



| | |
|---|---|
| 標題： Banner Health 醫院患者財務援助政策 | |
| 編號： 770， 版本： 5 | 初始日期： 06/10/2019 |
| 生效日期： 07/06/2023 | 上次審核/修訂日期： 07/06/2023 |
| 下次審核日期： 07/06/2026 | 作者： Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore |
| 核准機構： 行政政策委員會， Banner Health 董事會， 政策技術管理員 | |
| 獨立營運單位/設施： 醫院 Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner--University Medical Center Phoenix Banner--University Medical Center South Banner--University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center | Banner 企業 Banner Medical Group Banner-University Medical Group |

I. 目的/人群:

- A. 目的: 此處概述的本政策和財務援助計畫 (「FA 計畫」) 旨在建立一種非歧視性和一致的方法, 以在 Banner Health (「BH」) 醫院提供免費或打折的急診和其他醫療必需 (非選擇性) 照護。本政策還針對向患者收費的所有醫院服務建立了計費和收款政策。
- B. 人群: 所有員工。

II. 定義:

- A. 一般計費金額 (AGB) - 醫院通常向受保患者收取的承保服務費用, 使用 26 CFR 1.501(r) - 5(b)(3) 中規定的「回溯方法」確定。每個醫院的 AGB 百分比可以在線查閱:
<https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients- visitors/billing/financial-assistance/agb-summer.yashx>
- B. 保險後餘額 (BAI) - 患者在保險款項最終確定後應付的任何金額 (例如, 免賠額、共付額和共保額)。BAI 不包括 Medicaid 患者對於承保服務的分攤費用 (由州政府確定為患者必須支付的金額, 以使患者有資格獲得 Medicaid); 並且, BH 無權提供財務援助來資助或免除此金額。
- C. 慈善照護 - 向患者提供的承保服務, 患者無需支付任何費用。
- D. 承保服務 - 由醫院提供的醫療必需服務。
- E. 折扣照護 - 提供給患者的承保服務, 患者應為此支付折扣金額。
- F. 緊急狀況 - 是指患者因突然出現急性症狀而導致的醫療狀況, 如果不立即就醫, 很可能會嚴重危及患者的健康, 導致患者的身體功能嚴重受損, 或導致任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙。
- G. 聯邦貧困線 (FPL) - 聯邦政府針對不同家庭人數設定的年收入水平。
- H. 財務援助計畫 (FA 計畫) - BH 關於提供慈善照護和折扣照護的計畫。
- I. 醫院 - BH 擁有或租賃的每間醫院 (位於加州的醫院除外)。

- J. 醫院醫療服務提供者 -
在醫院內提供急診或其他必要醫療照護服務的醫師及其他醫務人員, 請參閱《附錄 A》按團體或部門列出的清單。
- K. Medicaid - 所有州府公共保險計畫, 其中包括但不限於 Medicaid、AHCCCS、CICP 和 FES。
- L. 醫療貧困家庭 - 是指過去 12 個月內產生了醫療支出的家庭, 並且, 該家庭負責的費用部分超過該家庭當年總收入的 50%。在判定一個家庭是否為醫療貧困家庭時, 所有醫療費用都包括在內, 包括非 BH 醫療費用。
- M. 醫療必需 - 由醫院提供且符合以下所有標準的服務:
1. 需要用於治療疾病、受傷、病況、疾病或其症狀的醫療服務;
 2. 與患者病症的診斷和治療相一致;
 3. 依照良好醫療實務標準提供;
 4. 並非出於患者或患者醫生的方便而提供; 以及
 5. 構成最適合患者的照護等級, 由患者的醫療狀況決定, 而非由患者的經濟或家庭狀況決定。
- 醫院為治療緊急病症而提供的服務被視為醫療必需。
- N. 患者平衡管理 (PBM) - BH 的營運單位, 負責針對醫院服務開立帳單及收取自付帳款, 包括共付額及免賠額。
- O. 自付費率 - 承保服務適用的 AGB 的 125%。
- P. 第三方保險 - 實體 (企業、公司健康計畫或信託、醫療保健市場公司、汽車醫療給付福利、工人的賠償金等), 而非支付患者全部或部分醫療費用的患者 (或擔保人)。
- Q. 保險額不足的患者 - 是指投保了第三方保險但存在財務限制或共同責任 (包括免賠額、共付額與共保額)、且其自付費用超出了其財務能力的患者
- R. 無保險患者 - 是指沒有第三方保險並且未投保任何政府保險計畫的患者。
無保險患者的初始費用為各項承保服務的自付費率。

III. 政策:

- a. 反歧視。 BH
為所有患者提供優質的醫療保健服務, 無論種族、膚色、宗教、性別、國籍、殘疾、年齡、性取向、性別認同、退伍軍人狀態和/或支付能力如何。

b. 範圍。

- i. 醫療必需的醫院服務。本政策僅適用於在 BH 醫院接受的承保服務，但下述除外情況除外。
- ii. 醫院醫療服務提供者。並非所有醫院醫療服務提供者都受此政策的約束。
 《附錄 A》按部門或團體列出本政策承保的醫院醫療服務提供者，以及不承保的醫院醫療服務提供者。
- iii. 加州醫院。位於加州 Susanville 的 Banner Lassen 醫療中心不在本政策範圍內。該机构受 Banner Lassen 醫療中心的醫院患者財務援助政策管轄。（編號 3658）。
- iv. 非医院机构。本政策不適用於非醫院 BH 机构（例如，Banner 造影、Banner 緊急照護中心）和非醫院醫療服務提供者（例如，某些醫師、高級執業醫療服務提供者）。Banner Health 醫師執業/診所/居家健康財務援助政策（編號 1455）適用於此類 BH 非醫院机构和非醫院醫療服務提供者。

c. FA 計畫。本政策制定了 BH FA

計畫；該計畫根據患者的家庭收入和醫療費用金額來確定患者是否有資格獲得慈善照護或折扣照護。將為以下患者提供承保服務的財務援助：(1) 無保險患者或保險額不足的患者，且符合本政策中列出的家庭收入準則，和/或 (2) 醫療貧困家庭的成員。

i. 基於家庭收入的財務援助。

在以下情況下，無保險患者和保險額不足患者將有資格根據家庭收入獲得財務援助：(1) 其家庭收入為 FPL 400% 或以下；(2) 他們完成財務援助申請或被確定為推定符合資格（見本政策第 111.D.iv 節）。

BH

向經核准的無保險患者和保險額不足患者提供的財務援助金額根據下表確定：

| 科羅拉多州以外的醫院 | | |
|----------------------|----------------|------------------|
| 家庭收入 | 折扣已適用 - 無保險 | 折扣已適用 - 保險額不足 |
| < FPL 200% | AGB 100% 折扣 | BAI 100% 折扣 |
| 200% - 300% FPL | AGB 75% 折扣 | BAI 75% 折扣 |
| > 300% - 400% FPL | AGB 50% 折扣 | BAI 50% 折扣 |

根據科羅拉多州 HB 21-1198 (貧窮患者的健康照護計費要求), 在科羅拉多州的醫院接受照護的科羅拉多州患者可能有資格獲得更高的折扣。

| 科羅拉多州 醫院 | | |
|-------------------|--|--|
| 家庭收入 | 無保險者, 折扣已 - 適用 | 折扣已適用- 保險額不足 |
| < FPL 200% | 100% 折扣 | BAI 100% 折扣 |
| 200%-250% FPL | 科羅拉多州折扣照護定價 (CDCP) (如果已獲核准)。如果尚未獲核准用於 CDCP, AGB 75% 折扣 | 科羅拉多州折扣照護定價 (CDCP) (如果已獲核准)。如果尚未獲核准用於 CDCP, BAI 75% 折扣 |
| > 250% - 300% FPL | AGB 75% 折扣 | BAI 75% 折扣 |
| > 300% - 400% FPL | AGB 50% 折扣 | BAI 50% 折扣 |

ii. 基於醫療貧困家庭狀況的財務援助。

在以下情況下, 無保險患者和保險額不足患者可能有資格根據醫療貧困家庭狀況獲得財務援助: (1) 患者是醫療貧困家庭的成員, 並且 (2) 患者提交了填妥的財務援助申請書。

- 家庭收入為 FPL 400% 或更低的無保險患者和保險額不足患者。
 根據本政策第 111.C.i
 節基於家庭收入獲得財務補助的無保險患者和保險額不足患者, 如果 *在根據第 III.C.i 節實施折扣後*, 該家庭仍符合醫療貧困家庭的定義, 也可能符合基於醫療貧困家庭身分獲得財務補助的資格。如果獲得核准, BH 將針對患者剩餘餘額為此類患者提供 75% 折扣。
- 家庭收入高於 FPL 400% 的無保險患者。 家庭收入高於 FPL 400% 的無保險患者最初將被收取承保服務的自付費率。BH 將為符合醫療貧困家庭成員資格的無保險患者提供承保服務自付費率 75% 的折扣。
- 家庭收入高於 FPL 400% 的保險額不足患者。 BH 將為基於屬於醫療貧困家庭成員而獲准獲得財務援助的保險額不足患者提供 75% 的患者 BAI 折扣。

iii. 合格患者的最高收費。

無保險患者或保險額不足患者, 若符合本政策規定的財務援助資格, 其承保服務的收費不得高於 AGB。如果

對承保服務應用第 111.C.i 節中表格的費率所得出的結果超過 AGB, 則該承保服務的收費將降低至 AGB。

- iv. 申請財務援助。除非被確定為符合下文第 111.D.iv 節規定的推定財務資助資格, 否則, 患者必須申請財務資助。患者可以親自到醫院或從 BH 網站訪問獲得財務援助申請。患者也可以致電 1-888-264-2127 要求將申請表郵寄給患者。所有財務援助申請必須親自送達醫院, 郵寄到申請表上提供的地址, 或根據 BH 網站上的說明提交。
- v. 收入/支付能力證明
- 患者收入將使用以下項目進行驗證, 並且, 患者必須提供:
 - 上年度所得稅申報表,
 - 3 張最近的工資單; 和/或
 - 3 份最近的儲蓄和支票帳戶對帳單。
 - 如果患者沒有記錄的收入和/或不需要申報美國所得稅 (例如, 退休患者), BH 可以將患者的債務與患者的資產進行比較, 以此評估患者的支付能力。債務包括所有每月支出, 例如住房、汽車、醫療保健等; 資產包括流動資產 (現金、股票、債券及其他可在 7 天內變現的資產), 以支付未償還的帳單。對於負債權益比率大於 50% 的患者, BH 將給予與基於醫療貧困家庭狀況獲得財務援助資格的患者相同的折扣。
- vi. 資格認定通知。在確定是否符合 FA 計畫的資格時, 無論患者被認為符合或不符合資格獲得財務援助, BH 都會將其確定結果的書面通知發送至患者最後已知的地址。
- vii. 申請財務援助折扣。
- 在以下期限內, 符合財務援助資格的患者所接受的所有承保服務均可獲得適用的折扣: (i) 自符合資格之日起過去 12 個月內; (2) 自符合資格之日起 180 天內。
 - 申請財務援助並獲得核准, 但已為承保服務支付比折扣價至少 \$5 以上費用的患者, 將獲退還多支付的金額。
- d. 計費與收款。BH 可能會採取任何及所有法律行動, 包括「特別收款行動」(Extraordinary Collections Actions, 簡稱「ECA」), 以收取在第一份服務帳單日期後 120 天 (「通知期間」) 仍未付款的服務費用。ECA 包括但不

限於: 提出法律控訴、申請留置權, 以及向信用機構報告此類債務。

- i. 押金。
醫院可能會要求無保險患者在接受任何服務前繳納押金, 但在醫院提供急診服務前不需繳納押金。
必須告知所有無保險患者可獲得財務援助, 並在要求時提供申請表。
- ii. 單一患者帳戶。當患者有超過一張帳單未結清時, BH 可將未結清的帳單彙總至單一帳單。
但是, 在特定服務的通知期間結束前, 不會對任何服務啟動 ECA。
- iii. 未付帳單通知。在通知期間, BH 將按照最後已知的地址向患者 (及擔保人, 若適用) 郵寄帳單。帳單將包括:
 - 帳單所涵蓋服務的摘要;
 - 每項服務的實際費用 (包括向第三方保險供應商收取的金額);
 - 患者 (或擔保人) 必須為每項服務支付的金額; 和
 - 書面通知, 告知受助者根據 FA 計畫獲得財務援助的可用性, 並附有使用簡明語言編寫的 FA 計畫摘要和有關如何申請財務援助的資訊 (「簡明語言摘要文件」)。

BH

也可以向患者 (和擔保人) 發送電子郵件和簡訊, 通知他們未付餘額, 並提供以數位方式檢視結算單的機會。

- iv. 財務援助推定資格。在啟動任何 ECA 之前, BH 將直接或透過第三方供應商、並根據家庭收入確定患者 / 擔保人是否推定符合財務援助資格。此類判定將根據無保險患者強化財務援助的推定資格程序進行。如果患者/擔保人根據家庭收入被確定有資格獲得財務援助, 則患者/擔保人無需填寫申請表, 並且根據第 111.C.vii 節的規定, 第 111.C.vii 節中的折扣將自動應用於帳戶。
但是, 如果患者 / 擔保人已經支付可適用折扣的任何承保服務, 則患者 / 擔保人必須申請 FA 計畫並獲得核准, 才能將折扣用於這些承保服務。
- v. ECA 前的最後收費工作。在啟動任何 ECA 之前, BH 將向患者 (和/或擔保人) 的最後已知地址寄送帳單, 告知收件人: 如果在通知期間的最後一天, 患者/擔保人仍未採取以下行動, BH 打算採取的特定 ECA: (1) 根據 FA 計畫申請財務援助; (2) 全額支付到期金額; 或 (3)

與 BH 確定付款安排。

此帳單將包括簡明語言摘要文件，並將於通知期結束前至少 30 天寄出。BH 還必須做出合理的努力，口頭通知患者有關 FA 計畫的信息、以及患者如何在 FA 計畫申請過程中獲得協助。

- 如果患者或擔保人根據 FA 計畫提交了完整的財務援助申請，BH 將不會在申請等待核准期間啟動任何 ECA。
- 如果患者或擔保人根據 FA 計畫提交的資助申請不完整，BH 將給患者或擔保人合理的時間提供完成申請所需的資訊。如果患者、擔保人未能在規定的截止日期前提供所要求的資訊，BH 可能會啟動 ECA。
- 如果患者或擔保人在 ECA 啟動後，根據 FA 計畫提供完整的財務援助申請，則該 ECA 將被暫停，直到 BH 對患者或擔保人是否符合 FA 計畫的資格做出最終決定。
- 如果患者或擔保人與 BH 達成了付款安排，BH 可在連續三次未付款後啟動 ECA。

e. 核銷和調整。

- i. 資格條件。 無論患者是否符合 FA 計畫的財務援助資格，BH 將為無保險患者提供承保服務的 100% 折扣，並在以下情況下免除任何保險額不足患者的 BAI：
 - 患者在獲提供承保服務後 12 個月內加入 Medicaid；或
 - 患者在提供承保服務時加入 Medicaid，但 Medicaid 資金無法支付承保服務，或 Medicaid 拒絕為承保服務提供保障。
- ii. 核銷的審批權。 所有核銷和調整必須依照下列規定獲得核准：
 - \$5,000 以下的核銷/調整：必須由 PBM 經理核准
 - \$5,000 及以上核銷/調整：必須由 PBM 主任核准。PBM 主任可以將此權限委託給醫院的首席財務官。

- f. 保留要求第三方償付費用的權利。 如果任何第三方被裁定對患者 BH 帳單的任何部分負有法律責任，則 BH 將按適用的合約或政府費率或自付費率（若無適用的合約或政府費率）向該第三方尋求全額追討患者產生的所有費用，無論是否已根據 FA 計畫向患者提供了任何財務援助。

- g. 網絡外服務和被拒絕服務。
網絡外患者和理賠被私人保險公司拒絕的患者最初將按照自付費率支付所有承保服務的費用。。

IV. 診療/干預措施:

- A. 不適用

V. 診療文件:

- A. 不適用

VI. 其他資訊:

- A. 不適用

VII. 參考資料:

- A. 《患者保護與平價醫療法案》第 9007 節
- B. 《國稅法》第 501(r) 節
- C. 科羅拉多州貧困照護計畫, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)
- D. 29 C.F.R. § 1.501(r)-1 至 § 1.501(r)-7
- E. 通知 2015-46, 2015-28 國稅局公告 (2015 年 7 月 13 日)
- F. 79 Fed Reg 78954-79016

VIII. 其他相關政策/程序:

- A. Banner Lassen 醫療中心住院患者財務援助政策 (#3658)
- B. Banner Health 非醫院機構財務援助政策 (#1455)

IX. 關鍵字和關鍵字片語:

- A. 財務援助計畫
- B. 患者協助計畫
- C. 無保險患者
- D. 帳單處理
- E. 收款
- F. 慈善照護
- G. 自費折扣

X. 附錄:

- A. 醫院醫療服務提供者名單

附錄 A

醫院醫療服務提供者名單

以下名單按照部門或團體列出了在 BH
醫院中提供醫療必需保健服務的醫院醫療服務提供者、以及這些醫院醫療服務提供者中哪些在本政策涵蓋的範圍之內。

| 部門或團體 | 涵蓋 | 不涵蓋 |
|--|----|-----|
| Banner 醫療集團 - 住院醫師 | X | |
| Banner Banner 大學醫療集團 - 住院醫師 | X | |
| 非 Banner 僱傭 ¹ - 住院醫師 | | X |
| Banner 醫療集團 - 加護病房醫師 | X | |
| Banner 大學醫療集團 - 加護病房醫師 | X | |
| 非 Banner 僱傭 ¹ - 加護病房醫師 | | X |
| Banner 醫療集團 - 專科醫師 ² | X | |
| Banner 大學醫療集團 - 專科醫師 ² | X | |
| Banner MD Anderson - 專科醫師 ² | X | |
| Banner 阿爾茨海默氏症研究所 - 專科醫師 ² | X | |
| 非 Banner 僱傭 ¹ - 專科醫師 ² | | X |
| Banner-大學醫療集團 - 麻醉醫師 | X | |
| 非 Banner 僱傭 ¹ - 麻醉醫師 | | X |
| Banner 醫療集團 - 遠程醫療 | X | |
| Banner-大學醫療集團 - 遠程醫療 | X | |
| Banner MD Anderson - 專科醫師 ² | X | |
| Banner 阿爾茨海默氏症研究所 - 專科醫師 ² | X | |
| 非 Banner 僱傭 ¹ - 遠程醫療 | | X |
| Banner 行為健康醫療服務提供者 | X | |
| Banner Health 地面救護車服務 | X | |
| 非 Banner Health 地面救護車服務 | | X |

本附錄將每季審查一次，並在必要時進行更新。修改本附錄中的醫院醫療服務提供者名單無需 BH 董事會核准。

¹ 與 Banner 簽約提供帳單處理服務的非 Banner 醫療服務提供者被視為承保實體。

² 專科醫師包括但不限於：急診室、外科醫師、放射科醫師、分娩醫師和創傷醫療服務提供者。