

ASCENSION SETON

資金援助ポリシー 2025年07月01日

ポリシー/原則

本項の下に記載された各組織（以下、「当組織」）の方針は、当該組織の施設において救急治療およびその他医療上必要な治療を提供するための、社会的に公正な慣行を確保することである。本ポリシーでは、資金援助を必要とし、当組織から治療を受ける患者の資金援助資格について特別に定めている。本ポリシーは、Ascension Seton内の以下の各組織に適用される。

- Dell Children’s Medical Center of Central Texas
- Ascension Seton Medical Center Austin
- Ascension Seton Hays
- Ascension Seton Williamson
- Ascension Seton Northwest
- Ascension Seton Southwest
- Ascension Seton Edgar B. Davis
- Ascension Seton Highland Lakes
- Ascension Seton Smithville
- Dell Seton Medical Center (The University of Texas)
- Cedar Park Regional Medical Center

1. すべての資金援助には、個人の人間としての尊厳と公益を守ることに對する当機構の誓約および敬意、貧困に苦しむ人やその他の社会的弱者への特別な配慮および連帯、さらには分配の公正と財産管理に對する誓約が反映される。
2. 本ポリシーは、雇用された医師のサービスや行動の健康を含む、当組織が提供するすべての救急医療およびその他の医学的に必要な治療に適用される。本ポリシーは、救急治療およびその他医療上必要な治療以外の治療に對する料金には適用されない。
3. 資金援助ポリシーの對象となる医療提供者のリストには、当組織の施設内で治療を提供する医療提供者が列挙されており、資金援助ポリシーの對象となる医療提供者と對象外となる医療提供者が明記されている。

定義

本ポリシーにおいては、以下の定義が適用される。

- 「**第501条(r)**」は、内国歳入法第501条(r)およびそれに基づき公布された規則を意味する。
- 「**一般請求額**」または「**AGB**」は、救急治療およびその他医療上必要な治療に関して、当該治療が對象となる保険に加入している個人に對して一般的に請求される金額を意味する。
- 「**コミュニティ**」は、Ascension Setonがテキサス州中部における計画に使用している、郡ごとにグループ化された以下の地理的区域である 1.)中央部 - Travis County、2.)南部 -

HaysおよびCaldwell Counties、3.)北部 - Williamson County、4.)西部 - Burnet、BlancoおよびLlano Counties、5.)東部 - Bastrop、Fayette、GonzalesおよびLee Counties、ならびにSan Saba Countyを意味する。また、患者が必要とする救急治療および医療上必要な治療が、当該治療について資金援助の資格を得た他のAscension Healthの施設で受けた救急治療および医療上必要な治療の継続である場合、その患者も当組織のコミュニティの構成員とみなされる。

- 「**救急治療**」は、陣痛、または即座に医療を受けなければ、患者（または胎児）の健康を深刻に危険にさらすこと、身体機能に重大な障害をもたらすこと、身体の器官や部位に深刻な機能不全を招くことが合理的に予想されるほど重症な病状を意味する。
- 「**医療上必要な治療**」とは、(1) 患者の病状の予防、診断、または治療に適切かつ整合していて不可欠である治療、(2) 安全に提供可能な、患者の病状に対して最も適切な供給またはサービスレベルである治療、(3) 主に患者、その家族、医師、または介護者の便宜のために提供されるものではない治療、および (4) 患者に害を及ぼすよりも利益をもたらす可能性が高い治療を意味する。将来予定されている治療が「医療上必要な治療」であるには、その治療および治療のタイミングが当組織の最高医療責任者（またはその指名を受けた人物）によって承認されなければならない。医療上必要な治療の判断は、患者に医療を提供している公認医療提供者が行い、当組織の裁量により、入院担当医、紹介医、および / または最高医療責任者もしくはその他の審査医（推奨される治療の種類による）によって行われなければならない。本ポリシーの対象となる患者が要求した治療が、審査医によって医療上必要ではないと判断された場合、その判断は入院担当医または紹介医によっても確認されなければならない。
- 「**当組織**」は、以下から構成されるAscension Setonを意味する。
 - Dell Children’s Medical Center of Central Texas
 - Ascension Seton Medical Center Austin
 - Ascension Seton Hays
 - Ascension Seton Williamson
 - Ascension Seton Northwest
 - Ascension Seton Southwest
 - Ascension Seton Edgar B. Davis
 - Ascension Seton Highland Lakes
 - Ascension Seton Smithville
 - Dell Seton Medical Center (The University of Texas)
 - Cedar Park Regional Medical Center
- 「**患者**」とは、組織において救急治療およびその他医療上必要な治療を受ける人物、ならびに当該患者の治療に対して支払責任を負う人物を意味する。

提供される資金援助

本項に記載される資金援助は、コミュニティに居住する患者に限定される。

1. 本資金援助ポリシーの他の規定に従い、所得が連邦貧困水準（「FPL」）の250%以下である患者は、推定スコアリング（以下の第5項に記載）に基づき資格があると判断された場合、または患者の最初の退院請求書から240日目以前に資金援助申請書（以下、「申請書」）を提出し、当組織によって承認された場合に、組織によって承認された場合に、保険会社による支払いがある場合はその後の、患者が責任を負うサービス料金の当該部分について、100%の慈善医療を受ける資格を有する。患者が最初の退院請求書から240日経過した後に申請書を提出した場合も、最大100%の資金援助を受ける資格を有するが、このカテゴリーの患者が利用できる資金援助額は、患者の口座に対して行われた支払いを考慮した後の未払残高に限定される。このカテゴリーの資金援助資格を持つ患者に対して、算出されたAGB料金を超えて請求されることはない。
2. 本資金援助ポリシーの他の規定に従い、所得がFPLの250%を超え400%以下である患者は、患者の最初の退院請求書から240日目以前に申請書を提出し、当組織によって承認された場合に、保険会社による支払いがある場合はその後の、提供されたサービス料金の患者が責任を負う部分について、スライド制割引を受ける。患者が最初の退院請求書から240日経過した後に申請書を提出した場合も、スライド制割引の資金援助を受ける資格があるが、このカテゴリーの患者が利用できる資金援助額は、患者の口座に対して行われた支払いを考慮した後の未払残高に限定される。このカテゴリーの資金援助資格を持つ患者に対して、算出されたAGB料金を超えて請求されることはない。スライド制割引率は以下の通りである。

FPL 251%から300%の間の患者は95%の援助を受ける。FPL 301%から350%の間の患者は90%の援助を受ける。

FPL 351%から400%の間の患者は85%の援助を受ける。

3. 本資金援助ポリシーの他の規定に従い、所得がFPLの400%を超える患者は、患者の総医療債務に基づく組織からのサービス料金の割引について、ミーンズテストによる資金援助の対象となる場合がある。患者が、Ascensionおよびその他の医療提供者に対する医療債務を含む、救急治療およびその他医療上必要な治療に対する過度な総医療債務を有しており、それが当該患者の世帯総所得と同等またはそれ以上である場合、当該患者はミーンズテストに基づく資金援助の資格を有する。ミーンズテストに基づき提供される資金援助のレベルは、患者の最初の退院請求書から240日目以前に申請書を提出し、当組織によって承認された場合に、上記の第2項に基づく所得がFPLの400%の患者に付与される援助と同じである。患者が最初の退院請求書から240日経過した後に申請書を提出した場合も、ミーンズテストによる割引の資金援助を受ける資格があるが、このカテゴリーの患者が利用できる資金援助額は、患者の口座に対して行われた支払いを考慮した後の未払残高に限定される。このカテゴリーの資金援助資格を持つ患者に対して、算出されたAGB料金を超えて請求されることはない。
4. 患者が「資産テスト」に基づき支払いに十分な資産を有するとみなされる場合、当該患者は上記の第1項から第3項に記載された資金援助の対象とならない場合がある。資産テストには、資金援助申請書において測定される資産のカテゴリーに基づく、患者の支払い能力の実質的な評価が含まれる。そのような資産が当該患者のFPL金額の250%を超える患者は、資金援助の資格を満たさない可能性がある。
5. 資金援助の適格性は収益サイクルの任意の時点で判定される可能性があり、患者が資金援助申請書（以下、「FAP申請書」）に全て記入していない場合でも、最初の退院請求書から240日以内に十分な未払残高がある患者に対し、100%の慈善医療の資格を決定するための推定スコアリングの使用が含まれる場合がある。全て記入したFAP申請

書を提出せず、推定スコアリングのみを介して100%の慈善医療が付与される場合、患者が受ける資格のある資金援助額は、患者の口座に対して行われた支払いを考慮した後の未払残高に限定される。推定スコアリングに基づく資格の決定は、推定スコアリングが実施された当該回の治療にのみ適用される。

6. 組織を「ネットワーク外」とみなす特定の保険プランに加入している患者については、患者の保険情報およびその他の関連する事実や状況の審査に基づき、本来であれば当該患者が利用可能な資金援助を当組織が減額または拒否する場合がある。
7. 資金援助の資格を有する患者に対して、サービス料金として最大30ドルの名目上の定額料金が請求される場合がある。この名目上の定額料金は、サービスに対するAGB料金を超えることはない。
8. 患者は、却下通知の受領から14暦日以内に追加情報を当組織に提供することにより、資金援助の適格性の却下に対して不服を申し立てることができる。当組織はすべての不服申し立てを審査し、最終的な判定を下す。最終的な判定により前回の資金援助の却下が支持された場合、書面による通知が患者に送付される。資金援助の資格に関する当組織の判定に対し、患者および家族が不服を申し立てる際の手続きは以下の通りである。
 - a. 患者および家族は、患者資金援助サービス部門に対し、郵送にて書面による不服申立書を提出することができる。不服申立書には、患者の慈善医療への適格性を再検討する上で重要となる、当初の資金援助申請書では考慮されなかった財務情報を含めるものとする。書面による不服申立書に加え、患者および家族は、不服申立書に含まれる再検討情報の裏付けとなる書類を同封しなければならない。適切な裏付け書類がない場合、不服申し立ての検討は、適切な書類が受領されるまで延期される可能性がある。不服申立書および裏付け書類は、患者資金援助サービス部門 (P.O. Box 204301 Dallas TX, 75320-4301) 宛に郵送するものとする。
 - b. すべての不服申し立ては当組織の資金援助不服審査委員会によって検討され、委員会の判定は不服申し立てを行った患者または家族に書面で送付される。

資金援助対象外の患者へのその他の支援

上述の資金援助の資格を満たさない患者であっても、当組織が提供する他の種類の援助を受けられる可能性がある。完全性を期すため、これらの他の種類の援助をここに記載するが、これらは必要性に基づくものではなく、第501条(r)の対象となることを意図したものでもないが、当組織が奉仕するコミュニティの利便性のためにここに含めるものとする。

1. 資金援助の資格を満たさない無保険の患者には、当組織における最高支払額の支払者に提供される割引に基づいた割引が提供される。最高支払額の支払者は、件数または総患者収入で測定して、当組織の母集団の3%以上を占めていなければならない。単一の支払者がこの最小水準の数量に達しない場合は、平均化に用いられる支払条件が当該年度の組織の業務量の少なくとも3%を占めるよう、複数の支払者契約を平均化するものとする。
2. 資金援助の資格を満たさない無保険および有保険の患者は、即時支払割引が適用される場合がある。即時支払割引は、前の段落に記載された無保険者割引に加えて提供される場合がある。

資金援助対象患者への請求額に関する制限

資金援助の資格を有する患者に対して、救急治療およびその他医療上必要な治療については、個別にAGBを超える額を請求することなく、その他すべての医療提供については、総請求額を超える額を請求することはない。当組織は、「ルックバック」法を用い、メディケア出来高払い制および組織に対して請求を支払うすべての民間健康保険者を含めて、すべて第501条(r)に従って1つ以上のAGBパーセンテージを算出する。AGB算出説明書とパーセンテージの無料の写しは、当組織のウェブサイトまたは受付窓口で入手できる。また、患者は患者資金援助サービス部門 (800-749-7624) に電話し、患者の郵送先住所への送付を依頼することで、AGB算出およびパーセンテージの無料の写しを郵送で受け取ることもできる。

資金援助およびその他の支援の申請

患者は、推定スコアリングによる適格性、または全て記入したFAP申請書を提出して資金援助を申請することにより、資金援助を受ける資格を得られる場合がある。FAP申請書およびFAP申請手順書は、当組織のウェブサイトから、またはサービス提供時に依頼することで入手できる。患者がサービス提供日以降に資金援助の申請を希望する場合は、Ascension Setonのウェブサイトから資金援助申請書および資金援助申請手順書にアクセスし、直接印刷することができる。患者は、資金援助申請書および資金援助申請手順書のコピーを郵送で請求することもできる。書類の写しを郵送で依頼する場合、患者は患者資金援助サービス部門 (800-749-7624) に電話する。前述の各入手場所において、FAP申請書およびFAP申請手順書は、英語、スペイン語、中国語、ベトナム語、韓国語、およびアラビア語で提供されている。当組織は

資金援助の資格を得るために、無保険の患者に対し、患者が潜在的に適格であるとみなされるメディケイドまたはその他の公的扶助プログラムへの申請について、ファイナンシャルカウンセラーと協力することを求める(推定スコアリングにより適格と認められ、承認された場合を除く)。患者がFAP申請書上または推定スコアリングの適格性プロセスに関連して虚偽の情報を提供した場合、提供された治療に対して支払義務を負う可能性のある保険会社から直接支払われる権利や保険金の譲渡を拒否した場合、あるいは資金援助の資格を得るために、患者が潜在的に適格であるとみなされるメディケイドまたはその他の公的扶助プログラムへの申請についてファイナンシャルカウンセラーと協力することを拒否した場合(推定スコアリングにより適格と認められ、承認された場合を除く)、患者は資金援助を拒否される場合がある。当組織は、現在の回の治療に関する適格性の判定を行うにあたり、適格性判定日の6ヶ月前以内に完了したFAP申請書を検討対象とする場合がある。当組織は、適格性判定日の6ヶ月より前に完了したFAP申請書は検討対象としない。

請求および徴収

不払いの際、当組織が講じる可能性がある措置については、請求および徴収ポリシーに別途記載されている。請求および徴収ポリシーの無料の写しは、当組織のウェブサイト、またはサービス提供時の依頼により入手できる。また、患者は請求および回収ポリシーの無料の写しを郵送で依頼することもできる。書類の写しの郵送を依頼する場合、患者は患者資金援助サービス部門(800-749-7624)に電話する。

解釈

本ポリシーは、適用されるすべての手続きとともに、第501条(r)を遵守することを意図したものであり、特に明記されている場合を除き、同条に従って解釈および適用されるものとする。