

サービス地域: Corporate Business Services	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM 方針および手順	
題名: 資金援助プログラム方針		
承認日: 2013年9月20日	承認者: 評議員会 Finance部シニアバイスプレジデント	
有効日: 2013年9月20日 2017年1月1日 Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital	審査日/改定日: 2015年1月21日、2016年9 月30日、2016年12月16日、2017年6月1 日、2018年7月15日、2020	
配布: MCN方針マネージャー	方針タイプ(またはII): タイプI	
以下の文書に優先: Yale New Haven Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (NC:F-4) Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (9-13) Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance Programs for Hospital Services Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital Charity Care, Financial Assistance, Free Bed Fund Policy		

目的

Yale New Haven Health System (「YNHHS」)は、資金援助がなければ患者さんが医学上必要な医療の費用を支払えない場合があることを認識しています。YNHHSはその使命に沿って、緊急医療およびその他の医学上必要な病院サービスのための支払金額を設定する際に支払能力を慎重に検討することに尽力しています。

YNHHSはその任務を遂行し、緊急医療およびその他の医学上必要な医療のために支払いが必要な個人を支援するために、資金援助プログラム(Family Assistance Program: FAP)を設立しました。FAPは以下を目的とします:

- (i) FAPにおいて利用できるすべての資金援助を明記する
- (ii) 資金援助の資格基準、申込条件、申込方法に関して明確な情報を提供する
- (iii) 緊急医療およびその他の医学上必要な治療について FAP の受給資格がある患者さんに請求される金額の算定根拠を説明する
- (iv) YNHHS のサービス提供地域内で本 FAP を幅広く宣伝するために YNHHS が踏む手順を説明する

適用性

本方針は、Bridgeport Hospital、Greenwich Hospital、Lawrence + Memorial Hospital、Yale-New Haven Hospital、Westerly Hospital(それぞれ「病院」)を含む各YNHHS系列認可病院に適用されます。

方針

Financial Assistance Programs Policy

I. 適用範囲および提供者リスト

- A. **緊急医療およびその他の医学上必要な医療。**FAP は、病院が請求する、入院および外来サービスを含む緊急医療およびその他の医学上必要な医療に適用されます。FAP は、(a) 個室または個人と雇用契約を結んで専従する看護師のサービス、(b) 選択的な美容整形手術など、医学上必要ではないサービス、(c) テレビ料金または電話料金などの選択的な利用料金、(d) 本方針で明示的に記載されていない料金のその他の割引または値下げを除外します。
- B. **提供者のリスト。**病院で緊急医療およびその他の医学上必要な医療を提供する提供者のリストは以下に掲載されています：
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf
このリストは、提供者が FAP の対象となるかどうかを示します。提供者が本 FAP の対象でない場合、患者さんは提供者のオフィスに連絡し、提供者が資金援助を提供するかどうか、また提供する場合は提供者の資金援助方針が何を対象とするのかを見極める必要があります。
- C. **EMTALA 準拠。**病院は、その方針に従い緊急医療措置および分娩法 (EMTALA) を準拠する必要があり、また、人々が緊急医療を求めるのを妨げるような活動に従事することを禁じられています。

II. 資金援助プログラムおよび資格条件

資金援助は、資金援助申込書に記入し、以下に記載する追加的資格条件を満たす米国市民および居住者が利用できます。

- A. **無料治療。**無料治療プログラムは、年間世帯所得が連邦貧困ガイドライン (添付書類 1 を参照) の 250% 以下の患者さんに無料で治療を提供します。病院の判断で州レベルの医療扶助の対象となる可能性のある患者さんは、過去 6 か月以内に国による決定を受ける必要があります。
- さらに、YNHHS は BH、GH、YNHH の代わりに、資金援助に申し込んでいないが所得が連邦貧困ガイドラインの 250% 以下 (つまり無料治療の資格条件を満たしている) で、自己負担額に残高がある人物を特定するために第三者のスクリーニングツールを採用しています。このプロセスで患者さんが特定された場合、未払いの医療費残高は慈善 (無料) 治療に調整される場合があります。
- B. **割引治療。**病院の患者さんが保険に加入しておらず、年間世帯総所得が連邦貧困ガイドラインの 251% ~ 550% の間である場合、病院は、その通常請求金額 (Amount Generally Billed: AGB) (以下第 III 項および本書の添付書類 1 に定義) に医療費を割引します。
- C. **病院ベッド資金。**患者さんは、病院の患者さんに医療を提供するために病院に寄付された資金である、病院ベッド資金を受給する資格を持つ場合があります。病院ベッド資金の受給には特定の所得限度はありません。資格条件は、財政難の程度に基づき指名者がケースバイケースで決定します。YNHHS 資金援助申込書に記入するすべての患者さんが、自動的にベッド資金の検討対象となります。
- D. **その他の病院独自の資金援助プログラム:**
- (i) **Yale New Haven Hospital Me & My Baby プログラム。**このプログラムは、Yale New Haven Hospital の患者さんがご利用できます。同プログラムは、出産前サービス、分娩サービスおよび一部出産後サービスを無料で提供します。ニューヘイブン郡に住み、いかなる種類の健康保険も持たず、かつ世帯所得が連邦貧困レベルの 2.5 倍以下の方に資格があります。詳細な情報または申込書の請求

Financial Assistance Programs Policy

は、Yale New Haven Hospital Women's Center の担当者に相談するか、203-688-5470 までお電話ください。

(ii) **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** は、Medicare、Medicaid または Access Health CT を通じて提供される保険の被保険患者で世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 4 倍以下の患者さんにサービスを提供します。さらに、保険に加入資格がなく、グリニッジ郡に住み世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 4 倍以下の患者さんに割引治療を提供します。詳細な情報または申込書を入手するには、203-863-3334 までお電話ください。

III. 料金限度 - FAP 適格患者さんへの請求金額

資金援助が YNHHS のサービス料金を 100%カバーしない場合、本方針において資金援助を受ける資格がある患者さんへの請求金額は、そのような医療について保険に加入している患者さんに請求される通常請求金額（「AGB」）を超過することはありません。YNHHS は、「遡及法」を用いて、また Medicare 受益者コストシェア金額および前会計年度について各病院施設にクレーム額を支払うすべての民間健康保険会社を含め、Medicare の診療ごとの個別支払率に基づき、病院別に AGB を毎年算定します。YNHHS は、病院ごとに割引率を適用するか、YNHHS の患者さんに最も望ましい割引率を使用できます。AGB は本書の「添付書類 1」に規定されています。

本書で使用される場合、「通常請求金額」および「遡及法」には、内国歳入法§501(r)(5)項および 1.501(r)-5 項に設定される意味があります。

IV. 援助への申込方法

資金援助の資格条件を満たすには、患者さんは資金援助のために必要な申込書（「申込書」）に記入する必要があります。この申込書では、(i) FAP を利用できるプログラムおよび資格条件、(ii) 資格条件を判断するための必要文書、(iii) FAP 援助のための連絡先情報を定めています。申込書には、(i) 各申込書に対し病院は書面で対応すること、(ii) 患者さんは何時でも FAP のもとで資金援助を再び申し込めること、(iii) さらに別の無料ベッド資金が毎年利用できることも明記されます。病院は、申込みの一環として FAP または申込みが要求していない情報または文書が提供されていないという理由で FAP における資金援助を拒否することはできません。

YNHHS 病院は、資格条件を決定し、資金援助の資格条件に関する決定内容を該当する患者さんのアカウントに記録するよう妥当な努力を払います。病院が患者さんについて FAP 資格条件を満たすと特定した場合、病院は以下を行います：

- (i) FAP 資格条件を満たす患者さんが負う金額を示す請求書を提供する（その金額の決定のしかたを含む）、またはその個人がその医療の AGB に関する情報をどのように入手できるかを説明する
- (ii) 患者さんが支払った医療費のうち、FAP 資格条件を満たす個人として、個人的に支払う責任があると決定された額を超えた超過額を、当該個人に返金する。ただし、かかる超過額が 5 ドル未満または IRS が定めた別の金額未満の場合はこの限りではない。
- (iii) 特別債権回収を無効にするための妥当な対策を講じる。

V. 不払い - 法的措置

病院（および病院が債権回収を委託した回収代行業者またはその他の当事者）は、患者さんまたは自己負担費の財務責任を持つ別の個人（責任者）に本 FAP において財務援助を受ける資格があるかどうかを決定するために妥当に努力するまで、退院後初回の医療請求書の発行から 120 日以前には、特別債権回収（「ECA」）に従事

Financial Assistance Programs Policy

しないものとします。ECA はすべて、Corporate Business Services のバイスプレジデントまたはその被指名者の承認を受ける必要があり、左記人物が承認に先立ち本 FAP の妥当な努力に関する要件を満たしたことを確認するものとします。

病院は、社内運営プロセス・実務に従った A/R 請求サイクルを採用しています。このプロセス・実務の一環として、病院は最低限でも、医療の提供日から A/R 請求サイクルにわたり(または法律で要求される期間のうちより長い方)、以下により FAP について患者さんに通知を行います：

1. 病院からの退院またはインテークプロセスの一環として、すべての患者さんに、平易な言葉での要約と FAP における資金援助申込書を提供する。
2. 自己負担費アカウントの回収について、患者さんおよび別の責任者の最新の住所宛に、最低 3 回にわたり別個の明細書を郵送するか電子メールで送信する。ただし、責任者が FAP における資金援助について記入漏れなく申込書を提出したか、または全額を支払った場合には、さらに明細書を送付する必要はありません。必要な郵送 3 回のうち、1 回目の郵送と最後の郵送には最低 60 日間の間隔をあげるものとします。サービス時点または転居時点で正確な郵送先住所を提供するのは責任者の義務です。アカウントに有効な住所がない場合は、「妥当な努力」について決定が下されます。すべての自己負担費アカウントの患者勘定明細書には、以下が含まれますが、これらに限定はされません。
 - a. 明細書の対象である病院サービスの正確な要約
 - b. 同サービスの料金
 - c. 責任者に支払責任のある金額(また、そのような金額が判明していない場合は初回明細書日時点での当該金額の誠実な見積額)
 - d. 文書のコピーを取得できる部署の電話番号および直接のウェブサイトアドレスを含めて、FAP における資金援助の利用可能性を責任者に通知し情報を提供する、目立つような書面での通知。
3. 郵送または電子メールで送信される明細書の少なくとも一つには、責任者が FAP に基づく資金援助に申し込まない、または請求支払期日までに支払額を払わない場合に講じる予定の ECA について、責任者に情報を提供する書面での通知が含まれます。かかる明細書は、明細書に明記した支払期日から最低 30 日前に責任者に提供する必要があります。平易な言葉での要約がこの明細書に添付されます。サービス時点または転居時点で正確な郵送先住所を提供するのは責任者の義務です。アカウントに有効な住所がない場合は、「妥当な努力」について決定が下されます。
4. ECA が開始する前には、アカウントが未払状態の場合には明細書を郵送または電子メールで送信する中で少なくとも一回、最新の電話番号に口頭で連絡を取る試みが行われます。あらゆる会話の中で、患者さんまたは責任者には FAP において利用できる可能性がある資金援助に関する情報が提供されます。
5. 本方針の条項の順守を条件として、YNHHS 病院は、提供した医療サービスに対する支払いを受け取るため、本方針の添付書類 2 に記載の ECA を実施する場合があります。

VI. 方針の利用可能性

Financial Assistance Programs Policy

FAP のわかりやすい言葉での要約および FAP 申込書のコピーはこちらから入手できます：

<https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>。

FAP、FAP のわかりやすい言葉での要約および FAP 申込書のコピーは、要請に応じて無料で、郵送により、または Hospital Emergency Department および受付から、紙面で、英語版および病院サービスを受ける英語能力に制限がある集団の 1000 人または 5%以上のうちより少数を占める主要言語版で入手できます。言語リストについては添付書類 3 を参照してください。

資格条件または利用できる可能性があるプログラムに関する情報を得るため、または患者さんに郵送される FAP、FAP のわかりやすい言語での要約、FAP 申込書もしくは請求・回収方針のコピーを要求する場合、または FAP、わかりやすい言語での要約、または英語以外の言語での翻訳版 FAP 申込書のコピーが必要な場合は、Corporate Business Services に連絡するか、855-547-4584 (フリーダイヤル)まで電話してください。さらに、FAP 申し込みプロセスの開始に関しては、Patient Registration、Patient Financial Services および Social Work/Case Management に質問することもできます。

VII. 管理監督委員会

FAP は、YNHHS のシニアバイスプレジデントが議長を務め、Corporate Business Services、患者資金サービス、患者関係、経理および必要な場合は医療スタッフの代表者から構成される管理監督委員会によって監督されます。この委員会は少なくとも四半期ごとに会合を開きます。

VIII. 州法の遵守

各病院は、関連する州法を遵守するものとする。これには、無保険患者からの集金を規定するコネチカット州一般法、病院の転院に関するロードアイランド州健康省規則（「RI 規則」）（Rhode Island Department of Health Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions）、第 11 条 3 項に規定のロードアイランド州全土における慈善ケア条項の基準（Rhode Island *Statewide Standard for the Provision of Charity Care*）および RI 規則第 11 条 4 項に規定のロードアイランド州全土における未補償ケア条項の基準（*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*）を含むが、これらに限定されない。

参考文献

- 内国歳入法 501(c)(3)項
- 内国歳入法 501(r)項

Financial Assistance Programs Policy

- コネチカット州一般州法 19a-673 項以降
- RI 規制第 11 条 3 項および第 11 条 4 項

関連方針

- YNHHS Billing and Collections Policy (xx)
- YNHHS EMTALA Policy: Medical Screening/Stabilization, On-Call and Transfer
-
- Yale-New Haven Hospital Policy – Distribution of Free Care Funds NC:F-2
- Greenwich Hospital Outpatient Center Policies and Procedures

Financial Assistance Programs Policy

添付書類I

連邦貧困ガイドライン(FPG)の250%および550%:

	世帯構成 成人数	<u>100%</u>	<u>250%</u>	<u>550%</u>	
	1	\$ 12,760	\$ 31,900	\$ 70,180	
	2	\$ 17,240	\$ 43,100	\$ 94,820	
	3	\$ 21,720	\$ 54,300	\$ 119,460	
	4	\$ 26,200	\$ 65,500	\$ 144,100	
	5	\$ 30,680	\$ 76,700	\$ 168,740	
	6	\$ 35,160	\$ 87,900	\$ 193,380	
	無料医療: 1人あたり\$11,200を加算				
	割引医療: 1人あたり\$24,640を加算				

通常請求金額(AGB)

本方針において資金援助を受ける資格のある患者さんは、以下に従い援助を受けます:

YNHHS全病院:

年間世帯所得	料金の割引率	料金の患者支払率
250% FPG以下	100%	0
550% FPGを超える場合	69%	31%*

* 2020 暦年における AGB (料金の割合%): BH 32.4%、GH 31.9%、LMH 39.9%、YNHH 33.3%、WH 32.6%。

改正版: 2020 年 3 月 21 日

添付書類 II

特別債権回収:

不動産物件の先取特権。

私邸に対する先取特権は、以下の場合にのみ認められます:

- a) 患者さんが無料ベッド資金に申し込む機会を与えられ、かかる資金に対して回答しなかった、拒否した、または資格がないとみなされた場合
- b) 患者さんが、債権支払いを援助する病院の資金援助方針に基づきその他の資金援助に申し込まなかった、または資格がなかった、または部分的には資格条件を満たしたが負担分を支払わなかった場合
- c) 患者さんが、支払いに関する取決めを行おうとしなかった、合意しなかった、または病院と患者さんが合意した支払いに関する取決めを順守していない場合
- d) アカウント残高合計額が 10,000 ドル以上で、先取特権の対象物件の査定価額が最低 300,000 ドルである場合
- e) 先取特権により私邸の没収が生じない場合

添付書類Ⅲ

英語能力に制限がある場合に使用できる言語

アルバニア語
アラビア語
簡体字中国語
フランス語
フランス語圏クレオール語 (ハイチ・フランス語)
ドイツ語
ギリシャ語
ヒンドゥー語
イタリア語
日本語
韓国語
パシュトゥン語
ペルシャ語(ダリ)
ペルシャ語(ファルシ)
ポーランド語
ポルトガル語
クレオール・ポルトガル語 (カーポベルデ語)
ロシア語スペイン語
スペイン語
スワヒリ語
タガログ語
ティグリニャ語
トルコ語
ベトナム語