 根据 Medicare fee-for service、Medicare Advantage 计划, 以及所有在过去一个日历年中向 Hawai'i Pacific Health 医院机构支付索赔的所有私立商业健康承保人提供的折扣, 以折扣百分比的形式确定针对有保险人员的一般收费金额。HPH 会计算每个承保机构的 AGB, 并使用一个不超过最低的机构 AGB 金额的单一全系统 AGB 百分比。附录 C 包括当前的 AGB 计算。
 - c. HPH 每年计算 AGB, 并根据需要调整折扣政策的百分比, 以确保财政援助患者支付政策的百分比大于或等于 AGB 的百分比。
 - d. HPH 将确保符合财政援助资格的患者支付的总金额不超过 AGB。具备资质患者的任何存款及预付款项不应超过 AGB, 任何超过 AGB 的收取款项将被退回。
 - e. HPH 可能增加批准折扣金额, 以确保向患者收取的金额不超过 AGB。
4. 因医疗贫困而符合财政援助资格的患者可享受 85% 的自付额折扣。

D. 服务

1. 此政策涉及的服务包括急救护理和医疗必需的服务。
2. 以下项目不在财政援助之列:

- a. 任何选择性服务（无论手术是否开刀），包括非医疗必需的美容整形服务。（已制定特殊自付套餐费率，解决寻求非医疗必需的选择性医疗程序的患者的需求。这些费率将不被视为慈善费率）。
- b. 零售药物和医疗用品不在保本计划之列。在医院和/或诊所治疗过程中提供给患者的所有其他药物和医疗用品符合财政援助资格。
- c. 如果治疗医生将研究性或实验性治疗和/或程序作为临床医疗标准推荐，则其可被视为慈善医疗。

E. 申请流程

1. 如需申请财政援助，患者必须提交包括支持性文件在内的完整申请文件，将申请文件邮寄至申请表上的 HPH 办公地址或亲自递交至位于 HPH 医院的 HPH 财务服务部。

免费提供财政援助政策、平白总结和财政援助申请表。

- 请访问以下 HPH 机构网站：
www.hawaiipacifichealth.org/faprogram

- 书面申请可发送至：

billing@hawaiipacifichealth.org

或

Hawai'i Pacific Health - Customer Service
888 South King St.
Honolulu, HI 96813

- 电话申请：
1(808) 522-4013（欧胡岛）
或 (866)-266-3935（从邻近岛屿）
周一至周五上午 8:00 至下午 4:30
- 同时在以下地址提供纸质副本：
 - 住院区域
 - 急诊室

Straub Clinic and Hospital
住院部
888 S. King St. Honolulu HI 96813

Pali Momi Medical Center
财务服务部
98-1079 Moanalua Road
Aiea, HI 96701

Kapi'olani Medical Center for Women & Children
财务服务部
一楼大厅

1319 Punahou Street
Honolulu, HI 96826

Wilcox Memorial Hospital
财务服务部
3-3420 Kuhio Highway
Lihue HI 96766-1098

Kaua'i Medical Clinic
患者服务部
3-3420 Kuhio Highway Suite B
Lihue HI 96766-1098

2. 被确定为潜在符合 Medicaid/Quest 资格的患者需要提出申请，并充分配合提供所有必要信息。财政援助资格会在 Medicaid/Quest 接受或拒绝后确定。
3. 患者或担保人必须填写申请表、签名和注明日期，并连同一个或多个下列项目的证明文件寄回：
 - a. 当前 W-2,
 - b. 最近的联邦所得税纳税申报表，包括附表 C（若自雇），
 - c. 拒绝援助的证明，
 - d. 最近 3 个月的工资单，或
 - e. 显示承保状态的福利机构声明

或

 - f. 解释不提供上述项目原因的声明。
 - g. 如果 HPH 审查后认定上述提供的信息不完整或不足以证明收入，HPH 可能要求提供包括以下文件在内的其他证明文件社会安全福利函和 1099 表格
 - i. 一般消费税表
 - ii. 增值税或退休金福利函
 - iii. 失业或员工补偿福利函
 - iv. 租金或房地产收入证明
 - v. 活期和储蓄帐户报表
 - vi. 赡养费或子女抚养文档
 - vii. 支持信声明
4. 如果患者被 HPH 系统内的其中一个实体核准财政援助资格，相同的标准（折扣百分比）也应适用于该患者在其他 HPH 实体可能需支付的自付额。

5. 财政援助资格的条款和条件的有效期为申请送达之日起的六个月。六个月后，患者将需要通过申请程序重新申请财政援助和提交资格证明文件。

F. 财政援助可用性信息传达

1. 作为任何催款工作的一部分，HPH 将传达财政援助的可用性信息
2. HPH 将尽合理努力，在开展任何特殊催款活动 (**Extraordinary Collection Activities**，以下简称 **ECA**) 之前，确定本政策规定的财政援助资格。合理努力包括以下内容。
 - a. 收入周期管理系统总监将会审查此类合理努力。仅在确认合理努力后，经过系统总监事先批准，才能开展 **ECA**。
 - b. 在提供首次出院后患者声明的 120 后方可开始 **ECA**。
 - c. HPH 应在启动任何 **ECA** 前的至少 30 天采取以下步骤：
 - i. 提供患者面熟财政援助可用性的书面通知，列出为获得支付而可能采取的潜在 **ECA**，并提供启动 **ECA** 的最后期限。将连同本通知提供一份财政援助政策的平白总结。
 - ii. 尝试口头告知患者财政援助政策和如何申请
 - iii. 收到财政援助申请后，HPH 或其授权的业务合作伙伴将在申请期间中止 **ECA**。
3. 在做出上述确定财政援助资格的合理努力后，HPH 或其授权的商业伙伴可发起申请诉讼和/或向信用报告机构报告非支付的 **ECA**，以获得医疗费付款
4. 如果患者之前接受的护理有未偿余额，仅在采取以下步骤后，HPH 方可开展推迟、拒绝或要求支付 **ECA** 的待结款项。
 - a. HPH 向患者提供了财政援助申请表和财政援助政策的通俗语言说明
 - b. HPH 提供了描述财政援助可用性的书面通知，并提供了不接受申请之前所提供护理的最后期限。该最后期限应在发出书面通知后的 30 天或发出首次出院后账单后的 240 天，以较晚者为准。
 - c. HPH 采取了合理努力，口头告知患者财政援助政策以及如何申请
 - d. HPH 快速处理了任何收到的享受之前提供护理的申请

III. 附件

A. 贫困指南

2016 年夏威夷州贫困指南	
家庭人员	贫困指南
对 8 人以上的家庭，每增加一人援助额增加 \$4,780。	
1	\$13,670
2	\$18,430
3	\$23,190
4	\$27,950
5	\$32,710
6	\$37,470
7	\$42,230
8	\$47,010

(2016 年计划和评估助理秘书办公室)

C. Hawai'i Pacific Health 内部设施一般收费金额 (AGB) 计算

机构	生效日期	AGB 费率
Kapi'olani Medical Center for Women and Children	6/1/2016	43%
Pali Momi Medical Center	6/1/2016	31%
Straub Clinic and Hospital	6/1/2016	35%
Wilcox Memorial Hospital	6/1/2016	34%

B. 非 HPH 提供商不在 HPH 财政援助政策承保范围内

受 Hawai'i Pacific Health 的财政援助政策监管的提供者:

- Kaua'i Medical Clinic (KMC) 的提供者
- Kapi'olani Medical Specialists (KMS) 的提供者
- Straub 的提供者
- Pali Momi Medical Center (PMMC) 的提供者

提供者包括医生和可提供单独收费服务的其他人

哪些医生不在我们的财政援助政策承保范围内?

每个医疗机构内 ~~非~~ FAP 承保范围内的医生在随附的提供者列表中按照姓名和其工作的医疗机构列出。

以下列表每季度更新一次。如果您在此未找到某位医生并希望确认其当前是否在 HPH FAP 承保范围内，请拨打 (808) 522-4013 (欧胡岛)、(808) 245-1119 (考艾岛) 或免费电话 (866) 266-3935 联系客户服务部。

HPH: 患者财政援助 (慈善) 计划