

 Sheppard Pratt		Policy Number: HS-130.4.c
		Page 1 of 6
Manual: Sheppard and Enoch Pratt Hospital Administrative Manual		Effective: 2/26/2021
Section: 100 - Health System	Sub-section: 130 - Finance	Prepared by: Kelly Savoca
Title: Financial Assistance – Patient Financial Services - Korean		

정책

Sheppard Pratt 보건 시스템(이하 "보건 시스템")은 환자에게 최상의 치료와 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 환자를 지원하기 위해, 인종, 피부색, 종교, 계통이나 국적, 성별, 나이, 결혼 여부, 성적 취향, 성 정체성, 유전 정보 또는 장애에 관계없이 제공된 서비스에 대한 비용을 지불할 수 없고 이 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, "FAP")에 정해진 기준을 충족하는 환자에게는 재정 지원을 제공합니다.

목적

보건 시스템 고객을 위한 자선 지원의 신청/승인의 자격 기준 및 절차를 수립합니다.

절차

1. 정의

일반 청구 금액: 응급 치료나 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 보험에 가입한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액으로, 본 자료의 섹션 3에 자세히 설명되어 있습니다.

코드 섹션 501(r): 내국세법 501(r)항 및 그에 따라 공포된 규정(수시로 개정됨).

응급 치료: 환자의 건강 상태가 심각한 위험에 처하거나 신체 기능의 심각한 손상 및 또는 장기나 신체 부위의 심각한 기능 장애가 발생하지 않도록 방지하는 데 필요한 즉각적인 치료.

총 청구액: 항목 및 서비스에 대해 할인, 계약상 수당 또는 공제를 적용하기 전에 보건 시스템에서 청구하는 전체 금액.

가구: 환자의 가족가계 소득을 결정할 때 가구는 환자 및 다음 개인으로 구성됩니다: (i) 배우자(환자와 배우자가 공동으로 연방 또는 주 납세 신고서를 제출하는지 여부와 관계없음), (ii) 생물학적 자녀, 입양 자녀 또는 의붓 자녀, (iii) 환자가 연방 또는 주 납세 신고 시 개인 소득세 공제를 신청하는 대상. 환자가 어린이인 경우, 가구는 해당 어린이와 다음 개인으로 구성됩니다: (i) 친부모, 양부모, 또는 의붓 부모나 후견인, (ii) 생물학적 형제자매, 입양된 형제자매, 또는 (iii) 의붓 형제자매, (iii) 환자의 부모 또는 후견인이 연방 또는 주 납세 신고 시 개인 소득세 공제를 신청하는 대상.

의학적으로 필요한 치료: 담당 의사 또는 기타 면허를 소지한 의사가 임상적 징증을 확인한 후 의학적으로 필요하다고 판단한 서비스 또는 치료.

환자: 보건 시스템에서 응급 또는 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람 및 환자 치료에 대해 재정적 책임을 지는 사람.

추정 수입 자격: 보건 시스템이 이전의 자격 결정 및 또는 해당 개인 이외의 출처에서 얻은 정보를 사용하여 재정 지원 자격을 결정하는 절차.

보험 미가입: 보험에 가입하지 않았거나 의료 기관에 대한 재정적 책임을 해결하는 데 도움을 주는 제 3자 지원이 없는 환자.

부분 가입: 보험 보장이 제한적이거나 보장 내용에 환자의 본인 부담 책임이 포함되어 있으므로 재정 지원이 필요한 환자.

책임 당사자: 보건 시스템이 제공하는 서비스와 관련하여 환자, 계정 보증인 또는 해당 서비스에 대한 지불을 책임지는 사람

2. 재정 지원 자격

A. 일반 기준

재정 지원을 받을 수 있는 서비스에는 응급 치료, 보건 시스템에서 의학적으로 필요한 치료로 간주하는 서비스, 일반적으로 사망 또는 환자 건강에 대한 부작용을 예방하기 위한 긴급하고 필수적인 치료가 포함됩니다.

보건 시스템이 단독 재량으로 결정한 바에 따라 응급 또는 의학적으로 필요한 치료로 간주되지 않는 특정 서비스는 이 FAP에 따른 재정 지원을 받을 수 없습니다. 제외되는 서비스에는 긴급을 요하지 않는 서비스, 교육 프로그램 요양, 럭스톤 하우스(Ruxton House) 및 상기 범주와 관련된 부수적 서비스가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

또한 케어코그 신자는 보건 시스템의 별도 케어코그 교도 재정 지원 정책(FAP)에 따라 별도 지원 및 또는 추가 지원을 받을 수 있습니다. 케어코그 신자 재정 지원 정책에 대한 자세한 내용은 환자 재정 서비스 부서에 문의하시기 바랍니다.

보건 시스템의 결정에 따라 참작할 만한 상황이 없는 경우, 이 FAP에 따라 보건 시스템이 제공하는 재정 지원은 환자가 이용할 수 있는 다른 모든 제3자 및 재정 지원(산재 보상 보험, Medicaid 및 기타 지역, 주, 연방 프로그램 “제3자 지원”)을 포함하되 이에 국한되지 않음)에 부차적으로 제공됩니다. 보건 시스템에 요청된 정보를 제공하지 않거나 거부하는 환자는 보건 시스템의 단독 재량으로 이 FAP에 따른 재정 지원을 받을 자격이 없는 것으로 간주될 수 있습니다. 마찬가지로, 이 FAP와 관련하여 허위 정보 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 환자는 보건 시스템의 단독 재량으로 이 FAP에 따른 재정 지원을 받을 자격이 없는 것으로 간주될 수 있습니다.

B. 재정 기준

보험 미가입 또는 부분 가입 환자는 아래에 설명된 특별 재정 기준, 제한 및 예외 사항에 따라 지원을 받을 수 있습니다.

- 가계 소득이 연방 빈곤 기준(Federal Poverty Guidelines)의 300% 이하인 환자는 무료로 치료를 받을 수 있습니다(100% 할인).
- 가계 소득이 연방 빈곤 기준의 500% 미만에 재정적 어려움까지 겪고 있는 환자는 할인 치료(Reduced-Cost Care)로 50% 할인을 받을 수 있습니다. 이 조항에서 재정적 어려움이란 12개월 동안 가족에게 발생한 의료 채무 병원에서 청구하는 의료비에 대한 공동 부담금, 공동 보험료, 공제액을 제외한 본인 부담금)가 가족 소득의 25%를 초과하는 경우를 의미합니다.

위의 기준에도 불구하고 누적 자산이 개인당 \$10,000 또는 가구당 \$25,000인 환자(소비자 물가 지수에 따라 2020년 10월 1일부터 매년 인플레이션을 감안해 조정)는 50% 만 지원받을 수 있습니다. 이 자산 평가 시 다음 자산은 앞서 언급한 제한 금액에서 제외됩니다. (i) \$150,000를 초과하지 않는 주 거주지 자산, (ii) 국세청이 퇴직 계정으로써 세금 우대를 허용한 퇴직 자산(내국세법에 따라 자격이 있는 이연 보상 계획 또는 비적격 이연 보상 계획을 포함하되 이에 국한되지 않음), (iii) 환자 또는 환자의 가족 구성원의 운송에 필요한 차량 1대 (iv) 사회 보장법에 따른 의료 지원 프로그램의 재정적 적격성 결정에서 제외된 모든 지원, (v) 메릴랜드 529 프로그램 계정으로 선납된 고등 교육 기금

소득과 자산이 정해진 자격 기준을 초과하지만 계정 잔액의 전부 또는 일부를 지불할 수 없다고 진술하는 환자는 사례별로 추가적인 평가를 받을 수 있습니다. 전체 또는 부분 재정 지원에 대한 자격은 정상 참작 상황뿐만 아니라 환자의 전체적인 재정 상황을 고려한 후 결정됩니다. 자격 상태를 결정하는 추가적인 기준으로는 고용 상태, 미래 소득 능력, 기타 재정 지원 등이 있습니다. 보건 시스템의 시명 및 서비스 지역에 따라 가계 소득이 연방 빈곤 기준의 300%~500%인 환자는 보건 시스템의 별도 청구 및 수금 정책(아래 섹션 9 참조)에 따른 지불 계획의 대상이 됩니다.

환자의 적격성을 결정할 때 보건 시스템은 환자의 시민권 또는 이민 상태를 고려하지 않습니다. 또한 보건 시스템은 인종, 피부색, 종교, 계통이나 국적, 성별, 나이, 결혼 여부, 성적 취향, 성 정체성, 유전 정보 또는 장애를 근거로 재정 지원을 보류하거나 재정 지원 신청을 거부하지 않습니다.

C. 적격성 결정 프로세스

제출된 재정 지원 신청서를 검토할 때 보건 시스템은 다음 프로세스를 따릅니다. (i) 환자가 건강 보험에 가입되어 있는지 확인합니다. (ii) 환자가 메릴랜드 법에 따라 무료 또는 할인 치료를 받을 자격이 있는지 결정합니다. (iii) 보험 미가입 환자가 공공 또는 민간 건강 보험에 대한 자격이 있는지 결정합니다. (iv) 환자가 공공 또는 민간 건강 보험을 신청하기로 선택한 경우, 가능한 한 보험 미가입 환자에게 지원을 제공합니다. (v) 해당되는 범위 내에서, 환자가 다른 의료 지원 공공 프로그램에 대한 자격이 있는지 여부를 파악합니다. (vi) 가능한 경우, 보건 시스템이 보유한 정보를 사용하여 환자가 병원의 재정 지원 정책에 따라 무료 또는 할인 치료를 받을 자격이 있는지 확인합니다.

3. 재정 지원 금액 결정

재정 지원 자격이 확인되면 보건 시스템은 재정 지원 대상 환자에게는 응급 치료나 의학적으로 필요한 치료에 대해 보험 가입 환자에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이상의 금액을 청구하지 않습니다(“AGB 제한”). 해당되는 범위 내에서, 할인 치료에 대한 최대 환자 지불액은 해당 치료에 대한 보건 시스템의 비용에서 보건 시스템의 가산금을 차감한 금액보다 높지 않아야 합니다(가산금에 관한 정보는 다음 단락 참조).

메릴랜드 주법에 따라 할인이 적용되는 요금은 메릴랜드주 요금 규제 기관인 보건 서비스 비용 심사 위원회(Health Services Cost Review Commission, “HSCRC”)에서 결정하며 모든 납부자에게 동일하게 적용됩니다. 따라서 해당되는 범위 내에서 AGB는 전형적 방법에 따라 결정되며 HSCRC가 보건 시스템에 대해 정한 요금을 기준으로 합니다. 또한 보건 시스템은 HSCRC가 정한 요금에 대해 가산금 또는 기타 수수료를 부과하지 않습니다.

4. 재정 지원 신청

재정 지원 자격을 결정하려면 책임 당사자를 포함한 환자가 작성한 재정 지원 신청서와 신청서에 필요한 모든 증빙 서류를 제출해야 하며, 보건 시스템의 환자 재정 서비스 부서 담당자와 만나거나 상의해야 할 수 있습니다. 환자는 재정 지원을 신청할 때 필요한 정보와 서류를 제출해야 합니다. 필요한 정보는 신청서와 첨부된 지침에 명시되어 있습니다.

보건 시스템에 제출된 재정 지원 신청서는 재정 상황에 변경이 없는 한 제출일로부터 최대 12개월 동안 사용될 수 있습니다.

추심업체 또는 기타 제3자로 위탁된 이후를 포함하여 청구 기간의 어느 시점에서든 재정 지원 신청서를 접수할 수 있습니다. 단, 제3자 지원을 받고 있거나 받을 자격이 있는 환자는 먼저 해당 제3자 지원을 모두 신청하고 지원금을 소진한 이후, 이 FAP 재정 지원을 신청해야 보건 시스템이 단독 재량에 따라 결정된 대로 처리 고려합니다.

5. 지원 승인 또는 거부 통지

환자 재정 서비스 부서는 재정 지원 신청서를 접수한 후 14일 이내에 신청서의 승인 또는 거부 여부를 환자에게 서면으로 알립니다. 신청서가 승인된 경우 서신에 승인된 지원 금액이 표시됩니다. 신청이 거부된 경우 거부 사유가 서신에 설명됩니다. 신청서가 불안정한 경우, 환자에게 재정 지원 신청서에 추가로 제출해야 할 정보 및 또는 서류와 누락된 정보의 제출 장소를 서면 목록으로 제공합니다.

거부 사유로는 다음 항목이 포함됩니다.

- 신청 정보 누락
- 초과 소득 또는 자원

6. 이의 제기

재정 지원을 받을 자격이 없다고 결정되거나 이 재정 지원 정책(FAP)의 최대 지원액(100%) 미만의 지원 금액이 책정된 모든 환자는 30일 이내에 이의를 제기하여 추가 재정 지원을 요청할 수 있습니다. 환자는 이때 자신의 요청을 뒷받침하는 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

메릴랜드주 보건 교육 옹호부(HEAU)는 환자의 재심사 요청서 제출과 중재를 지원합니다. HEAU 연락처 정보는 다음과 같습니다.

HEAU 핫라인
 월~금 오전 9시~오후 4시 30분
 410-528-1840
 무료 전화: 1-877-261-8807
 팩스: 410-576-6571
heau@oag.state.md.us
www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau/default.aspx

메릴랜드 법규 19-214.1 항 또는 19-214.2 항에 따른 위반 혐의에 관한 불만 사항은 환자 또는 환자의 권한을 위임 받은 대리인이 HSCRC(Health Services Cost Review Commission) 및 HEAU(Health Education and Advocacy Unit)에 이메일(hscrc.patient-complaints@maryland.gov)로 제출할 수 있습니다.

7. 추정 자격

합리적이고 이해할 만하다고 간주되는 특정 상황에서는 재정 지원 신청서 및 증빙 서류가 미비하다고 해서 반드시 지원이 거부되지는 않습니다. 환자가 재정 지원 자격을 뒷받침하기에 충분한 정보를 제공하지 않는 경우, 보건 시스템은 외부 출처 및 또는 기타 프로그램 등록 자료를 참조하거나 활용하여 환자의 자격을 판단할 수 있습니다. 아래에 제공된 경우를 제외하고 추정 자격은 환자의 특정 서비스 날짜에만 적용됩니다. 추정 자격은 다음 기준에 따라 결정합니다.

- Medicaid 자격 환자: 현재는 전체 Medicaid 보장을 받을 자격이 있지만 서비스 날짜에는 자격이 되지 않았던 환자의 잔액
- 환자가 노숙자인 경우
- 불리한 신용 보고서 또는 기타 제 3자 재무 정보가 있는 환자
- 재산이 없이 사망한 환자
- 현재 메릴랜드주 외부에 거주하고 있으며 타주 Medicaid 자격이 있는 환자

또한, 메릴랜드 의료 지원 프로그램 또는 메릴랜드 아동 건강 프로그램에 대한 자격이 없는 환자는 다음 기준 중 하나라도 적용되는 경우 추정 자격을 얻을 수 있습니다.

- 가족 중에 무료 및 할인 식사 프로그램에 등록된 자녀가 있습니다.
- 연방 영양 보충 지원 프로그램의 혜택을 받습니다.
- 주의 에너지 지원 프로그램의 혜택을 받습니다.
- 여성, 유아, 이동을 위한 연방 특별 보조 식품 프로그램의 혜택을 받습니다.
- 메릴랜드주 보건부와 HSCRC에서 결정한 기타 사회 복지 프로그램의 혜택을 받습니다.

8. 재정 지원 정책 간행물

보건 시스템의 FAP, 재정 지원 신청서, 읽기 쉬운 요약서(번역은 포함)는 요청 시 무료로 환자에게 제공됩니다. 또한 언어 지원이 필요한 환자는 스페인어, 러시아어, 한국어, 중국어, 타갈로그어, 우르두어, 베트남어, 프랑스어 및 기타 언어로 번역 서비스를 요청하실 수 있습니다(이용 가능 여부 및 일정은 변경될 수 있음).

FAP, 재정 지원 신청서, 읽기 쉬운 요약서는 보건 시스템의 다음 장소에서 요청 시 받을 수 있습니다.

- 환자 접수 및 입원 장소
- 위기 위크인 클리닉
- 환자 재정 서비스 부서 (메릴랜드주 토우슨)

입원 환자 병원 서비스를 위한 입원 수속 중, 환자에게 FAP의 알기 쉬운 요약서가 포함된 패키지를 드립니다.

다음 번호로 전화 요청 시 FAP, 재정 지원 신청서, 알기 쉬운 요약서를 우편으로 보내 드립니다.

- 환자 재정 서비스 부서 – (410)-938-3370 또는 1-(800)-264-0949 (수신자 부담 전화)
- 보건 시스템이 계정을 위탁한 각 추심업체

또한 온라인상의 다음 보건 시스템 웹사이트에서도 FAP, 재정 지원 신청서, 알기 쉬운 요약서를 볼 수 있습니다.

- www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/

또한 보건 시스템은 다음과 같은 방법으로 재정 지원 가능 여부를 전달합니다.

- 모든 환자 청구 명세서를 통한 통지
- 접수 및 입원 수속 구역에 게시된 표지판
- 위기 위크인 클리닉에 게시된 표지판
- 입원 시 제공되는 FAP 및 지원 신청 방법을 요약한 환자 브로셔
- 추가적인 대중 참여 업무

9. 미납 조치

재정 지원 신청서 및/또는 지불을 받지 못한 경우 보건 시스템의 추심 조치는 별도의 청구 및 수금 정책에 설명되어 있습니다. 요컨대, 보건 시스템은 추심을 위한 특정 조치를 취하기 전에 환자에게 FAP 관련 정보를 제공하기 위해 특정한 노력을 기울입니다. 자격 기준이 충족되면 추심업체에 위탁한 잔액에 대해서도 재정 지원 공제를 받을 수 있습니다. 청구 및 수금 정책 자료(번역본 포함)는 위 섹션 7과 동일한 방식, 동일한 장소에서 받을 수 있습니다.

10. 적격 제공자

보건 시스템에서 제공하는 치료 외에, 병원 시설에서 아래의 제공자가 제공하는 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료에도 이 FAP가 적용됩니다.

- Sheppard Pratt Physicians, P.A.

참고 문헌

HS-130.11 Patient Financial Assistance - Plain Language Summary(환자 재정 지원 - 읽기 쉬운 요약서)

첨부**개정 날짜:**

2/14, 6/18, 7/18, 11/19, 2/20, 11/20, 1/21

검토 날짜:

12/05, 5/08, 10/11, 3/14, 6/18, 7/18, 11/19, 2/20, 11/20, 1/21

서명

Harsh Trivedi: 2021 년1 월26 일

Kelly Savoca: 2021 년1 월12 일

References:**Attachments:****Revised Dates:**

11/19, 5/20, 2/21

Reviewed Dates:

7/18, 11/19, 5/20, 2/21

Signatures:

Harsh Trivedi: 2/21/21

Kelly Savoca: 2/26/21