



財政支援

規程・手続き番号	24817
規程手引き	管理事務
区分	規程・手続き
文書所有者	Silva, Natalie
発効日	2016年10月21日
次回改訂日	2019/10/21
適用範囲(対象)	CMC 急患治療施設
承認者/承認日	CMC 法務サービス(A):2016年8月12日 11:31AM PST Joe Nowicki, SVP 最高財務責任者:2016年8月24日 08:39AM PST Patrick Rafferty, コーポレート最高執行責任者:2016年8月29日 01:38PM PST Tim Joslin, CEO:2016年8月30日 09:55AM PST 財務およびプランニング(A):2016年10月21日 10:14AM PST
ステータス/改訂番号	正式(Rev 0)
提出者	Earnhart, Michele

I. 目的

- 患者が受けることのできる財政支援の形式を定義する。
- 各財政支援形式の受給資格を説明する。
- 患者が従う必要のある財政支援申請手続きを確立する。
- 病院が従う財政支援の申請審査プロセスを確立する。
- 財政支援の判定に対して異議が提起された場合の審査手段を提供する。
- 財政支援の特定、分類および報告を補助する事務並びに会計ガイドラインを提供する。
- 患者が行うサービスに対する自己負担金額の見積もり要請手続き、および病院が患者に対して行う当該見積もりの提供プロセスを確立する。

II. 定義

- 財政支援**: 財政支援とは、全額慈善医療(Full Charity Care)、部分慈善医療(Partial Charity Care)、高額医療慈善医療(High Medical Cost Charity Care)、さらに特別事情慈善医療(Special Circumstances Charity Care)を指します。患者への財政支援を判定するガイドラインは本規程に定められています。
- 保険未加入患者**: 保険未加入患者とは、民間保険やその他の保険、公的医療保険プログラムや第三者賠償責任を含むがそれに限らない、医療費の支払い源を一切持たない、または入院前に当該保険の給付限度に達してしまっている患者を指します。
- 保険加入患者**: 保険加入患者とは、医療費の一部を負担する第三者支払い源のある患者を指します。
- 対象サービス**: 全額慈善医療、部分慈善医療、高額医療慈善医療、および特別事情慈善医療の対象サービスはコミュニティ・メディカル・センター(CMC)が提供する緊急医療その他必要医療となります。本規程では、美容目的、選定治療、および実験的治療で受けた物品およびサービスは財政支援の対象外となります。
- 全額慈善医療(Full Charity Care)**: 全額慈善医療は、CMCで提供した対象サービスの減額前請求額の全額を免除します。全額慈善医療の受給資格は次のとおりです。
 - 世帯所得が最新の連邦貧困水準(FPL)の350%以下である。かつ、

2. 上記に定義した保険未加入者である。
- F. **部分慈善医療(Partial Charity Care)**: 部分慈善医療は、CMC で提供した対象サービスの減額前請求額の一部を免除します。受給資格は次のとおりです。
1. 世帯所得が FPL の 351~400%である。
 2. 上記に定義した保険未加入者である。
 3. かつ、CFO またはその被指名人が減額を適用するべきであると判定した。
 4. CMC は、入院中サービスに対する支払い予定額の上限を、提供した対象サービスについてはメディケア入院診断科目(「DRG」)の額(もしくは CMC が参加している公的プログラムが誠意を持って CMC に支払う予定額の最高率)、またはメディケア DRG が設定されていないサービスについては、サービスに対する請求額がすでに減額されていないことを条件として、適切な減額分とする。
 5. 外来サービスについて、CMC は、支払い予定額の上限をメディケア料金表の額、またはメディケア料金表率が設定されていない場合は、CMC の減額前請求額に CMC のメディケアの外来サービス報酬基準原価率を乗じた額に設定する。
- G. **特別事情慈善医療(Special Circumstances Charity Care)**: 特別事情慈善医療では、CMC の最高財務責任者またはその被指定人の承認をもって、財政支援基準を満たさない保険未加入患者、または特定の病院の手続きを取ることができない患者が、対象サービスに対する病院の減額前請求額の全額もしくは一部免除を受けることができます。病院は、患者が通常の財政支援基準を満たさなかった理由を含め、この決定を文書化することが義務付けられています。特別事情慈善医療の受給の対象となる事情は以下のような場合です。
1. **破産**: 破産しているまたは最近破産手続きを完了した患者。
 2. **ホームレス患者**: 救急患者で、無職、住所不定、住居不定、または保険未加入で支払い源のない患者。
 3. **死亡患者**: 保険未加入で、財産、第三者賠償保険のない死亡患者。
 4. **メディケア対象外サービス**: 所得が財政支援基準を満たすメディケア患者は入院の拒否、拒否された治療日数、および対象外サービスについて財政支援を申請することができます。患者はメディケア負担額について財政支援を受けることはできません。
 5. **Medi-Cal 対象外サービス**: 所得が財政支援基準を満たす Medi-Cal 患者は拒否された入院と治療日数、対象外サービスについて財政支援を申請することができます。患者は Medi-Cal 負担額について財政支援を受けることはできません。Medi-Cal などのプログラムの受給資格があるにもかかわらず、医療サービスを受けた期間中にその受給資格が認められていない場合は、財政支援を申請することができます。
- H. **保険加入者対象の高額医療慈善医療(「高額医療慈善医療(High Medical Cost Charity Care)」)**: 高額医療慈善医療は、対象サービスの自己負担額を免除します。この減額措置を受けられる患者は以下の基準を満たす必要があります。
1. 保険に加入している。
 2. 世帯所得が FPL の 350%未満である。かつ、
 3. 患者または患者世帯の(CMC で発生または過去 12 カ月以内に他の医療サービス提供者に支払われた)対象サービスの医療費が、患者の世帯所得の 10%を上回っている。
- I. **救急救命医師**: 救急救命医とは、病院で救急医療サービスを提供する医師のことです。
- J. **連邦貧困水準(「FPL」)**: アメリカ合衆国保健福祉省(「HHS」)が毎年発行する所得水準の測定基準を意味し、CMC はこれを財政支援の受給資格の判定に使用します。
- K. **自己負担額**: 保険加入患者の第三者賠償保険が患者への給付額を決定した後の自己負担額。
- L. **患者の家族**: 患者の家族は次のように判断されます。
1. **成人患者**: 患者が 18 歳以上の場合、患者の家族には、同居しているかを問わず配偶者、同棲相手、21 歳未満の扶養子が含まれます。
 2. **未成年患者**: 患者が 18 歳未満の場合、患者の家族には、両親、世話人親戚、(両)親または世話人親戚の 21 歳未満の子供(患者以外)が含まれます。

M. **不法行為者**: 不法行為者とは、故意または過失を問わず(民事上の)不法行為を冒す者をいいます。

III. 規程

- A. CMC は本規程に従い医療費の減額または免除という形式で、受給資格のある次の CMC 患者に財政支援を提供します。
1. 低所得の保険未加入患者。
 2. 高額医療費負担の低所得の保険加入患者。
 3. 特別な事情がある患者。
- B. CMC は、低所得の保険未加入患者および低所得で保険加入済みであるが高額の医療費を負担しなければならない患者に、サービスに対する推定自己負担額と、本規程に基づく財政支援および減額に関し、法律で義務づけられた情報を提供します。
- C. 本規程は CMC のライセンスを受けた病院施設に適用されます。別途規定されている場合を除き、本規程は、CMC の請求書に含まれていない医師その他の医療サービス提供者には適用されません。カリフォルニア州において、病院で救急救命にあたる救急救命医は、FPL が 350%である保険未加入患者または医療費が高額になる患者への請求額を減額することが義務づけられています。CMC の救急救命部に呼び出された専門医、または CMC の救急救命部以外で医療行為を行う許可を受けている医師は、救急救命医ではありません。

IV. 手続き

- A. 受給資格
1. 受給資格基準: CMC は、財政支援申請プロセス中に次の受給資格基準を適用します。

財政支援区分	受給資格基準	適用される減額
全額慈善医療	<ol style="list-style-type: none">1. 保険未加入患者2. 患者の世帯所得が最新の FPL の 350%以下	CMC で提供した対象サービスの減額前の請求全額を免除
部分慈善医療	<ol style="list-style-type: none">3. 保険未加入患者4. 患者の世帯所得が最新の FPL の 351-400%	CMC で提供した対象サービスの減額前の請求額の一部を免除 入院中サービス: CMC は、入院中サービスに対する支払い予定額の上限を、提供した対象サービスについてはメディケア入院診断科目(「DRG」)の額(もしくは CMC が参加している公的プログラムが誠意を持って CMC に支払う予定額の最高率)に、メディケア DRG が確立されていないサービスについては、適切な減額

		分に定める。 外来サービス:CMC は、予定支払い額の上限をメディケア料金表、またはメディケア料金表率が確立されていない場合は、外来サービスの CMC のメディケア報酬基準原価率に定める。
高額医療慈善医療 (保険加入患者)	5. 保険加入患者 6. 患者の世帯所得が最新の FPL の 350%以下 7. 患者または患者家族の (CMC で発生または過去 12 カ月以内に他の医療サービス提供者に支払われた) 医療費が患者の世帯所得の 10%を上回っている	対象サービスの減額前の自己負担額全額を免除
特別事情慈善医療:	8. 保険未加入または保険が不十分な患者 9. 財政支援基準を満たしていない 10. 特別な事情がある 11. 最高財務責任者または被指定人が減額の適用を承認した 12. 患者が通常の財政支援基準を満たさなかった理由を含み、CMC はこの決定を文書化する	CMC で提供した対象サービスの減額前の請求額の全額または一部を免除

2. 世帯所得の計算: 患者に財政支援の受給資格があるかどうかを決定するため、CMC はまず、患者の世帯所得を以下のように計算します。
 - a. 世帯所得の証明: 患者が所得の証明に提出する書類は最近の給与明細または確定申告書のみとします。患者の世帯所得は、最近の給与明細または所得税申告書に示される過去 12 カ月間または前課税年度の家族全員の年間収入合計から扶助料と養育費を引いた額です。
 - b. 死亡患者の世帯所得の計算: 生存配偶者がいない場合、死亡患者は、世帯所得の計算上、無収入とみなすことができます。死亡患者の所得証明書類は不要ですが、遺産証明書類が必要な場合があります。生存配偶者は、財政支援を申請することができます。
3. FPL の割合としての世帯所得の計算: 患者の世帯所得を判定した後、CMC は、FPL と比較した患者の世帯所得水準を FPL のパーセントで算出します。例えば、3 人家族の FPL が 2 万ドルで患者の世帯所得が 6 万ドルの場合、CMC は、患者の世帯所得を FPL の 300% と計算します。この計算は、患者が財政支援の受給資格を満たしているかを判断する目的で使用されます。

4. 財政支援の例外／受給資格剥奪：以下のような場合、本規程により財政支援を受けることはできません。
 - ・ Medi-Cal(一部費用負担)加入の患者：一部費用負担の Medi-Cal 患者は、自己負担額を減らすために財政支援を申請することはできません。CMC はこの部分について患者から支払いを求めます。
 - a. 患者が対象サービスを辞退した場合：保険に加入しており、契約している保険適用外のサービスを希望する患者(CMC ネットワーク外のサービスを希望する HMO 患者、または CMC から保険で特定されているネットワーク施設への移転を拒否する患者など)は、財政支援を受けることはできません。
 - b. 保険加入患者が第三者支払機関に非協力的な場合：第三者支払機関の支払い義務を判断するにあたって必要な情報提供を患者が怠ったために、サービスに対する支払いを拒否した第三者支払機関の保険に加入している患者は財政支援を受けることはできません。
 - c. 支払者が直接患者に支払った場合：患者がサービスに対する支払いを補償、メディケア・サプリメント、あるいはその他の支払人から直接受ける場合、当該患者は財政支援を受けることはできません。
 - d. 虚偽の情報：CMC は、受給資格判断の申請書の所得、家族構成、その他の情報に虚偽がある場合、患者への財政支援を拒否することができます。
 - e. 第三者からの回収：患者の負傷の原因となる第三者による不法行為に対する和解金または判決を受けた場合、患者は、その和解金または判決額を患者負担額の支払いに当てなければならず、財政支援を受けることはできません。
 - f. 専門(医)サービス：麻酔医、放射線医、ホスピタリスト(病棟総合医)、病理医などの医師によるサービスは本規程に含まれません。例外のすべては、付属資料 A に規定されています。医師の多くは、患者が無料または減額医療を申請できる、慈善医療規程を設けています。医師の慈善医療規程に関する情報は、担当医師から入手してください。

B. 申請手続き

1. CMC は、CMC が患者に施した医療費用の全額または一部が民間または公的機関の健康保険により負担されるかどうかに関する情報を、患者またはその代理人から得るために、あらゆる合理的な努力を払います。患者が病院サービスの請求額を支払えないことが明らかになった場合はいつでも、財政支援の対象となるかの審査が行われます。保険未加入患者とみなされるためには、患者または患者の保証人が、請求額を負担または減額しうる保険または公的プログラムの受給権利について一切認知していないことを立証しなければなりません。
2. すべての患者は、(まだしていない場合は)公的プログラム援助の受給資格があるかどうか調べることが奨励されます。患者が第三者支払機関による填補がないと指摘した場合、または財政支援を要求した場合、CMC は、患者に Medi-Cal プログラムその他の公的資金プログラムへの申込書を提供します。
3. 患者は、所得と医療給付内容を証明する書類を CMC に提供するためにあらゆる合理的な努力をする義務があります。
4. 財政支援の申請を希望する患者は、CMC の標準申請書「**財政支援申請書**」を使用してください。
5. 患者は、財政支援申請書の記入作業の支援を要請できます。付属資料 C に記載されている **CMC 所在地**まで出向くか、(559)459-2998 まで電話で入退院(Admitting)部にお尋ねください。
6. 財政支援申請書は、付属資料 C に記載の CMC 所在地に出向くか、郵送、または CMC のウェブサイト(www.communitymedical.org)でも入手できます。

7. 患者は、CMC で治療を受けたら、できるだけ早く財政支援申請書の記入を済ませてください。申請書に記入漏れがあったり、退院日から 180 日以内に提出しない場合は、財政支援が却下されることがあります。
8. 財政支援申請書は Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O.Box 1232, Fresno, CA 93715, Attn: Financial Assistance Application宛に送付してください。

C. 財政支援の判定

1. CMC は、すべての財政支援申請書を検討して、患者が上記に規定した受給資格を満たしている場合、財政支援金を給付します。
2. 受給資格プロセスの一環として入手した所得または資産関係の情報は代金集金用のファイルとは別に管理するものとし、代金集金プロセスでは見直さないものとします。
3. 患者が所得または健康保険内容書類を提出しなかったが、必要書類が欠如していても合理的に判断できる場合、CMC は、既知の情報に基づいて判断を下すものとします。患者が、所得に関する書類や健康保険内容書類など、合理的に必要な情報を提出しなかった場合、CMC は、財政支援受給資格の判断にあたって書類の未提出を考慮します。
4. 患者は、公的プログラム援助にも申し込むことができます。
 - ・ CMC は、患者がいずれかの公的その他の援助を受ける資格があるか、または患者が California Health Benefit Exchange (すなわち Covered California) で保険プランに加入する資格があるかどうかを判断できるよう支援します。
 - a. 財政支援申請と同時期に別の健康保険プログラムに申請する、または申請審査中である場合、別の健康保険プログラムへの申請は、財政支援の受給資格を妨げるものではありません。
5. 申請書は直ちに審査されます。CMC は、申請書受領から 45 日以内に受給資格判断を完了します。保険その他の支払い源からの支払いが保留となっている場合は、申請書は完成しているとみなされません。
6. 全額慈善医療、部分慈善医療、高額医療慈善医療、および特別事情慈善医療の判定が下されると、CMC の判定を知らせる「**通知票**」(付属資料 D) が各申請者に送付されます。
7. 本規程に従い承認されたが、当初の申請・承認プロセスの後に第三者支払機関を理由に受給資格がないと判断された場合、請求額は復活し、CMC は、患者の医療費の支払いを確保するために第三者支払機関に請求を行います。後日第三者支払機関に患者請求額の負担責任がないと判断された場合、財政評価書類の再提出という条件なしに患者の受給資格は復活します。
8. 患者に財政支援を受ける資格があると判断されると、病院が患者宛てに通知票を発行してから 6 カ月間、財政支援を受けられるものとされます。患者は、1 年後に財政支援を再申請する必要があります。
9. 財政支援判定により給付額が請求額を超過した場合は、差額の払い戻しには、衛生および健康・安全法 (Health and Safety Code) 第 127400 条に準じた法定利率 (年利 10%) で、患者の支払日から超過支払い分にかかる利息を含めるものとします。ただし、CMC は利息を含め \$5.00 未満の余剰分を払い戻す義務を負いません。

D. 異議

1. 患者は、異議を提起する事由となる通知を受領してから 30 日以内に、患者財政支援サービス (Patient Financial Services) に異議の根拠と希望する救済を通知することで、CMC による財政支援拒否判定の見直しを求めることができます。患者は、患者財政支援サービスに電話 ((559) 459-3939) をして口頭で、または Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715 まで上記を説明した書面を郵送して伝える事もできます。患者財政支援サービスは患者の異議をできるだけ早く検討し、決定内容を書面で連絡します。

E. 財政支援情報の入手方法

1. 言語: 本規程は CMC サービスエリアで使用される第一言語で入手できるものとします。さらに、該当する連邦および州の法規に従い、本部署で提供される通知 / 通信は、病院のサー

ビスエリアで使用される第一言語で提供するものとします。CMC サービスエリアで使用される第一言語とは、CMC が医療を提供する地域もしくは CMC の影響を受けたり CMC と接触のある人口数の 1,000 人か 5%のどちらか少ない方の人々が話す言語です。CMC は、合理的な方法で、英語能力が限られる CMC 患者または CMC の影響を受けるもしくは CMC に遭遇する人の割合または人数を把握することができます。

2. 病院サービス提供中に患者に提供される情報:
 - ・ 入院前または受け付け時:入院前または受け付け時(または実行可能な範囲でその後できるだけ速やかに)に、CMC は、患者全員に、サービスに対する負担額の見積もりを請求する権利、さらに財政支援申請をサポートしている場所を記載した、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約(付属資料 E)を提供します。
 - a. 救急救命サービス:救急救命サービスの場合、CMC は、患者が救急医療を要する状態からの回復後または退院時に、実行可能な範囲でできるだけ速やかに財政支援規程を平易な言葉で説明した要約を患者全員に提供します。
 - b. 退院時に提供される申請書:退院時に CMC は患者全員に**財政支援規程の平易な言葉による要約**(付属資料 E)を、また保険未加入患者には Medi-Cal とカリフォルニア・チルドレンズ・サービス(California Children's Services)その他該当する可能性のある公的プログラムの申込書を提供します。
3. 上記以外のときに患者に提供される情報:
 - ・ 問い合わせ先:患者は、CMC の入退院部まで電話((559) 459-2998)または付属資料 C に記載された各所在地に向いて、財政支援に関する詳しい情報を尋ねたり、申請手続きの手助けを受けることができます。
 - a. 請求明細書:CMC は、本規程の請求および集金規程に基づき患者に請求を行います。患者宛の請求明細書には、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約「請求に関する重要なお知らせ」(付属資料 E)、財政支援についての問い合わせ電話番号、ならびに財政支援規程、同規程の平易な言葉による要約、および財政支援申請書を含む、財政支援の詳細情報が書かれたウェブサイトのアドレスを含めるものとします。付属資料 F に含まれる**患者の法的権利の要約**も患者宛の最終請求明細書に含めます。
 - b. 要望により提供:CMC は、患者の要望に応じて、財政支援規程、財政支援申請書、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約の印刷物を無料で提供します。
4. 財政支援情報の公開:
 - ・ 患者に提供する書類:CMC は、入院または退院手続きの一環として、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約の印刷物を患者に提供します。
 - a. 請求明細書の通知:CMC は、CMC の財政支援規程に基づく財政支援の存在がはっきりと記載された通知を請求明細書に記載します。これには財政支援規程、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約、および財政支援申請書を直接入手できるウェブサイトアドレス、ならびに財政支援規程詳細の問い合わせ用と申請手続き支援を得られる入退院部の電話番号などが含まれます。
 - b. 一般公衆への掲示:CMC は、はっきりと分かる形で、少なくとも CMC の救急救命室と入退院エリアなどの公共の場所で一般向けの掲示(または合理的に患者の注意を引くと考えられるその他の方策)を用意し、患者に本規程を通知および案内します。
 - c. ウェブサイト:財政支援規程、財政支援申請書、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約は CMC ウェブサイト(www.communitymedical.org)の目立つ場所に表示して、入手できるようにします。財政支援に関する情報を求める場合、財政支援情報を入手するためにアカウントを作成したり、個人情報を提供する必要はありません。
 - d. 郵送:患者は、財政支援規程、財政支援申請書、財政支援規程を平易な言葉で説明した要約の印刷物の無料郵送を請求できます。

- e. 広告／プレスリリース: CMC は、必要に応じて、CMC が医療を提供している地域の主要新聞に、CMC で財政支援を提供しているという広告を掲載します。これが実用的でない場合、CMC は当該情報を含むプレスリリースを発行するか、担当地域で影響を受ける患者に広くこの規程の利用を周知させることができると CMC が結論づけたその他の手段を使用します。

F. 雑則

1. 記録保管: 財政支援関連記録は容易にアクセスできるようにしておかなければなりません。CMC は、CMC のサービスを受けた保険未加入患者数、完了した財政支援申請書数、承認数、推定給付額、申請却下数、および却下理由に関する情報を保管しなければなりません。さらに、患者の財政支援承認または却下に関する注記は患者のアカウントに入力します。
2. 支払いプラン: 患者は、支払いプランを利用できます。支払いプランは、CMC の請求および集金規程に基づき提供・協議を行います。
3. 請求と集金: CMC は、患者に支払いを行ってもらうために、合理的な集金努力を行うことができます。CMC、CMC が提携する集金業者のいずれも、財政支援申請プロセスで収集された情報を集金プロセスで使用することはできません。一般的な集金活動には、患者明細書の発行、電話、患者または保証人に送付された明細書の送致を含めることができます。提携 (Affiliates) 部および収益サイクル (Revenue Cycle) 部は、患者からの請求書に関する質問と苦情をもれなく調査して適宜訂正し、速やかに患者をフォローアップする手続きを開発しなければなりません。CMC も CMC が提携する集金業者のいずれも、(CMC 請求及び集金規程に定義された) 特別な集金を行うことは一切ありません。CMC の請求および集金規程は、CMC のウェブサイト (www.communitymedical.org) から無料で入手できます。
4. OSHPD への提出: CMC は、財政支援規程を Office of Statewide Planning and Healthcare Development (「OSHPD」) に提出します。諸規程は OSHPD ウェブサイト、<https://syfphr.oshpd.ca.gov/> で閲覧することができます。

G. 一般請求額 (AGB):

1. CMC は、アメリカ内国歳入法第 1.501 条(r)(5)項に準じて、一般請求額についてメディケアの定額方式を採用します。財政支援の受給資格がある患者の場合、一般請求額を超えた金額を負担する責任はありません。

V. 参考資料

内国歳入法 501 条(R)項

連邦規則集第 26 卷 1.501 条(R)項

カリフォルニア州健康・安全法第 124700～127446 条

参考文書

参考区分	文書名	注記
本書で参照された文書		
参考文書	財政支援申請書	
参考文書	CMC 所在地	
参考文書	通知票	
参考文書	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
参考文書	患者の法的権利の要約	
参考文書	www.communitymedical.org	
参考文書	財政支援申請書	
参考文書	財政支援(所在地)	
参考文書	財政支援規程 権利通知	
参考文書	請求に関する重要なお知らせ	
参考文書	通知票	

本文書の印刷物は最新情報ではない場合がありますので、公的な使用目的に依拠しないでください。
最新版は Lucidoc

(<https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>) から入手できます。