

財政支援および債務回収方針

発効日：2024年1月1日

印刷版は参照用です。最新版については電子版をご覧ください。

規制要件/参考資料：

当方針は内国歳入法（Internal Revenue Code）第 501 項(r)および関連する財務省規定（Treasury Regulations）に従うものとします。

財政支援および債務回収方針

California Rehabilitation Institute の方針は、人種、信条、支払い能力に関わらず医療上必要なケアを患者に提供することです。California Rehabilitation Institute が提供するサービスに対する支払い手段のない患者は財政支援を要請することができ、支援は下記に定める利用規約に従って与えられます。

I. 背景

- A. California Rehabilitation Institute は、内国歳入法（Internal Revenue Code）第 501 項(c)(3)および州法に基づく慈善施設の要件に一般的に合致する方法で運営・管理されるリハビリテーション病院（inpatient rehabilitation hospital）です。
- B. California Rehabilitation Institute は、医療上必要なケアを提供することに取り組んでいます。「医療上必要なケア」は人種、信条、支払い能力に関わらず患者に提供されます。
- C. 財政支援および債務回収方針の主な受益者としては、California Rehabilitation Institute サービス区域（当施設から半径 50 mile 以内と定義）に居住し、年間世帯収入が、米国保健福祉省が随時公表し、かつ本方針に基づく財政支援の支給日に有効である連邦貧困所得ガイドライン（Federal Poverty Income Guidelines、the FPG）の 400%を超えない無保険患者または高額医療費患者が対象です。財政的または個人的な困難に直面する、あるいは特別な医学的状況にある患者も支援を受けられる可能性があります。いかなる状況下でも、本方針に基づき財政支援を受ける資格のある患者が、かかる治療に対して一般的に請求される金額を超えた請求をされることはありません。
- D. 患者は、California Rehabilitation Institute の財政支援または他の支払い方法を得るための手続きに協力し、個人の支払い能力に基づき治療費を賄うことが期待されています。

II. 定義

- A. 「年間世帯収入」は国勢調査局（Census Bureau）の定義を用いて決定され、連邦貧困ガイドラインを計算するにあたり以下の収入が使用されます。
- 収入、失業補償、労災補償、社会保障、追加保障収入、公的扶助、退役軍人給付、遺族給付、年金または退職所得、利子、配当、家賃、印税、不動産収入、信託、教育扶助、扶養手当、養育費、世帯外からの援助、その他の雑収入。
 - 現金以外の給付（フードスタンプおよび住宅補助など）は含まれません。
 - 収入は税引き前ベースで決定されます。
 - 患者が近親者と同居している場合は、「年間世帯収入」には家族全員の収入が含まれます。
- B. 「申請」とは、(a) California Rehabilitation Institute の財政支援申請書に手書き、オンライン、またはオペレーターとの電話を通して記入する方法、または (b) 記入済みの申請書を California Rehabilitation Institute に郵送または手渡しで提出する方法を含む、本方針に基づく申請手続きを意味します。
- C. 「CBO」とは、Central Billing and Collections Office を意味します。
- D. 「家族」とは、患者が 18 歳以上の場合は、その配偶者、家族法（Family Code）第 297 条に定義されるドメスティックパートナー（domestic partner）、および同居しているか否かに関わらず 21 歳未満の扶養子を意味します。患者が 18 歳未満の場合、家族とは親、親族である介護者（caretaker relative）、および親または親族である介護者の 21 歳未満のその他の子供を意味します。
- E. 「FPG」とは、米国保健福祉省が随時発表する、サービス提供日に有効な連邦貧困所得ガイドライン（Federal Poverty Income Guidelines）を意味します。
- F. 「高額医療費患者」とは、以下のように定義されます。
- i. 自己負担なし（第三者による補償あり）
 - ii. 患者の世帯収入が連邦貧困水準（FPL）の 400%以下
 - iii. 過去 12 カ月間の医療費自己負担分（入院、通院を問わない）が、患者の世帯収入の 10%を超える
- G. 「被保険患者」とは、政府または民間の健康保険に加入する個人を指します。
- H. 「医療上必要なケア」とは以下のサービスを意味する。メディケア（Medicare）に定義される、妥当で必要な診断およびサービスが提供された時点において医療の専門家に認められた水準に基づく、肉体的・精神的症状の予防、緩和、治癒、または回復目的の治療の提供。医療上必要なケアに外来患者の処方薬は含まれない。

- I. 「方針」とは、現時点において有効な本財政支援および債務回収方針を意味します。
- J. 「合理的な支払いプラン」には、必要不可欠な生活費控除を除いた、月間世帯収入の 10%を超えない月間支払い額が含まれます。「必要不可欠な生活費」とは、本細則においては、以下のいずれかの費用を意味します。家賃や住宅の支払いと維持費、食費と日用品費、光熱費と電話代、服飾費、医療および歯科治療費、保険費、学校や育児、子供や配偶者の扶養費、保険・ガソリン・修理代を含む交通費と自動車関連費用、分割払い、洗濯・清掃費用、およびその他の臨時支出。
- K. 「無保険患者」とは以下の個人を指します：(i) 政府または民間の健康保険に加入していない；(ii) 保険適用額の上限に達した；または(iii) 加入する保険が患者が求める医療上必要なケアを含まない。
- L. 「自己負担患者」とは、健康保険会社、医療サービスプラン、メディケア（Medicare）、またはメディケイド（Medicaid）による第三者保険の補償を受けられず、かつ傷害が労災補償、自動車保険、あるいは病院によって書面で承認された他の保険の適用を受けない個人を意味します。自己負担患者には慈善ケア患者が含まれる場合もあります。
- M. 「慈善ケア患者」とは、財政的に適格な自己負担患者または高額医療費患者を意味します。

III. 他の方針との関係

- A. 緊急医療サービス（Emergency Medical Services）関連の方針 - California Rehabilitation Institute は緊急サービスを提供していません。
- B. 処方薬の補償 - 処方薬の費用負担に支援が必要な患者は、製薬会社が提供する患者支援プログラムのいずれかを利用する資格を有している可能性があります。

IV. 財政支援の資格基準

California Rehabilitation Institute で治療を受けようとする患者で、下記の資格に該当する者は当方針のセクション VII に記載されている支援を受ける資格があります。

A. 収入に基づく財政支援 -

1. 無保険かつ年間世帯収入が FPG の 400%以下の患者、
2. 入院病院サービスで医療上必要なケアを希望する患者、および
3. California Rehabilitation Institute サービス区域（当施設から半径 50 mile 以内と定義）に居住の患者。

B. 支援を受ける資格を得るその他の方法 - 本方針の規定では財政支援の資格がないとされながら医療上必要なケアの費用を負担できない患者は、以下の状況で支援を求めることができます：

1. 例外的な状況 - 個人的または財政的に極めて困難な状況にあることを訴える患者（末期疾患または他の高額医療費のかかる状況を含む）。
2. 特別な医学的状況 - California Rehabilitation Institute の医療スタッフのみが提供できる治療を求める患者、または治療の継続性の面から California Rehabilitation Institute の継続的医療サービスの恩恵を受けられる患者。

例外的な状況または特別な医学的状況による支援の要請は、ケースバイケースで評価され、CBO マネージャーが決定を下します。

C. メディケイド（Medicaid）審査 - California Rehabilitation Institute での治療を求める無保険患者には、メディケイドまたは他の州の医療プログラムの資格があるかどうか確認するために担当者が連絡することがあります。無保険患者が本方針に基づき財政支援を受ける資格を得るには、メディケイド（Medicaid）適格性手続きに協力する必要があります。

V. 申請方法

A. 収入に基づく財政支援

1. 収入に基づく支援を求める患者は、スケジュール作成や請求の手続き中いつでも、財政支援申請書に記入することができ、資格審査日から数えて過去 3 カ月または 12 カ月の年間世帯収入の情報を提供するように求められます。年間世帯収入の証明のため、第三者による所得証明サービスを利用できます。財政支援申請書は当施設の受付で、オンライン（www.californiarehabinstitute.com）で、あるいは当施設事務局で担当者から入手できます。
2. 複数の情報源に相違がある場合、年間世帯収入を確認するため、California Rehabilitation Institute の担当者が追加情報を求めることがあります。

B. 例外的な状況

California Rehabilitation Institute の職員は、高額な医療費を請求された、あるいは請求されるリスクのある、または個人的・財政的に極めて困難な状況を報告していると特定された患者に対し、申請を開始します。California Rehabilitation Institute の職員は、患者から財政的状況および個人的困難に関する情報を収集します。

C. 特別な医療状況

California Rehabilitation Institute の職員は、スケジュール調整または入院手続き中に、特別な医療状況を抱えていると確認した患者に対して申請を開始します。担当者は、患者に対して診察・治療を行う、あるいは行う予定の医師から、患者が California Rehabilitation Institute の医療スタッフのみが提供できる治療を必要としているか、または治療の継続性の面から California Rehabilitation Institute の継続的医療サービスが有益かどうかについて推薦を求めます。特別な医療状況についての決定は、メディカルディレクターの指示の下、担当医が行います。

D. 申請書の不備・欠落

患者には、申請書に欠落している情報が通知され、それを提供する合理的な機会が与えられます。

VI. 適格性判定手続き

A. 財政状況に関する面談 - California Rehabilitation Institute の担当者は、財政状況に関する面談をスケジュールする際、財政支援を必要とするすべての無保険患者に電話で連絡を試みます。担当者は家族の人数、世帯の収入源、当方針に基づく資格を裏付けるその他の財政的および酌量すべき事情を尋ね、申請書の記入を支援します。予約時または入院時に、患者は California Rehabilitation Institute の担当者を訪ね、申請書に署名するよう求められます。

B. 申請書の受領 - 申請書は、直接記入、オンライン記入、持参、郵送に関わらず、California Rehabilitation Institute の担当者に転送され、評価・処理されます。

C. 適格性の判定 - California Rehabilitation Institute の担当者が、全ての財政支援申請書の評価・処理を行います。適格性の判定は、手紙で患者に通知されます。

- California Rehabilitation Institute のメディケイド適用（Medicaid Coverage）および財政支援審査手続きに従わない場合、患者は財政支援の対象から除外されます。

- California Rehabilitation Institute に提供された情報が不正確であったと後日判明した場合、以前に適用された割引の修正が行われるものとします。

本方針で使われる「通常請求額（amount generally billed）」とは、IRC §501(r)(5) およびこの用語を定義する米国財務省または内国歳入庁が発行した規制またはその他のガイダンスで規定された意味を有します。「通常請求額（amount generally billed）」の計算方法について、詳しくは付録 A を参照してください。付録 A は毎年更新され、オンライン（www.californiarehabinstitute.com）、当施設の受付、および California Rehabilitation Institute の担当者に依頼して入手できます。

California Rehabilitation Institute が、患者は収入に基づく支援を受ける資格があると判断した場合、その決定は資格審査日から 90 日間有効となります。90 日後、患者は新たな申請書を記入することで追加の財政支援を求めることができます。

VII. 患者への請求額、財政支援の範囲と期間の計算基準

当方針に基づき収入による財政支援の資格を得た患者は、以下の収入基準に従って支援を受けられます。

第三者保険がない患者に対する 100% 慈善ケア割引の適格性

- A. 患者の年間世帯収入が FPG の 200% 以下の場合、医療費は無料、あるいは提供されたサービスに対する患者負担分は 100% 免除されます。患者が慈善ケア適格性を判断する基準および手続きは、以下の通りです：
1. 患者の世帯所得が FPL の 200% 以下であることを、直近の連邦税申告書（Federal tax return）または直近の給与明細書（paycheck）で確認します。
 2. \$10,000 以内の通貨資産（流動資産）は、適格性の判定では考慮されません。
 3. \$10,000 を超える患者の通貨資産（流動資産）は、適格性の判定において 50% のみが考慮されます。
 4. 退職金口座（retirement accounts）および IRS が定めた繰延報酬制度（deferred compensation plans）は、（適格・非適格に関わらず）金銭資産とみなされず、考慮の対象から除外されます。
 5. 法的に除外された基準を超える資産は、許容資産を超えているとみなされ、慈善ケア割引が拒否される場合があります。

6. 第三者保険の適用がなく世帯収入が FPL の 200%以下の高額医療費患者は、100%の慈善ケアを受ける資格があります。
7. 高額医療費患者は毎月資格を確認され、そのステータスは当月またはサービスの過去 12 カ月間に遡って直近のサービス月に有効となります。

第三者保険の適用がない患者の部分的慈善ケア割引（Partial Charity Care Discount）の資格

1. 患者が無保険で年間世帯収入が FPG の 200%超 400%未満の場合は、対象となる請求金額の一部の控除を受けられる可能性があります。また重度障害または医療的困窮（medical indigence）など特別な状況がある場合、患者は California Rehabilitation Institute の裁量により、ケースバイケースの判断で、料金割引が適用されることがあります。
2. 慈善ケア割引を要請する患者は全て、患者困難開示書（Patient Hardship Disclosure）に記入する必要があります。
3. 患者の世帯収入は、直近の連邦税申告書（Federal tax return）または直近の給与明細書（paycheck）のいずれかで確認されます。
4. 患者の世帯収入が FPL の 201%～400%であると確認された場合、金銭資産（銀行口座および上場株式など、容易に現金化可能な資産）が慈善ケア割引の適格性判定で考慮されます。
5. 割引による支払いは、メディケア（Medicare）またはメディカル（Medi-Cal）の最高額を上限とします。

第三者保険の適用がある高額医療費患者に対する部分的慈善ケア割引（Partial Charity Care Discount）の適格性

1. 患者の世帯収入が FPL の 201%～400%で、第三者保険の適用がある高額医療費患者
2. 患者は医療費の支払い証明書を提出する必要があります。支払いの証明が確認される場合があります。
3. 慈善ケア割引を要請する患者は全て、患者家計情報フォーム（Patient Financial Information Form）への記入が求められます。高額医療費患者は、過去 12 カ月間の医療費を正確に計上するため、毎月評価を受ける必要があります。
4. 患者の世帯収入は、直近の連邦税申告書（Federal tax return）または直近の給与明細書（paycheck）を使って、FPL の 201%～400%であることが確認されます。

5. 収入が FPL の 201%~400%であると判定されると、慈善ケア割引の判定に資産は考慮されません。適格性は患者の世帯収入資格のみに基づいてされます判定されます。
6. 割引による支払いは、メディケア（Medicare）またはメディカル（Medical）の最高額を上限とします。
7. 支払いプランの交渉は、California Rehabilitation Institute と患者との間で行われ、患者の世帯所得および必要不可欠な生活費を考慮するものとします。California Rehabilitation Institute と患者が支払いプランについて合意できない場合、California Rehabilitation Institute は「合理的な支払いプラン（Reasonable Payment Plan）」、セクション II(J)の定義に記載された計算式を使用するものとします。患者に対し、延長支払いプランが提供されることもあります。延長支払いプランは無利子となります。標準支払いプランの期間は 12 カ月です。例外的に、より長い支払いプランが提供されることがあります。

VIII. 未払いに対する措置に先立つ財政支援の適格性判定

A. 請求と財政支援の適格性を判定するための合理的努力

California Rehabilitation Institute は、患者が入院またはサービスを受ける前あるいはその時点で、本方針に基づく支援を受けるための適格性を判断するよう努めます。退院またはサービス提供前に患者が財政支援を受けるのに適格であると判定できなかった場合、California Rehabilitation Institute は治療費を請求します。患者が保険に加入している場合、California Rehabilitation Institute は発生した料金を患者の登録保険会社に請求します。患者の保険会社から裁定が下り次第、残りの患者への請求額は患者に直接請求されます。患者が無保険の場合、California Rehabilitation Institute は発生した料金を患者に直接請求します。患者には、退院後 120 日間で最大 4 通の請求明細書が患者の登録住所に送付されます。請求明細書は、未払い残高がある患者のみに発送されます。請求明細書には、本方針の概略および財政支援の申請方法が記載されています。適格性を判定するための合理的な努力には以下が含まれます：入院時の患者への本方針の通知、患者の請求書に関する患者との書面および口頭での連絡、特別な回収措置を行う少なくとも 30 日前までに本方針および支援申請手続きについて電話で本人に通知する取り組み、および未払い残高に関する最初の請求明細書から 240 日以内、またはそれ以降であれば California Rehabilitation Institute に代わって業務を行う回収機関が未払い残高を病院に返還した日に提出された、本方針に基づく財政支援申請への書面による回答。

B. 未払い残高の回収措置

患者が当病院の慈善ケア方針に基づき資格を得ようとしており、未払い請求分を誠意をもって解決しようとしている場合、病院は、その団体が本方針を

遵守することに同意しない限り、未払い請求書をいかなる回収機関またはその他の譲受人に送付しないこととします。

120 日の期間中に最大 4 通の請求書を受領した後で患者に未払い残高がある場合、その残高は California Rehabilitation Institute の代理となる回収機関に委託され、そこから支払いの追及が行われます。病院を支援する機関は、以下を遵守する必要があります：

- a. 慈善ケア申請手続きの一環として入手した情報を回収業務に利用してはなりません。
- b. 初回請求から180日以内のいかなる時点においても、消費者信用調査機関（consumer credit reporting agency）に不利な情報を報告したり、患者に対して不払いを理由に民事訴訟を提起したりしてはなりません。
- c. 賃金差し押さえを利用してはなりません。ただし、告知された申し立てによる裁判所の命令による場合はこの限りではありません。申立人は、患者が給与差押えに基づく判決に対する支払いを行う能力があると考え根拠を明記した申立書を提出し、裁判所は、判決の規模、および患者の現在の状態および患者のその他の義務に基づき将来見込まれる医療費に関する情報など、患者の支払い能力に関する審問前または審問時に患者から提供された追加情報に照らして検討するものとします。
- d. 主たる居住地に抵当権を設定してはなりません。
- e. セクションII(J)で定義されている、合理的な支払いプランの定義および適用に従う必要があります。

California Rehabilitation Institute の代理となる回収機関は、残高が回収機関に送付された時点から 18 ヶ月間は回収業務を行う能力を有します。患者は、未払い残高が回収機関に委託された後でも、本方針に基づき財政支援を申請できます。退院後の最初の請求明細書に未払い料金が記載されてから少なくとも 180 日が経過した後、およびケースバイケースですが、患者に未払い残高があり、California Rehabilitation Institute またはその代理で業務を行う回収機関からの情報提供や支払い要請に協力しない場合、California Rehabilitation Institute は訴訟を通して回収を行うことができます。

いかなる場合においても、患者が財政支援を受ける資格があるか判断するための合理的な努力がなされる前に、医療上必要なケアを先延ばしにしたり拒否することはありません。California Rehabilitation Institute では、新しいサービスの予約を希望するが財政支援の資格がないと推定される無保険患者には、担当者が連絡して方針について通知し、要請があった場合は財政支援の申請をサポートします。

C. 債務の買い手への債務売却

当病院は、民法（Civil Code）第 1788.50 条に基づき、以下の全てに該当しない限り患者の債務を債務の買い手に売却することはありません：

- a. 患者には財政支援を受ける資格がないと病院が判断した場合、あるいは患者が請求や財政支援の申し出に対して180日間応じなかった。
- b. 病院は、第三者支払者（医療保険や政府の医療保険プログラムを含む）の利用が可能であるために残高が不正であると判断された口座、または患者が慈善ケアや財政支援を受ける資格がある口座について、債務の買い手が返却することに同意し、病院が受け入れることに同意するという契約上の文言を売買契約に含める。
- c. 債務の買い手は、患者の債務を転売またはその他の方法で譲渡しないことに同意する。ただし、元の病院または第127444条に記載されている非課税団体に譲渡する場合、あるいは債務の買い手が他の事業体に売却または合併された場合を除く。
- d. 債務の買い手は、患者の債務に対して利息や手数料を課さないことに同意する。
- e. 債務の買い手は、金融保護及びイノベーション局（Department of Financial Protection and Innovation）から債務回収業者としての認可を受けている。

D. 審査と承認

California Rehabilitation Institute の担当者は、本方針に基づき患者が支援を受け資格があるか評価するための合理的努力がなされたかどうか、および未払い残高について特別な回収措置が開始される可能性について審査・判定する権限を有します。

IX. California Rehabilitation Institute の財政支援および債務回収方針の対象外の医師

特定のサービスは Cedars-Sinai Medical Center または UCLA Health が雇用する医師により病院で提供されるため、それらのサービスは California Rehabilitation Institute の財政支援および債務回収方針の対象外です。ただし、これらの医師によるサービスには、Cedars-Sinai Medical Center または UCLA Health の財政支援方針が適用される可能性があります。

California Rehabilitation Institute に勤務する医師のうち、California Rehabilitation Institute の財政支援および債務回収方針が適用されない医師については、付録 B、医療提供者リスト（Provider List）に氏名が記載されています。リストは四半期ごとに更新され、オンラインで (www.californiarehabinstitute.com)、当施設の受付で、および California Rehabilitation Institute の担当者に依頼して入手できます。