



目的

トーランス記念総合医療センター（TMMC）は、トーランスおよび南カリフォルニアの広域サウスベイ エリアのコミュニティに病院サービスを提供する非営利団体です。TMMC は、無保険の人や保険が不十分な人を含め、このコミュニティのすべての患者の医療ニーズに答えることに専心しています。このコミットメントを達成する一環として、本財政援助ポリシーの要件に従って受給資格のある患者に対し、TMMC は医療上必要なサービスを無料または減額した費用で提供します。本ポリシーは、TMMC の財政援助プログラム、その基準、システム、および方法を定義します。

カリフォルニア州の救急治療病院は、財政的に資格のある患者への減額および慈善治療を提供する書面によるポリシーに関して、衛生安全法の要件、並びに医療費負担適正化法（ACA）の 501(r)項の下での規則に従う必要があります。本ポリシーはそのような法的義務に従うことを意図しており、TMMC の財政援助プログラムの契約条件の下で財政的に資格のある患者に対し、慈善治療と減額の両方を提供します。

財務部は、一般会計に関するポリシーと手続きに責任があります。この目的に含まれるものは、TMMC における処理の一貫したタイミング、記録、および会計処理を保証する義務です。これには、TMMC の使命と経営目標を支援する形での患者の会計処理の取扱いが含まれます。

適用範囲

財政援助ポリシーは、TMMC において医療上必要なサービスを受けるすべての患者に該当します。¹本ポリシーは、TMMC が提供する財政援助に関わるものです。患者、患者の家族、医師、または病院のスタッフからの財政援助に対するすべての要請は、本ポリシーに従って対応することとします。

はじめに

TMMC は、入院患者への、外来患者への、および緊急のサービスを求めるすべての患者の医療ニーズに答えるよう尽力しています。TMMC は、患者が無保険であるか、または保険が不十分で、病院の請求書の支払いに際して援助を必要としている可能性がある場合に、財政援助プログラムの利用方法を提供することに専心しています。それらのプログラムには、ここに定義するように、政府が出資する補償プログラム、全額慈善医療、および減額部分慈善医療が含まれます。

¹医療上必要なサービスは、患者の快適性または便利性にとって完全に選択可能ではないような、病院の任意の入院患者または外来患者への、もしくは緊急の医療処置として定義されます。

財政援助ポリシーは、TMMC と契約しており、TMMC との契約上の関係の条件として本ポリシーの適用への参加を要求されているすべての医師に該当します（TMMC の医療提供者、および本財政援助ポリシーに参加する人をすべて含む一覧は、付録 B を参照してください）。

全額慈善医療および減額部分慈善医療の定義

全額慈善医療は、治療に対する支払ができず、本財政援助ポリシーに含まれる要件に従って受給資格を確立した患者に提供された入院患者または外来患者への医療上必要な任意の病院サービスとして定義されます。

減額部分慈善医療は、無保険または保険が不十分で、かつ 1) 病院の請求書の支払いに援助を望んでおり、2) 所得が米国連邦貧困水準（FPL）の 450%以下（450%に等しいか 450%未満）で、3) 本財政援助ポリシーに含まれる要件に従って受給資格を確立した患者に提供された、入院患者または外来患者への医療上必要な任意の病院サービスとして定義されます。

個々の患者の適格性により、財政援助は全額慈善医療または減額部分慈善医療に対して供与されます。患者、またはその家族の中の他の責任のある代表者が、財政援助ポリシーの要件を満たさない場合は、財政援助は拒否される場合があります。

全額慈善医療および減額部分慈善医療の報告

TMMC は、OSHPD（Office of Statewide Health Planning and Development; 州の医療の計画および開発のための事務所）の規制上の要件に従って、病院のための会計および報告マニュアルの第 2 版に含まれているように、提供した実際の慈善治療を報告することとします。規則を遵守するために、TMMC はその慈善治療の基準についての書面による記録を維持し、また、個々の患者について、TMMC は慈善治療に関するすべての決定についての書面による記録を維持することとします。OSHPD により要求されるように、提供された慈善治療は、提供されたサービスに対する実際の料金を根拠に記録することとします。

TMMC は、全額慈善医療のポリシーおよび減額部分慈善医療のポリシーを一つの文書に含めたこの財政援助ポリシーのコピーを、OSHPD に提供することとします。また、財政援助ポリシーには以下の事柄が含まれます。1) すべての適格性および患者の受給資格の手続き、2) 全額慈善医療および減額部分慈善医療に対する共通の申請書（申請書については付録 A を参照してください）、および、3) 全額慈善医療および減額部分慈善医療の両方に対する検討プロセス。これらの文書は、2 年ごと、または重要な変更が行われたときに OSHPD に供給することとします。

慈善治療は、OSHPD および他の任意の適切な州機関へ提出される TMMC のコミュニティ への利益年次報告書の一要素として報告することとします。

手続き

全額慈善医療および減額部分慈善医療に対する適格性一般的なプロセスおよび責任

適格性は、患者が第三者保険により補償されていない場合、または第三者保険により補償されていても、保険が計算書のうちその負担分を支払った後に、自己負担額を支払えない場合に、その家族の所得が現在の FLP の 450%以下であるようなあらゆる患者に対して定義されます。²

TMMC 財政援助プログラムでは、全額慈善医療と減額部分慈善医療の双方に、一つの統一された患者申請書を使用します。そのプロセスは各申請者に、自分が受給資格がある範囲での最大の財政援助の恩恵を受ける機会を提供するよう考案されています。財政援助申請書は、TMMC による患者の受給資格の決定に必要な患者情報を提供するものであり、そのような情報は、患者または家族の代表者に、TMMC 財政援助プログラムの下で最大の補償を受ける資格を与えるために使用されます。

適格な患者は、TMMC がこのプログラムの下での補償への患者の受給資格を決定できるよう、申請の指示に従い、TMMC に文書および医療給付による補償情報を TMMC に提供するあらゆる穏当な努力をすることにより、TMMC による財政援助プログラムの受給資格を得られる可能性があります。適格性のみでは、TMMC 財政援助プログラムの下での補償への資格付与にはなりません。全額慈善医療または減額部分慈善医療の供与が許可される前に、TMMC は申請者の評価のプロセスを終了し、補償を決定することとします。

TMMC の財政援助プログラムは、全額の、または部分的な援助に対して適格である可能性のある個々の患者の協力に依拠しています。正確な患者の財政上の情報の適時の受理をはかるために、TMMC は財政援助申請書を使用します。第三者保険業者による財政的補償を提示することができないすべての患者は、財政援助申請書の記入を完了する機会を提供されます。また、無保険の患者は、情報および支援を提供され、適格性がある可能性のある政府が出資するプログラムへの紹介を受けます。保険に加入した患者で、保険による負担分が支払われた後、患者の負担分の支払いができない人、および高額な医療費に直面する人も、財政援助に対して適格である可能性があります。財政援助を要請するあらゆる患者は、財政援助申請書の記入を完了するよう求められます。

患者またはその家族の代表者は、財政援助プログラムの申請書の記入を完了することができます。申請書および必要な補助文書は、TMMC 事務所へ提出することとします。この事務所の所在地は申請方法に記載されています。TMMC は 記入を完了した財政援助申請書の取得に穏当な努力をすることとし、また、この情報を公にするために、以下の事柄を含めた、ただし以下の事柄に限られない、IRS（米国国税庁）の規則 501(r)に概略を述べられた方法を使用することとします。すなわち、入院の条件としての財政援助の通知、ウェブサイト平易な言葉による概要、本財政援助ポリシー、および財政援助申請書を掲示すること、入院の際に、平易な言葉による概要、本財政援助ポリシー、および財政援助申請書のハードコピーを入手可能にすること、および申請情報を口頭で受理すること（申請を口頭で完了した場合は、患者または家族の一員は申請書に署名し、必要書類を提出する必要があります）。

²患者の家族は以下のように定義されます。1) 18 歳以上の人の場合は、同居の有無に関わらず、配偶者、ドメスティック パートナー（共に家庭を営む人）、および 21 歳未満の扶養対象の子供、および 2) 18 歳未満の人の場合は、親、後見者としての親戚、および後見者としての親戚の親のその他の子供で 21 歳未満の人。

財政援助申請書は、患者が財政援助を必要とする兆しが見られたなら、即座に記入を完了することとします。申請書は、サービスの前、患者の入院の間、またはサービスが終了して患者が退院した後に記入を完了することができます。患者は申請書を提出するのに、退院後の最初の請求書が発行されてから最低 240 日間あります。ただし、財政援助申請書が受理されていない計算書、または部分的な申請書が提出されている計算書は、TMMC の支払猶予期間および徴収のポリシーに述べられているように、退院後の最初の請求書が発行されてから最低 120 日後に、集金代行業者へ送付される可能性があります。

財政援助申請書の記入を完了すると、以下のものが提供されます:

- サービスに対する支払いを行うのに患者に十分な所得があるか否かを決定するために、TMMCが必要とする情報、
- 財政援助の受給資格の決定に有用な文書、そして
- 財政援助の提供に対するTMMCのコミットメントを記録した監査証跡。

ただし、TMMC が、財政援助の需給資格の決定を行うのに患者の財政情報が十分にあると判断した場合は、記入を完了した財政援助申請書は必要ありません。

記入を完了した財政援助申請書の受理に際し、TMMC は、1) 即座に財政援助の適格性を決定し、2) 適格性と利用可能な援助についてその人に書面により通知し、3) 決定の根拠を提供し、4) (該当する場合は) すべての徴収活動を停止し、5) (該当する場合は) すべての顕著な徴収活動を無効にし、6) (該当する場合は) 支払い義務のある金額の明細書を提供し、そして 7) (該当する場合は) 支払い義務のある金額を超えた支払い分を、そのような超過金額が 5 ドル未満でない限りは、返金することとします。

TMMC は 財政援助申請書の完成度と正確さを検討するために、訓練を受けた職員を提供することとします。適時の回答への患者のニーズを考慮して、申請書の検討はできる限り速やかに完了することとします。

財政援助についての決定は、以下の権限レベルに従って、承認された TMMC の職員のみが行うこととします。

事務所ディレクター (部長) : 10 万ドル未満の計算書
最高財政責任者: 10 万ドル以上、25 万ドル未満の計算書
社長/最高経営責任者 (CEO) : 25 万ドル以上の計算書

本ポリシーに従って、ある個人が財政援助を受ける資格があるか否かを決定する際に考慮される要素には、以下の事柄が含まれる場合があります:

- 政府による補償プログラムの下では保険がないこと、その他の第三者保険業者の存在、または
第三者保険による補償が不十分であること。
- 納税申告書および給与明細書に基づいた家族の所得
- 家族の人数
- 適格な金融資産 (小切手口座、預金口座、株式、債券、投資信託、および類似の投資金)

財政援助の申請中に、患者または家族の他の医療保険プログラムへの申請が審査中である場合は、他の医療保険プログラムへの審査中の申請により、TMMC の財政援助プログラムに対する適格性が否定されることはないものとします。

受給資格

TMMC の財政援助プログラムの下での補償に対する個々人のケースの決定を行う際には、受給資格基準が使用されます。財政援助は、本財政援助プログラム ポリシーに含まれる財政援助プログラムの適格性の基準に従って、個々人の財政的ニーズの決定に基づいて供与されます。財政援助の受給資格は、決して年齢、性別、性的指向、民族、出身国、退役軍人であること、障害、宗教、または法の下で法律的な保護を供与されたその他の任意の立場に基づいてはならないこととします。

TMMC の財政援助プログラムの受給資格は、本財政援助ポリシーの基準において定義された患者または家族の代表者の適格性のレベルに応じて、全額慈善医療（100%無料のサービス）または減額部分慈善医療（100%未満の慈善治療）に対して供与されます。

患者および/または患者の家族の代表者で、TMMC への財政的義務を果たすにおいて援助を要請する人は、TMMC が財政援助の受給資格の決定を行うのに必要な情報を提供するために、あらゆる穏当な努力を行うこととします。TMMC は、プログラムの申請書の記入の完了を助けるために、必要に応じてガイダンスおよび/または直接の支援を患者またはその家族の代表者に提供することとします。TMMC の財政援助プログラムの受給資格を確立するためには、財政援助申請書の記入完了と、必要な補足情報の一部または全部の提出が必要とされることとします。ただし、TMMC が推定に基づいて適格性の決定を行う場合は、この限りではありません。必要な補足証拠書類は、財政援助申請書に掲載されています。

TMMC の財政援助プログラムの受給資格は、本ポリシーに含まれる基準に従って、患者および/または患者の家族の代表者が適格性を確立した後に決定されます。財政援助は差別的な、または恣意的な根拠に基づいて提供されるべきではありませんが、TMMC は、適格性の基準を確立し、いつ患者が財政援助の受給資格の十分な証拠を提供したかを決定するにあたっては、法律および規則と一致した完全な決定権を保持します。

一旦決定されると、TMMC の財政援助プログラムの受給資格は、患者および/または患者の家族の代表者によって申請が行われたところの特定のサービスおよびサービスの日付に適用されます。個々の困難に際し、財政援助の受給資格が満たされるか否かについては、その時の状況により一つ一つ個別に決定することとします。ただし、患者の診断に関わる継続的な医療の場合で、継続する関連のサービスを必要とするならば、TMMC はその決定権において、継続的な医療を単一の医療として扱い、TMMC が提供するすべての関連する継続的なサービスに受給資格を適用する旨、決定する場合があります。TMMC による受給資格の決定の時点で、以前から存在する他の計算書の未払い残高は、本ポリシーの下でのすべての財政的および文書上の要件が満たされた場合に限り、控除の対象として適格であるとして含めることとします。

メディ・カル (Medi-Cal; カリフォルニアのメディケイド) /メディケイド (Medicaid; 低額所得者のための国民医療補償) の費用負担の支払いに対する患者の義務は、いかなる状況の下でも適用除外となることはありません。ただし、患者の費用負担部分の徴収の後には、メディ・カル/メディケイドの費用負担に関連するその他の任意の未払い残高については、患者は TMMC の財政援助プログラムの対象として考慮されます。

医療上必要な治療を受けている患者で、収入が FPL の 450%以下の人に一般に請求される額は、メディケア（Medicare; 高齢者および障害者向け公的医療保険制度）により一般に支払われる額を超えることはありません。TMMC は回顧法を使用して、本ポリシーの下で財政援助が適格であるような患者に一般に請求される額を決定し、この額を請求された料金に対する割合（%）として表わします。この割合は少なくとも毎年更新することとし、TMMC が提供するすべての必要な入院患者への、外来患者への、および緊急のサービスに適用することとします。この割合は現在 12%です。

受給資格:全額慈善医療および減額部分慈善医療

全額慈善医療または減額部分慈善医療の受給資格は、患者の、および/または患者の家族の代表者の支払い能力によってのみ決定することとします。

全額慈善医療および減額部分慈善医療の所得による受給資格レベル

1. 全額慈善医療: 患者の家族の所得が、現在のFPLガイドラインに基づいて確立された貧困収入レベルの200%であり、患者が他のすべての財政援助プログラムの受給資格の他のすべての要件を満たすならば、サービスに対する請求書の患者の責任である部分の全額（100%）を控除することとします。
2. 減額部分慈善医療: 患者の家族の所得が、現在のFPLガイドラインに基づいて確立された貧困収入レベルの201%と450%の間であり、金融資産が1万ドル未満であり、患者が他のすべての財政援助プログラムの受給資格の他のすべての要件を満たすならば、以下を適用することとします。
 - 患者の治療が支払い者により補償されない場合。 サービスが第三者の支払い者によって補償されず、患者が通常、請求された料金の全額に責任を持つ場合は、患者の支払い義務は、患者が仮にメディケアの受益者であったとした場合にメディケアプログラムが当該サービスに対して支払うであろう総額とします。
 - 患者の治療が支払い者により補償される場合。 サービスが第三者の支払い者によって補償され、患者が請求された料金の一部（すなわち、控除免責金額、または自己負担金）にのみ責任を持つ場合は、患者の支払い義務は、保険が支払った額と、患者が仮にメディケアの受益者であったとした場合にメディケア プログラムが当該サービスに対して支払うであろう総額との間の差に等しい額とします。保険により支払われた額が、メディケアが支払ったであろう額を超える場合は、患者にはさらなる支払いの義務はありません。

いずれの場合も、患者の責任が、患者の家族の過去 12 ヶ月間の所得の 10%以上ならば、患者が負う全額は、患者の家族の過去 12 ヶ月の期間の所得の 10%に制限されます。

あらゆる財政援助は、以下の除外を適用した後の残りの金融資産の額により減額されることとします。患者の金融資産の最初の 1 万ドル、および最初の 1 万ドルを越える患者の金融資産の 50%を除外し、財政援助に対して考慮しないこととします。

受給資格:推定に基づく適格性

TMMCは、一部の患者は財政援助申請書の記入を完了することができない、文書の要求に従うことができない、もしくはその他の状況により申請プロセスに対し無反応であることを理解しています。その結果、患者の財政援助の受給資格が、正式な援助申請書の記入を完了することなく確立されるような状況があり得ます。このような状況の下では、TMMCは他の情報源を利用して、財政的必要性の個別の評価を行う場合があります。この情報により、TMMCは、患者により直接に提供された情報がない場合に入手可能な最良の推定額を用いて、無反応の患者の財政的必要性について、十分な情報を得た上での決定を行うことができます。

TMMCは第三者を活用して、患者の財政的必要性を評価するために患者の情報の電子的な調査を行う場合があります。この調査には、公文書のデータベースに基づいた医療業界で認められたモデルを利用します。この予測モデルでは、公文書のデータを取り込んで、所得、資産、および流動資産の換金能力の評価を含めた社会経済的および財政的能力のスコアを計算します。この電子技術は、各患者を同じ基準と比較して評価するよう設計されており、従来の申請プロセスの下でのTMMCの財政援助の承認履歴に照らして調整されています。

この電子技術は、他のすべての適格性および支払いの源が尽きた後、不良債権の割当ての前に使用に供されます。これによりTMMCは、顕著な徴収活動を追求する前に、すべての患者について、財政援助の適格性評価を行うことができます。この電子的な適格性調査により返されるデータは、本ポリシーの下での財政的必要性についての十分な文書となります。

電子登録が推定に基づく適格性の根拠として使用されるとき、全額または部分的な減額は、過去に遡ったサービス日付の適格なサービスに対してのみ供与されます。患者が電子登録プロセスの下で資格があると見なされない場合は、その患者は依然として従来の財政援助申請プロセスの下で考慮される可能性があります。このプロセスを通して資格があると見なされない患者に対しては、TMMCは、財政援助が利用可能である旨を知らせる書面による通知を提供することとします。

計算書が全額慈善医療に対して推定に基づいて適格であると判断された患者は、自分の受給資格について通知を受けることはありません。それらの患者の受給資格のある計算書は、財政援助ポリシーの下で慈善治療として再分類され、それらは集金代行業者へ送付されることはなく、それらはさらなる徴収活動の対象となることはなく、それらはTMMCの不良債権による支出に含まれることはありません。

計算書が減額部分慈善医療に対して推定に基づいて適格であると判断された患者は、以下のものを受け取ることとします。

- 推定に基づく適格性の決定の根拠を患者に知らせる通知。
- 患者または患者の家族がより寛容な援助を申請する方法についての情報。
- 集金代行業者に送付される前に、より寛容な財政援助を申請するための追加の日にとして最低 120 日。TMMC は、最初の請求書の後少なくとも 240 日間は、顕著な徴収活動は開始しないこととします。前述の事柄にかかわらず、TMMC は、30 日後に徴収活動を開始する意図がある旨の通知を最初に提供することなしには、計算書を集金代行業者へ送付してはならず、患者に財政援助プログラムについて知らせる穏当な努力を行うこととします。
- 請求書には、すべての該当する事前による減額を適用した後の支払額を示すこととします。

患者がより寛大な財政援助を申請するための記入を完了した申請書の受理の際に、TMMC は適時の決定を行い、最終決定について患者に通知することとします。

特殊な情況

メディケア プログラムにより補償された患者に関わる財政援助のあらゆる評価には、TMMC の財政援助プログラムの適格な受給資格の供与の前に、患者の正味財産、金融資産、所得、および支出の穏当な分析を含むこととします。患者の金融資産の最初の 1 万ドル、および最初の 1 万ドルを越える患者の金融資産の 50%を考慮から除外した後は、その残りの額分だけあらゆる財政援助が減額されることに注意してください。そのような財政援助の評価は、TMMC によるサービスの完了の前に行うこととします。

さらに、無住居であることは、本ポリシーの下で推定に基づく適格性を供与する条件であることとします。患者が無住居であると判断された場合は、その患者は TMMC の財政援助プログラムの下での全額慈善医療に適格であると見なすこととします。

その他の適格な情況

TMMC は、政府が出資する低所得者援助プログラム（すなわち、メディ・カル/メディケイド、管理されたメディ・カル、ヘルシー ファミリー、カリフォルニア州子供サービス（CCS）、および他の任意の該当する州または地域の低所得プログラム）に適格であるような患者を貧困者で見なします。従って、そのような患者は、政府のプログラムにより支払いがなされない場合に、財政援助ポリシーの下で適格です。例えば、メディ・カル/メディケイドまたは管理されたメディ・カル、並びに低所得患者のニーズに応えるその他のプログラム（すなわち、CHDP、ヘルシー ファミリー、および CCS）の受給資格がある患者は、そのプログラムが入院の間のすべてのサービスまたは日に対して支払いを行わない場合には、財政援助プログラムによる補償に対して適格です。TMMC の財政援助ポリシーの下では、このような種類の払い戻しされていない患者の計算書の残高は、慈善治療としての全額控除を受けられます。特に慈善治療として含まれるものは、入院拒否、治療を拒否された日、および補償されていないサービスに関わる料金です。メディ・カル/メディケイドまたは管理されたメディ・カルの患者、および適格な低所得プログラムにより補償されている他の患者に対するあらゆるの治療許可要求（TAR）の拒否、および提供された無補償のサービスに対する支払いの欠如、およびその他の拒否（例えば、補償の制限）は、慈善治療として分類することとします。

メディケアの患者の計算書の一部で、(a) 患者が財政的に責任を持つ部分（すなわち、共同保険、および控除免責金額）、(b) 保険、またはメディ・カル/メディケイドを含む他の任意の支払い者により補償されていない部分、(c) メディケアにより不良債権として払い戻しされていない部分は、以下の場合に慈善治療として分類される場合があります。

- 患者が メディ・カル/メディケイド、または低所得患者の医療ニーズに応える他のプログラムの受益者である場合、または
- それ以外の場合で、患者が本ポリシーの下で財政援助の受給資格があり、その額がかつ本ポリシーの下で提供される控除の額を上限とする場合。

所得が FPL の 450%を超え、高額医療費のかかる医療事象を経験した任意の患者は、財政援助に適格であると見なされる場合があります。そのような患者で所得の高い人は、日常の全額慈善医療または減額部分慈善医療の受給資格はありません。ただし、高額医療費のかかる医療事象としての考慮は個別になされる場合があります。高額医療費のかかる医療事象の判断は、請求された料金の中で患者の責任となる額、並びに、事象が起きた時点で報告された個人の所得、正味財産、および金融資産の考慮に基づくものとします。管理部は、高額医療費のかかる医療事象に基づいて判断を行うに当たり、穏当な裁量を行使することとします。一般的な指針としては、提供されたサービスに対する患者の責任が 10 万ドルを超えるような任意の計算書は、高額医療費のかかる医療事象としての適格性を考慮される場合があります。

紛争の解決

受給資格に関して紛争が生じた場合、患者は書面による再考慮の要請を TMMC に提出することができます。書面による要請には、患者の異議の完全な説明、および再考慮の論拠を含むこととします。患者の主張を裏付ける任意の、またはすべての追加の関連文書を、書面による要請に添付することとします。

任意の、またはすべての要請は、事務所ディレクター（部長）により検討されます。事務所ディレクターは、すべての書面による異議の供述、および任意の添付書類を考慮することとします。患者の主張の検討を終了した後、事務所ディレクターは、調査結果および決定についての書面による説明を患者に提供することとします。

事務所ディレクターによる要請の考慮の後、異議が残ると患者が考える場合は、患者は書面により、最高財政責任者による検討を要請することができます。最高財政責任者は患者の書面による要請と文書、並びに事務所ディレクターの調査結果を検討することとします。最高財政責任者は決定を行い、調査結果の書面による説明を患者に提供することとします。最高財政責任者によるすべての決定を最終決定とします。これ以上の要請はありません。

支払いプラン

減額部分慈善医療の決定が TMMC によりなされた場合、患者には、支払い額の任意の一部、または全額を一括払いによって支払うか、または期間の定められた支払いプランによって支払うかの選択肢が与えられることとします。

TMMC は、支払いプランの選択肢について、一定期限払いの取決めを要請した個々の患者と話し合います。個々の支払いプランは患者の支払期限に実質的に間に合わせる能力に基づいて定め、患者の家族の所得、および必要不可欠な生活費を考慮することとします。一般的な指針として、支払いプランは 12 ヶ月を超えることのないよう構成されます。TMMC は患者と誠実に交渉することとします。ただし、患者により提示された支払い条件を受け入れる義務はありません。TMMC と患者または患者の家族が支払いプランの条件に同意できない場合は、月々の支払い額は患者の家族の月々の所得の 10%に基づくこととします。財政援助ポリシーの規定の下で合意された支払いプランの期間中は、患者に対して利息は請求しないこととします。

集金代行業者

TMMC は、TMMC においてサービスを受ける個々の患者に支払いの選択肢とプログラムについて伝えるために、あらゆる穏当な、コスト効果の高い努力を行うこととします。患者または保証人が、未解決の計算書を解決するために TMMC に応答しないか、または TMMC とコミュニケーションをとらない場合は、TMMC の支払猶予期間および徴収のポリシーに従って、TMMC は集金代行業者へ計算書を転送する場合があります。患者の財政的な状況が知られていないため、TMMC の無保険減額ポリシーに従って、外部による徴収のために転送される額は **83%** 減額されます。本財政援助ポリシーの目的のため、減額分は、計算書が集金代行業者へ送付される時点で無保険による減額として扱うこととします。患者の財政状況が知られ、患者が財政援助の受給資格を得た場合は、TMMC の外部集金代行業者はその額をさらに調整する場合があります。集金代行業者は、この減らされた額のみを徴収する努力をすることとします。

集金代行業者の徴収の努力の間に収集された情報は、本ポリシーに述べられた基準に基づいて、推定に基づく適格性の判断を下すのに使用されます。集金代行業者から TMMC へ返送された計算書により、患者または家族の代表者が自分の請求書を支払う資金源を持たないと決定された場合は、その計算書は慈善治療に適格であると見なされます。患者または家族の代表者の、サービスに対する支払い能力がない旨の文書は、慈善治療文書ファイルに保管されます。さらに、以前にその計算書に対する無保険減額として控除された額は戻され、慈善として処理されます。

不良債権から慈善治療への再割当てのために集金代行業者から返却されたすべての計算書は、TMMC の会計のシステムおよび記録の中での再分類の前に、TMMC 事務所の職員により評価されます。

財政援助の申請方法

財政援助は緊急の、または医療上必要な治療を必要とする患者にのみ供与されます。財政援助申請書、平易な言葉による概要、財政援助ポリシー、および支払猶予期間および徴収のポリシーは、以下の住所へ要請書を郵送するか、または TMMC の事務所 ((310) 517-4765) へ電話することにより、要請に対して、ルンドクィスト タワー (Lundquist Tower) のメインロビーにあるメイン入院デスク、救急処置室にある入院デスク、または TMMC の事務所、もしくは TMMC のウェブサイト (www.torrancememorial.org) にて取得可能です。

申請書の記入を完了する際の支援は、上に示すように、TMMC の事務所に連絡することにより要請できます。記入を完了した申請書はすべての必要な補足文書を添えて、トーランス記念総合医療センターの事務所 (Torrance Memorial Medical Center, Business Office, 3330 Lomita Blvd, Torrance, CA 90505) へ郵送することとします。申請は、すべての必要な文書が受理されたときのみ、完了したと見なされます。

機密性

財政援助の必要性は、受益者にとって慎重に扱うべき、非常に個人的な問題であると認識されています。財政援助を求め、または受けるすべての人に対して、要請、情報、および資金提供の機密性が維持されます。本ポリシーを実施するスタッフのオリエンテーションと、職員の選定は、これらの価値観を指針とすることとします。

誠実さの要件

TMMC は受給資格のある患者のための財政援助の手配を誠実にやり、患者または家族の代表者により提示された情報は完全かつ正確であるという事実に依拠します。患者または家族の代表者が、詐欺的な、または意図的に不正確な情報を提供した場合は、財政援助についての規定は、さかのぼって、またはサービスの時点で、すべてのサービスに対して請求する権利を否定するものではありません。さらに、TMMC は、受給資格を得るために詐欺的な、または意図的に不正確な情報を提供した患者または家族の代表者による民事上および刑事上の損害を含めた、ただしこれらに限られない事柄に対して、すべての救済措置を求める権利を保有します。

本ポリシーの下で補償されたと見なされる治療については、TMMC は、1) (起り得ても可能性の低い、法律により許可される特定の状況による例外を除いて) 個人の負債の販売はせず、2) 医療上必要なサービスの規定がなされる前の、以前の財政援助に関わる治療に対して未払いの医療費の支払いを求めることはせず、3) 医療上必要な治療の留保または遅延はせず、4) 信用調査所への不利な情報の報告はせず、5) 法的な訴訟手続きを求めることはありません。

最初の承認および主な改訂

運営委員会: 2002年10月16日

最初の発効日付: 2002年10月16日

改訂版発効日付:

再調査日付: 2004年6月、2005年3月、2005年8月、2005年9月、2014年9月、
2014年12月、2015年11月、2017年4月、2018年7月

改訂日付: 2004年6月23日、2005年8月、2005年9月、2006年12月、
2009年5月、2014年9月、2014年12月、2015年11月、2017年4月、
2018年7月

評議員会: 2014年12月、2015年12月、2017年4月、2014年8月

配布先: 管理に関するポリシーおよび手続きマニュアル (財務)

関連するポリシー:

支払猶予期間および徴収のポリシー – 管理 100.05

文書ポリシー – 管理 100.06

付録B

Torrance Memorial Medical Centerの医師プロバイダ

<u>医療専門性</u>	<u>担保される FAP</u>	<u>担保されない Pに該当する項</u>
麻酔医		X
火傷と形成整形外科	X	
心臓病専門医		X
歯医者		X
皮膚科		X
電気生理科医／インターベンショナル心臓内科医		X
救急医	X	
内分泌科医と生殖内分泌科医		X
胃腸科医		X
一般医、地域医療、と家庭医		X
老年科医		X
婦人科腫瘍医		X
病院総合診察医		X
免疫学者（およびアレルギー）		X
感染症		X
内科		X
新生児科医	X	
腎臓専門医		X
神経学者および神経外科医		X
産婦人科および産科医		X
腫瘍学者／血液病専門医		X
眼科医		X
整形外科医		X
耳鼻科医		X
疼痛処理		X
緩和医療		X
病理医	X	
専門小児科—すべての分野		X
小児科		X
周産期専門医		X
物理療法医学とリハビリ		X
足病医		X
精神病医		X
心理学者		X
呼吸器内科医		X
放射線腫瘍医	X	
放射線医師	X	
リウマチ学者		X
外科医—すべて（すべての分野と専門）		X
泌尿器科医		X