

DIGNITY HEALTH 관리 정책 및 절차

발신: Dignity Health 이사회

제목: 재정 지원 정책 – 캘리포니아 주

시행일: 2017년 1월 1일

개정: 2016년 1월 1일; (4.50) 2006년 11월 14일; 2006년 6월 27일;
2005년 6월 2일; 2004년 5월 18일; 2004년 1월 27일

심의일(개정사항 없음): (4.50) 2009년 11월 16일

최초 시행일: (4.50) 2004년 1월 27일; 60.4.007 (2007년 5월 31일)

대체하는 문서: 관리 정책 4.50, 자선 진료/재정 지원 정책: 2004년 1월 27일
관리 정책 4.50, 환자 재정 지원 정책: 2004년 5월 18일
관리 정책 4.50, 환자 지급 지원 정책: 2005년 6월 2일;
2006년 6월 27일; 2006년 11월 14일
대체하는 문서: 관리 정책 60.4.007, 적격성 및 신청 정책, 재정
지원 절차: 2007년 5월 31일; 2007년 12월 19일;
2009년 2월 17일; 2009년 6월 1일; 2010년 2월 17일; 2011년
2월 8일; 2012년 1월 17일; 2013년 4월 8일

I. 정책

Dignity Health는 온정적인 의료, 양질의 의료, 합리적 가격의 의료 제공하며, 빈곤으로 인하여 의료 혜택의 기회가 없는 환자들을 대변한다. Dignity Health는 이러한 임무를 강화하기 위하여 의료 서비스 비용을 납부할 재정적인 능력이 없거나, 의료 서비스를 받지 못하는 재정 지원에 적격한 환자들에게 자선 진료 정책 및 할인 정책을 제공한다.

자선 진료 및 기타 소득 기준의 할인 정책에 대한 자격 요건은 본 재정 지원 정책에 명시되어 있다. 재정 지원은 개인의 책임을 대신하지 아니한다. 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)

의료보험에 가입할 수 있는 재정적인 능력이 있는 신청인에게는 보험 상품과 관련된 정보가 제공되며, 보험 적용이 권장된다. 또한, Medi-Cal 과 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 모든 환자에 대한 재정 지원의 적격성은 Dignity Health 가 환자에게 의학적인 선별검사와 관련 법률 및 Dignity Health 의 응급 진료/응급 처치 및 노동법(Emergency Treatment and Labor Act, EMTALA) 정책에서 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.

자선 진료 및 소득 기반의 재정 지원과 더불어, Dignity Health 는 적격한 환자들에게 소득에 기반하지 아니하는 할인 혜택을 제공한다. 환자들은 Dignity Health 의 재정 상담사에게 자세한 내용을 문의할 수 있다. 단, 재정 지원으로 할인 혜택을 받는 환자가 다른 Dignity Health 정책에서 명시적으로 허용되는 중복 할인을 신청하지 않으면 Dignity Health 의 다른 할인 혜택을 받을 자격이 주어지지 아니한다.

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

본 재정 지원 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 청구되는 최대 청구금액을 일반 청구금액(Amount Generally Billed, AGB)이라 한다. 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 비율로 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 비율의 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(해당하면)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

다음 중 더 최근에 해당하는 기간: (i) 환자의 퇴원 혹은 적격 서비스 이용일 이후 360 일, 또는 (ii) 적격 서비스 이용에 따른 최초의 퇴원비 청구서 발행일 이후 240 일에 해당한다.

자선 진료

자선 진료란 적격 서비스에 대한 비용을 지급하여야 하는 환자 및 환자 보증인의 재정적 의무 일체를 면제받을 자격이 있는 환자에게 전액으로 재정 지원을 하는 것을 말한다. 제삼자가 환자에게 제공된 적격 서비스 비용의 지급을 요청받는 경우 자선 진료로 해당 금액이 감면되지 아니한다.

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.

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, 필수 의료행위가 포함된다. 재정 지원 정책의 제공자 목록에 관련

의료인 또는 의료진, (해당 사항이 있을 시) 본 정책에 구체적으로 명시된 해당 의료인이나 의료진이 제공한 서비스 내용, 치료 내용, 또는 절차가 포함된 경우를 제외하고, 적격 서비스에는 의료 서비스, 진료 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 기관이나 신체 일부의 심각한 기능 장애 또는
- (b) 진통이 진행 중이며 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 생활비는 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 임시비를 말한다.

미수금 회수 특별 조치(Extraordinary

Collection Actions, ECA) ECA 에는

다음에 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 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 연방 관보(Federal Register)에 주기적으로 업데이트하는 빈곤 가이드라인에 따라 정의된다. 현행 FPL 가이드라인은 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 에서 참조할 수 있다.

재정 지원

본 정책에 명시된 자선 진료 또는 할인 진료를 말한다.

총 청구금액

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

소득

IRS(The Internal Revenue Service, 연방국세청)에서 정의한 수정된 총 조정 소득(Modified Adjusted Gross Income, MAGI)

필수 의료행위

본 재정 지원 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 다음이 포함된다.

- (a) 18 세 이상 환자의 경우 – 배우자, 동거인(캘리포니아 주 가족법 제 297 항의 정의에 따름) 및 21 세 미만의 부양자녀(동거 여부와 관계없음)
- (b) 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 적용되는 환자로 다음 2 가지 기준 중 1 개의 기준을 충족하는 환자를 말한다.

- (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 환자가 제공한 사항이 아닌 정보(예. 다른 복지 기반 프로그램의 적격성, 홀리스 상태)에 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 Medi-Cal Hospital 의 추정 적격성을 의미하지 아니한다.) Dignity Health 는 모든 범주의 재정 지원과 관련하여 자선 진료 또는 할인 진료의 제공을 위해 적격성 추정 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. 검토 절차는 Dignity Health 의 재정 지원 신청서를 따르도록 고안되었으며 검토 절차를 거쳐 반환된 정보는 환자로부터 추가 정보를 입수할 수 없는 경우 적절한 증빙 서류가 된다. 해당 절차를 통해 환자의 세대 구성원의 소득 및 규모에 대한 추정치가 제공되며 환자의 재정 지원 필요성과 관련된 기타 요소의 분석이 이루어진다.

합리적 지급 계획

합리적 지급 계획은 월 결제대금이 필수 생활비(위의 정의 참조)가 공제된 후 가족의 월 소득의 10%를 초과하지 않도록 지급 계획을 연장하는 것을 말한다.

무보험 환자

무보험 환자는 의료보험사, 의료 서비스 제도, 정부 지원 의료 프로그램(예: Medicare 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 모든 기관.

V. 재정 지원 프로그램

환자 또는 환자의 보증인은 신청 기간 중 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있다. 신청 기간 종료 이후 신청서가 제출된 경우 Dignity Health 는 해당 신청을 거부할 수 있다. 다만 Dignity Health 에서 신청 기간 내에 신청서가 제출되지 못한 사유를 고려하여 신청서가 적시에 제출되지 않았다 하더라도 신청인의 행위가 타당하다고 여겨질 경우 신청서 처리 절차를 진행할 수 있다.

A. 자선 진료(FPL 의 최대 200%)

환자 가족의 소득이 FPL 의 200% 이하인 환자는 환자가 받은 적격 서비스에 대하여 여하한 제삼자가 지급한 경우 지급 이후에 미수금 잔액의 100% 할인을 받을 수 있는 자격이 주어진다.

Dignity Health 는 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. 또한, 환자 가족의 화폐성 자산 중 최초의 일만 달러(\$10,000)는 적격성 여부 결정에 포함되지 아니하며, 최초의 \$10,000 를 초과하는 환자 가족의 화폐성 자산의 50%도 적격성 여부 결정에 포함되지 아니한다.

B. 무보험 환자 및 고액 진료비 환자에 대한 할인(FPL 의 350% 이하)과 지급 계획 연장

자선 진료 적격 대상이 아니며 환자 가족의 소득이 FPL 의 350% 이하인 비보험 환자와 고액 진료비 환자에게는 환자가 받은 적격 서비스에 대한 할인과 지급 계획 연장을 받을 수 있는 자격이 주어진다. 적격 서비스에 대한 예상 지급금액의 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 (ii) 어떤 상황에서도 환자에게 제공된 적격 서비스에 대한 AGB 를 초과하지 않는 금액으로 한정된다.

해당 할인을 받은 환자의 요청 시 기간이 경과한 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. 본원 및 환자가 지급 계획에 대한 합의에 이르지 못하면 본원이 합리적인 지급 계획을 시행하여 시간이 경과한 할인 금액을 지급할 수 있도록 한다.

C. 무보험 환자 추가 할인(FPL 의 350% 이상~500% 이하)

환자 가족의 소득이 FPL 의 350% 이상이면서 500% 이하인 비보험 환자와 고액 진료비 환자에게는 환자가 받은 적격 서비스에 대한 할인과 지급 계획 연장을 받을 수 있는 자격이 주어진다. 환자가 지급할 것으로 예상하는 금액에 대한 할인은 적용되는 AGB 를 초과하지 않는 금액으로 한정된다.

또한 해당 할인을 받는 환자의 요청 시 30 일 미만으로 경과된 할인 금액을 지급하도록 지급 계획을 연장할 수 있다.

D. 빈곤 지원 추가 할인

재정 지원 할인을 받는 환자 중 (1) 채무가 여전히 (a) 환자 가족의 소득 및 (b) 화폐성 자산의 합계 금액의 30%를 초과하는 환자, (2) 환자 가족의 다음 해 소득 예상액, 기존 또는 예상 의료 채무액과 같은 요소의 검토를 통해 청구 금액 지불 능력이 없다고 판단되는 환자의 경우 빈곤 지원 추가 할인을 받을 수 있다. Dignity Health 는 빈곤 지원 할인을 결정할 때 연방세법(Internal Revenue Code)이 인정하며 결정 시점 기준으로 효력이 있는 퇴직연금제도 또는 이연보상제도의 자산을 고려하지 아니한다.

환자가 적격성 기준을 모두 충족하는 경우 빈곤 지원 할인을 받게 되어 환자의 잔여 채무가 (1) 환자 가족의 소득 및 (2) 화폐성 자산의 합계 금액의 30%를 초과하지 않는 수준으로 감소한다.

E. 총 청구금액 신청에 대한 제한

재정 지원 정책에 따라 보장되는 여하한 진료(응급 의료 또는 비응급 의료, 필수 의료행위)의 경우 Dignity Health 가 본 재정 지원 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 본원이 결정한 환자에게 청구하는 순 금액이 해당 진료에 청구되는 총액을 초과하지 아니한다. Dignity Health 의 의료기관이 본 재정 지원 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 모든 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 프로그램에 대한 고지는 다음 장소를 모두 포함하여 일반 대중이 확인할 수 있는 장소에 분명하고 눈에 잘 띄 수 있도록 게시되어야 한다.

- (a) 응급실
- (b) 진료비 청구 사무실
- (c) 원무과
- (d) 기타 외래환자가 출입하는 장소
- (e) 본원의 재정적인 지원이 필요할 것으로 예상하는 자들이 출입할 것으로 타당하게 추정되는 기타 구역 및 장소

4. 안내서. Dignity Health 도 접수처, 원무과, 응급 의료 및 응급 진료 구역, Dignity Health 의 병원 캠퍼스에 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 본 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 웹사이트에서 확인 가능한 재정 지원 정책을 알기 쉬운 문체로 서술한 요약본을 작성하여야 하며, 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. 해당 목록은 <http://www.dignityhealth.org/cm/content/pages/billing-help.asp> 에서 확인 가능하며, Dignity Health 의 각 의료기관의 접수처에서 인쇄 사본을 입수할 수 있다.

B. 보험 및 정부 프로그램의 적격성 검토 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. Medicaid(해당할 시 Medi-Cal), 캘리포니아 아동 의료 서비스 프로그램, 또는 의료보험을 제공할 목적으로 기타 주(州)가 기금을 출연한 프로그램.

Dignity Health 는 모든 무보험 환자 또는 고액 의료비 환자가 본 적격성 검토 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 적격함을 결정하는 Dignity Health 의 대리인에게 요청할 수 있으며, 이때 Dignity Health 는 다음을 이행한다.

- (a) Medicaid(해당할 시 Medi-Cal)의 혜택 및 기타 공공 및 민영 의료보험, 주 또는 연방 혜택 거래소(Federal Health Benefit Exchange)에서 제공한 의료보험 등의 지원 프로그램에 대하여 모든 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 Health의 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. 정부 지원 의료 프로그램에 따른 해당 환자의 보증 신청이 Dignity Health의 재정 지원에 대한 적격성을 불가하게 하지 아니한다.

3. Dignity Health가 정부 지원 의료 프로그램(Medicare, Medicaid, CHIP(Children's Health Insurance Program, 아동 의료보험 프로그램))에 대한 자격이 있다고 판단하는 환자로부터 작성이 완료된 재정 지원 신청서를 수령하는 즉시, Dignity Health는 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 발행된지 120일 이내에 재정 지원 신청서를 작성하여 제출하지 아니하면 Dignity Health는 Dignity Health의 의료비 청구 및 미수금 회수 정책 #9.101 조항에 따라 ECA와 같은 추가 회수 조치를 취할 수 있다.

5. Dignity Health는 아래의 6번 및 7번 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 Health는 적격성 결정에 이를 반영한다. Dignity Health는 적절한 상황에서 서류 요건의 일부 또는 일체를 면제할 수도 있다. 이러한 면제에 대한 근거는 반드시 서류상에 기록하여야 한다.

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 Health는 Dignity Health가 재정 기관 또는 상업적인 기관이나,

화폐성 자산으로 신청인 및 환자 가족의 자산가치를 입증하기 위하여 화폐성 자산을 보유하고 있는 기타 주체로부터 계정 정보를 입수하도록 할 수 있는 권한이 있는 신청인 및 환자 가족에 대해 면제 또는 해제를 요구할 수 있다.

7. 환자의 재정 지원 할인에 대한 적격성을 결정할 때 소득 관련 서류는 소득세 신고서로 한정되며, 소득세 신고서의 제출이 불가할 시 급여명세서로 한정된다. 또한, 신청인이 지불 계획의 연장을 요청한 경우 신청인은 필수 생활비 관련 서류를 제출하여야 한다.

8. 환자의 재정 지원에 대한 적격성을 결정할 때 Dignity Health 는 환자 가족의 소득뿐 아니라 환자의 퇴원일 또는 서비스 이용일 이후의 불리한 재정 상황(예. 장애, 실직, 또는 환자의 적격 서비스 비용 지불 능력에 영향을 미치는 기타 상황)도 고려할 수 있다.

9. 재정 지원에 대한 적격성은 Dignity Health 가 본 정책에 명시된 정보를 수령하는 여하한 시점에 결정될 수 있다. 단, 재정 지원 신청서가 신청 기간 이내에 제출되지 않을 경우 Dignity Health 는 신청을 거부할 수 있는 재량을 지닌다.

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

11. 재정 지원 신청이 Dignity Health 에서 처리 진행되는 시점에 연방 관보에 게재된 FPL 가이드라인은 환자 가족의 소득 측정 시 FPL 과 비교하여 활용된다. 현행 가이드라인은 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 에서 확인할 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. 따라서 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 정책 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 재정 지원 정책에 따른 재정 지원에 적격하다고 결정하면 Dignity Health 는 다음을 이행한다.

- (a) 재정 지원에 적격한 환자로서의 순 채무액을 명시한 청구서, 해당 금액 산정 방법, 진료에 대한 AGB 와 관련된 정보의 입수 방법을 해당 환자에게 제공한다.
- (b) 재정 지원에 적격한 환자로서 개인적으로 지급할 의무가 있는 순 지급액을 초과하여 해당 환자가 해당 진료에 지급한 여하한 금액을 환급한다(단, 해당 금액이 \$5 또는 연방국세청 관보에 게재된 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 Dignity Health 의 정책에 따른

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 재정 지원 정책에 규정된 적격성 기준 등의 Dignity Health 가 합리적으로 입수할 수 있는 정보에 근거하여 결정될 수 있다. 이러한 결정에 따라 자선 진료 또는 본원의 총 청구금액에 대한 할인이 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, 재고 요청을 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 Dignity Health 에 제공할 수 있다.

7. 분쟁이 있는 경우 신청인은 최초의 결정을 내린 본원에서 근무하는 고객 서비스 팀장을 통하여 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) 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 정보를 명시한 서면 고지를 환자에게 발송한다.
- (b) 환자가 추가 정보/서류에 대한 요청에 회신하지 아니하는 합리적인 기간 이내에는 여하한 ECA 조치를 중단한다.

VII. 참조

- 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*