

Ascension Standish Hospital、Ascension St. Joseph Hospital、Ascension Medical Group – Standish および St. Joseph の対象プロバイダー

資金援助ポリシー

2020年6月

ポリシー/原則

組織の施設において、救急時およびその他の医学的に必要なケアを提供するための社会的に公正な業務を保証することは、この段落の下に列挙されている組織（それぞれ「組織」）のポリシーです。このポリシーは、資金援助を必要とし、組織からのケアを受けている患者の資金援助適格性に対処するように特別に策定されたものです。このポリシーは、Ascension Mid-Michigan Market 内の以下の各組織に適用されます：

Ascension Standish Hospital	Ascension Medical Group – Standish Providers
Ascension St. Joseph Hospital	Ascension Medical Group – St. Joseph Providers

1. すべての資金援助には、個人の人間の尊厳と公益を守るという当組織の誓約および敬意、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、さらには分配の正当性と財産管理に対する誓約が反映されています。
2. この方針は、雇用医師のサービスや行動保健を含む、組織によって提供されるすべての救急およびその他の医学的に必要なケアに適用されます。このポリシーは、救急医療およびその他の医学的に必要なケアではないケアの料金には適用されません。
3. 資金援助ポリシーの対象となる医療提供者のリストには、当組織の施設内で医療行為を行う医療提供者のうち、資金援助ポリシーの対象となる医療提供者と対象とならない医療提供者が示されています。

定義

本ポリシーの内容には、以下の定義が適用されます：

- "501(r)"とは、内国歳入法の 501(r) 項およびそれによって公布される規制を指します。
- “一般請求額”または“AGB”は、救急およびその他の医学的に必要なケアに関して、そのようなケアを補償する保険に加入している個人に一般的に請求される金額を意味します。
- “コミュニティ”とは、以下のような地域保険必要性評価で特定された地理的サービス地域に居住する患者を意味します：

<i>Ascension Mid-Michigan Community</i>			
<i>Service Area by County</i>			
Alcona	Gladwin	Midland	Shiawassee
Arenac	Gratiot	Oakland	Tuscola
Bay	Iosco	Ogemaw	
Genesee	Lapeer	Saginaw	

- また、患者が要求する救急および医学的に必要なケアが、患者に、そうした救急及び医学的に必要なケアへの資金援助の資格を持つ別の Ascension 保健医療施設で受けた救急および医学的に必要なケアの継続である場合にも、患者は組織のコミュニティの成員であると見なされます。
- 「**救急ケア**」とは、直ちに治療を受けなければ、身体機能に重大な障害が生じ、身体の器官若しくは部位の重大な機能障害が生じ、又は個人の健康を重大な危険にさらすのに十分な重症度の急性症状（激痛を含む）により発現した医学的状态を治療するためのケアをいいます。
- 「**家族**」とは、米国保健社会福祉省が発行する連邦貧困レベルのガイドラインで定義されている家族を意味します。
- 「**収入**」とは、米国保健社会福祉省が発行する連邦貧困レベルのガイドラインに記載されている収入を意味します。
- 「**医学的に必要なケア**」とは、(1)患者の状態の予防、診断又は治療のための適切かつ一貫した必須のケア、(2)患者の状態に対して安全に提供できる最も適切なサービスの供給又はレベル、(3)主として、患者、患者の家族、医師又は介護者の便宜のために提供されるのではないケア、(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ケアをいいます。今後予定されているケアが「医学的に必要なケア」であるためには、ケアおよびケアのタイミングは、組織の医務部長（または被指名者）の承認を得なければなりません。医学的に必要なケアの決定は、患者に医療ケアを提供している認可を受けた医療提供者によって行われなければならないが、また、組織の裁量により、（推奨されるケアの種類に応じて）入院担当医、紹介医、および/または医務部長、またはその他の審査医師によって行われなければならない。本ポリシーの対象患者が求める医療が、評価を行う医師によって医学的に必要ではないと判断される場合、その判断を入院担当医または紹介医も確認する必要があります。
- 「**組織**」とは、Ascension Mid-Michigan 地域施設およびプロバイダーを意味します
- 「**患者**」とは、組織において救急およびその他の医学的に必要なケアを受ける人々、および患者のケアに対して経済的責任を負う人を意味します。

提供される資金援助

本項で述べる資金援助は、当コミュニティに居住する患者に限定されます。

1. 患者が、最初の退院時請求書から 240 日目以後に推定採点法（下記 5 項に記載）により該当すると判断された場合、又は資金援助申請書（「申請書」）を提出

し、組織がその申請書を承認した場合、本資金援助ポリシーの他の規定に従って、所得が連邦貧困水準所得（「FPL」）の 250%以下の患者は、保険会社による支払い後に患者が責任を負うサービスの料金があれば、その部分について、100%慈善ケアを受給する資格があります。患者が最初の退院時請求後 240 日目以降に申請書を提出した場合、患者は最大 100%の資金援助を受けることができますが、その場合、このカテゴリーの患者が利用できる資金援助の額は、患者の預金口座へのすべての支払を考慮した上で、患者の未払い残高を限度とします。このカテゴリーの資金援助の対象となる患者には、算出された AGB の請求額を超えて請求されることはありません。

2. 患者が、最初の退院時請求書の 240 日目以前に申請書を提出し、その申請書が、組織によって承認された場合、本資金援助ポリシーの他の規定に従い、所得が FPL の 250%以上であるが、400%を超えない患者は、保険会社による支払い後に患者が責任を負うサービスの料金の部分があればそれについて、スライド制割引を受けます。患者が最初の退院時請求書から 240 日以降に申請書を提出したが、その患者に利用できる資金援助額が、患者の口座に入金されるあらゆる支払を考慮した後、患者の未払い残高に制限される場合、その患者はスライド制割引資金援助の対象となります。このカテゴリーの資金援助の対象となる患者には、算出された AGB の請求額を超えて請求されることはありません。スライド制割引率は以下の通りです：

患者の収入レベル:	FAP 割引 %
FPL の 251% ~275%	95%
FPL の 276% ~300%	85%
FPL の 301% ~350%	75%
FPL の 351% ~375%	70%
FPL の 376% ~400%	65%

3. 本資金援助ポリシーの他の規定に従い、FPL の 400%を超える収入のある患者は、患者の総医療費債務に基づいて組織から得たサービスの患者負担額を一部減額するために、「資産調査」の下で、資金援助の対象となる場合があります。Ascension およびその他の医療サービス提供者に対する救急および他の医学的に必要なケアに関する医療費債務を含む患者の総世帯収入以上の過剰な医療費債務がある場合、その患者は資産調査に従い資金援助の対象となります。患者が申請書を最初の退院時請求書発行後 240 日以内に提出し、その申請書が組織によって承認された場合、資産調査に従って得られる資金援助のレベルは、上記 2 項により、収入が FPL の 400%である患者に支給されるものと同一です。最初の退院時請求書の発行から 240 日以降に申請書を提出したが、その後、このカテゴリーの患者が利用できる資金援助額が、患者のアカウントになされたすべての支払を考慮した上で、患者の未払い残高に制限される場合には、その患者は資産調査割引資金援助の対象となります。このカテゴリーの資金援助の

対象となる患者には、算出された AGB の請求額を超えて請求されることはありません。

4. 資産調査により支払能力が十分であると判断された場合には、患者は、上記 1 から 3 項に記載された資金援助を受けることができない場合があります。資産調査とは、FAP 申請書で測定された資産の区分に基づき、患者の支払能力を実質的に評価するものです。FPL 額の 250%を超える資産を持つ患者は、資金援助の対象にならないことがあります。
5. 資金援助受給資格は、収益循環におけるいかなる時点でも決定され、患者が資金援助申請書（「FAP 申請書」）を作成しなかったとしても、100%事前ケアの適格性を決定することを目的とした患者の最初の退院時請求書発行後最初の 240 日以内に十分な未払い残高のある患者を対象とした推定採点法の使用が含まれます。患者が、記入した FAP 申請書を提出せずに、推定採点によって 100%事前ケアを受給した場合、患者が受け取ることのできる資金援助額は、患者の口座に振り込まれた全支払額を考慮した上で、患者の未払い残高に制限されます。推定採点法に基づく適格性の決定は、推定採点法が実行されるケア事例にのみ適用されます。
6. 当組織を「ネットワーク外」とみなす一定の保健プランに加入している患者については、そのような保険プランでなければ患者の保険情報および他の関連の事実・状況の審査に基づいて利用できる資金援助を、当組織が減額または却下することがあります。
7. 患者のアクセスと利用を促進するために、割引の適格性は収入と家族の人数に基づいており、National Health Service Corporations のガイドラインによるその他の要因（例えば、資産、保険状態（Medicaid と Medicaid 資格を含む）、Health Insurance Marketplace 参加の有無、市民権、住民タイプ）とは無関係です。
8. 資金援助を受ける資格のある患者には、最大\$50 の定額料金が課せられる 可能性があります（下記の資金援助自己負担表を参照）

ヘルスケアサービスのタイプ	FAP 自己負担金
入院または救急治療室ケア	\$50.00
外来外科治療	\$25.00
外来診断サービス	\$10.00

9. 患者は、拒否の通知を受け取ってから 14 暦日以内に組織に追加情報を提供することにより、資金援助の資格の拒否を訴えることができます。すべての不服

申し立てを当組織が審査し、最終決定を下します。最終決定で以前の資金援助却下が確認された場合には、書面による通知を患者に送付します。患者と家族が資金援助の適格性に関する組織の決定に上訴するプロセスは次のとおりです。

- a. 不服申し立てフォームは、すべての FAP 部分承認および適格性否認通知レターに含まれています。
- b. 患者が FAP 適格性判定の再検討を要求する場合は、不服申し立てフォームに記入し、フォームの下部に記載されている住所に郵送/配達する必要があります。
- c. すべての不服申し立ては、組織の資金援助控訴委員会によって検討され、委員会の決定は、不服申し立てを提出した患者または家族に書面で送信されます。

10. 患者のアクセスと利用を促進するために、割引の適格性は収入と家族の人数に基づいており、National Health Service Corps のガイドラインによる、その他の要因（例えば、資産、保険状態（Medicaid と Medicaid の適格性を含む）、Health Insurance Marketplace 参加の有無、市民権、住民タイプ）とは無関係です。

資金援助に適格ではない患者に対するその他の支援

上述のように資金援助に適格ではない患者であっても、当組織が提供する他の種類の支援を受ける資格がある場合があります。完全を期すために、これらの他のタイプの支援をここに列挙しますが、それらは必要性に基づくものではなく、501 (r) の対象となることを意図していませんが、組織が提供するコミュニティの便宜のためにここに含まれています。

1. 資金援助の対象ではない無保険の患者は、組織にとって最も高額な支払者に提供されている割引に基づく割引率が提供されます。最も高額な支払者は、取引高または患者総収益により測定される組織の患者人口の3%以上を占めていなければなりません。単一支払者がこの最低水準高を占めていない場合、複数の支払者の契約を平均化して、かかる平均化に使用される支払い条件が任意年度の組織の取引高の3%以上を占めるようにします。
2. 資金援助の対象とならない無保険および被保険患者は、即時支払い割引が適用される場合があります。直前の項で説明した無保険割引に加えて、即時支払い割引が提供される場合があります。

資金援助に適格な患者への請求額に対する制限

資金援助に適格な患者には、救急医療またはその他医学上必要な医療について AGB を超える請求は行われず、他のすべての医療の総請求額を超える請求が行われることはありません。組織は、「ルックバック」方式を使用し、すべて 501 (r) に従って、組織に請求を支払う Medicare 出来高払い制と、すべての民間医療保険会社を包括して、1 個または複数の AGB 率を計算します。AGB 計算の説明と AGB 率の無料コピーは、組織の

Webサイトで、または以下の病院の診療科または事務室のいずれかに連絡することで入手できます：カスタマーサービス、ファイナンシャルカウンセラー、出納係、対象プロバイダーの事務室。

資金援助およびその他の支援の申請

患者は推定スコア適格性により、または FAP 申請書に記入の提出して資金援助を申請することにより、資金援助の資格を得ることが可能です。FAP アプリケーションと FAP アプリケーションの説明は、組織の Web サイトで、または次の病院の各部署に連絡できます。カスタマーサービス、ファイナンシャルカウンセラー、キャッシャー、対象プロバイダーのオフィス。（適格であり、採点法によって承認されている場合を除く）。患者が FAP 申請書に虚偽の情報を提供した場合、または推定採点法適格性プロセスに関連して、患者が保険金または権利の割り当てを拒否した場合、患者は経済的支援を拒否される場合があります。提供されたケアの支払いを義務付けられる可能性のある保険会社が直接支払うこと。組織は、現在の治療エピソードの適格性について決定する際に、適格性決定日の前に6か月未満で完了した FAP アプリケーションを検討する場合があります。組織は、適格性決定日の6か月以上前に完了している FAP 申請を考慮しません。

請求および徴収

不払いの場合に当組織が講じ得る措置は、請求および徴収ポリシーに別途記載されています。請求および徴収ポリシーの無料コピーは、組織の Web サイトにて、または次の病院の各診療科に連絡することにより入手できます：カスタマーサービス、ファイナンシャルカウンセラー、出納係、対象プロバイダーの事務室。

解釈

本ポリシーは、該当するすべての手順とともに、特に明記されている場合を除き、501 (r) に準拠し、それに従って解釈および適用されることを目的としています。