

# 适用范围

~~X~~ St. Clair Hospital

~~X~~ St. Clair Medical Services

~~X~~ St. Clair Hospital Foundation

~~X~~ St. Clair Hospital / UPMC Cancer Center PET/CT

~~X~~ St. Clair / Washington Physician Services

# 政策

St. Clair Health Corporation (SCHC) 慈善使命的一部分是提供经济援助，也就是为必要医疗和紧急护理提供经济帮助，借此让上述 SCHC 实体减轻患者的经济负担。SCHC 通过减免患者无法承担的账单费用来提供救济，但患者须符合以下政策标准。

SCHC 根据其愿景、使命、价值观、联邦和州法律，及其资格标准，提供经济援助；帮助没有能力承担必要医疗费用的低收入、未参保、保额不足和贫困的个人。

根据具体情况，考虑向保额已用尽、有医疗经济负担和/或满足获得宾夕法尼亚州医疗援助经济资格标准，但面临特殊医疗费用的患者提供经济援助。

经济援助不可替代雇主提供的保险、公共保险或个人购买的保险。此经济援助仅为维护患者及其家属的利益，并不免除第三方付款责任。SCHC 应在向患者提供经济援助之前考虑到所有可用保险范围、援助或担保人付款。但是，为履行其确保向社区提供优质医疗服务的承诺，SCHC 将向某些无力承担费用且符合本政策条件的人士提供合理数量的捐赠服务。

本政策仅限于向患者提供符合条件的服务（如下所述）而收取的费用，并涵盖任何 SCHC 独立承包商向患者收取的费用；此类独立承包商包括但不限于与 SCHC 签订如下排他性和/或非排他性协议的医生和医生团队。

- Keystone Anesthesiology
- South Hills Radiology Associates

# 政策目标

1. 在 SCHC 的慈善使命、能力、容纳能力和《紧急医疗和劳动法》(Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) 指导方针的范围内，允许所有个人入院接受必要的紧急医疗服务，不考虑个人的支付能力。不应因为对费用的顾虑而妨碍任何个人接受紧急医疗服务。
2. 本着公正、尊重、尊敬和同情的原则对待所有患者。
3. 制定计划来努力平衡 SCHC 提供的无偿护理，及其提供此类护理的经济和临床能力。
4. 为有资格获得本政所述经济援助的患者制定标准。
5. 努力确保 SCHC 对所有患者遵循相同的划价收费程序，本着公平、尊重和一致的原则执行

本政策。

6. 确保任何经济援助不会直接或间接与联邦医疗计划所提供的项目或服务挂钩。
7. 确保向符合经济援助政策资格的患者收取的费用，不超过已投保患者的一般收费金额 (AGB)。

## 符合条件的服务

“符合条件的服务”是指由 SCHC 直接提供的，用于治疗疾病或受伤的紧急或有医学必要性的住院和门诊服务，下述“不符合条件的服务”除外。

## 不符合条件的服务

以下服务不包括在本政策所述的经济援助计划中，属于“不符合条件的服务”：整容手术、心肺康复维持治疗计划、肥胖外科/减重手术、门诊药品、无医学必要性的服务（输卵管复通、牙科手术、基因检测、美容服务等），以及根据协议或合同提供的其他折扣服务。

## 关于提供经济援助的信息

主要公共区域、医生办公室、所有挂号处、所有辅助科室将张贴患者经济援助通知，并将在所有患者费用单中列明该通知。通知中包含如何申请和获取经济援助计划的补充信息说明。此信息也可见于：[www.stclair.org](http://www.stclair.org) 网站的经济援助板块。

## 报告

所有相关董事会每年都会收到有关根据该计划提供的经济援助的范围信息、与计划的管理相关的信息，以及各实体董事会可能不时要求提供的关于计划的其他信息。

## 一般收费金额

已购买涵盖此类护理的保险的个人的一般收费金额 (Amount Generally Billed, AGB)。服务的 AGB 将基于总费用所适用的住院和门诊折扣。折扣率将依据美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 第 501(r) 条最终规定中关于限制收费的指南和方法。折扣率将根据既往 12 个月的付款信息进行更新，每年 7 月 1 日生效。目前的 AGB 收费率请参见**附录 B**。

## 经济援助计划

如果患者（以及适用的配偶）符合圣克莱尔经济援助政策指南和合资格经济指南的要求（见**附录 C**），患者负担的所有余额（自付折扣费用或保险赔付后的余额）将获得经济援助（正式经济援助和推定经济援助）。

希望获得医院正式经济援助折扣的患者，若其须承担的责任额超过 2,500 美元，则必须遵守医疗援助 (MA) 资格筛选程序。若初步筛选表明可能符合资格，患者必须通过宾夕法尼亚州申请 MA 福利，并完成申请流程。被 MA 拒绝或经初步经济状况筛选认定没有资格的患者，可能有资格获得本政策中所述的经济援助。不要求账户余额少于或等于 2,500 美元的患者申请 MA，且可以考虑申请经济援助；但若可行，我们鼓励这些患者申请 MA。

本计划适用于所有 SCHC 患者，但有以下情况的患者除外：

1. 目前没有美国公民身份（根据具体情况，此类患者可能有资格获得经济援助）
2. (i) 拒绝提供必要文件；(ii) 提供的信息不完整；或 (iii) 未能及时提供信息
3. 通过健康维护组织 (HMO)、特约医疗提供组织 (PPO)、劳工补偿或其他保险计划获得保险，但由于保险限制而不能在 SCHC 就诊
4. 不符合所需的第三方保险患者信息要求，导致保险公司无法处理理赔
5. 除符合本政策的情况外，未按其适用保险范围的要求支付共担额、免赔额或共同保险，且无法维持当前付款安排或无法对过去的付款义务作出适当安排
6. 转介至外部代收款公司处理以前的欠款，除非已经就以前的欠款作出令 SCHC 满意的安排
  - a. 对于与外部代收款公司合作的申请人，我们会给予一次性福利，且不作为申请过程的标准。对于初次申请过程（包括代收款福利）之后重新申请经济援助的患者，若其账目被重新寄至外部代收款机构，则患者将无法享受本政策。无论其未来是否有资格获得经济援助折扣，该账目均不予撤回
7. 拒绝参与其他援助计划的筛选程序和完成申请过程，或有资格参与其他援助计划但拒绝申请和/或参加此类援助计划的患者

## 经济援助审定程序

1. 患者必须向相关客服人员提供 MA 拒绝函副本（如有），以及一份完整的经济援助申请，并附上其家庭收入、附录 C 中定义的任何流动资产、三 (3) 个月内的支票和储蓄账户的证明文件，以供考虑。申请时将自动考虑任何未支付的 SCHC 医疗费用。
2. 根据医院制定的贫困指标，通过衡量患者家庭收入（就业状况和收入额）和资产（不包括住房和汽车）来确定患者获得经济援助的资格。（见附录 C。）
  - a. 正式经济援助的基础是患者提供满足资格要求的所需信息。正式经济援助有效期为自批准之日起六 (6) 个月。为期六 (6) 个月的正式经济援助的通知将通过书面通知告知符合资格的患者。
  - b. 对于处于内部收款流程末期的单个账户（服务日期），若医院已收到财务信息且符合医院的信用评分门槛，或预估收入符合政策指南规定的范围，则可以向患者提供推定经济援助。单次护理的推定经济援助通知将通过书面通知告知符合条件的患者，该书面通知将包含在发给患者的最终费用单中。鼓励患者通过此通知申请正式经济援助并向其提供申请未来就诊的说明。
3. 客户服务代表将审查患者提供的信息的完整性，并就缺失信息与患者联系。
4. 客户服务代表作出决定后，我们会将书面结果邮寄给患者，特定例外情况的审核和批准由以下人员负责：
  - a. 患者会计主管，或其指定人员（批准额度为 \$1,500 - \$4,999）
  - b. 患者财务服务主管，或其指定人员（批准额度为 \$5,000 - \$14,999）
  - c. 财务高级副总裁和首席财务官 (CFO)，或其指定人员（批准额度大于 \$15,000）
5. 若患者符合正式经济援助资格，且遵守正式申请程序，则将综合考虑医院经济援助的金额，并适用于批准之日起 6 个月内的任何待结款项或患者今后需承付的款项。
6. 由于患者、担保人或其他代表将提供个人财务信息，SCHC 将对此类信息保密，并仅将其用于参与援助计划或确定患者获得经济援助的资格。
7. SCHC 会向与患者沟通的相关工作人员提供培训，内容包括计划的可用性、如何与患者沟通计划的可用性，以及如何将患者转给合适的经济援助工作人员。
8. SCHC 的工作人员将接受培训，本着礼貌、保密和文化敏感的原则对待申请人。
9. 将按需提供翻译服务。

# 患者费用单及最后通知

患者费用单及最后通知位于每份表格正面的底部，表明经济援助计划的可用性以及获得其他信息的方式。有资格获得推定经济援助的患者，最后通知中还将包含一条信息，告知患者已获批推定经济援助，且该费用单中此次护理的余款已调整。每份表格背面将简要说明收款流程以及经济援助计划的可用性。

## 经济援助通知及申请期

自首次患者费用单之日起，患者在特别收款活动（转至外部代收）之前有 120 天的通知期，可申请获得经济援助。正式申请经济援助的患者，将在首次患者费用单日期后获得至多 240 天的申请期，以在特别收款活动之前满足所有要求并等待关于经济援助的决定。

患者将至少收到三 (3) 份费用单（每份间隔三十 (30) 天），并在最后一份费用单日期后三十 (30) 天或首次费用单日期 120 天后收到最终通知，要求患者在特别收款活动之前全额付款或给出一个可接受的付款计划（根据患者账户自付坏账收款政策中所述的医院指南）。每份费用单均将随附经济援助计划通知及申请方式。

在首次费用单日期起的 240 天申请期内，患者的账目进入特殊收款流程，并且提交了经济援助申请，则患者的账目将从代收公司退回，且在作出最终经济援助决定前不会继续催收。

## 其他

1. 确定不符合全部或部分经济援助资格的患者将有额外的 90 天时间来全额支付余款或提供一个可接受的付款计划，然后才会进入特殊收款活动。
2. 若患者为获得经济援助而作出虚假陈述，将被起诉至宾夕法尼亚州司法部。伪造计划申请信息的患者将不再享有参与计划的资格，且须承担参与计划期间产生的所有费用（追溯至计划产生费用的第一天）。
3. 患者如对自己被拒绝接受免费或低于成本价的治疗有异议，可书面投诉至卫生部：Health and Welfare Building, 8th Floor West, 625 Forster Street, Harrisburg, PA 17120。

## 附录 A

### 患者经济援助通知

St. Clair Hospital 以向有需要的人士（一年 365 天全天 24 小时）提供优质护理为使命，并以此为荣。

如果您没有医疗保险，或担心无法支付部分或全部医疗费用，我们可以提供帮助。

St. Clair Hospital 会根据患者的收入、资产和经济需求，向患者提供经济援助。此外，我们可能会帮助您获得免费或低成本医疗保险，或与您一起安排可行的付款计划。

为方便起见，St. Clair Hospital 的客户服务代表将评估您的经济需求，并将申请决定邮寄给您。作为计划的一部分，您可能需要申请医疗援助。

由于联邦和州法律要求所有医院出具所提供医疗服务的付款证明，我们最终可能需要将未付账单交给代收机构，这可能会影响您的信用状态。因此，如果您在支付账单时遇到问题，请务必告诉我们，我们想帮助您。

如需更多信息，请拨打 412-344-3408 联系客户服务代表。

星期一、星期二和星期五上午 8:00 至下午 4:30  
星期三和星期四上午 8:00 至晚上 7:00

我们会真诚对待您的问题以及您提供给我们的任何信息，并予保密。

## 附录 B

# 目前 SCHC 一般收费金额费率

目前计算一般收费金额 (AGB) 的方法

一般收费金额 (AGB) 收费根据美国国税局 501(r) 条例所述回溯方法，计算住院和门诊保险报销费率。回溯期为既往 12 个月，且包括联邦医疗保险和所有私人医疗保险付款人的赔付率（受监管的联邦医疗保险以私人保险付款人的身份涵盖在内）。一般收费金额 (AGB) 的收费依据如下：

- a. 医院住院服务费 - 根据诊断相关组 (DRG) 报销率以及患者出院时有效的方法，计算所得的联邦医疗保险和所有商业赔付率的加权平均值。
  - i. 目前基础费率为 \$6,617.39
  - ii. 住院收费 = (DRG 加权值 X \$6,617.39)
- b. 医院门诊服务费 - 根据已覆盖总费用报销比，计算所得的联邦医疗保险和所有商业赔付率的加权平均值。
  - i. 目前门诊费率为总费用的 25.62%
  - ii. 门诊收费 = 0.2562 X 总费用
- c. SCMS 及其附属机构门诊服务费 - 根据已覆盖总费用报销比，计算所得的联邦医疗保险和所有商业赔付率的加权平均值。
  - i. 目前门诊费率为总费用的 34%
  - ii. 门诊收费 = 0.34 X 总费用