

## Houston Methodist 方針 FI49

件名： 経済援助	発効日： 2016年1月1日
対象： ヒューストン メソジスト病院 (Houston Methodist Hospital)	改訂日/再検討日 2020年1月1日
発信元： 収益サイクル評議会	目標再検討日： 2023年1月1日

### I. 方針

ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) (HM) は、本方針で定義する緊急医療を含む医療を必要としながら支払いができない方に対して、各自の経済状況に応じた経済援助を全力で行っています。高質で対費用効果の高いヘルスケアを提供するという HM の目標と一貫して、HM は困っている方々が必要としている医療サービスを確実に受けられるように努力しています。HM は、患者の支払い能力に関わらず、分け隔て無く、緊急を要する傷病の医療に当たります。

本方針には、経済援助の申込方法、受けられるサービス、受給資格、承認プロセス、請求額の計算基準、お知らせと掲示要件、未払い額の集金手続き、本方針が適用される/適用されない医療サービス提供者のリスト (付録 C)、および本方針の平易な言葉による要約 (Plain Language Summary) (付録 A) が含まれています。

経済援助は個人の責任に代わるものとは見なされません。患者は、各自の支払い能力に応じてそれぞれの医療費支払いに貢献し、経済援助を得るための HM の手続きに従うことが期待されます。健康保険に加入できる経済能力のある個人は、医療サービスへのアクセス手段として保険に加入されることをお勧めします。ヒューストン メソジスト グローバル (Houston Methodist Global) の患者と見なされる患者は本方針の対象とはなりません。

賢明な財務管理と一貫し、困った方に一人でも多く医療サービスを提供できるように、HM 理事会は患者救済規定のために次のガイドラインを確立しました。

### II. 定義

- 経済援助 (Financial Assistance) : HM 系列病院が経済援助の承認を受けた患者に対して無料または割引で提供する医療サービス。
- 経済的貧困者 (Financially Indigent) : 世帯所得が連邦貧困水準 (FPL) の 200%以下である患者。

- 医療貧困者 (Medically Indigent) :
  - 基準値 1 - 世帯所得が FPL の 201%~500%である患者。
  - 基準値 2 - 世帯所得が FPL の 500%以上で、会計残高（未払い額）が世帯所得の 10%を超える患者。
- 推定救済 (Presumptive Charity) : 経済援助申込書 (FAA) が完成していない場合、HM は、第三者の情報を利用して、定期的に保険未加入患者の経済援助受給資格（電子得点モデル）を審査します。この審査では、推定収入や世帯人数などの情報が提供されます。
- 連邦貧困水準 (FPL) : 個人が貧困基準値にあるとみなされる所得水準。この所得水準は、世帯人数により異なります。この貧困水準はアメリカ合衆国保健福祉省が毎年更新して、官報 (Federal Register) に発表されています。これらの発行ガイドラインに定められた貧困水準は総所得を表します。
- 会計残高 (Account Balance) : 第三者の援助申し込み後に患者負担となる金額。
- 家族/世帯 : 国勢調査局の定義により、出生、婚姻または養子縁組により縁のある 2 人以上の集まり。国税庁の規則に準じ、患者の所得税申告書で扶養家族と申告されている者は、経済援助を決定する上で扶養家族と見なすことができます。
- 世帯所得 (Family Income) : 世帯所得は、課税前を基準とし、国勢調査局の定義を使用して決定されます。この定義では、連邦貧困レベル (FPL) の計算に次の所得を使用します。
  - 賃金、失業補償、労働者災害補償、社会保障給付金 (Social Security)、連邦補足的保障所得 (Supplemental Security Income)、公的扶助、復員軍人給付金 (veterans' payments)、遺族年金、年金または退職所得、利息および配当（キャピタルゲインまたはキャピタルロスを除く）、家賃収入、印税収入、不動産 (estates)、信託 (trusts)、教育援助、扶助料 (alimony)、養育費、世帯外からの援助、およびその他からの収入
  - 現金以外の給付（フードスタンプや住宅助成金など）は所得とみなしません。
  - 申請者が家族と同居している場合は、家族全員の所得を含みます。非親族の同居人は対象外です。
- ヒューストン メソジスト グローバル (Houston Methodist Global) : ヒューストン メソジストの法人で、以下の患者にサービスを提供します。
  - 外国籍の方
  - 有効な旅券をお持ちの方
  - 米国の定年退職者で外国永住者、または
  - 1年のうち6カ月以上外国で就労する米国市民
- 請求総額 (Gross charges) : 支払い、契約による調整または割引を適用する前の請求額。
- 一般請求額 (AGB : Amounts Generally Billed) 率 : 1箇所の HM 病院が医学的に必要または緊急救命サービスについて、メディケアおよび民間保険会社から受け取る平均支払率（付録 B 参

照)。AGB 率は、前暦年に処理された請求を含む実績値を使用して、12 月 31 日から 120 日以内に各 HM 病院について年間ベースで計算されます。

- 緊急を要する傷病・症状 (Emergency medical conditions) : 社会保障法 1867 条が意図する範囲で定義されています (42 U. S. C. 1395dd)。
- 医学的に必要 (Medically necessary) : メディケアの定義に基づき、傷病の診断または治療に合理的に必要なサービスまたは事項。

### III. 手続き

- A. **受給資格基準 :** 世帯所得に基づいて経済援助に申し込む個人は、経済援助申込書 (FAA : Financial Assistance Application) を完成してください。以下の条件を満たす患者について、経済援助の受給資格を考慮します。
1. 本方針で定められた基準による経済的貧困者
  2. 本方針で定められた基準による医療貧困者、または
  3. 本方針で定められた基準による推定受給資格を満たす者
- B. **対象サービス :** 次のサービスが経済援助の対象となります。
1. 救急救命室における救急医療サービス
  2. 迅速に治療しなければ個人の健康状態の悪化につながる状態に対するサービス
  3. 救急救命室外で、命に関わる状況に対応するために提供された待機サービスではないサービス、および
  4. HM の裁量によりケースバイケースで評価した医学的に必要なサービス
- C. **受給資格プロセス :** 経済的な必要性は、個別の評価プロセスに基づき決定されますが、それには以下が含まれることがあります。
1. 推定受給資格 : 特定のケースでは FAA に未記入事項があっても経済援助の判定に足る場合があります。推定される経済援助はサービス提供日ごとに評価または再評価されます。推定される経済援助の判定に HM が使用する情報の一部には、以下の例が含まれる場合があります。
    - a) ホームレスである、またはホームレスクリニックで診療を受けたことがある
    - b) 女性、乳児および小児 (WIC) プログラムへの参加
    - c) フードスタンプの受給資格
    - d) 低所得者住宅・有料賃貸住宅が有効住所として提供されている
    - e) 患者は既知の不動産なしに死去している

- f) 患者はコミュニティスカラープログラム (Community Scholars Program) その他の第三者プロバイダーによる認定プログラム (患者は、現存の資金援助プログラムの条件である地域の推薦により、受給資格があると仮定される) に受け入れられており、経済貧困者割引を受ける資格がある
- g) メディケア保険とメディケードの二次保険の両方の加入資格がある患者
- h) メディケード加入資格があるが、病気が長引いた、または給付限度に達したために、メディケードにより請求が却下された患者、および
- i) 第三者の電子得点モデル (Experian)
  - 電子得点モデル (ESM)。患者が FAA を完成しない、または資金援助受給資格の決定に必要な文書を提供しない場合、世帯所得と世帯人数に基づいて得点を引き出す ESM を利用して会計を審査することがあります。ESM の得点により、資金援助を受ける資格があると示された場合、割引が適用されます。

2. FAA 完成申し込みプロセスは終了します (FAA - 付録 D)。

#### D. 経済援助申し込み方法

1. 経済援助を申し込む場合、患者は次の方法で経済援助申込書 (FAA) を無料で入手できます。
  - a. 医療を受ける前あるいは受けたときに財務カウンセラー (Financial Counselor) に問い合わせる
  - b. HM のウェブサイト ([www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing)) からダウンロードする
  - c. HM の中央事務所 (Centralized Business Office) に電話で 832-667-5900 またはフリーダイヤル 877-493-3228 まで問い合わせる (執務時間: 月曜日～金曜日は午前 7 時～午後 7 時、土曜日は午前 8 時～午後 12 時)、または
  - d. 郵便で請求する:
 

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450
2. FAA を入手したら、すべての項目に記入し、必要な添付書類を入手、添付して全文書を次の方法で提出してください。

a. 郵送 :

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450

b. 患者アクセス (Patient Access) のチームメンバーに直接提出、または

c. ファックス送信 (832-667-5995)

3. 緊急を要しない医学的に必要なサービスを受ける前に経済援助申し込みと経済的な必要性の決定が行われることが望ましいですが、必須ではありません。ただし、決定は随時行われることがあります。前回の経済評価が1年前以前であった場合は、経済援助の必要性はそれ以降、サービス提供の度に更新されます。また、患者の経済援助受給資格に関係する追加情報が判明したときも随時更新されます。

4. HM は人間の尊厳とステュワードシップ (管理責任) を重んじており、それは申し込みと承認プロセスに反映されています。経済援助申請は迅速に処理され、HM は FAA 受領から 30 日以内に患者または申込者に書面で通知します。経済援助は、完成された FAA および本方針のその他の規定 (以下を参照) に基づき承認または拒否されます。推定資格の審査の例では、書面による承認/拒否通知は行われません。

a. 拒否決定 : 拒否理由を記載した書状に対して、追加情報やはっきりと説明する情報を提供すれば、抗議も考慮されます。抗議は、電話、ファックスまたは郵便で受け付けます。

E. **請求額 :** 本方針に基づき医療が対象であると確認されると、残りの会計残高が以下のよう  
に患者に請求されます。

1. 経済貧困者は請求総額の 100%割引を受け、患者に請求されることはありません。割引分は資金援助として分類されます。

2. 基準値 1 の医療貧困者は世帯の年間総所得の 5%または、ある AGB 率の、どちらか少ない方の額を請求されます。

3. 基準値 2 の医療貧困者は世帯の年間総所得の 10%または会計残高のある割合の、どちらか少ない方の額を請求されます。

F. **不払いの場合の集金手順 :** 患者が請求額 (上記第 III 条 E 項) を支払わない場合、HM 経営陣は、延べ払いオプションを含む、確立された集金方針に従います。いかなる場合でも、HM は賃金差し押さえ、主たる住まいへの人的リーエン (personal liens) の付加、個人信用調査機関への通報その他の法的手段に訴えることはありません。HM の集金方針は、第 III 条 D 項 1 号に記載したステップのいずれかより、無料で入手できます。

G. **経済援助の告知と掲示要件：** 経済援助についての告知は、患者宛請求書でのお知らせの発行、救急救命室および救急外来でのお知らせ、入院条件書類（Conditions of Admission form）、入院・受付部署（Admitting and Registration departments）、ならびに HM が選ぶ公共の場所を含む様々な手段で提示しますが、これらに限定するものではありません。HM はまた、同病院のウェブサイトでも本経済援助方針の要約を発行する他、患者がアクセスする場所、HM がサービスを提供している地域のその他の場所にパンフレットを配布し、これについて広く公表することがあります。かかるお知らせと要約の情報は、HM がサービスを提供している周辺住民の主な各種言語で提供されます。HM のスタッフまたは医療スタッフは誰でも患者を経済援助に照会できます。経済援助は、患者またはその家族、親しい友人、関係者が申請できますが、個人情報保護法の対象となります。

H. **規制要件：** 本方針の実施にあたり、HM は、本方針に準じた活動に適用される連邦、州、地方自体の法律、規則、および規定に従います。

I. **関係当局の参考文献：**

1. 2010 年患者保護並びに医療費負担適正化法（Patient Protection and Affordable Care Act of 2010）
2. 国内歳入法（Internal Revenue Code）501 条 (R) 項(4)～(R) 項(6)
3. 延べ払いオプション方針（Extended Payment Options Policy）（FI86）、および
4. 集金方針（Collections Policy）（FI85）

#### IV. 手続の検討・承認および適正日の検討協議会または委員会

収益サイクル評議会勧告

ヒューストン メソジスト（Houston Methodist）理事会承認

V. **承認執行委員名：** 医師 マーク・L・ブーム

**役職：** 理事長兼最高経営責任者

総務部長認可：

（署名入り正本は別途保管）

\_\_\_\_\_  
M・ブーム  
理事長  
最高経営責任者  
Houston Methodist

\_\_\_\_\_  
日付

## 付録 A

### 平易な言葉による要約 (Plain Language Summary)

#### ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) の経済援助方針

ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) は、無保険あるいは過小保険かつ、政府のプログラムへの加入資格を持たない方、または支払いができない方に対して、各自の経済状況に応じて全力で慈善医療を提供しています。

世帯所得が連邦貧困レベル (FPL) あるいは 200%未満の患者は、サービスを無料で受ける資格があり、世帯所得が FPL の 200%を超え 500%未満である患者は割引料金でサービスを受けることができます。ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) の割引率は、免責額、自己負担額、自己負担分の形式によるあらゆる患者負担額を含め、民間保険会社およびメディケアからの平均支払額を超えることはありません。世帯所得が FPL の 500%を超える世帯の患者は、割引を受けられる場合があります。

緊急および医学的に必要なサービスを受ける前に先払いや支払いの手配をしておく必要はありません。ただし、割引額を支払うことが義務づけられます。サービスを受けた後に割引額の全額を支払えない場合、ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) はこの割引額の集金を試みます。ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) は請求明細書を毎月発行して、支払いを請求します。割引額を一回で支払えない場合、ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) では無利子の延べ払いオプション (extended payment option) を用意しています。未払いの割引額残金は集金代理機関に引き継がれ、さらに集金努力が行われます。集金代理機関による集金活動には、人的リーエン (personal lien)、法的行為または個人信用調査機関への通報は含まれません。

ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) の経済援助方針 (Financial Assistance Policy)、経済援助申込書 (Financial Assistance Application)、および集金方針 (Collection Policies) は、ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) 病院のウェブサイト、[www.houstonmethodist.org/billing](http://www.houstonmethodist.org/billing) からダウンロードできるほか、病院の入院・受付エリア (Admitting and Registration areas) で入手できます。また電話の場合は中央事務所 (Centralized Business Office) (832-667-5900 (市内) または 877-493-3228 (フリーダイヤル)) までお問い合わせください。郵便で請求する場合は次の宛先までお問い合わせください。

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450

この平易な言葉による要約、経済援助方針、経済援助申込書および集金方針の各国語版は上記の連絡先から入手できます。

ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) の経済援助ユニット (Financial Assistance Unit) は経済援助方針に関する問い合わせの受付や申し込みプロセスの手助けを行っています。経済援助ユニットの執務時間は月曜日～金曜日は午前 7 時～午後 7 時、土曜日は午前 8 時～午後 12 時で、電話番号は 877-493-3228 です。

経済援助申込書 (Financial Assistance Application) が完成したら、必要な添付書類を添付して、Financial Assistance Unit 宛てに送付 (住所は上記記載) またはファックス (832-667-5995) 送信してください。

## 例

## 一般請求額 (AGB) 計算ワークシート

一般請求額率年間計算

ヒューストン メソジスト病院 (Houston Methodist Hospital)

対象計測期間： 2019 年 1 月 1 日～2019 年 12 月 31 日

A	対象期間中のメディケア出来高払い (Medicare Fee-for-Service) 請求で認められ、支払われた額	\$
B	対象期間中の民間保険への請求で認められ、支払われた額	\$
C	対象期間中に A と B に記載された請求のうちの患者が支払った自己負担額、自己負担分、および免責額	\$
D	保険で認められた金額の総計と患者支払額 (上記 A+B+C)	\$
E	上記 D で提供したサービスに対する病院の請求総額	\$
F	病院特定の一般請求額 (AGB) 率 (D/E)	%

HM の各病院の現行 AGB 率表については、第 III 条 D 項 1 号に記載された個人にお問い合わせください。この情報は無料で入手できます。

AGB は医療機関別に計算することが要求されていますが、HM は、HM の各医療機関で計算された AGB の最低値を四捨五入したものを、一律採用します。

付録 C

本方針が適用される/適用されない医療サービス提供者リスト

	適用
組織/グループ/開業医	適用/適用外
Houston Methodist Hospital	適用
Houston Methodist Sugar Land Hospital	適用
Houston Methodist Willowbrook Hospital	適用
Houston Methodist West Hospital	適用
Houston Methodist Baytown Hospital	適用
Houston Methodist Clear Lake Hospital	適用
Houston Methodist Continuing Care Hospital	適用
Houston Methodist The Woodlands Hospital	適用
Houston Methodist Imaging Center: Cinco Randi	適用
Houston Methodist Imaging Center: Cypress	適用
Houston Methodist Imaging Center: Kirby	適用
Houston Methodist Imaging Center: Pearland	適用
Houston Methodist Imaging Center: Sienna Plantation	適用
Houston Methodist Imaging Center: Spring	適用
Houston Methodist Imaging Center: Spring Brandi	適用
Houston Methodist Imaging Center: The Woodlands	適用
Houston Methodist Imaging Center: Voss	適用
Houston Methodist Emergency Center: Cinco Randi	適用
Houston Methodist Emergency Center: Cypress	適用
Houston Methodist Emergency Center: Kirby	適用
Houston Methodist Emergency Center: Pearland	適用
Houston Methodist Emergency Center: Sienna Plantation	適用
Houston Methodist Emergency Center: Spring	適用
Houston Methodist Emergency Center: The Woodlands	適用
Houston Methodist Emergency Center: Voss	適用
Houston Methodist Primary Care Group	適用外
Houston Methodist Specialty Physician Group	適用外
Houston Methodist Specialty Physician Group 以外のグループ (民間医師)	適用外
麻酔科 : US Anesthesia Partners	適用外
麻酔科 : Space City Anesthesia	適用外
救急医 : EmergiGroup Physician Associates	適用外
救急医 : Kirby Emergency Physicians	適用外
救急医 : San Jacinto Emergency Physicians	適用外
救急医 : West Houston Emergency Physicians	適用外
救急医 : Woodlands Emergency Physicians	適用外
ホスピタリスト : Medical Clinic of Houston, LLP	適用外
ホスピタリスト : Houston Hospitalist Joint Venture	適用外
ホスピタリスト : Houston InPatient Physician Associates	適用外
ホスピタリスト : Medical Center of Houston Physician Consultants, PLLC	適用外

ホスピタリスト : Medical Center Hospitalist Associates, PLLC	適用外
ホスピタリスト : Houston Methodist Academic Hospitalist Group	適用外
ホスピタリスト : UTS	適用外
ホスピタリスト : XpertMD	適用外
ホスピタリスト : TeamHealth	適用外
ホスピタリスト : OB Hospitalist Group	適用外
ホスピタリスト : Questcare Obstetrics, PLLC	適用外
ホスピタリスト : Envision OB/Gyn Hospitalist	適用外
ホスピタリスト : Vanguard	適用外
イメージング : MASTOS Imaging Associates	適用外
新生児 : Texas Children's Physician Services	適用外
病理学 : Methodist Pathology Associates, PLLC	適用外
放射線科 : Houston Radiology Associated	適用外

付録 D



経済援助申込書 (Financial Assistance Application)

記入方法: 下の空白欄に記入してください。該当しない項目については「N/A」と記入してください。あなたの現況に該当する次の書類のコピーを添付してください。1. 年初から現在までの所得情報が記載された最新の給与支払小切手の控え、2. 最新の所得税申告書と全ての添付書類、3. 社会保障給付金 (Social Security) 小切手あるいは受給資格証明書 (entitlement letter)、または自動振り込みの場合は銀行の口座取引明細書、4. 失業補償証明書 (unemployment award letter)、5. ハリスヘルスシステムゴールドカード。失業中または収入や生活費を他人に頼っている場合は、支援状 (letter of support) と、納税申告書で扶養家族となっている場合は、そのコピーを添付してください。不明な点や記入のお手伝いが必要な場合は、Centralized Business Office (執務時間: 月曜日～金曜日は午前 7 時～午後 7 時、土曜日は午前 8 時～正午) まで、お電話 (877-493-3228) でお問い合わせください。

完成した申込書と添付書類は患者アクセス (Patient Access) チームメンバーに直接提出の他に、ファックスは (832) 667-5995 で、郵送は Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 宛でも受け付けています。

患者名 (活字体で記入) \_\_\_\_\_ 社会保障番号の下 4 桁 \_\_\_\_\_

配偶者/親/後見人名 (活字体で記入) \_\_\_\_\_ 社会保障番号 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 結婚歴 \_\_\_\_\_

申請するサービス: \_\_\_\_\_

アカウント番号: \_\_\_\_\_ サービス提供日: \_\_\_\_\_

同居する 19 歳未満の子供の人数: \_\_\_\_\_ 扶養家族氏名 \_\_\_\_\_

直系親族 \_\_\_\_\_

継子 \_\_\_\_\_

非親族 \_\_\_\_\_

被後見人 \_\_\_\_\_

患者	配偶者/その他
雇用主 _____	雇用主 _____
<input type="checkbox"/> フルタイム雇用	<input type="checkbox"/> フルタイム雇用
<input type="checkbox"/> パートタイム雇用	<input type="checkbox"/> パートタイム雇用
<input type="checkbox"/> 失業/退職/障害者	<input type="checkbox"/> 失業/退職/障害者
<input type="checkbox"/> 復職不能	<input type="checkbox"/> 復職不能
<input type="checkbox"/> 主婦	<input type="checkbox"/> 主婦

家族の総所得\* \$ \_\_\_\_\_ /月 (申込書に所得証明を同封すること)

\* 賃金、農業または自営業、公的扶助、社会保障給付金、失業/労災補償、退職、ストライキ手当、扶助料 (alimony)、養育費、軍の特別手当 (military allotments)、年金、配当金、利息、賃貸不動産その他雑収入源のすべてを含みます。

私の知る限りにおいて、上記の情報が真実かつ正確であることを証明します。上記に求められた情報を提供しない場合は、プログラムの財政救済を受ける資格を失うと見なされることを理解します。さらに私は、該当する場合、政府の援助申請を行い、かかる援助を受けるために適切な行動を取り、申請の結果を HM に通知します。私 (私たち) は、HM が私 (私たち) の陳述を確認するためにあらゆる情報源より情報を取得することを承諾します。

\_\_\_\_\_ (患者/申込者署名) \_\_\_\_\_ (日付)