

제목: <b>Providence</b> 재정 지원(자선 치료) 정책 - 워싱턴	정책 번호: PSJH RCM 002 WA	
부서: Revenue Cycle Management(수입 사이클 관리)	<input checked="" type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 개정본 <input type="checkbox"/> 검토본	날짜: 3/22/2019
프로젝트 후원자: Kimberly Sullivan, SVP Revenue Cycle (수입 사이클) 최고 관리자	정책 소유자: Lesia Ellis, 직접 재정 상담 및 지원	
승인자: PSJH 이사회	실행 날짜: 5/1/2019	

Providence는 가톨릭 비영리 의료 기관으로 모든 사람, 특히 가난하고 취약한 사람들에게 봉사하고자 하는 사명에 대한 헌신, 연민, 존엄성, 공정성, 우수성 및 진실성의 핵심적 가치관과 건강 관리는 인간의 권리라는 믿음을 통해 운영되고 있습니다. 긴급하고 의학적으로 필요한 의료 서비스가 지급 능력과 상관없이 본 병원이 제공하는 지역사회 모든 사람들이 쉽게 이용할 수 있도록 하는 것이 각 Providence 병원의 철학이자 실천입니다.

**범위:**

본 정책은 워싱턴주에 위치한 Providence Health & Services-Washington(“Providence”) 병원 및 워싱턴에 위치한 Providence 병원에서 제공하는 응급, 긴급 및 기타 의학적으로 필요한 모든 서비스에 적용됩니다(실험 또는 연구 치료 제외). 본 정책으로 보장되는 Providence 병원 목록은 부록 A 보장 시설 목록(Exhibit A Covered Facilities List)에서 볼 수 있습니다.

본 정책은 수정된 대로 1986년 내국세법 501(r)절에 따른 방식으로 해석되어야 합니다. 이러한 법 조항과 본 정책 간 충돌이 있는 경우 이러한 법이 우세합니다.

**목적:**

본 정책의 목적은 Providence 병원에서 제공한 의학적으로 필요한 응급 및 기타 병원 서비스에 대해 전액 또는 일부를 지불할 수 없는 유자격 개인에게 재정 지원(자선 치료)을 제공하기 위한 공정하고, 차별 없이 효과적이고 확실적인 방법을 보장하기 위한 것입니다.

본 정책의 의도는 모든 연방, 주 및 지방 법을 준수하는 것입니다. 본 정책 및 여기에 나와 있는 재정 지원 프로그램은 Providence에서 소유, 임대 또는 운영하는 각 병원에 대한 공식 재정 지원 정책(‘FAP’) 및 응급 의료 치료 정책을 구성합니다.

**정책:**

Providence는 의학적으로 필요한 응급 및 기타 병원 치료를 받는 데 서비스에 대한 지급 능력이 장애물이 되고 다른 보장 출처를 찾을 수 없는 유자격 저소득, 보험 미가입 및 부분적으로만 보험에 가입한 사람들에게 무료 또는 할인된 병원 서비스를 제공합니다. 환자는 자격이 되려면 본 정책에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다.

전용 응급 부서가 있는 Providence 병원들은 응급 의료 상태(응급의료법(Emergency Medical Treatment and Labor Act)의 정의에 따름)의 경우 환자의 지급 능력이나 재정 지원 수령 자격 여부를 따지지 않고 가용한 역량에 따라 차별 없이 의료 서비스를 제공합니다. Providence는 재정 지원을 결정할 때 연령, 인종, 피부색, 신조, 민족, 종교, 국적, 결혼 유무, 성별, 성적 지향, 성 정체성 또는 성 표현, 장애, 참전 용사 또는 병역 상태, 기타 연방, 주 또는 지방 법이 금지하는 기준으로 차별을 하지 않습니다.

Providence 병원은 응급 의학 선별 검사 및 안정 치료를 제공하거나 개인을 42 C.F.R 482.55에 따라 이송이 적절한 경우 의뢰하고 이송할 것입니다. Providence는 응급 의료 치료 제공을 방해하는 채권 추심 활동을 허용하는 등 개인이 응급 의료 치료를 받지 못하도록 하는 모든 조치, 입원 관행 또는 정책을 금지합니다.

**Providence FAP 대상 전문가 목록:** 각 Providence 병원은 서비스를 제공하는 본 정책을 통해 보장되고 보장되지 않는 의사, 의료 그룹 또는 기타 전문가들의 목록을 구체적으로 밝힙니다. 각 Providence 병원은 사본을 요청하는 환자에게 이 목록을 제공합니다. 의료 제공자 목록은 또한 Providence 웹사이트([www.providence.org](http://www.providence.org))에서 볼 수 있습니다.

**재정 지원 신청 자격 요건:** 재정 지원은 이러한 지원이 본 정책을 따르고 환자에게 허용되는 보조금을 관장하는 연방 및 주 법률을 따르는 경우 보험 미가입 및 가입 환자 및 보증인 모두 신청 대상이 됩니다. Providence 병원은 환자에게 모든 추심 행동을 지시하기 전에 Providence 병원에서 제공한 치료에 대해 전액 또는 일부 지급할 수 있는 제삼자의 보장이 존재 또는 존재하지 않는지 알아보기 위해 합리적인 노력을 할 것입니다.

재정 지원을 신청하는 환자는 표준 Providence 재정 지원 신청서를 작성해야 하며 자격 여부는 해당되는 경우 서비스 날짜 또는 신청 날짜를 기준으로 재정 필요성을 근거로 결정합니다. 환자는 시간이 지나면서 재정 상황이 악화된 경우 이전 신청이 거부되었거나 부분적으로 승인되었다 하더라도 재정 지원을 다시 신청할 수 있습니다. 재정 지원 가용성에 대해 입원 및 퇴원 중, 청구 또는 추심에 관한 서면 통신상에, 환자가 접근할 수 있는 청구 또는 재정 서비스 영역에, 병원 웹사이트에, 결제 논의 중 구두 통지를 통해 그리고 입원 및 응급 부서 등과 같이 사람이 많은 입원 환자 및 외래 환자 구역에 표지판 등으로 정보를 제공하여 환자들에게 통지하고 알리는 데 합리적인 노력을 할 것입니다. 번역 서비스는 병원 서비스 구역 내 인구 중 10% 이상이 사용하는 모든 언어로 이용할 수 있도록 할 것입니다.

**재정 지원 신청하기:** 환자 또는 보증인은 재정 지원 신청을 무료로 요청 및 신청할 수 있으며, 신청서는 Providence 부서나 다음 방법을 통해 요청 및 제출할 수 있습니다: 퇴원 시 또는 퇴원 전에 환자 재정 서비스 상담 직원을 통해 지원을 요청하고 작성 완료된 서류를 제출, 우편으로 또는 [www.providence.org](http://www.providence.org)를 방문하여 신청서를 다운로드한 후 작성 완료된 신청서와 서류를 함께 제출. 재정 지원을 신청하는 사람은 예비 적격 심사를 거치며, 여기에는 환자가 빈곤한지 또는 제3의 출처에서 지급받을 자격이 없는지에 대한 검토를 포함합니다.

각 Providence 병원은 환자가 재정 지원 신청서를 작성하고 Providence 재정 지원 또는 해당되는 경우 정부 지원 보험 프로그램의 재정 지원 수령 자격 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수 있는 직원을 지명해야 합니다. 모든 질문이나 우려 사항을 해결하고 재정 지원 신청서 작성을 도와줄 수 있는 통역 서비스를 이용할 수 있습니다.

재정 지원 신청 자격이 있을 수 있는 환자 또는 보증인은 관련 연방 및 주 규정에 따라 당사자의 소득이 최소 FPL 이하에 해당한다는 사실을 알게 된 경우 언제든지 수령 자격 결정을 뒷받침할 수 있는 충분한 서류를 Providence에 제공할 수 있습니다.

Providence는 워싱턴주 행정법(WAC) 246-453-020에 따라 해당자의 소득이 연방 빈곤 기준의 200% 이하라는 사실을 인지하는 경우에 언제든지 수령 자격을 결정할 수 있음을 인정합니다. 또한, Providence는 WAC 246-453-010에 명시된 대로 환자를 곤궁한 처치로 판정한 최초 결정만을 기준으로 재정 지원을 승인할 수도 있습니다. 이 경우에는 증빙 서류를 요구하지 않기도 합니다.

**개인 재정 상황:** 환자의 소득, 현금 자산 및 지출을 사용해 환자의 개인 재정 상황을 평가합니다. FAP 목적으로 워싱턴주는 WAC 246-453-010에 따라 소득과 가족을 정의합니다. Internal Revenue Code(국내세법)에 의거하여 인정되는 퇴직 또는 이연보상플랜 또는 인정되지 않는 이연보상플랜은 현금 자산으로 포함되지 않습니다. 환자 또는 보증인의 소득이 연방 빈곤 기준의 200% 이하인 경우 현금 자산은 적격성 결정에 사용되지 않습니다.

**소득 자격 요건:** 무료 또는 할인된 치료를 받을 수 있는 자격을 결정하는 데 연방 빈곤 수준(FPL)에 따른 소득 기준을 사용할 수 있습니다. 자세한 내용은 부록 B를 참조하십시오.

**결정 및 승인:** 환자는 작성 완료된 재정 지원 신청 및 필요한 서류의 제출 14일 이내에 FAP 수령 자격 결정에 대한 통지를 받게 됩니다. 신청이 접수되면, 수령 자격에 대한 서면 결정서가 환자에게 송부될 때까지 특별 추심 활동은 보류됩니다. 병원은 정확하지 않거나 신뢰할 수 없다고 믿는 정보를 근거로 재정 지원에 대한 수령 자격 결정을 내리지 않습니다.

**분쟁 조정:** 환자는 거부 통지서 수령 후 30일 이내에 관련 서류를 보강하여 병원에 재정 지원에 대한 부적격 결정에 대한 이의를 신청할 수 있습니다. 모든 이의 신청은 검토되며 검토를 통해 거부가 정당한 것으로 확인되면 주법에 따라 보증인과 요구될 경우, Department of Health(보건부)에 서면 통지가 송부됩니다. 최종 이의 신청 절차는 병원의 거부 통지를 수령한 후 10일 이내에 완료됩니다. 이의 신청은 PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395로 보내면 됩니다.

**추정 자선기금:** Providence는 전액 재정 지원 신청 이외의 방식으로 계정 잔액에 대한 자선기금 조정으로 환자를 승인할 수 있습니다. 이러한 결정은 가구 소득, 가구 크기, 신용 및 지급 이력 등을 포함하지만 이에 국한되지 않는 공개적으로 이용 가능한 재정 기록 또는 기타 기록을 근거로 하여 지불 능력을 평가하는 업계에서 인정하는 재정 평가 도구를 사용한 추정을 기반으로 이루어집니다.

**기타 특수 상황:** Medicaid 및 기타 정부 후원 저소득 지원 프로그램 등과 같이 FPL 자격 프로그램의 수령 자격이 있는 환자는 빈곤한 것으로 간주합니다. 따라서 프로그램에서 지급을 거부하고 이후 비용을 환자에게 청구 가능한 것으로 여기는 경우, 이러한 환자는 재정 지원 수령 자격이 있습니다. 변제 불가능한 비용으로 인한 환자의 계정 잔액은 전액 자선기금으로 탕감될 수 있습니다. 특히, 다음과 관련이 있는 비용은 자격이 있는 것으로 포함됩니다.

- 거부된 입원환자 체류
- 입원환자 치료 일수 거부
- 비보장 서비스
- 치료 승인 요청(TAR) 거부
- 제한된 보장으로 인한 거부

**엄청난 의료 비용:** Providence는 자체 재량에 따라 엄청난 의료 비용이 발생한 경우 자선기금을 승인합니다. 이러한 환자는 개별 기준에 따라 취급됩니다.

**재정 지원 자격이 있는 모든 환자에 대한 청구액 제한:** 상기 언급된 지원 범주에 자격이 있는 환자는 아래 정의된 대로 총 청구액의 "일반 청구 금액"(AGB) 비율 이상은 개인적인 책임이 없습니다.

**합리적인 납부 계획:** 환자가 부분적 재정 지원을 승인받았지만 여전히 지급해야 할 금액이 남아 있는 경우 PSJH는 납부 계획 조정을 협상합니다. 합리적인 납부 계획은 환자가 재정 지원 신청서에 열거한 필수 생활비(Essential Living Expenses) 공제를 제외한 환자 또는 가족의 월 소득의 10% 이상이 되지 않는 월 납부액으로 구성되어야 합니다.

**청구 및 추심:** 이용 가능한 할인 적용 후에도 환자 또는 보증인이 갚아야 할 지급하지 않은 금액은 추심 기관으로 넘어갑니다. 미지급 금액에 대한 추심 활동은 FAP 수령 자격에 대한 최종 결정 보류를 중단시킵니다. Providence는 (a) 환자의 재정 지원 자격 여부를 결정하기 위해 합리적인 노력을 하거나 (b) 환자에게 첫 번째 명세서를 송부한 후 120일 이전에는 특별 추심 활동을 수행하거나 허용하거나 추심 기관에 이러한 활동을 허용하지 않습니다. 환자가 지급해야 할 금액에 대한 Providence의 청구 및 추심 실행에 대한 정보는 Providence 병원의 정책을 참조하십시오. 병원 정책은 각 Providence 병원의 등록 청구 또는 [www.providence.org](http://www.providence.org)에서 무료로 받아 보실 수 있습니다.

**환자 환급금:** 환자 또는 보증인이 서비스에 대해 납부한 이후 무료 또는 할인된 치료를 받을 자격이 있는 것으로 결정이 난 경우, FAP 유자격 시기 동안 지급 의무 금액을 초월하는 이러한 서비스와 관련되어 이루어진 모든 지급은 주 규정에 따라 환불됩니다.

**연간 검토:** 본 Providence 재정 지원(자선 치료) 정책은 지정된 Revenue Cycle(수입 사이클) 지도층에서 연간 기준으로 검토합니다.

**예외:**

상기 범위를 참조하십시오.

**정의:**

본 정책의 목적을 위해 다음 정의 및 요건이 적용됩니다.

1. 연방 빈곤 수준(FPL): FPL이란 미국 Department of Health and Human Services(보건복지부)의 Federal Register(연방 관보)에 주기적으로 갱신되는 빈곤 가이드라인입니다.
2. 일반 청구 금액(AGB): 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 건강 보험이 있는 환자에게 보통 청구되는 금액을 본 정책에서는 AGB라고 합니다. Providence는 응급 또는 의학적으로 필요한 진료에 대한 병원의 총 청구액에 Medicare에서 허용하는 지급 청구를 기준으로 한 고정 비율을 곱하여 Providence 병원별로 적용되는 AGB 비율을 산정합니다. 각 Providence 병원에서 적용하는 AGB 비율과 산정 방식을 자세히 설명하는 정보 책자는 웹사이트 [www.providence.org](http://www.providence.org)를 방문하거나 1-866-747-2455번으로 전화하여 사본을 요청하여 받으실 수 있습니다.
3. 특별 추심 조치(ECA): ECA는 법적 또는 재판 절차를 요구하는 조치로 정의되며 부채를 다른 당사자에게 판매하거나 신용 기관이나 단체에 불리한 정보를 보고하는 것을 포함합니다. 이러한 목적을 위해 법적 또는 재판 절차가 필요한 조치에는 선취특권, 부동산에 대한 담보권 행사, 은행 계좌 또는 기타 개인 재산에 대한 압류 영장 또는 압류, 개인에 대한 민사 소송 개시, 개인의 체포로 이루어질 수 있는 조치, 개인에게 구속 영장의 대상이 될 수 있는 조치 및 임금 차압 등을 포함합니다.

**참고문헌:**

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Washington Administrative Code (WAC) Chapter 246-453</i>
<i>Revised Code of Washington (RCW) Chapter 70.170.060</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 and 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>Providence St. Joseph Health Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>

부록 A - 보장 시설 목록

워싱턴주 내 <b>Providence Hospitals</b>	
Providence Centralia Hospital	Providence St. Joseph's Hospital
Providence Mount Carmel Hospital	Providence Regional Medical Center Everett
Providence St. Peter Hospital	Providence Sacred Heart Medical Center and Children's Hospital
Providence Holy Family Hospital	Providence St. Mary Medical Center

## 부록 B - Providence Washington 병원 소득 자격 요건

소득 결정 시기: 환자의 연간 가족 소득은 병원 서비스가 제공된 시기 또는 서비스가 제공된 시점에서 2년 이내에 신청을 하고 환자가 서비스에 대한 지급을 위해 선의에 의한 노력을 한 경우 그 신청 시점을 기준으로 결정합니다.

만약...	그러면 ...
가족 크기에 맞춘 연간 가족 소득이 현재 FPL 가이드라인의 300% 이하인 경우,	환자는 재정적으로 빈곤한 것으로 결정되고 환자의 책임 금액에 대해 100% 탕감되는 재정 지원을 받을 자격이 있습니다. <sup>1</sup>
가족 크기에 맞춘 연간 가족 소득이 현재 FP 가이드라인의 301%와 350% 사이인 경우,	환자는 책임 금액에 대해 원래 청구액의 75% 할인을 받을 자격이 있습니다.
가족 크기에 맞춘 연간 가족 소득이 FPL의 350% 이하이고 또한 지난 12개월 동안 Providence 병원에서 본 정책의 대상이 되는 서비스에 대해 가족 크기에 맞춘 연간 가족 소득의 20%를 초과하는 총 의료 비용이 발생했을 경우,	환자는 환자의 책임 금액에 대해 100% 자선기금 혜택을 받을 수 있는 자격이 있습니다.

<sup>1</sup> WAC Ch. 246-453에 따름. 해당자가 다른 제3의 보장을 받을 자격이 없다는 가정하에(RCW 70.170.020(5) 및 70.170.060(5) 참조).