

ヒューストン メソジスト (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 2016年1月1日
発信元 : 収益サイクル評議会	目標再検討日 : 2019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し、困っている人を擁護するという HM の目標と一貫して、HM は困っている方々が必要な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、適格基準、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。
- 家族：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：federal poverty levels）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
 - 現金によらない給付（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。
- 無保険者（Uninsured）：保険に未加入または第三者の援助を受けていない患者。
- 過小保険者（Underinsured）：一定の保険に加入しているまたは第三者の援助を受けているが、保険適用外のサービスを受けている、または本人の財力を超える自己負担費用がある患者。
- 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）：契約調整または割引適用前の患者への請求額。
- 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(42 U.S.C. 1395dd)が意図する範囲で定義されています。
- 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. 経済援助申込方法

1. 経済援助に申し込む場合、患者は次の方法で経済援助申込書 (FAA : Financial Assistance Application) を無料で入手できます。
 - a. 医療を受ける前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) 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 :

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn:Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
2. FAA を入手したら、用紙を完成し、必要な添付書類を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請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、決定は集金サイクルの任意の段階で行われることがあります

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検討します。また、患者が経済援助を受ける適格性に関係する追加情報が判明したときも随時検討します。

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、それは申込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15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。

B. 受けられるサービス 経済援助では次の医療サービスを受けることができます。

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. 適格性プロセス 経済上の必要性は、個別評価に基づき決定され、それには以下が含まれることがあります。

1. FAA記入完了が成果物となる申込プロセス（FAA - 付録D）
2. 患者、または患者の保証人の支払能力（クレジットスコアなど）に関する情報を提供する公開データ源の使用
3. 適当な代替え支払い財源および公共・民間支払いプログラムによる補填の可能性の模索や、かかるプログラムへ患者が申請する際の支援を含む、HMによる妥当な努力、および
4. 患者が利用できる資産その他の財源の評価

D. 経済援助適格性の推定 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。仮経済援助は各サービス提供日について評価または再評価されます。HMが仮経済援助の判定に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。

1. ホームレス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
2. 女性、乳児および小児（WIC）プログラムへの参加
3. フードスタンプの適格性

4. その他、財源のない州または地方自治体の援助プログラム（メディケード スPENDダウンなど）の適格性
 5. 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
 6. 患者は既知の不動産なしに死去している、および
 7. 有料加入ベースのチャリティアドバイザーによるスコア
- E. **請求額** 本方針に基づき医療の適格性が確認されると、患者への請求は AGB 以下の金額に制限されます。以下に記載する連邦貧困レベル（FPL）の一要素である患者の世帯所得に準じて、AGB の率（請求総額に適用されます）に基づいた額が請求されます。
1. 患者の世帯所得が FPL であるか、200%未満である場合 - AGB の 0%
 2. 患者の世帯所得が FPL の 200%を超えるが、300%未満である場合 - AGB の 50%、および
 3. 患者の世帯所得が FPL の 300%を超えるが、400%未満である場合 - AGB の 100%
- F. **未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 A 項 1 号の a.~d.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. **経済援助のお知らせと揭示要件** 経済援助についてのお知らせは、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します。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、地方自治体の法律、規則、および規定に従います。

1. 関係当局における参考文献

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）

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

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

ヒューストンメソジスト（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 400%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。

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 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込プロセスの支援を行っています。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832-667-5900 または 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、経済援助ユニット (Financial Assistance Unit) に送付 (住所は上記記載) またはファックス (832-667-5995) で Financial Assistance Unit 宛に送信してください。

付録 B

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 : 2015 年 1 月 1 日 ~ 2015 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)	%

ヒューストン メソジスト (Houston Methodist) 各病院の現行 AGB 率表については、第 III 条 A 項、A 項、A 項 a. ~ d. に記載されたステップのいずれかをご覧ください。この情報は無料で入手できます。

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	適用/適用外
ヒューストン メソジスト病院 (Houston Methodist Hospital)	適用
ヒューストン メソジストシュガーランド病院 (Houston Methodist Sugar Land Hospital)	適用
ヒューストン メソジストウィロウブルック病院 (Houston Methodist Willowbrook Hospital)	適用
ヒューストン メソジストウェスト病院 (Houston Methodist West Hospital)	適用
ヒューストン メソジストサン ジャシント病院 (Houston Methodist San Jacinto Hospital)	適用
ヒューストン メソジストセントジョン病院 (Houston Methodist St. John Hospital)	適用
ヒューストン メソジストセントキャサリン病院 (Houston Methodist St. Catherine Hospital)	適用
ヒューストン メソジスト画像検査センター：ケイティ フリーウェイ (Houston Methodist Imaging Center: Katy Freeway)	適用
ヒューストン メソジスト画像検査センター：カービー (Houston Methodist Imaging Center: Kirby)	適用
ヒューストン メソジスト救急救命センター：シンコ ランチ (Houston Methodist Emergency Center: Cinco Ranch)	適用
ヒューストン メソジスト救急救命センター：サイプレス (Houston Methodist Emergency Center: Cypress)	適用
ヒューストン メソジスト救急救命センター：カービー (Houston Methodist Emergency Center: Kirby)	適用
ヒューストン メソジスト救急救命センター：パールランド (Houston Methodist Emergency Center: Pearland)	適用
ヒューストン メソジスト救急救命センター：シエナ プランテーション (Houston Methodist Emergency Center: Sienna Plantation)	適用
ヒューストン メソジスト救急救命センター：ヴォス (Houston Methodist Emergency Center: Voss)	適用
ヒューストン メソジストプライマリーケア グループ (Houston Methodist Primary Care Group)	適用外
ヒューストン メソジストスペシャルティフィジシャングループ (Houston Methodist Specialty Physician Group)	適用外
ヒューストン メソジスト以外のフィジシャングループ (民間医師)	適用外

麻酔科：US アネスシージャ パートナーズ (US Anesthesia Partners)	適用外
麻酔科：ベイラー (Baylor)	適用外
麻酔科：スペース シティ アネスシージャ (Space City Anesthesia)	適用外
救急救命医師：エマージグループ フィジシャン アソシエイツ (EmergiGroup Physician Associates)	適用外
救急救命医師：ネプチューン エマージェンシー サービスズ (Emergency Physicians: Neptune Emergency Services)	適用外
救急救命医師：ザ シューマッハー グループ (The Schumacher Group)	適用外
救急救命医師：カービー エマージェンシー フィジシャンズ (Kirby Emergency Physicians)	適用外
ホスピタリスト：IPC - ザ ホスピタリスト カンパニーPA (IPC - The Hospitalist Company PA)	適用外
ホスピタリスト：ネプチューン ホスピタリスト サービスズ, dba：トライトン ホスピタリスト (Neptune Hospitalist Services, dba: Triton Hospitalist)	適用外
ホスピタリスト：OB ホスピタリスト グループ (OB Hospitalist Group)	適用外
ホスピタリスト：サウンド ホスピタリスト グループ オブ テキサス (Sound Hospitalist Group of Texas)	適用外
画像検査：MASTOS イメージング アソシエイツ (MASTOS Imaging Associates)	適用外
新生児科：テキサス チルドレンズ フィジシャン サービスズ (Texas Children's Physician Services)	適用外
病理診断科：コスタル パソロジー (Coastal Pathology)	適用外
病理診断科：メソジスト パソロジー アソシエイツ、PLLC (Methodist Pathology Associates, PLLC)	適用外
放射線科：ベイタウン ラジオロジー (Baytown Radiology)	適用外
放射線科：ヒューストン ラジオロジー アソシエイテッド (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. 車庫から現在までの所得情報が必要とされた車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課税書類、3. 社会保障給付金 (Social Security) が切手あるいは受給資格証明書 (entitlement letter)、または自給自足及びそ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 (勤務時間: 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 77460 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 _____

絶子 _____

非親族 _____

被後見人 _____

1か月の住居費: **光熱費:** **自動車費:**

出費 賃貸 持ち家 他者負担 電気 \$ _____ 水道 \$ _____ ガス \$ _____ 所有# _____ リース# _____ 1か月の支払額 \$ _____

1か月の支払額 \$ _____

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

家族の純所得* \$ _____ /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、賃貸不動産その他継続収入源のすべてを含みます。

銀行口座/その他の資産:

当座預金口座	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	残高	\$ _____
普通預金口座	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	残高	\$ _____
株/債券など	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	残高	\$ _____
その他の財産	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	説明してください	_____

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、プログラムの財政援助を受ける資格を失うと見なれることを理解します。さらに私は、誤造する場合は、政府の援助申請を行い、かかる援助を受けるために虚偽な行状を取り、申請の結果を HM に通知します。私 (私たち) は、HM が私 (私たち) の誤造を修正するためにあらゆる情報より情報を取得することを承認します。

_____ (患者/申請者名) _____ (日付)

誤造は記入しないでください。 改訂 7/2015