

	方針および/または手続き	
	件名：資金援助方針（「FAP」）	番号：F-300.300
	発行日：7/1/2016	発効日：7/1/2016
	作成/改訂者：利益循環リーダーシップ	
	審査人：	審査日：
	上級 VP 兼 CFO 承認者：オハイオヘルス委員会	2016 年 3 月

範囲：

本方針は、すべてのオハイオヘルス加盟病院および勤務医による診療、OhioHealth Urgent Care Center、ならびに OhioHealth Home Care (以下、総称して「オハイオヘルス施設」といいます) に適用します。

目的：

オハイオヘルスは、地域社会のニーズに応じて、費用効果に優れた質の高い医療サービスを提供することによって、治療活動を広げることを使命としております。オハイオヘルスは、支払い能力に拘わらず誰でもヘルスケアを受けられるよう努力しております。本方針は、医療サービスの一部または全額補助対象の患者様に資金援助を行う際のガイドラインを定めています。

方針：資金援助プログラム

オハイオヘルスは、サービス利用資格をお持ちの患者様に、緊急時のサービスまたは医療上必要なサービスを無料または低額で提供します。オハイオヘルスの資金援助プログラムには、以下のプログラムがあります。

A. オハイオ病院治療保障プログラム (Hospital Care Assurance Program, HCAP)。HCAP プログラムは、オハイオ州ジョブ・ファミリー・サービス福祉課 (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS) によるもので、連邦政府の要件に基づき、生活困窮者および無保険者に対する補償対象外の医療サービスにより過度の負担をしている病院に助成金を支払う制度です。

B. オハイオヘルス慈善プログラム。オハイオヘルス慈善プログラムは、サービスの利用資格を持ち、その他の収入源がない患者様に、緊急時のサービスおよびその他の医療上必要なサービスが提供されるよう支援するものです。オハイオヘルス慈善プログラムの提供内容：

- 所得が連邦貧困ガイドラインの 200% 以下の患者様に対し、支払義務を 100% 免除
- 所得が連邦貧困ガイドラインの 300% 以下の患者様に対し、支払義務を 80% 免除
- 所得が連邦貧困ガイドラインの 400% 以下の患者様に対し、支払義務を 65% 免除

C. オハイオヘルス・ハードシップ・プログラム。上記のいずれのプログラムにも該当しない場合、オハイオヘルスは、患者様の経済的困窮が非常に深刻な場合、ケースバイケースでハードシップ (経済的困

難) 申請を検討する権利を有します。オハイオヘルス慈善プログラムとハードシップ・プログラムは、いずれも最終的な支援手段です。つまり、患者様が他州の資金援助プログラムもしくは連邦政府によるプログラムを利用できる場合、または患者様の治療費の支払、もしくはその治療に関わる費用の払い戻しなどの収入源がある場合、当該のプログラムまたは収入源でまかなえない場合にのみ、患者様はオハイオヘルスのプログラムの利用資格が得られます。

手続き：

1. 資金援助プログラムの利用資格要件：オハイオヘルスは、様々な資金援助プログラムの利用資格を確立するために、以下のガイドラインを設けています。資金援助プログラムの利用資格として、サービスと患者様のいずれにも資金援助プログラムの利用資格があることが求められます。

A. 利用可能なサービス：オハイオヘルス資金援助プログラムの適用は、上記のとおり、オハイオヘルス・ホスピタル、オハイオヘルスの勤務医による診療、OhioHealth Urgent Care Center、および OhioHealth Home Care により提供される緊急時のサービスおよびその他の医療上必要なサービスに限定されます。医療上サービスが必要かどうかの判断は、オハイオヘルスがサービスを提供する地域社会で一般的に受け入れられている医療基準に基づいて行います。

他の医療サービス提供者によって別途請求されたサービスについては、オハイオヘルス・ホスピタル内で提供されたものであっても、本方針の対象にはなりません。当該病院でサービスを提供する提供者の病院別リスト、および各提供者によるサービスが本方針の対象かどうかは、本方針の添付資料「別紙 1」で確認できます。

B. オハイオヘルス慈善プログラム：オハイオヘルス慈善プログラムは、第三者によって提供される資金援助プログラムの利用資格がなく、かつご自身が受けた医療サービスに関連する費用の支払または払戻しのための他の収入源がないオハイオヘルスの患者様が利用できるものです。患者様が資金援助の利用資格を得る前に利用する必要があるその他の収入源には、例えば、健康保険、HCAP、その他の様々な政府プログラム、自動車保険、住宅所有者保険、損害賠償保険などの保険、または患者様の医療サービスに支払義務を負う第三者などがあります（ただし、これらに限定されません）。患者様は、資金援助申請書に記入し、所得に基づく以下の利用資格要件を満たす必要があります。

1. 所得が現行の連邦貧困所得ガイドラインの 200% 未満の患者様は、患者様の支払義務から慈善割引として 100% が割り引かれます。
2. 所得が現行の連邦貧困所得ガイドラインの 201% から 300% の患者様は、患者様の支払義務から慈善割引として 80% が割り引かれます。
3. 所得が現行の連邦貧困所得ガイドラインの 301% から 400% の患者様は、患者様の支払義務から慈善割引として 65% が割り引かれます。

これらの割引は、慈善割引ワークシート (別紙 2) の基準で適用されます。連邦貧困所得ガイドラインは毎年変更されるため、オハイオヘルスは定期的に本ワークシートを更新します。世帯の人数とは、患者様、患者様の配偶者（同居しているかどうかを問わない）、患者様と同居している 18 歳未満の子（非嫡出子や養子を含む）全員が含まれます。患者様が 18 歳未満の場合、「世帯」には患者様、患者様の実親または養父母（同居しているかどうかを問わない）、および 18 歳未満で同居している (両) 親の子（非嫡出子や養子を含む）が含まれます。患者様の親が未成年で、祖父母の家に同居している場合、「世帯」には同居する (両) 親および (両) 親のすべての子（非嫡出子や養子を含む）が含まれます。他に収入源があるために利用資格を受けられなかった患者様でも、他のすべての収入源を使用した後に、メディケイドならびにその他の州および連邦政

府の受益者に対して適用される法的制限を条件として、患者様の支払義務がオハイオ慈善プログラムの対象となる場合があります。

さらに、オハイオヘルス慈善プログラムを含む他の資金援助プログラムに該当しない場合、オハイオヘルスは、オハイオヘルス・ハードシップ評議会が経済的困窮が非常に深刻であると判断した患者様に対し、ケースバイケースでハードシップ申請を検討する権利を有します。

C. HCAP : オハイオ病院治療保障プログラム (Hospital Care Assurance Program, HCAP) は、オハイオ州ジョブ・ファミリー・サービス福祉課 (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS) により運営され、州および連邦政府の要件によって管理されています。オハイオヘルスは、ODJFS の指示に従って HCAP 利用資格要件を適用しており、その要件を変更する権限を持ちません。本方針に、これらの要件の概要を記載します。

1. **居住要件** - 患者様は自由意思でオハイオ州に居住していなければなりません。これには、学生や移住労働者、および州在住の親戚と一時的に同居する一時滞在者を含みます。他州に居住する患者様、およびオハイオ州に旅行で立ち寄り、休暇で訪れている患者様、または医療サービスを受けるためだけにオハイオ州に来られた患者様は含まれません。
2. **経済的困窮要件** - 患者様は、医療サービスを受ける時点で、その世帯の人数に応じて、所得が現行の連邦貧困所得ガイドラインの所得ガイドラインが **100%** 以下という条件を満たす必要があります。世帯の人数とは、患者様、患者様の配偶者 (同居しているかどうかを問わない)、患者様と同居している **18 歳未満の子** (非嫡出子や養子を含む) 全員が含まれます。患者様が **18 歳未満の場合**、「世帯」には患者様、患者様の実親または養父母 (同居しているかどうかを問わない)、および **18 歳未満で同居している (両) 親の子** (非嫡出子や養子を含む) が含まれます。患者様の親が未成年で、祖父母の家に同居している場合、「世帯」には同居する (両) 親および (両) 親のすべての子 (非嫡出子や養子を含む) が含まれます。患者様は、メディケイドや他州のメディケイドプログラムの受給者であってはなりません。
3. **サービス要件** - サービスは、ODJFS ガイドラインに準拠した医療サービスでなければなりません。
4. **署名済み申請書** - HCAP プログラムの利用資格を得るには、署名済みの申請書が必要です。

D. コミュニティ・プログラム オハイオヘルスは、製薬業界による様々な慈善プログラムなど、その他の多くの慈善プログラムがあることを認識し、またそれらと提携しています。当該各プログラムは、それぞれ独自の利用資格要件によって管理されており、当該プログラムの利用資格はオハイオヘルスの資金援助プログラムの利用資格を構成するものではありません。しかし、オハイオヘルスは、フィジシャンズ・フリー・クリニック (Physicians Free Clinic) プログラムにも参加しています。フィジシャンズ・フリー・クリニック・プログラムに参加する患者様で、当該フリー・クリニック・プログラムの一部として緊急時のサービスまたはその他の医療上必要なサービスをオハイオヘルス施設で受ける方は、このサービスをオハイオヘルス施設で無償で受ける資格があります。

2. 資金援助プログラムの申請方法 :

A. 資金援助の問合せ方法 : 患者様は、事前登録時からご自分のアカウントが閉鎖されるまでの間、随時、資金援助プログラムを申請することができます。申請方法に関する情報、および申請に関するご質問は、カスタマーサービスに電話 ((614) 566-1505 またはフリーダイヤル 1-800-837-2455) または電子メール (customercenter@ohiohealth.com) でお問い合わせいただくか、またはオハイオヘルス施設の受付または会計窓口にお越しの上、フィナンシャル・カウンセラーとの相談をお申し込みください (各オハイオヘルス施設の住所は、本 FAP の別紙 3 に記載していま

す)。オハイオヘルス施設では、フィナンシャル・カウンセラーとの相談のご希望を、随時受け付けております。

- B. 資金援助申請書の入手方法：申請書は、登録時にオハイオヘルスのすべての窓口で入手でき、またオハイオヘルスからの請求明細書に同封されています。また、資金援助の申請書は以下のウェブサイトからも入手できます。 <https://ohiohealth.com/financial assistance/>
- C. 資金援助申請書の記入方法：以下の場合にのみ、全ての項目が記入済みであると見なされます。
1. 用紙に記載の指示に従って、申請書の全ての項目が記入されている必要があります。
 2. 申請書には、患者様、患者様の保護者、または必要に応じて支払義務を負う方の署名が必要です。
 3. 申請書と共に以下に挙げる必要な所得証明書を同封する必要があります。
 - a. サービス利用日もしくは申請日から **3** ヶ月前までの期間、またはサービス利用日もしくは申請日から **12** ヶ月前までの期間の給与明細書の控えのうち、いずれか患者様が選択するもの。給与明細書の控えがない場合、サービス利用日 (または申請日) から **3** ヶ月前までの期間の申請者の総所得を証明できる申請者の雇用主による書面 (社用箋に記載) でも構いません。社用箋は、会社役員が署名し、連絡先担当者の氏名と電話番号が記載されている必要があります。
 - b. 配偶者の所得 (配偶者が患者様と同居しているかどうかを問わない)。
 - c. 給与または年金所得の直接振り込みに銀行を使用している場合は、その銀行取引明細書。その場合、申請者は健康保険またはその他の支払が控除されているかどうか、また控除の場合はその金額が記載されている必要があります。
 - d. オハイオヘルスは、場合に応じて随時、患者様の所得証明として直近の課税年度の **W2** フォームまたは確定申告書を受け付ける場合もあります。
 - e. 受け取った養育費および/または離婚の慰謝料に関する書類。ただし、養育費は、当該養育費が患者様/子に対して支払われている場合、所得であると見なされます。
 - f. サービス利用日または申請日から **12** ヶ月前までの期間に受け取った失業補償、労災補償、チップ、利息、賃貸収入、退職金、投資所得もしくは相続、またはその他の種類の所得もしくは補償に関する書類。
 4. 申請には、オハイオヘルスが患者様の信用調査報告書、財産調査、および/または必要に応じて代金取立業者などから財務情報を取得することを許可する旨の記述が含まれます。
 5. 申請書は、「別紙 3」に記載する住所に返送してください。
 6. 例外的な状況として、オハイオヘルスのカスタマー・コール・センターの担当者に、電話連絡で資金援助申請を受け付ける権限が与えられている場合があります。

- D. 資金援助プログラムの利用資格がない患者様が資金援助申請によって受けられるメリット：資金援助の利用資格がない患者様でも、資金援助申請書の必要項目を全て記入することで得られるメリットがあります。
1. メディケイドまたは政府によるその他のプログラム：資金援助申請書を受理した際、患者様がメディケイドの利用資格がある可能性があるかと判明した場合、メディケイドの利用資格を持つ患者様は、メディケイド資格の専門家を紹介され、メディケイドまたは政府によるその他の適切なプログラムに申請するためのサポートを受けられます。メディケイド資格の専門家は、政府によるプログラムに必要なすべての書類の取得をサポートするなど、患者様/ご家族の申請手続き全般をサポートします。
 2. 分割払い方式：すべての申請者は、病院の分割払い方式を利用する資格があります。この支払方式では、金利ゼロで月々の支払額を最小額にすることができます。
 3. 保険未加入者/自己負担における割引：保険未加入の申請者で **HCAP**、オハイオヘルス慈善割引、またはハードシップ割引の利用資格を持たず、その結果、本方針に基づいて利用資格がない患者様は、当該申請者が受けた緊急時のサービスまたはその他の医療上必要なサービスに対して、保険未加入者向け割引を受ける資格があります。保険未加入者向け割引では、緊急時のサービスまたはその他の医療上必要なサービスに対する料金の **35%** が割り引かれます。
- E. 所得証明書または完全な申請書を作成できない場合のその他の利用資格の検討：本方針の要件に従って完全な申請書の作成・提出に必要な関係書類もしくは情報の一部もしくは全部を作成できない患者様、または申請書を提供できない患者様がおられることを考慮し、オハイオヘルスは、確認可能な情報の完全性に基づき、患者様の資金援助プログラムの利用資格を判断する権利を有します。このような要因としては、以下のような状況が考えられます。
1. 患者様の死亡により、不動産資産が確認できない場合
 2. 患者様が路上生活者である、および/または登録手続き中に保護施設の住所を申請した場合、または路上生活者として郵便物が返送された場合
 3. ご家族/ご友人が、患者様に支払能力がないことを証明する情報を示している場合
 4. 患者様が犯罪の被害者であると申請する場合。このような場合、患者様は犯罪被害者プログラムにより補償を受ける前に、資金援助を申請する必要があります。
 5. 患者様がサービス利用日から **3~12** ヶ月前までの期間に収監されていた場合
 6. 例外的に、患者様の署名を得るために相当な努力を払ってから **30** 日間が経過した場合に、患者様の口頭による申請/証明が認められる場合があります
 7. 患者様が他州のメディケイドを受けており、オハイオヘルスがその州の提供者番号を有していない場合
 8. 患者様がサービス利用日前または後に、メディケイドの受給者であった場合
 9. 未払い額が高額なため慈善金の一部使用が認められる高額医療費が承認された場合
 10. 患者様がサービス利用日の前または後に、**HCAP/慈善**の受給資格があった場合
 11. 本方針に基づき、患者様の現在の所得と世帯の人数により、患者様が慈善サービスの利用資格があり、入院または外来を問わずサービス利用日に先だって利用資格があると考えられる場合
 12. 患者様がメディケイド・ファミリー・プランニング・プログラムの受給者である場合
- F. ハードシップ申請：患者様が、資金援助申請書に記入した上でその他の資金援助プログラムの利用資格が認められないと判断された場合、または上記の「セクション E」に記載されたその他の利用資格基準を満たしていない場合、オハイオヘルス・ハードシップ評議会が、明らかに壊滅的、危機的、もしくは非常事態を生み出す深刻な経済状況、または宗教的もしくは文化的な信条

に基づいて患者様に利用資格があると判断した場合、オハイオヘルスはケースバイケースでハードシップ申請を検討する権利を有します。ハードシップ・プログラムを申請するには、患者様は以下の住所宛に、証明書類と共に深刻な事態を説明し、利用資格の検討を求める書簡を送付する必要があります。OhioHealth CBO, P.O. Box 7527, Dublin, Ohio 43016患者様がハードシップ申請の検討対象となるには、投資またはその他の高価値の財産、株式、債権、受け取った示談金、およびその他のあらゆる資産または収入源を含むすべての資産を申告する必要があります。

3. 利用資格の決定：資金援助プログラムの利用資格の決定は、以下の期間中、有効です。

- A. 入院サービスについては、HCAP に関する利用資格は、入院のたびに決定が下されます。ただし、患者様が同じ基礎疾患で 45 日以内に再入院する場合は除きます。その場合、利用資格の決定は当該入院に適用されます。
- B. 外来サービスについては、HCAP の利用資格の決定は、90 日間有効です。
- C. オハイオヘルス慈善プログラム (入院および外来) の利用資格の決定は、180 日間有効です。さらに、利用資格の決定は、提出された資金援助申請の対象となる治療とは無関係の、患者様が現在抱える支払期限を過ぎた未払い金に適用される場合があります。利用資格の決定が患者様の支払期限を過ぎた未払い金に適用される場合、以下の項目 5 に記載する AGB パーセンテージに基づいて、支払義務のある額を超えて当該の未払金に対して患者様が個人的に支払った金額は、患者様に還付されます。
- D. 患者様が、過去の利用資格の決定に基づいてケアのエピソードに対する資金援助の利用資格があると想定され、また患者様に利用資格があると決定した援助が本方針に基づいて提供される最も手厚い支援よりも少ない場合には、患者様はより手厚い援助を申請できる可能性がある旨の通知を受けます。

4. 資金援助の通知： オハイオヘルス・ホスピタルの緊急救命室および患者様の受付に、オハイオヘルスがオハイオ病院治療保障プログラム (HCAP) に準拠していることを記載する看板が掲示されています。この看板には、さらに当該病院の慈善プログラムについても言及されています。本方針のコピー、本方針の要約版、および申請書などの資料は、受付や緊急救命室、また郵送により無料で入手できます。患者様には、受付手続きの一環として、本方針の要約版のコピーが書面で手渡されます。これらの資料は、ウェブサイト (<https://www.ohiohealth.com/financialassistance/>) から入手できます。また各地域社会の主要言語版をご用意しています。さらに、患者様/保護者の方が英語を話さない場合には、通訳のサービスをご用意いたします。また、請求明細書にも、HCAP、オハイオヘルス慈善プログラム、および資金援助申請などの情報を記載しています。

5. 一般的な請求額：資金援助プログラムの利用資格があると判断された患者様に対して、オハイオヘルスは、病院が請求する「一般的な請求額 (AGB)」を超える額を患者様に負担させることはありません。AGB パーセンテージは、連邦規則に定義されており「遡及」法を使用して計算されます。各オハイオヘルス・ホスピタルは、12 ヶ月間にわたりメディケアおよび民間保険会社が認めただ全請求金額を、これらの請求に対する病院の該当する関連請求総額で割った数値を基に、AGB パーセンテージを計算します。AGB パーセンテージは病院ごとに異なりますが、オハイオヘルス・ホスピタル全体で、請求総額の 65% の割引を超えることはありません。この計算は毎年更新されます。オハイオヘルス・ホスピタルの個々の AGB パーセンテージを記載した書面のコピーは、カスタマー・コール・センターに電話 (614-566-1505) または郵送 (OhioHealth CBO, PO Box 7527, Columbus, Ohio 43016) で請求することにより、無料で入手することができます。

6. 請求および患者様の負担金の徴収：オハイオヘルスは、オハイオヘルスが提供する医療サービスに

対する請求および医療費徴収によって、その慈善事業の財源を保護するために相当の努力を払います。オハイオヘルスは、この手続きの詳細な説明を記載した請求・徴収に関する別の方針を有しています。カスタマー・コール・センターにお電話 (614-566-1505) いただくことで、この方針のコピーを無料で入手することができます。

無効化2003年8月19日発効の SPP F-300-R は、本書により無効化されます。