

DIGNITY HEALTH
관리 정책 및 절차

발신: Dignity Health 이사회
제목: 재정 지원 정책 – 애리조나 주
정책 번호: 9.102
시행일: 2019 년 2 월 1 일
최초 시행일: (4.50) 2004 년 1 월 27 일; (60.4.007) 2007 년 5 월 31 일

I. 정책

Dignity Health 는 온정적인 의료, 양질의 의료, 합리적 가격의 의료를 제공하며, 빈곤으로 인하여 의료 혜택의 기회가 없는 환자들을 대변한다. Dignity Health 는 이러한 임무를 강화하기 위하여 의학적으로 필요한 의료 서비스 비용을 납부할 재정적인 능력이 없고 다른 방식으로 이러한 서비스를 받을 수 없는 적격 환자들에게 자선 진료, 할인 및 기타 재정 지원을 제공한다. 자선 진료, 할인 및 기타 형태의 재정 지원은 본 정책의 목적에 따라 지원 유형의 구체적 지정이 요구되지 않는 한 본 정책에서 집합적으로 재정 지원이라 칭한다.

재정 지원에 대한 자격 요건은 본 재정 지원 정책에 명시되어 있다. 재정 지원은 개인의 책임을 대신하지 아니한다. 재정 지원은 의료 서비스 비용을 부담하지 않으려는 의도가 아닌, 입증된 의료 서비스 비용 지불 불능을 근거로 환자에게 제공된다. 재정 지원 신청인은 재정 지원에 대한 Dignity Health의 정책 및 절차와 적용 가능한 할인이 적용된 이후의 여하한 미수금과 관련된 Dignity Health의 청구 및 회수 노력에 협조하여야 한다. (환자에 대한 진료비 청구 및 미수금 회수 정책 #9.101 참조) 본 정책은 또한 환자의 재정 지원 자격 여부를 결정하는 재정 심사 기준을 수립한다. 본 정책의 재정 심사 기준은 일차적으로 연방 관보(Federal Register)에 (아래에 정의된 바에 따라) HHS에 의해 주기적으로 업데이트되는 연방 빈곤선("FPL") 가이드라인을 근거로 한다. 본 정책에 따라 재정 지원 기준을 충족하지 못하는 무보험 환자는 Dignity Health 관리 할인 정책 #70.2.001에 의거해 자격이 되고 이 정책으로 의뢰될 수 있다.

재정 지원은 다음을 포함하지 아니한다.

- 해당 기관이 수익으로 기록하였으나 환자의 지불 불이행으로 인해 탕감한 악성 채무 또는 징수 불가능한 요금, 또는 그러한 환자에게 그러한 진료를 제공하는 비용,
- Medicaid 또는 자산 심사를 요구하는 기타 정부 프로그램에 따라 또는 Medicare 에 따라 제공된 진료 비용 및 그로부터 도출된 수익 간의 차액,
- 자기 부담 또는 즉시 지불 할인, 또는
- 여하한 제삼의 납부자와의 계약 조정.

의료보험에 가입할 수 있는 재정적인 능력이 있는 신청인에게는 보험 상품과 관련된 정보가 제공되며, 보험 적용이 권장된다. 또한, Medicaid 와 같은 정부 지원 의료 프로그램의 적용이 가능한 신청인은 본원의 청구금액에 대한 지급 수단인 해당 프로그램에 지원하여야 한다. 정부 지원 의료 프로그램에 대한 신청서의 제출이 본 재정 지원 정책에 따른 재정 지원 또는 Dignity Health 의 관리 할인 정책 #70.2.001 에 명시된 기타 할인 정책에 대한 환자의 적격성을 불가하게 하지 아니한다.

Dignity Health 는 본원의 서비스가 제공되기 이전에 재정 지원에 대한 적격성을 결정하여야 하며, 결정이 조기에 가능하지 않은 경우 서비스가 제공된 이후에 적격성을 결정하여야 한다. 예를 들어, 본원에 응급 서비스를 위해 내원하는 일체의 환자에 대한 재정 지원의 적격성은 Dignity Health 가 환자에게 의학적인 선별 검사와 관련 법률 및 Dignity Health 의 응급 진료/응급 처치 및 노동법(Emergency Treatment and Labor Act, EMTALA) 정책 #9.100 에서 요구되는 안정화 치료를 시행한 이후에 고려될 수 있다.

재정 지원에 대한 적격 여부의 결정 과정에는 인간의 존엄성에 대한 Dignity Health 의 가치 및 책무가 반영된다. 이와 마찬가지로, Dignity Health 는 재정 지원 신청인들이 재정 지원 요청과 관련된 결정에 필요한 서류를 Dignity Health 에 제공하기 위한 합리적인 노력을 하도록 하며, Dignity Health 로부터 받은 서비스 비용을 지급하기 위하여 일체의 기타 자원을 활용하도록 요청한다. 적격성과 관련된 Dignity Health 의 결정에 타당하게 필요한 정보 및 서류를 신청인이 제공하지 아니할 시 Dignity Health 의 결정에 이러한 사항이 반영될 수 있다.

본 정책에서 논의되는 재정 지원과 더불어, Dignity Health 는 적격한 환자들에게 소득에 기반하지 아니하는 할인 혜택을 제공한다. 환자들은 Dignity Health 재정 상담사에게 자세한 내용을 문의할 수 있다. 단, 재정 지원으로 할인 혜택을 받는 환자가 다른 Dignity Health 정책에서 중복 할인 신청이 명시적으로 허용되지 않으면 Dignity Health 의 다른 할인 혜택을 받을 자격이 주어지지 아니한다. 일반적으로, 재정 지원과 다른 관리 할인이 모두 승인되는 경우 가장 큰 할인 금액만 미수금 잔액에 적용된다. 즉시 지불 할인과 같이 재정 지원 제공 전에 승인되는 관리 할인은 재정

지원 결정 과정에서 고려되지 아니한다.

본 정책은 연방세법(Internal Revenue Code) 섹션 501(r) 및 그에 따라 수시로 공포되는 국세청(IRS) 규정 및 무보험 및 보험이 불충분한 환자를 대상으로 하는 재정 지원에 관한 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services, "HHS") 감사실(Office of Inspector General, "OIG") 지침을 준수하기 위함이다. 또한, 본 정책은 재정 지원 자격이 될 수 있는 환자를 파악하고 처리하기 위한 가이드라인을 제공한다.

II. 목적

Dignity Health 는 책임을 다하여 Dignity Health 의 자원을 관리하고, 관련 연방법 및 주법을 준수하기 위하여 자선 진료 및 적격 환자 대상의 할인 등의 재정 지원 제공에 관한 본 재정 지원 정책을 수립한다.

III. 용어 정의

일반 청구금액

일반 청구금액(Amount Generally Billed)은 본 재정 지원 정책에 따라 재정 지원 자격이 되는 환자가 개인적으로 지불할 책임이 있는 최대 금액이다. 일체의 공제액 및 할인(본 정책에 따라 이용 가능한 할인 포함)을 적용하고 보험사가 변제한 이후의 금액이 일반 청구금액(AGB)으로 알려져 있다. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게는 환자에게 제공된 적격 서비스(아래 정의 참조) 비용에 대하여 AGB 를 초과하여 청구되지 아니한다. Dignity Health 는 Dignity Health 가 AGB 백분율로 제공하는 여하한 적격 서비스에 대한 "총 청구금액"(아래 정의 참조)을 증대시키는 "사후 조정" 방법을 사용하여 의료기관별로 AGB 를 산정하며, 이는 Medicare 와 연방법에서 규정한 민영보험에 따라 허용된 과거의 청구금액이 기준이 된다.

Dignity Health 의 환자는 Dignity Health 의 AGB 비율과 관련된 추가 정보를 제공받을 수 있으며, 재정 상담사 및 다음의 웹사이트를 통하여 AGB 백분율의 산정 방법을 확인할 수 있다.
<http://www.dignityhealth.org/cm/content/pages/billing-help.asp>.

신청인

신청인은 환자 개인 또는 재정 지원을 신청하는 환자의 보증인(해당하는 경우)이어야 한다. 세대 구성원, 가까운 친구 또는 환자의 직장 동료 또한 해당 환자가 재정 지원의 고려 대상이 되도록

요청할 수 있다. 의사, 간호사, 재정 상담사, 사회복지사, 케이스 관리자, 사제, 종교 후견인, 업체 또는 재정 지원의 필요성을 인지하고 있는 사람들을 포함한 의료인 또는 의료기관 직원도 추천할 수 있다.

신청 기간

신청 기간은 (i) 환자의 병원 퇴원 또는 환자의 적격 서비스 날짜로부터 360일, 또는 (ii) 적격 서비스에 대한 최초 퇴원 후 청구서 날짜로부터 240일 중 나중 일자까지로 한다.

약성 채무

약성 채무는 청구 금액 전체 또는 일부를 지불할 능력이 있으나 그럴 의사가 없는 환자에게 제공된 서비스로 인한 요금이다. 약성 채무는 지불 의사 없음(약성 채무)에 의한 자선 진료 대(對) 입증된 지불 불능(재정 지원)과 구별된다.

자선 진료

자선 진료란 적격 서비스에 대한 비용을 지급하여야 하는 환자 및 환자 보증인의 재정적 의무 일체를 면제받을 자격이 있는 환자를 대상으로 한 전액 재정 지원(즉, 100% 할인)을 말한다. 제삼자가 환자에게 제공된 적격 서비스 비용의 지급을 요청받는 경우 자선 진료로 해당 금액이 감면되지 아니한다. 본 정책 내에서, 미수금 잔액의 전액 면제(자선 진료) 대(對) 미수금 잔액의 부분 면제(할인 또는 다른 형태의 재정 지원)로서 재정 지원에 따라 승인되는 금액을 논할 때 자선 진료는 할인 또는 다른 형태의 재정 지원과 구별된다.

할인 진료

할인 진료란 적격 서비스 비용을 지급하여야 하는 환자 및 환자 보증인의 재정적 의무의 일부를 면제받을 자격이 있는 환자에게 부분적으로 재정 지원을 하는 것을 말한다(아래의 정의 참조). 제삼자가 환자에게 제공된 적격 서비스 비용의 지급을 요청받는 경우 할인 진료로 해당 금액이 감면되지 아니한다. 신청이 지불 능력을 근거로 하지 않는 경우의 통상적 할인은 재정 지원에서 제외된다.

적격 서비스

적격 서비스에는 각 병원의 면허증에 기재되어 있는 일체의 건물을 포함하여 Dignity Health 가 운영하는 의료기관 내에서 Dignity Health 가 제공하는 일체의 응급 의료 또는 비응급 의료 및 필수 의료행위가 포함된다. 적격 서비스는 입원 기간 한도를 초과하는 입원일에 대한 요금 또는 환자의 혜택이 소진된 상황과 같이 환자가 요금에 대해 책임을 질 경우 환자에게 제공된 비보장 필수 의료행위도 포함할 수 있다. 적격 서비스는 연방, 주 또는 지방에서 관리하는 여하한 빈곤층 진료

프로그램의 일부로 환자에게 제공되는 서비스도 포함한다. 재정 지원 정책의 제공자 목록에 관련 의료인 또는 의료진, (해당 사항이 있을 시) 본 정책에서 구체적으로 보장하는, 해당 의료인이나 의료진이 제공한 서비스 내용, 치료 내용, 또는 절차가 포함된 경우를 제외하고, 적격 서비스에는 선택적 시술, 의사 서비스, 치료 또는 절차가 포함되지 아니한다.

응급 의료

응급 의료는 의료 기관이 제공하는 다음의 의료 행위를 말한다.

- (a) 충분한 위중도로 인한 극심한 증상(극심한 통증 포함)이 드러나는 의학적 상태에서 응급처치하지 않을 경우 다음의 결과가 타당하게 예상되는 상황:
 - (i) 환자(임신부의 경우 임신부 본인 또는 태아)의 건강이 심각한 위험에 빠지게 됨
 - (ii) 신체 기능의 심각한 장애
 - (iii) 신체 기관 또는 신체 일부의 심각한 기능 장애 또는
- (b) 진통이 진행 중인 다음에 해당하는 임신부
 - (i) 분만 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 수 있는 시간적 여력이 없는 상황
 - (ii) 환자 이송 시 임신부 또는 태아의 건강이나 안전에 위협이 될 수 있는 상황

응급의사

응급의사는 Dignity Health 병원이 자격을 인정한 면허를 지닌 내과 의사 또는 외과 의사이며, 본원에서 정규직 또는 계약직(계약직 의료진 포함) 여부와 관계없이 본원의 응급실에서 응급 의료를 시행한다. "응급의사" 용어에는 응급실에 호출되거나, 본원의 정규 직원이거나, 응급실 이외의 본원에서 특혜를 받는 내과 전문의는 포함되지 아니한다.

필수 생활비

필수 생활비에는 임대료 또는 거주비용 및 관리비, 식음료비 및 생활용품 구매비, 수도광열비 및 전화요금, 의복비, 의료비 및 치과 진료비, 보험료, 학비 또는 보육비, 자녀 또는 배우자 부양비, 교통비 및 자동차 유지비(자동차 보험료, 주유비 및 수리비 포함), 세탁비 및 청소비와 기타 임시비가 포함된다.

미수금 회수 특별 조치(Extraordinary

Collection Actions, ECA)

ECA 에는 다음이 포함된다.

- (a) 연방법에서 명시적으로 규정된 바를 제외하고 제삼자에게 개인 채무를 매각함
- (b) 소비자 신용 기관에 개인에 대한 불리한 정보를 제공함
- (c) 본원의 재정 지원 정책에 따라 보장된 이전 의료비 청구서를 1 건 이상 지급하지 않은 환자의 경우, 필수 의료행위를 시행하기 이전에 청구 금액의 지급을 연기 또는 거부하거나, 요구함
- (d) 연방법에 규정된 바와 같이 법적 절차 또는 소송 절차가 요구되는 조치에는 유치권, 부동산 압류, 압류(attachment/seizure), 민사 소송 착수, 압류 영장 발부, 급여 압류 등이 포함됨

ECA 에는 병원이 시행한 의료 행위에 따른 신체 상해로 인한 채권자(채권자의 대리인 포함)와의 법원 판결, 분쟁 해결 또는 합의 절차 관련 주법에 따라 병원이 주장할 권리가 있는 어떠한 유치권도 포함되지 아니한다.

연방 빈곤선(FPL)

연방 빈곤선(Federal Poverty Level, FPL)은 미국 연방 법전 제 42 편 제 9902 조 제(2)항에 따라 HHS 가 연방 관보에 주기적으로 업데이트하는 빈곤 가이드라인에 따라 정의된다. 현재 FPL 가이드라인은 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 에서 참조할 수 있다.

재정 지원

본 정책에 명시된 대로 자선 진료, 할인 진료 또는 다른 형태의 재정 지원.

재정 지원 정책의 제공자 목록

해당 의료기관 웹사이트에서 참조할 수 있는 목록으로 본 정책에서 구체적으로 보장하는 관련 의료인이나 의료진을 상세히 기술한 목록이다.

총 청구금액

총 청구금액(또는 청구 총액)은 일체의 적격 서비스에 대하여 Dignity Health 의 각 의료기관의 청구 목록에 기재된 금액을 말한다.

가계 곤란 할인

가계 곤란 할인(Hardship Discount)은 아래 섹션 V.D.에서 수립된 기준을 충족하는 환자에게 제공되는 추가 할인이다.

소득

IRS 에서 정의한 수정된 총 조정 소득(Modified Adjusted Gross Income, MAGI)이다.

필수 의료행위

본 정책에 명백히 제시된 범위에서, 병원의 서비스, 의료기구 및 질환, 상해, 건강 상태, 질병이나 질병의 증상에 대한 진단 및 치료에 필요한, 업무 관행으로 인정되는 기준에 부합하는 기타 의료 서비스. 필수 의료행위에는 정상적으로 기능하는 신체 일부를 단지 심미적인 호감도를 개선하려는 의도로 시술하는 미용 시술 관련 진료는 포함되지 아니한다.

환자 가족

환자의 가족에는 환자와 다음 대상이 포함된다.

- (a) 18 세 이상 환자의 경우 - 배우자, 동거인 및 21 세 미만의 부양자녀(동거 여부와 관계없음)
- 18 세 미만 환자의 경우 - 부모, 친척인 보호자, 부모 또는 친척인 보호자의 21 세 미만 자녀

환자 가족의 소득

Dignity Health 서비스가 제공되기 이전 12 개월간의 환자 가족의 연 소득

고액 의료비 환자

의료보험이 적용되며, 다음의 2 가지 기준 중 1 개의 항목에 해당되는 환자:

- (a) 이전 12 개월간 본원에서 발생한 환자의 연간 자비 부담 비용이 환자 가족의 소득(아래 정의 참조)의 10%를 초과함, 또는
- (b) 환자 또는 환자 가족이 이전 12 개월간 지급한 환자의 의료비 서류를 제공하는 경우 연간 자비 부담 의료비가 환자 가족의 소득의 10%를 초과함

적격성 추정 결정

적격성 추정 결정이란 다른 복지 기반 프로그램, 연방, 주 또는 지방에서 관리하는 빈곤층 진료 프로그램, 무주택자 상태에의 자격과 같이 환자가 제공한 사항이 아닌 정보에 근거하거나, 이전의 재정 지원 적격성 결정에 근거하여 재정 지원 여부에 대한 적격성을 결정하는 과정을 말한다. (본 재정 지원 정책에서의 "추정 적격성"은 재정 지원에 대한 추정 적격성을 지칭하는 것이며, 별도로 규정된 바가 없다면 Medicaid Hospital 의 추정 적격성을 의미하지 아니한다.) Dignity Health 는

재정 지원의 여하한 범주에 대하여 자선 진료 또는 할인 진료의 제공을 위한 추정 적격성 결정 과정을 활용할 수 있다. 추정 적격성을 결정하면서 Dignity Health 는 환자의 재정 지원 자격을 판단하기 위하여 공개적으로 접근 가능한 데이터베이스를 활용하는 제삼자 업체가 제공하여, 공개적으로 접근 가능한 자료 및 정보에 포함된 정보가 필요할 수 있다. 본 심사 절차는 Dignity Health 의 재정 지원 신청을 본보기로 하도록 고안되었고 심사 절차를 통해 회신되는 정보는 환자로부터 추가 정보를 이용할 수 없을 때 충분한 서류를 구성하게 된다. 이 과정을 통해 환자 세대의 소득 및 규모를 추정하고 환자의 재정적 필요와 관련된 여타 요인을 분석한다.

Medicaid 보험 환자의 추정 적격성

Medicaid 프로그램에 따라 의료 보장을 받는 환자는 본 정책에 따라 재정 지원을 위해 요구되는 FPL 미만 소득 환자로 추정된다. 재정 지원은 Medicaid 프로그램에 따른 의료 보장만을 근거로 환자에게 승인될 수 있다. Medicaid 프로그램에 따라 의료 보장을 받는 환자를 위한 본 정책에 따른 미수금 잔액 면제는 환자의 비용 부담분의 면제를 결코 포함하지 아니한다. 비용 부담은 보장의 조건으로 간주되므로, 이 금액은 면제 또는 재정 지원의 대상이 아님을 환자들에게 알린다.

비용 부담

Medicaid 프로그램에 따라 보장을 받는 환자가 Medicaid 자격을 얻기 전에 반드시 부담해야 하는 의료 비용의 사전 결정 금액. 이 금액은 본 정책의 일환으로 할인 또는 탕감되지 아니한다.

무보험 환자

무보험 환자는 의료보험사, 의료 서비스 제도, 정부 지원 의료 프로그램(예: Medicare, Medi-Cal 또는 Medicaid)에 따른 의료보험을 적용받지 못하는 환자를 말하며, 이러한 무보험 환자의 상해는 근로자에 대한 산재보상, 자동차 보험, 또는 본원이 지정하거나 문서로 만든 기타 보험이 보상하여야 할 상해가 아닌 경우를 말한다.

IV. 주로 영향을 받는 부서

적격 서비스를 제공하는 Dignity Health 의 일체의 기관.

V. 재정 지원 프로그램

환자 또는 환자의 보증인이 신청 기간 중 여하한 시기에 재정 지원을 신청할 수 있다. 신청 기간이 끝난 이후 신청서를 제출한 경우, Dignity Health 는 신청을 거부할 수 있다. 그러나, Dignity Health 는 신청 기간 내에

신청서가 제출되지 못한 이유를 고려하고 신청서가 적시에 제출되지 않았으나 신청인이 합리적으로 조치하였다고 판단하는 경우 해당 신청을 처리할 수도 있다.

A. 자선 진료(FPL의 최대 200%)

여하한 무보험 환자 또는 고액 의료비 환자를 포함하되 이에 국한되지 않고 환자 가족의 소득이 FPL의 200% 이하인 여하한 환자에게는 환자에게 제공된 적격 서비스에 대해 여하한 제삼자에 의한 지불 후 미수금 잔액의 100% 할인에 상응하는 자선 진료를 받을 자격이 주어진다.

Dignity Health는 자선 진료의 적격성을 결정하면서 환자 가족의 소득을 고려하며 환자 가족의 화폐성 자산도 고려할 수 있다. 단, 이를 결정하면서 화폐성 자산에는 퇴직연금제도 또는 연방세법(Internal Revenue Code)이 인정하는 이연보상제도 또는 비적격 이연보상제도는 포함되지 아니한다.

B. 무보험 환자 또는 고액 의료비 환자(FPL의 500% 이하)에 대한 할인 및 지급 계획의 연장

위 섹션 V.A.에 따라 자선 진료 자격이 되지 아니하고 환자 가족의 소득이 FPL의 500% 이하인 여하한 무보험 환자 또는 고액 의료비 환자에게는 환자가 받은 적격 서비스에 대한 할인 진료 및 지급 계획의 연장을 받을 자격이 주어진다. 적격 서비스에 대한 예상 지급금액에 대한 이 할인은 (i) Medicare, Medi-Cal 또는 본원이 참가하고 있는 기타 정부 지원 의료 프로그램에서 제공하는 서비스를 신의성실에 입각하여 받을 것으로 본원이 예상하는 지급금액 중 가장 높은 금액을 초과하지 않는 금액 및 (ii) 어떤 상황에서도 환자에게 제공된 적격 서비스에 대한 AGB를 초과하지 않는 금액으로 한정된다.

본 할인 진료를 받는 환자의 요청 시 시간을 두고 할인 금액에 대하여 지급할 수 있도록 지급 계획을 연장받을 수 있다. Dignity Health 및 환자는 지급 계획의 기간에 대하여 협상할 수 있으며, 여기에는 환자 가족의 소득 및 필수 생활비가 고려된다. Dignity Health와 환자가 지급 계획에 합의하지 못하는 경우, Dignity Health는 시간을 두고 할인 금액에 대하여 지급할 수 있도록 합리적 지급 계획을 이행한다.

C. 추가 가계 곤란 할인

할인 진료를 받지만 (1) 책임 금액이 여전히 (a) 환자 가족 소득 및 (b) 본인의 화폐성 자산의 30%를 초과하고, (2) 다음 해 예상 환자 가족 소득과 현재 또는 예상 의료 책임 금액과 같은 요인을 검토해 결정한 바에 따라 청구서를 지불할 능력이 없는 환자는 추가 가계 곤란 할인을 받을 수 있다. 가계 곤란 할인을 판단하기 위해, Dignity Health 는 결정 시점에 유효한 연방세법에서 인정하는 퇴직연금제도 또는 이연보상제도의 자산은 고려하지 아니한다.

환자가 일체의 자격 요건을 충족하면 가계 곤란 할인을 받으며, 이 경우 환자의 남은 책임 금액을 (1) 환자 가족 소득 및 (2) 화폐성 자산의 총합의 30%까지로 제한하는 할인 금액을 제공받게 된다.

Dignity Health 관리 정책 60.4.015 - "무주택자 계정 확인(Identification of Homeless Accounts)"에 따라 무주택자 또는 잠정적 상태로 간주되거나 연방, 주 또는 지방에서 관리하는 빈곤층 진료 프로그램에 참여하는 환자는 본 정책에 따른 할인 또는 면제 또한 받을 수 있다.

D. 총 청구금액 신청에 대한 제한

본 정책에 따라 보장되는 여하한 진료(응급 의료 또는 비응급 의료, 필수 의료행위)의 경우 Dignity Health 가 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 본원이 결정한 환자에게 청구하는 순 금액이 해당 진료에 청구되는 총액을 초과하지 아니한다. 이 금액은 일체의 공제와 할인(본 정책에 따라 이용 가능한 할인 포함)을 적용한 후 환자가 개인적으로 책임을 지는 금액과 동일하며 보험사가 변제한 여하한 금액보다 적다. 이 금액은 보장의 조건으로 보험사에서 지불해야 하는 여하한 금액을 포함하지 아니한다. Dignity Health 의 의료기관이 본 정책에 따라 보장되는 진료에 대하여 발행한 청구서에는 해당 진료에 대한 총 청구금액이 명시될 수 있으며, 환자가 지불하여야 할 개인적인 책임이 있는 실제 금액이 해당 진료에 대한 총 청구금액을 초과하지 않으면 계약 수당, 할인 또는 총 청구금액에 대한 공제 사항이 적용될 수 있다.

VI. 가이드라인

A. 재정 지원에 관한 환자 고지

1. 알기 쉬운 문체로 서술한 요약본의 인쇄 사본. Dignity Health 는 환자에 대한 입원 또는 퇴원 절차의 일부로서 재정 지원 정책을 알기 쉬운 문체로 서술한 요약본의 인쇄 사본을 제공하여 재정 지원 정책에 관하여 고지하여야 한다.

2. 청구 과정 중의 재정 지원 정책 고지. Dignity Health 는 Dignity Health 의 재정 지원 정책의 적용 가능성에 대한 정보가 포함된 눈에 잘 띄는 서면 고지를 퇴원비 청구서의 일부로서 일체의 환자에게 제공하여야 한다. (청구서와 함께 제공되는 고지에 대한 기타 자세한 내용은 Dignity Health 의 진료비 청구 및 미수금 회수 정책 #9.101 을 참고한다.)

3. 재정 지원 정책에 대한 고지 게시. Dignity Health 의 재정 지원 프로그램과 알기 쉬운 문체로 서술한 본 정책의 요약본에 대한 고지는 다음 장소를 모두 포함하여 일반 대중이 확인할 수 있는 Dignity Health 지점에 분명하고 눈에 잘 될 수 있도록 게시되어야 한다.

- (a) 응급실
- (b) 진료비 청구 사무실
- (c) 원무과 및 관련 장소
- (d) 대기실
- (e) 기타 병원 외래환자가 출입하는 장소
- (f) 환자의 출입이 많거나 본원의 재정적인 지원이 필요할 것으로 예상하는 환자 또는 환자의 가족 구성원이 출입할 것으로 타당하게 추정되는 기타 구역 및 장소

4. 안내서. Dignity Health 도 접수처, 원무과, 응급 의료과 및 응급 진료 구역, Dignity Health 의 병원 의료기관에 있는 환자 재정 지원 사무실에서 Dignity Health 의 재정 지원 프로그램을 설명하는 안내서를 제공하여야 한다.

5. 웹사이트 게재 및 요청 시의 사본 제공. Dignity Health 는 각 병원 의료기관 웹사이트의 눈에 띄는 곳에 본 정책, 재정 지원 신청서 및 본 정책을 알기 쉬운 문체로 서술한 요약본을 공개하여야 하며, 환자 또는 가족 구성원의 요청 시 각 문서에 대한 인쇄 사본을 무료로 우편으로 제공하며, 본원 의료기관 내의 공공장소 중 최소한 응급실(있는 경우에 한함) 및 원무과 주변에 게시하여야 한다.

6. 언어 요건. Dignity Health 는 일체의 서면 고지, 게시 안내문 및 안내서가 적합한 언어로 인쇄되어야 하며, 관련 주법 및 연방법에서 요구될 수 있는 바대로 환자에게 제공되어야 함을 보증한다.

7. 재정 지원 정책 제공자 목록. Dignity Health 는 Dignity Health 의

의료기관에서 응급 진료 및 필수 의료행위를 하는 제공자에 대한 목록을 작성하여야 하며, 본 재정 지원 정책으로 보장되는 제공자와 보장되지 않는 제공자를 명시하여야 한다. 이 목록은 각 의료기관의 진료비 청구 웹사이트에서 확인할 수 있다. 인쇄 사본은 각 Dignity Health 의료기관의 원무과나 접수처 또는 구역에서 입수할 수 있다.

B. 보험 및 정부 프로그램의 적격성 심사 절차.

Dignity Health 는 민영보험 또는 정부 지원 의료 프로그램의 보험이 본원이 환자에게 시행한 진료에 대한 청구금액의 전액 또는 일부에 적용되는지를 환자 또는 환자 대리인의 정보를 통하여 입수하기 위한 일체의 합리적인 노력을 다하여야 하며, 이러한 정보에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 아니한다.

1. 주 또는 연방 의료 혜택 거래소(Health Benefits Exchange)에서 제공한 보험 또는 의료 서비스 제도의 보험 등을 포함하는 민영 의료보험
2. Medicare
3. 의료보험을 제공하기 위한 목적으로 Medicaid, CHIP 또는 기타 주(州)가 출연한 기금

Dignity Health 는 일체의 무보험 환자 또는 고액 의료비 환자가 본 적격성 심사 절차를 충실히 지킬 것을 기대한다.

C. 재정 지원 신청 절차

1. 환자는 민영 의료보험 또는 정부 지원 의료 프로그램에 의한 의료보험을 명시하지 아니하여도 재정 지원을 요청할 수 있고, 해당 환자가 재정 지원에 적격한지를 결정하는 Dignity Health 의 대리인에게 요청할 수 있으며, 이때 Dignity Health 는 다음을 이행한다.

- (a) Medicaid 의 혜택 및 기타 공공 및 민영 의료보험, 주 또는 연방 혜택 거래소(Federal Health Benefit Exchange)에서 제공한 의료보험 등의 지원 프로그램에 대하여 일체의 무보험 환자에게 접수 시점에 설명하기 위한 일체의 합리적인 노력을 다하여야 한다. Dignity Health 는 해당 프로그램에 적용될 가능성이 있는 환자에게 해당 프로그램의 신청을 권유하고, 신청서를 제공하며, 신청서 작성을 지원한다. 신청 및 지원은 입원환자의 퇴원 이전에

이루어져야 하며, 응급 의료 또는 외래 진료를 받는 환자의 경우 합리적인 시간 이내에 이루어져야 한다.

- (b) 재정 지원에 대한 자격이 될 수 있는 환자에게 Dignity Health 의 재정 지원 정책 및 기타 할인 정책(자격 요건 포함), 재정 지원에 대한 자격이 될 수 있는 해당 환자에게 신청을 권유하고, 재정 지원 요건에 부합될 수 있는 관심 있는 환자에게 진료 시점 또는 청구 및 회수 기간에 재정 지원 신청서를 제공하며, 신청서 작성을 지원한다.

2. 환자가 받은 적격 서비스에 대하여 정부 지원 의료 프로그램에 따른 보증을 신청할 수 있는 자격이 있으면, 해당 환자는 정부 지원 프로그램에 신청하고, 정부 지원 의료 프로그램에 따른 보증을 거부할 때만 재정 지원을 받을 수 있다. 환자가 정부 지원의 의료 프로그램을 신청하고 보증을 거부당한 경우, 보장 거부서 사본을 Dignity Health 에 제공해야 한다. 정부 지원 의료 프로그램에 따른 해당 환자의 보험 신청이 본 정책에 따른 Dignity Health 의 재정 지원에 대한 적격성을 불가하게 하지 아니한다.

3. Dignity Health 가 정부 지원 의료 프로그램(~~of~~: Medicaid, CHIP(Children's Health Insurance Program, 아동 의료보험 프로그램))에 대한 자격이 있다고 판단하는 환자로부터 작성이 완료된 재정 지원 신청서를 수령하는 즉시, Dignity Health 는 해당 환자의 정부 지원 의료 프로그램 신청서의 작성이 완료되어 제출될 때까지, 또한 해당 프로그램에 대한 환자의 적격성에 따라 결정이 될 때까지 재정 지원에 대한 환자의 적격성 여부 결정을 보류할 수 있다.

4. 환자가 최초의 퇴원비 청구 고지서가 발행된 지 120 일 이내에 재정 지원 신청서를 작성하여 제출하지 아니하면 Dignity Health 는 Dignity Health 의 의료비 청구 및 미수금 회수 정책 #9.101 조항에 따라 ECA 와 같은 추가 회수 조치를 취할 수 있다.

5. Dignity Health 는 아래의 6 번 및 7 번 항목에 따라 각 신청인에게 재정 지원에 대한 각 신청인의 적격성 결정에 타당하게 요구되는 서류를 제출하도록 요청한다. 신청인이 이러한 서류의 일부 또는 일체를 제출할 수 없으면 Dignity Health 는 적격성 결정에 이를 반영한다. 적절한 상황에서 Dignity Health 는 일부 또는 일체의 서류 요건을 면제하고 추정 적격성 심사 또는 Medi-Cal 적격성 승인 절차를 통해 재정 지원을 승인할 수 있다. Dignity Health 는 환자 계정에 대한 심사 과정을 문서화하고 환자에게도 서면으로 승인을 고지한다.

- 6. 환자의 자선 지원에 대한 적격성을 결정할 때 환자에게 요구되는 서류는

소득세 신고서(소득세 신고서의 제출이 불가하면 급여명세서) 및 합리적인 자산 관련 서류로 한정되며, 연방세법(Internal Revenue Code)이 인정하는 퇴직연금제도 또는 이연보상제도 또는 비적격 이연보상제도에 따른 자산은 포함되지 아니한다. Dignity Health 는 Dignity Health 가 재정 기관 또는 상업적인 기관이나, 화폐성 자산으로 신청인 및 환자 가족의 자산가치를 입증하기 위하여 화폐성 자산을 보유하는 기타 주체로부터 계정 정보를 입수하도록 할 수 있는 권한이 있는 신청인 및 환자 가족에 대해 면제 또는 해제를 요구할 수 있다.

7. 환자의 할인 진료 또는 기타 재정 지원 적격 여부를 결정할 때 소득 관련 서류는 소득세 신고서로 한정되며, 소득세 신고서의 제출이 불가할 시 급여명세서로 한정된다. 또한, 신청인이 지급 계획의 연장을 요청한 경우 신청인은 필수 생활비 관련 서류를 제출하여야 한다.

8. Dignity Health 는 환자의 재정 지원 적격 여부를 결정할 때 환자 가족 소득 외에도 환자 퇴원 또는 서비스 날짜 이후 장애와 실직과 같은 불리한 재정 상황 또는 환자의 적격 서비스 지불 능력에 영향을 미치는 기타 상황을 고려할 수 있다

9. 재정 지원에 대한 적격성은 Dignity Health 가 본 정책에 명시된 정보를 수령하는 여하한 시점에 결정될 수 있다. 그러나 신청 기간 이내에 서류가 접수되지 않는 경우 Dignity Health 에서는 신청을 거부할 재량이 있다.

10. 환자가 본 정책에 명시된 재정 지원 적격성 요건을 충족하는지 여부를 결정하는 것과 관련하여 환자, 환자의 가족 또는 환자의 법률 대리인으로부터 입수한 정보는 미수금 회수 업무에 이용되지 아니한다.

11. Dignity Health 에서 재정 지원 신청서를 처리하는 시점에 연방 관보에 게재된 FPL 가이드라인은 환자 가족의 소득 측정 시 FPL 과 비교하여 활용된다. 현행 가이드라인은 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 에서 참조할 수 있다.

12. 환자가 1 개 이상의 할인 정책에 지원하여 이를 받을 수 있는 자격이 될 때, 해당 환자는 Dignity Health 의 정책에서 명시적으로 중복 할인을 허용하는 경우를 제외하고, 적격한 환자에 대하여 가장 큰 폭의 할인 1 건만을 받을 수 있는 자격이 주어진다.

D. 적격성 추정 결정

1. Dignity Health 는 일부 환자가 재정 지원 신청서를 작성할 수 없거나 서류의

요청에 응할 수 없거나 신청 절차를 진행할 수 없음을 이해한다. 또한, Medicaid 또는 Medi-Cal 프로그램에 따른 보장은 본 정책에 따른 재정 지원에 요구되는 FPL 한도를 초과하지 않는 소득의 증거가 될 수 있고 연방, 주 또는 지방에서 관리하는 빈곤층 진료 프로그램에 대한 참여는 의료 서비스 비용 지불 불능의 증거가 된다. 따라서 Medicaid 또는 Medi-Cal 프로그램으로부터의 서비스 거부는 재정 지원에 대한 자격 대상에 해당한다. 결과적으로 재정 지원에 대한 환자의 적격성이 공식적으로 재정 지원 신청이 완료되지 않은 채 결정되는 상황이 있을 수 있다. 이러한 상황에서는 Dignity Health 가 적격성 추정 결정을 할 수 있다. Dignity Health 는 적격성 추정 결정을 할 수 있는 권리를 보유하나 이는 의무 사항은 아니다.

2. Dignity Health 가 적격성 추정 결정을 하게 되면 Dignity Health 는 해당 환자에게 결정사항에 대한 서면 고지를 발송한다.

3. 환자가 할인 진료(자선 진료와 다름)를 받을 수 있는 자격이 있다고 추정적으로 결정되면 Dignity Health 는 다음을 이행한다.

- (a) 환자가 납부하여야 할 금액을 명확히 하기 위하여 미수금을 조정한다.
- (b) 적격성 추정 결정사항의 근거 및 재정 지원 정책에 따른 좀 더 다양한 지원에 대한 신청 방법에 관하여 환자에게 서면으로 고지한다.
- (c) 진료에 따른 채무에 대한 할인금액을 확보하기 위하여 본원이 ECA 에 착수하기 이전에 좀 더 다양한 지원을 신청할 수 있는 합리적인 신청 기간을 환자에게 고지한다.
- (d) 좀 더 다양한 재정 지원을 요구하는 재정 지원 신청서를 수령하는 즉시 해당 환자가 좀 더 다양한 재정 지원에 적격한지를 결정한다.

E. 환자에 대한 재정 지원 신청 심의 절차

1. 환자가 작성이 완료된 재정 지원 신청서를 제출하면(최초에 작성 완료하였는지, 아래에 명시된 합리적인 기간 이내에 작성 미완료 신청서를 수정하였는지 여부와 관계없음) Dignity Health 가 해당 환자가 해당 진료에 대한 재정 지원을 받을 수 있다고 결정하여, 적격성 결정사항(해당할 시 해당 환자가 받을 수 있는 지원 포함) 및 환자에 대한 결정사항에 대한 근거를 서면으로 고지하기 전까지 Dignity Health 는 여하한 ECA(과거의 진료비 미지급으로 진료가 연기 또는 거절된 경우의 ECA 는 예외로 함)를 중단한다.

2. 해당 환자가 본 정책에 따른 재정 지원에 적격하다고 결정하면 Dignity

Health 는 다음을 이행한다.

- (a) 재정 지원에 적합한 환자로서의 순 채무액을 명시한 청구서, 해당 금액 산정 방법, 진료에 대한 AGB 와 관련된 정보의 입수 방법을 해당 환자에게 제공한다.
- (b) 재정 지원에 적합한 환자로서 개인적으로 지급할 의무가 있는 순 금액을 초과하여 해당 환자가 해당 진료에 지급한 여하한 금액을 환급한다(단, 해당 금액이 \$5 또는 연방 국세청 관보에 IRS 가 게재한 지침에 규정된 금액의 미만이면 예외로 한다).
- (c) 여하한 ECA(과거의 의료비 미지급으로 진료가 연기 또는 거절된 경우의 ECA 는 예외로 함)를 취소하기 위한 일체의 합리적인 수단을 취하여야 한다.

3. Dignity Health 의 수권 대리인은 재정 지원에 대한 환자의 적격성을 평가하기 위하여 Dignity Health 가 신청 기간에 입수한 여하한 기타 정보와 더불어 작성이 완료된 재정 지원 신청서상에서 제공된 정보를 이용할 수 있다.

4. 재정 지원에 대한 적격성은 재정 지원 신청서 및 입증 서류와 본 정책에 규정된 적격성 기준 등의 Dignity Health 가 합리적으로 입수할 수 있는 정보에 근거하여 결정될 수 있다. 이러한 결정에 따라 본원의 총 청구금액에서 일정 금액이 할인되는 자선 진료 또는 할인 진료가 제공된다.

5. 재정 지원 요청에 대한 Dignity Health 의 승인 또는 거부에 대하여 적절한 방법으로 신청인에게 서면 고지한다.

6. 신청인이 재정 지원에 대한 거부 결정에 오류가 있었다고 판단하면 해당 신청인은 그러한 결정에 대하여 재고할 수 있도록 Dignity Health 에 요구할 수 있으며, 그러한 재고에 대한 본인의 요청을 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 Dignity Health 에 제공할 수 있다.

7. 분쟁이 있는 경우 신청인은 최초의 결정을 내린 본원 의료기관에서 Dignity Health 재정 상담사나 고객 서비스 팀장을 통하거나 서면 요청을 통해 Dignity Health 의 결정에 대한 재심을 청구할 수 있다.

8. 환자가 신청 기간 동안 작성이 미완료된 재정 지원 신청서를 제출하면

Dignity Health 는 다음의 조치를 취한다.

- (a) 해당 계정이 서비스 날짜로부터 360 일 또는 최초 진료비 청구서로부터 240 일 이내인 경우 환자의 재정 지원 자격을 충족하려는 시도로 PARO 심사를 실행한다.
- (b) PARO 심사 중 적격성을 결정할 수 없는 경우, Dignity Health 는 환자에게 재정 지원 정책을 제공할 수 있는 본원 또는 진료비 청구 사무실 연락처 정보와 재정 지원 신청서와 관련하여 지원할 수 있는 본원 사무실, 비영리 단체 또는 정부 기관의 연락처 정보 등 재정 지원 신청서 작성에 필요한 누락 정보를 요청할 수 있다.
- (c) 환자가 추가 정보/서류에 대한 요청에 회신하지 아니하는 합리적인 기간 이내에는 여하한 ECA 조치를 중단한다.

VII. 참고자료

- A. Dignity Health 관리 정책 #9.101, *환자에 대한 진료비 청구 및 미수금 회수 정책*
- B. Dignity Health 관리 정책 #9.100, *응급 의료 / 응급 치료 및 노동법(Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) 정책*
- C. Dignity Health 관리 정책 #70.2.001, *관리 할인 정책*
- D. Dignity Health 관리 정책 #60.4.015, *무주택자 계정 확인 정책*