



## 医疗保健使用计划

### 背景说明:

圣塔克拉拉县医疗卫生系统（以下简称「本县」）透过其「医疗保健使用计划（Healthcare Access Program）」（在本政策中也称为「HAP」或「财务援助」）为符合资格的中低收入患者提供免费护理和优惠折扣付款。患者应仔细阅读本政策，如有任何疑问，请致电 (866) 967-4677 (TTY: 711) 联络患者财务服务部（周一至周五，上午8点至下午5点）。

### 释义:

- 慈善关怀护理:** 免费医疗护理 符合资格且家庭收入在联邦贫困水平 400% 或以下的患者可享受免费护理，详情请参阅本政策）。
- 优惠折扣付款或付款折扣:** 任何减费但非免费的医疗护理收费（符合资格且家庭收入高于联邦贫困水平 400% 但低于 650% 的患者可享受此项服务，详情请参阅本政策）。
- 患者家属或家庭:** 对于十八 (18) 岁以上的患者：「患者家庭」包括患者本人、患者的配偶或同居伴侣，以及二十一 (21) 岁以下的受扶养子女（若为残障人士，则不限任何年龄），无论是否住在家中；对于十八 (18) 岁以下的患者或十八 (18) 至二十 (20) 岁（含）的受扶养子女：「患者家庭」包括患者的父母或看护亲属，以及父母或看护亲属的其他二十一 (21) 岁以下（或任何年龄，若为残障人士）的子女。
- 本县居民:** 就本政策而言，本县居民是指任何向本县提供文件，证明其居住在圣塔克拉拉县的人士。
- 非本县居民:** 就本政策而言，非本县居民是指未向本县提供文件，证明其居住在圣塔克拉拉县的任何人。
- 家庭收入:** 家庭收入包括患者家庭所有成员的年总毛收入，减去任何赡养费或子女抚养费。
- 自费病人:** 自费病人（Self-Pay Patient）是指没有第三方医疗保险公司、医疗护理服务计划、联邦医疗保险（红蓝卡 Medicare）或（白卡 Medi-Cal）可理赔的病人；

并且其受伤不属于劳工伤害赔偿、不属于撞车保险赔偿或其他经由本县所确认和记载下来应负责理赔的保险公司。自费病人包括（但不限于）：(a) 符合政府保险计划资格的患者，但所接受的服务并未被该计划涵盖，以及 (b) 在提供服务之前或期间，福利已用尽的病人。

**8. 高额医疗费用患者:** 高额医疗费用患者是指符合以下条件的患者:

- a. 有第三方付款来源支付医疗照护服务（即非自费患者），且
- b. 以下情况二者之一:
  - i. 在本县内累计产生的年度自付医疗费用超过患者目前家庭收入或前十二(12)个月家庭收入（以较低者为准）的 10%，或
  - ii. 患者本人已支付，或者有一位或多位家庭成员已向任何医疗服务提供者支付过年度自付医疗费用，该费用超过患者家庭收入的 10%，且患者提供本人或其家庭成员在过去 12 个月内所支付过的医疗费用证明文件。

自付金额可能包括保险或健保计划不予补偿的任何医疗护理成本或费用。例如，包括但不限于：Medicare（红蓝卡）的共付额和 Medi-Cal（白卡）的分摊费用，以及投保病人根据其健康保险计划应支付的共付额、共同保险、自付额和其他分摊费用。

**9. 符合折扣关怀的推定纳入资格:** 会根据从市场来源所搜集的特定病患社会经济讯息，来判定病患是否符合（HAP）资格。无家可归的患者，或在接受医疗服务期间去世的患者，如果既没有资金来源，也没有负责方或遗产，即使没有填写财务援助申请表，也可能被判定符合慈善关怀护理或优惠付款资格。患者财务服务主管或收入周期主管（Revenue Cycle Director）或其指定人员，会审查该类情况，并视个别情况作出决定。

**10. 医疗必需的服务或用品:** 医疗必需服务或用品是指治疗或诊断医疗状况所必需的医疗服务和/或用品，遗漏此类服务或用品可能会对患者的健康造成不利影响。下列服务通常不被视为医疗必需服务或用品，因此一般不在本政策的涵盖范围内:

- a. 生殖内分泌与不孕症服务;
- b. 美容服务或整形外科服务;
- c. 视力矫正服务，包括 LASEK、PRK、导电性角膜移植、Intac 角膜环片、客制化 C-CAP 轮廓;
- d. 由病患自己叫的救护车运送；以及
- e. Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC) 药房与治疗委员会所定义的生活方式药物。

本政策中，本县保留变更不包含在一般性服务项目和/或用品清单的权利。在极少数情况下，例如在医生或参与医疗服务提供者的建议下，本县医疗总

监或其指定人员，可能会批准其中一项服务或用品为特定患者的「必要医疗服务或用品」。县医疗总监或其指定人员的决定为最终决定。在以护理非医疗必需为由拒绝资助之前，本县会从有关的医疗服务提供者或有关服务的监督服务提供商取得转介病人医疗服务的签署证明。

**11. 护理医疗事件:** 在本政策中，「护理医疗事件 (Episode of Care)」是指:

- a. 在住院环境中，在入院日期与出院日期之间接受的「必要医疗服务或用品」；或
- b. 在急诊部或门诊环境中，接受「必要医疗服务或用品」的个人就诊。

## 流程:

### A. 資格標準

1. 要获得本政策下的慈善关怀护理或优惠付款，患者必须提交完整的财务援助申请表，或符合折扣关怀的推定纳入资格。
2. 患者在申请财务援助时必须提供真实、准确和完整的信息，包括本县要求的必要证明文件。如果患者在申请过程中提供虚假或不完整的讯息，可能会被判定为不符合慈善关怀护理或折扣优惠付款的资格。
3. 所有患者在申请资助时必须提供以下各类文件其中的一种:
  - a. 身份證明（例如，驾驶执照、护照、政府签发的身份证、工作或学校身份证、或出生证明加上其他身份证明，例如健身房或 Costco 会员卡）；以及
  - b. 收入证明，形式如以下其中之一:
    - i. 最近的报税表（指记录患者第一次被开账单的当年或第一次向患者开账单前 12 个月的收入报税表），或
    - ii. 最近的薪资存根（指病人第一次由本县开账单之前或之后 6 个月内的薪资存根，若是接受医疗服务前的薪资存根，则是指提交财务援助申请时的薪资存根）。
4. 任何以本县居民身份申请长期财务援助的患者（请参阅下文 B 节）必须同时提交居住证明（例如，租房合同/租约、按揭贷款声明、水电费账单、车辆登记、驾驶执照、无家可归声明或与申请人同住者的支持信及该人的居住证明）。未提交居住证明的患者将有资格作为非本县居民获取偶发性财务补助（请参阅下文 C 部分）。

5. 任何根据上述「高额医疗费用患者」定义的 (b)(ii) 部分，申请慈善关怀护理或折扣优惠付款的患者，必须提交他们和/或其家人在过去 12 个月内支付的医疗费用证明文件。
6. 除 HAP 以外的医疗保险计划的资格可能需要额外的证明文件。HAP 以外项目的申请人将被指示需要提供哪些文件。
7. 本县在决定是否资格获得慈善关怀护理或优惠折扣付款时，不会考虑患者的资产。
8. 符合资格的患者可根据其家庭收入获得不同等级的财务补助，详情请参阅下表、本政策B和C部分以及本政策附件A。

**以家庭收入为基础，提供给自费病患或高额医疗费用病患的本县居民财务补助金**

家庭收入	财务援助
家庭收入等于或低于联邦贫困水平的 <b>400%</b>	<b>100%</b> 的慈善关怀
家庭收入介于联邦贫困水平的 <b>401% – 449%</b> 之间	<b>70%</b> 的折扣优惠付款
家庭收入介于联邦贫困水平的 <b>450% – 549%</b> 之间	<b>50%</b> 的折扣优惠付款
家庭收入介于联邦贫困水平的 <b>550% – 649%</b> 之间	<b>25%</b> 的折扣优惠付款

2024 年联邦贫困水平列于附件 A。

9. 對於無法填寫財務援助申請表或提供所有必要文件的患者，本縣醫療衛生系統可能會開發並依賴一種工具，根據患者現有的登記情況，如無家可歸者服務、婦女、嬰兒和兒童（WIC）計劃、補充營養援助計劃（SNAP，也稱為食物券）和某些補貼住房等計劃，將患者推定納入「醫療保健使用計劃」。
10. 病患财务服务部会筛查患者是否符合 Medi-Cal 白卡资格，并协助没有医疗保险（或没有医疗必需服务或用品的其他第三方付款来源）的病人判定他们是否符合任何州、联邦和/或县医疗计划和/或任何其他第三方付款来源的资格。病患财务服务人员可协助患者完成 Medi-Cal 白卡、其他政府资助的医疗保险及医疗保健使用计划（如适用）的申请。如果病患正在向本县申请资助的同时，申请另一项健康保险计划或申请正在审批中，则两项申请均不应互相排除其他计划的申请资格。
11. 符合资格的患者可从本县医疗保健提供者处获得慈善关怀或医疗必需服务或用品的折扣付款。对于非医疗必需服务或用品的服务或项目、独立计费的医生专业费用或非本县要求的救护车运送，患者无权获得慈善关怀或折扣优惠

付款。在极少数情况下，如果需要转诊到县医疗系统以外的医疗机构，本县首席医疗官或其指定人员可批准对从县医疗系统以外获取的必要医疗服务和用品提供慈善关怀或折扣优惠付款。

12. 根据患者首次收到账单当时本政策在县官网上所发布的版本，不得拒绝患者为其提供财务援助。

## **B. 本县居民财务补助范围**

1. 本县居民的慈善关怀护理或折扣优惠付款一般为期一年，自患者提交完整财务援助申请表或符合折扣关怀推定纳入资格之月份的第一天（以较早者为准）开始、或与病人填写的财务援助申请表或折扣关怀推定纳入相关的护理事件的第一天始，除非病人的资格在该年结束前发生重大变化，例如符合医疗保险公司或其他第三方支付医疗必需服务或用品的资格。收入周期主管或其指定人员可酌情在证明有充分理由的情况下提供额外折扣。
2. 患者必须每年视情况重新申请财务援助，方法是提交新的财务援助申请表或重新取得折扣关怀推定纳入资格。
3. 如果患者的资格发生重大变化（例如收入、健康保险或其他医疗保健服务的承保资格、家庭人口组成份子或医疗费用的变更），患者必须在变化发生后的六十 (60) 天内或在下一次接受医疗服务之时间点（以较早者为准）通知本县。本县保留随时重新确认患者资格的权利。
4. 如果患者未能及时通知本县府其资格之任何重大变化，该名患者的慈善关怀或折扣优惠付款可能会从重大变化生效之日起追溯终止。

## **C. 非本县居民财务补助范围**

1. 非本县居民的自付和高额医疗费用病患，通常不符合圣塔克拉拉县（Santa Clara County）医疗设施中非紧急医疗照护服务接受资格。只有在那些病患容量过剩的医疗设施中，非本县居民可接受非紧急医疗照护服务。
2. 在本县医疗设施接受「必要医疗服务或用品」的非本县居民，如果其家庭收入在联邦贫困水平的 400% 或以下，且为自费或高额医疗费用患者，则有资格就这些服务获得慈善关怀。
3. 符合资格的非本县居民仅有在特定的护理期间享有慈善关怀资格，而非持续一年。收入周期主管或其指定人员可酌情在证明有充分理由的情况下提供额外折扣。

## **D. 付款安排计划**

1. 符合本政策规定资格的优惠折扣付款患者，可要求与本县制定长期免息付款计划，以便分期支付打折后的价格。
2. 本县和患者会就付款计划的期数进行协商。在与患者协商合理付款计划的期数时，本县会考虑患者的家庭收入和基本生活开支。本县也会考虑患者或其家人是否持有任何医疗储蓄账户的可用性。「基本生活开支」是指房租或房费和维修费、食物和家庭用品、水电费和电话费、衣服、医疗和牙科费用、保险、学校或幼儿看护、子女或配偶抚养费、交通和汽车费用（包括保险、汽油和维修、分期付款）、洗衣和清洁以及其他特殊开支。
3. 如果本县和患者无法就付款计划的期数达成一致，本县将使用《加州卫生与安全法》第 127400 节第 (i) 小节中描述的公式来制定合理的付款计划，该计划由每月付款组成，每月付款不超过患者家庭收入的百分之十，不包括基本生活开支的扣除额。

#### E. 申訴

1. 本县会在收到患者填写完整的财务援助申请表后 30 天内作出决定。该决定将包括有关患者如何对申请遭拒提出上诉以及上诉时限的说明。
2. 被拒绝获取慈善关怀或折扣优惠付款资格的患者，可以书面形式提出上诉。上诉必须包含上诉的依据理由和要求的救济内容。上诉表格可在 <https://scvh.org/bill-help> 网站上取得，或电洽 (877) 967-4677 联系患者财务服务部。
3. 上訴必須在遭拒絕後三十 (30) 天內寄到以下地址：  

County of Santa Clara Health System, Patient Business Services  
5750 Fontanoso Way, 1st Floor  
San José, CA 95138  
Attention: Revenue Cycle Director
4. 上诉必须在遭拒绝后三十 (30) 天内决定所有的初次上诉。
5. 如果收入周期主管或其指定人员仍然确认并维持最初的拒绝判定，患者可以提交第二次书面上诉。任何的第二次上诉必须在第一次上诉被拒绝后的三十 (30) 天内，寄到以下地址给圣塔克拉拉县医疗卫生系统的首席财务官：

County of Santa Clara Health System, Finance Department  
2325 Enborg Lane, Suite 360B  
San José, CA 95128  
Attention: Chief Financial Officer

6. 首席财务官将在三十 (30) 天内裁定所有第二次上诉。
7. 任何第二次上诉的裁定为最终裁定。

## F. 通報程序

1. 本政策及附件将至少每两年于1月1日或重大修订时，提供给健康照护使用信息部 (HCAI)。
2. 如果自上次提交后未有进行重大修订，则会通报 HCAI，说明未有发生重大修改。

### 政策背景说明:

本政策旨在遵守以下法律:

- 加州医院公平定价政策 (HFFP) 法，《加州卫生与安全法》第 127400 条及其后条文
- 加州急诊医师公平定价政策 (EPFPP) 法，《加州卫生与安全法》第 127450 条及其后条文

本政策建构本县的慈善关怀和优惠折扣付款计划。本政策将全体一致适用于县内所有患者。

本政策仅适用于本县医疗保健提供者提供的医疗必需服务或用品。您可以通过下列「Find A Provider」（寻找医疗服务提供者）网页取得县立医疗保健提供者名单：

<https://scvmc.scvh.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center)、  
<https://och.scvh.org/find-provider> (O'Connor Hospital) 及 <https://slrh.scvh.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital)。县立医院和诊所名单请浏览：<https://www.scvmc.org/find-health-center>。

特此通知患者，根据《加州卫生与安全法》第 127450 条的规定，在县立医疗设施提供急诊服务的急诊医生，必须依法向联邦贫困水平 400% 或以下的自费患者和高额医疗费用患者提供优惠折扣。

如需圣塔克拉拉县医疗卫生系统的估价服务清单，请造访 <https://scvmc.scvh.org/price-transparency-cost-estimator>。

本政策不会免除或不会更改县府与第三方付款人之间协商的任何合约条款或费率，也不向未签约的第三方付款人或其他依法有责任代表受益人、受保人或被保险人付款的实体提供优惠折扣。本政策不允许对不符合慈善关怀或优惠折扣付款资格的患者，例行性免除保险公司规定的自付额、共付额和/或共同保险。

### 权责:

若对本政策的执行有任何疑问，请与患者财务服务总监联络，地址为: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 或 (866) 967-4677。

本政策取代下列现已失效的政策: VMC #924.0 Sliding Scale; HHS #735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; 以及 St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

本政策最后更新于 2024 年 12 月 12 日。

附件 A

2025 年联邦贫困水平图

2025 年联邦贫困水平 (FPL)								
家庭人数	收入 (每月 或 每年)	100% 折扣优惠	70% 折扣优惠		50% 折扣优惠		25% 折扣优惠	
		最高达 400% 的 FPL	401% FPL	449% FPL	450% FPL	549% FPL	550% FPL	650% FPL
1	每月	\$5,217	\$5,217	\$5,869	\$5,869	\$7,173	\$7,173	\$8,477
	每年	\$62,600	\$62,601	\$70,424	\$70,425	\$86,074	\$86,075	\$101,725
2	每月	\$7,050	\$7,050	\$7,931	\$7,931	\$9,694	\$9,694	\$11,456
	每年	\$84,600	\$84,601	\$95,174	\$95,175	\$116,324	\$116,325	\$137,475
3	每月	\$8,883	\$8,883	\$9,994	\$9,994	\$12,215	\$12,215	\$14,435
	每年	\$106,600	\$106,601	\$119,924	\$119,925	\$146,574	\$146,575	\$173,225
4	每月	\$10,717	\$10,717	\$12,056	\$12,056	\$14,735	\$14,735	\$17,415
	每年	\$128,600	\$128,601	\$144,674	\$144,675	\$176,824	\$176,825	\$208,975
5	每月	\$12,550	\$12,550	\$14,119	\$14,119	\$17,256	\$17,256	\$20,394
	每年	\$150,600	\$150,601	\$169,424	\$169,425	\$207,074	\$207,075	\$244,725
6	每月	\$14,383	\$14,383	\$16,181	\$16,181	\$19,777	\$19,777	\$23,373
	每年	\$172,600	\$172,601	\$194,174	\$194,175	\$237,324	\$237,325	\$280,475
7	每月	\$16,217	\$16,217	\$18,244	\$18,244	\$22,298	\$22,298	\$26,352
	每年	\$194,600	\$194,601	\$218,924	\$218,925	\$267,574	\$267,575	\$316,225
8	每月	\$18,050	\$18,050	\$20,306	\$20,306	\$24,819	\$24,819	\$29,331
	每年	\$216,600	\$216,601	\$243,674	\$243,675	\$297,824	\$297,825	\$351,975