

資金援助ポリシー

AMITA HEALTH

目的

本ポリシーの目的は、AMITA Healthシステムにおける財政援助の管理要件を規定することにあります。

ポリシー

本項以下に記載されている団体（以下、それぞれを「団体」といいます）は、団体の施設において救急医療およびその他の医療上必要なケアを提供するための社会的に公正な慣行を確保することをポリシーとしています。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、AMITA Health内の以下の各組織に適用されます：

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center – Elk Grove
Holy Family Medical Center – Des Plaines
Mercy Medical Center – Aurora
Resurrection Medical Center
St. Francis Hospital – Evanston
Saint Joseph Hospital – Chicago
Saint Joseph Hospital – Elgin
Saint Joseph Medical Center – Joliet
Saints Mary and Elizabeth Medical Center
St. Alexius Medical Center – Hoffman Estates
St. Mary's Hospital – Kankakee
勤務医の診療所

- A. 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。
- B. 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。
- C. 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

ポリシー別定義

- A. 「501(r)」とは、内国歳入法の501(r) 項およびそれに従って公布される規制を指します。
- B. 「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。
- C. 「コミュニティ」とは、イリノイ州を意味します。本ポリシーでは、「コミュニティ在住」とは、イリノイ州の居住者、つまりイリノイ州に住んでいて、イリノイ州に無期限に住み続けるつもりの人を意味しますが、健康給付を受けるためにイリノイ州に転居した人は含まれません。また、患者が必要とする緊急医療・医学的に必要なケアが、他のAMITA Health施設で受けた緊急医療および医学的に必要なケアの継続性がある場合、その緊急医療・医学的に必要なケアのための資金援助を受けることができる場合には、患者をコミュニティの一員とみなします。
- D. 「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態を治療するためのケアをいいます。
- E. 「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と、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。
- F. 「組織」とは、AMITA Health及び上記Ⅱ節に記載の本資金援助ポリシーの対象となる組織を言います。
- G. 「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。
- H. 「推定採点法」とは、第三者の情報源を使用することを意味し、公的記録、または患者の資金援助の受給資格を評価するための他の客観的かつ合理的で正確な手段を含む場合があります。
- I. 「無保険患者」とは、健康保険の保険契約の下でカバーされておらず、公的または民間の健康保険、健康給付、または高控除額の健康保険プラン、労災保険、事故賠償責任保険、またはその他の第三者責任保険を含むその他の健康保険プログラムの受益者ではない患者を意味します。

必要な手順

A. 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. 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、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、又は患者の最初の退院時請求書から240日以内に資金援助申請書（「申請書」）を提出し、組織がその申請書を承認した場合、保険会社の支払の後に支払うべき医療費があれば、その部分について、100%割引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. この資金援助ポリシーの他の規定に従い、FPLの250%を超え、FPLの600%を超えない収入のある無保険の患者は、提供されるサービスの料金のその部分に対してスライド割引を受給します。保険を所持し、FPLの250%を超え、FPLの400%を超えない所得の患者は、保険プランの福利厚生の説明に従って、患者が責任を負うサービスに対して提供されるサービスの料金のスライド割引を受けます。そのような割引は、患者の最初の退院請求から240日目までに患者が申請書を提出し、申請書が組織によって承認された後に適用されます。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：(FPL – 連邦貧困レベルの所得)

保険適用外の患者のスライド制	%
0% – 250% FPL	100%
251% – 300% FPL	95%
301% – 400% FPL	90%
401% – 600% FPL	85%

保険患者スライド制	%
0% – 250% FPL	100%
251% – 300% FPL	95%
301% – 400% FPL	90%

3. 本資金援助ポリシーの他の規定に従い、FPLの600%(無保険者)および400%(保険者)%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。AMITA Health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600%(無保険者)および400%(保険者)%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。さらに、第2項に記載されているスライディングスケール割引の対象となる無保険の患者の場合、12か月を超える期間のコレクションには、患者の家族所得の20%が追加で上限とされます。

4. 「資産テスト」に従って支払うための十分な資産があるとみなされる場合、患者は上記の段落1から3に記載されている経済的援助を受ける資格がない可能性があります。資産テストには、FAPアプリケーションで測定された資産のカテゴリに基づいて支払う患者の能力の実質的な評価が含まれます。収入がFPL 600%を超える患者は、経済的支援の対象とならない場合があります。
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。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。

以下の基準の1つ以上を示す患者は、100%慈善ケアの対象と推定されます: ホームレス、死亡して遺産がない、精神的に無力で患者の代理を務める者がいない、メディケイドの資格はあるがサービス提供日にはない、または保険適用外のサービスを受けている、メディケイドに登録しているが組織が参加していない、または参加するつもりがない別の州のメディケイドに登録している、メディケイドに参加しているが滞在期間の制限を超えている、など。

また、追加強制カテゴリーには、以下のプログラムへの登録も義務付けられている: 女性・乳児・児童栄養プログラム(WIC)、補足栄養援助プログラム(SNAP)、イリノイ州無料昼食・朝食プログラム、低所得家庭用エネルギー援助プログラム(LIHEAP)、限定的低所得経済状況を基準として評価、文書化する医療へのアクセスを提供する組織的コミュニティベースプログラムへの登録、医療サービスに対する助成金の受領。

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. 不服申し立ては、最初に患者財務サービスがレビューとフォローアップ質問のために受け取るべきである(該当する場合)。
 - b. その後、委員会を毎月開催し、すべての不服申し立てを検討するものとする。委員会の委員には、患者財務サービス、ミッション・インテグレーション、症例管理/社会サービス、財務/CFOの代表者が含まれるべきである。

不服申し立ては、審査のために月例委員会会合の前に委員会メンバーに配布されるものとする。

- c. 患者資金サービス担当者が委員会の会合に出席し、各症例について議論し、患者が提供した可能性のある追加情報を提供するものとする。
- d. 委員会は、不服申し立てプロセスにおいて申請者が行った追加情報や指摘事項に特別な注意を払って、申請者のFAP申請書を審査します。
- e. 委員会は不服申し立てを承認、不承認、または審議することができます。異議申し立て中に行われた質問に基づいて追加情報が必要な場合、委員会は不服申し立て申し立てを行うことができます。
- f. 患者資金サービスは、不服申し立ての結果を患者または家族に書面で通知します。

B. 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。最高額の支払人は、ボリュームまたは総患者収入で測定して、組織の人口の少なくとも3%を占める必要があります。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。

C. 資金援助に適格な患者への請求額に対する制限

1. 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、Medicare出来高払い制と、すべて501(r)に準拠して組織に請求額を支払うすべての民間医療保険会社を包括して、1つ以上のAGBパーセンテージを計算します。
2. AGBの計算説明とパーセンテージ(複数可)の無料コピーは、組織のウェブサイト、888-693-2252への電話、amitafinancialassistance@amitahealth.orgへの電子メール、または下記への書面で入手できます。

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. 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申請書およびFAP申請手順書は、組織のウェブサイト、または888-693-2252への電話、amitafinancialassistance@amitahealth.orgへの電子メール、または下記の書面で入手できます。

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

当組織は、保険に加入していない方が経済的支援を受けるためには、財政カウンセラーと協力して、メディケイドやその他の公的支援プログラムのうち、患者に潜在的な資格があると考えられるものを申請することを求めます(ただし、資格があり、推定スコアリングによって承認された場合を除く)。患者がFAP申請書で虚偽の情報を提供した場合、または推定採点法審査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、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から直接支払われる場合、または患者が、資金援助の資格を得ることを目的として、Medicaidまたは潜在的に適格であると思われる他の公的支援プログラムに申し込むために資金カウンセラーと協力することを拒否した場合、当該患者は資金援助を拒否されることがあります(適格かつ推定採点法によって承認されている場合を除く)。組織は、現在の治療事例の適格性について決定する際に、適格性決定日に先立つ6か月以内に完了したFAP申請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。

E. 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。請求および回収に関する方針の無料コピーは、組織のウェブサイト、電話888-693-2252、電子メール amitafinancialassistance@amitahealth.orgへの電子メール、または下記への書面で入手できます。

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. 解釈について

本ポリシーは、適用されるすべての手順とともに、501(r)に準拠することを意図しており、特に明記されている場合を除き、501(r)に従って解釈および適用されるものとします。

参考文献

- a. Ascension管理ポリシー#600 - 困窮者のための資金援助
- b. 資金援助申請書
- c. 資金援助政策の平明な要約
- d. 資金援助ポリシーでカバーされているプロバイダーとカバーされていないプロバイダーのリスト
- e. 一般的に請求される金額