

サービス分野: 法人事業サービス	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM 方針および手順
題:資金援助プログラム方針	
承認日:2013年9月20日	承認者:YNHHS理事会
発効日:2013年9月20日 2017年1月1日 Lawrence + Memorial Hospital および Westerly Hospital	見直し日/改訂日: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年6月15日、2021年1月27日
配布:MCN方針マネージャー	方針タイプ (I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（「Yale New Haven Health」または「YNHHS」）は、経済的援助を必要とする有資格者に資金援助を提供することで、医学的に必要なケアを提供することに尽力しています。この資金援助方針（「FAP」）は以下を目的としています。

1. FAP において利用できる資金援助について説明する
2. 資金援助の資格条件と申込方法について説明する
3. 緊急医療およびその他の医学上必要な治療における、FAP 受給資格のある患者さんへの請求金額の算定根拠を説明する
4. FAP の対象となる医療提供者と対象外の医療提供者を特定する
5. YNHHS 病院がサービスを提供する地域社会に FAP を広く告知するためのステップを説明する
6. Yale New Haven Health の請求未払いに対してどのような回収措置がとられるかを説明する

適用

本方針は、Bridgeport Hospital (「BH」)、Greenwich Hospital (「GH」)、Lawrence + Memorial Hospital (「LMH」)、Yale New Haven Hospital (「YNHH」)、Westerly Hospital (「WH」) (以下、それぞれを「病院」と呼ぶ) を含む各 YNHHS 系列認可病院に適用されます。さらに、本資金援助プログラムは Northeast Medical Group、Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut、および Home Care Plus も従っています。

方針

1. 担当責任者。 YNHHS ファイナンス部シニアバイスプレジデントまたはその指名者が YNHHS の FAP を監督します。

2. 適用範囲および医療提供者リスト

A. 緊急医療およびその他の医学上必要な医療。 FAP は、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、病院が請求を行います。FAP は、(a) 個室または個人と雇用契約を結んだ専従の看護師によるサービス、(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) テレビや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減額を除外します。

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医療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、医療提供者が FAP の対象であるかどうかを示しています。医療提供者が本 FAP の対象でない場合、患者さんは医療提供者のオフィスに連絡し、医療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医療提供者の資金援助方針が何を対象とするのかを判断する必要があります。

C. EMTALA の準拠。 病院は、その方針に従い、緊急医療措置および分娩法 (EMTALA) に準拠することが義務付けられており、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。本 FAP には、EMTALA の下で病院が緊急医療を要する容態の患者さんを治療する義務を制限するものではありません。

3. 資金援助プログラム

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。すべての患者さんは、政府や民間の支援プログラムを含む、利用可能なすべての資金援助の提供元について調べるよう奨励されるべきです。

資金援助の決定はケースバイケースであり、経済的な必要性のみに基づいて判断されます。年齢、性別、人種、肌の色、国籍、配偶者の有無、社会的または移民のステータス、性的指向、性同一性または表現、宗教、障害、退役軍人または軍人ステータス、もしくは法律で禁止されているその他の根拠を考慮して決定されることはありません。資金援助申込書にて、世帯人数や所得を確認するために必要な書類の概要を説明しています。YNHHS または病院は、その裁量で、本方針の範囲外の資金援助を承認することができます。

- A. **無料医療。** 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%以下であることが確認された患者さんは、無料医療を受ける資格があります（患者さんの口座残高に対して 100%の割引）。
- B. **割引医療。** 年間世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 251%から 550%の間であることが確認された患者さんは、添付書類 1 に示す通りに、スライディングスケールに基づいて割引を受ける資格があります。保険に加入している患者さんの場合は、保険会社または第三者の支払い者からの支払いが適用された後に残った患者さんの口座残高に対して割引が適用されます。
- C. **病院ベッド資金。** 患者さんは、病院ベッド資金から経済的な援助を受ける資格がある場合があります。これは、医療の支払いが困難な患者さんに病院が医療を提供するために病院に寄せられた寄付が資金となっています。資格の決定はケースバイケースで行われ、ドナーの制限が考慮されます。また、該当する場合は資金提供者による指名も考慮されます。必須の資金援助申込書に記入したすべての患者さんが、自動的に病院ベッド資金の対象として考慮されます。
- 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 の患者さんが対象です。出生前およびサンゴケアを無料で提供いたします。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 ½ 倍以下の方に資格があります。詳しい情報または申込書の請求は、Yale New Haven Hospital Women's Center の担当者に相談するか、**203-688-2481** までお電話ください。
 - (ii) **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** は、メディケア、メディケイド、または Access Health CT を通じて提供される保険の被保険者で、世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 4 倍未満である患者さんにサービスを提供しています。さらに、同クリニックでは、グリニッジ群在住で世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 4 倍以下で、保険適用外の方を対象に、割引医療を提供しています。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。
- E. **医療的な困窮。** また、基準を満たしていなくても、医療費が家族の収入や資産の一定割合を超えている患者さんには、資金援助が考慮される場合があります。

4. 料金制限

患者さんが本方針の下で割引医療を受ける資格があるが、無料医療の資格はない場合、その医療を対象とする保険に加入している個人への通常請求額（「AGB」）を超えて請求されることはありません。

- A. 計算方法。** YNHHS は、連邦税法上の「遡及法」を用いて、メディケアのサービス料率に基づいて各病院の AGB を毎年計算しています。これには、メディケアの受益者の費用負担額、およびすべての民間保険会社が前年度の各病院施設の請求を支払う分が含まれます。YNHHS は、病院ごとに割引率を適用するか、または YNHHS の患者さんに最も有利な割引率の使用を選択することができます。AGB の割引については、添付書類 1 に規定されています。

5. 資金援助への申込

- A. 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。申込書の入手方法：
- (1) ウェブページ、www.vnhhs.org/financialassistance にて、および YNHHS 病院ウェブサイト。
 - (2) YNHHS 病院の患者受付または患者登録窓口。資金援助に関する掲示物および書面による情報は、各病院の救急診療科および患者登録窓口にて入手できます。
 - (3) 無料コピーの郵送依頼は、患者ファイナンシャルサービス (855) 547-4584 にお電話ください。
- B. 申込書。** この申込書では、(i) 資金援助プログラムおよび資格の要件、(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) 患者さんはいつでも FAP の下で資金援助を再び申し込めること、(iii) さらに新たな無料ベッド資金が毎年利用可能となることも明記されています。病院は、申込の一環として FAP または申込で要求され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 の下での資金援助を拒否することはできません。
- C. FAP の資格条件を満たす患者。** 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判断した場合、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支払うべき金額を、その金額の決定のしかたを含めて示す請求書を提供する、および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明言、または説明する
- (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判断された額を超える額について、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適切な対策を講じる

D. 推定的資格。 YNHHS は、資金援助を求める本人以外の情報源から得た患者さんの生活状況に関する情報（以下の情報源または類似の情報源を含む）に基づいて、本方針の下で無料医療または割引医療を受ける資格を決定することができます。

- (i) YNHHS は各病院に代わり、第三者のスクリーニングツールを使用して、自己負担残高のある個人のうち、資金援助を申請していないが所得が連邦貧困レベルの 250% 以下である（すなわち、無料医療の対象となる）個人を特定します。このプロセスを通じて患者さんが特定された場合、未払いの病院残高に慈善（無料）医療を適用させることができます。
- (ii) YNHHS は、Yale University と提携している、Yale School of Medicine の学術医療センターです。Yale University の学生が運営する低所得者向けのプライマリケア・クリニック（Haven Free Clinic を含む）でサービスを受けている無保険の患者さんは、資金援助申込書の記入なしに、YNHHS がファイナンス部シニアバイスプレジデントが認める形式でそのようなクリニックの患者さんであることを確認次第、無料または割引医療を受ける資格があると推定されます。
- (iii) YNHHS は、以前の資格判定を利用して、個人が本方針の下で再び慈善医療を受ける資格があると推定的に判断することができます。

6. YNHHS の回収活動との関係

病院（および回収業者または債権を照会した他の当事者）は、患者さんまたは自己負担費アカウントの支払い責任を持つ別の個人（責任者）に対し、本 FAP の下での資金援助を受ける資格があるかどうかを決定するための適切な努力をするまで、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」）に従事しないものとします。ECA はすべて、法人事業サービスのバイスプレジデントまたはその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 の適切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、内部運営プロセスおよび実務に従った未収金請求サイクルを採用しています。このプロセスと実務の一環として、病院は最低でも、医療の提供日から未収金請求サイクル（または法律で定められている期間のうちいずれか長い方）にわたり、以下により FAP について患者さんに通知を行います：

1. すべての患者さんに、病院からの退院または初回面接プロセスの一環として、FAP の下での資金援助についての平易な要約と申込書を提供する。
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、少なくとも 3 回にわたり別個の明細書を郵送または電子メール送信する。ただし、責任者が FAP の下での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。必要とされる 3 回の郵送のうち、1 回目の郵送と最後の郵送には少なくとも 60 日間の間隔をあげるものとします。サービス提供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」が行われたとして判断されます。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、これらに限定されません。
 - a. 明細書が対象とする病院サービスの正確な概要
 - b. 同サービスの料金
 - c. 責任者に支払責任のある金額（または、その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）および、
 - d. 文書のコピーを入手できる施設の電話番号および直接のウェブサイトアドレスを含む、FAP の下での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、明瞭な書面での通知。
3. 郵送または電子メールで送付される明細書の少なくとも 1 つには、責任者が FAP の下での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責任額を支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少なくとも 30 日前までに責任者に提供されなければなりません。平易な言葉での要約がこの明細書に添付されます。サービス提供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」が行われたとして判断されます。

4. ECA を開始する前に、アカウントが未払状態の場合には、明細書の一連の郵送または電子メール送信の中で少なくとも 1 回、責任者に対し、最新の電話番号への電話にて口頭で連絡を取る試みが行われます。すべての会話の中で、患者さんまたは責任者には FAP の下で利用できる可能性がある資金援助についての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 を実施することができます。

7. 方針の利用可能性

FAP のコピー、FAP の平易な要約、および FAP 申込書はこちらから入手できます。
www.ynhhs.org/financialassistance.

各病院にて、FAP のコピー、FAP の平易な言葉での要約、FAP 申込書を、要請に応じて無料で提供しています。これらは郵送、病院の救急診療科、およびすべての受付窓口にて、紙媒体で、英語版、および当該病院のサービスを受ける 1000 人または 5%以上の英語能力に制限がある集団のうちより少数を占める集団の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可能なプログラムに関する情報、FAP、FAP の平易な要約、FAP 申込書、または請求・回収方針のコピーの郵送を依頼する場合、または FAP、平易な要約、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、法人事業サービス（フリーダイヤル：855-547-4584）までお電話ください。さらに、患者さんは FAP 申込プロセスの開始について、患者登録窓口、患者ファイナンシャルサービス、ソーシャルワーク/ケースマネジメントに尋ねることができます。

FAP を広く周知するための更なる努力としては、一般流通新聞への告知の掲載、請求書の明細書内での FAP についての書面による通知、支払額に関する患者との口頭でのコミュニケーションにおける FAP の通知、およびオープンハウスやその他の説明会の開催などがあります。

8. 州法の遵守

各病院は、関連する州法を遵守するものとします。これには、無保険患者からの回収を規定するコネチカット州一般法、および病院の転院に関するロードアイランド州保健局規則（「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医療条項の基準（*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医療条項の基準（*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*）を含みますが、これらに限定されません。

参考文献

内国歳入法 501(c)(3)項

内国歳入法 501(r)項

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

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

添付書類 1

資金援助のための連邦貧困ガイドライン (FPG) とスライディングスケール

FPG の金額は、米国保健福祉省によって連邦公報に定期的に更新されます。最新の FPG 額は以下のサイトで確認できます。 <http://aspeAhs.gov/poverty-guidelines>.

2021 年 1 月 27 日現在、FPG 額は下記の通りです。金額は変更される場合があります。本方針の下での資金援助の資格条件を満たす患者さんは、すべての Yale New Haven Health Hospitals で以下の通りに援助を受けます。

	FAP 名	無料医療	割引医療	スライ ディングス ケール A	スライ ディングス ケール B	スライ ディングス ケール C
	対象資格 条件	被保険 患者・ 無保険患者	無保険患者	被保険患者	被保険患者	被保険患者
	FAP 割引率	100%	69%	35%	25%	15%
	総所得資格 条件	0% - 250% FPL	251% - 550% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL
世帯 人数	1	\$0 - \$32,200	\$32,201 - \$70,840	\$32,201 - \$45,080	\$45,081 - \$57,960	\$57,961 - \$70,840
世帯 人数	2	\$0 - \$43,550	\$43,551 - \$95,810	\$43,551 - \$60,970	\$60,971 - \$78,390	\$78,391 - \$95,810
世帯 人数	3	\$0 - \$54,900	\$54,901 - \$120,780	\$54,901 - \$76,860	\$76,861 - \$98,820	\$98,821 - \$120,780
世帯 人数	4	\$0 - \$62,250	\$66,251 - \$145,750	\$65,251 - \$92,750	\$92,751 - \$119,250	\$119,251 - \$145,750
世帯 人数	5	\$0 - \$77,600	\$77,601 - \$170,720	\$77,601 - \$108,640	\$108,641 - \$139,680	\$139,681 - \$170,720
世帯 人数	6	\$0 - \$88,950	\$88,951 - \$195,690	\$88,951 - \$124,530	\$124,531 - \$160,110	\$160,111 - \$195,690

AGB の計算方法

AGB の割合は毎年計算されます。2021 年暦年の病院あたりの AGB (料金に対する割合) は、BH 32.6%、GH 34.8%、LMH 37.7%、YNHH 34.6%、および WH 30.1%です。したがって、2021 年の本方針の下での割引医療の資格条件を満たす YNHHS の患者さんに最も有利な割引率は、総料金の 30%以下の支払いとなります。

添付書類 2

特別債権回収

不動産抵当権

個人の住宅に対する抵当権は、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く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、支払いに関する取り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り決めに順守しなかった場合
- d) アカウント残高の合計額が 10,000 ドル以上で、抵当権の対象物件の査定価額が 300,000 ドル以上である場合
- e) 抵当権の結果として個人の住宅の差押えが生じない場合

添付書類 3

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
ベンガル語
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
ポルトガル語圏クレオール語 (カーボベルデ語)
ロシア語
スペイン語
スワヒリ語
タガログ語
ティグリニヤ語
トルコ語
ベトナム語