

주제: 섭리 재정 지원 (자선 관리) 정책 - 캘리포니아	정책 번호: PSJH RCM 002 CAL	
부서 : 수익주기 관리	<input type="checkbox"/> 새로운 <input checked="" type="checkbox"/> 개정 <input type="checkbox"/> 검토	날짜: 2022-01-01
이그제큐티브 스폰서: 김벌리 설리번, SVP 최고 수익 사이클 책임자	정책 소유자: 재무 상담 담당 이사	
승인: 프로비던스 이사회	시행일: 2021-12-01	

프로비던스는 동정심, 존엄성, 정의, 우수성 및 성실성의 핵심 가치와 의료가 인권이라는 신념으로 모든 사람, 특히 가난하고 취약한 사람들을 섬기겠다는 사명에 대한 헌신에 의해 인도되는 비영리 의료 단체입니다. 각 프로비던스 병원의 철학과 관행으로, 의료적으로 필요한 의료 서비스는 지불 능력에 관계없이 우리가 봉사하는 지역 사회의 사람들에게 쉽게 사용할 수 있습니다.

범위:

이 정책은 로스앤젤레스, 오렌지, 하이 데저트, 훔볼트, 소노마 및 나파 카운티의 모든 섭리 -캘리포니아 ("섭리") 병원 및 캘리포니아의 프로비던스 및 NorCal Health Connect 병원에서 제공하는 모든 응급, 긴급 및 기타 의학적으로 필요한 서비스 (실험 또는 조사 치료 제외)에 적용됩니다. 이 정책이 적용되는 프로비던스 병원 목록은 적용 대상 시설 전시 목록에서 찾을 수 있습니다.

이 정책은 개정된 1986 년 내부 수익강법 제 501(r) 항과 일치하는 방식으로 해석되며, 캘리포니아의 프로비던스 병원과 관련하여 캘리포니아 보건 안전법규(섹션 127400-127446 항)에 명시된 병원 공정가격 정책과 일치한다. 그러한 법률의 조항과 이 정책의 규정이 상충되는 경우, 그러한 법률은 통제한다.

목적:

본 정책의 목적은 프로비던스 병원에서 제공하는 의학적으로 필요한 응급 및 기타 병원 서비스에 대해 전액 또는 일부를 지불할 수 없는 적격 개인에게 재정 지원(자선 진료)을 제공하는 공정하고 차별적이며 효과적이며 균일한 방법을 보장하는 것입니다.

이 정책은 모든 연방, 주 및 지방 법률을 준수하려는 의도입니다. 본 방침과 재정지원 프로그램은 프로비던스가 소유, 임대 또는 운영하는 각 병원에 대한 공식 재정지원 정책('FAP') 및 응급 의료 정책을 구성합니다.

정책:

프로비던스는 FPL의 400% 이하의 의료비를 가진 자격을 갖춘 저소득층, 무보험 및 보험에 가입되지 않은 환자와 함께 무료 또는 할인된 병원 서비스를 제공할 것이며, 이는 서비스 비용을 지불할 수 있는 능력이 의학적으로 필요한 응급 의료 및 기타 병원 치료에 접근하는 장벽이며 대체 보험원이 확인되지 않은 경우입니다. 환자는 자격을 갖추기 위해 이 정책에 설명된 자격 요건을 충족해야 합니다.

전담 응급부서를 갖춘 섭리병원은 개인이 재정지원을 받을 자격이 있는지 여부에 관계없이 이용 가능한 역량과 일치하는 응급 의료 조건(응급 의료 및 노동법의 의미 내에서)에 대한 치료를 차별없이 제공할 것입니다. 섭리는 연령, 인종, 색깔, 신조, 민족, 종교, 국적, 결혼 여부, 성별, 성적 지향, 성 정체성 또는 표현, 장애, 재향 군인 또는 군사 지위 또는 재정 지원 결정을 내릴 때 연방, 주 또는 지방 법에 의해 금지된 기타 근거에 따라 차별하지 않습니다.

섭리병원은 42C.F.R 482.55에 따라 응급 의료 검진 및 안정화 치료를 제공하거나, 이러한 이전이 적절한 경우 개인을 참조 및 양도할 것입니다. 프로비던스는 응급 의료 제공을 방해하는 채권 추심 활동을 허용하는 등 개인이 응급 의료 서비스를 구하는 것을 방해하는 조치, 입학 관행 또는 정책을 금지합니다.

프로비던스 FAP에 적용되는 전문가 목록: 각 프로비던스 병원은 이 정책의 적용을 받지 않는 의사, 의료 그룹 또는 기타 전문가 목록을 구체적으로 식별합니다. 프로비던스 캘리포니아 병원에서는 환자에게 응급 의료 서비스를 제공하는 응급실 의사는 캘리포니아 법에 따라 FPL의 400% 이하인 캘리포니아 보건 안전 법(섹션 127400-127446)에 명시된 병원 공정 가격 정책(섹션 127400-127446)에 명시된 병원 공정 가격 정책에 의해 정의된 바와 같이, 높은 의료 비용을 가진 환자에게 할인을 제공하도록 캘리포니아 법에 의해 요구됩니다. 각 프로비던스 병원은 사본을 요청하는 모든 환자에게 이 목록을 제공합니다. 공급자 목록은 프로비던스 웹 사이트에서 온라인으로 찾을 수도 있습니다.

www.providence.org.

재정 지원 자격 요건: 재정 지원은 무보험 환자 및 보증인 모두에게 제공되며, 이러한 지원은 본 정책 및 환자에게 허용되는 혜택을 규율하는 연방 및 주법과 일치합니다. 프로비던스 병원은 수집 노력을 지시하기 전에 프로비던스 병원이 제공하는 치료에 대해 전체 또는 부분적으로 사용할 수 있는 타사 보험의 존재 또는 부재를 결정하기 위해 합리적인 노력을 기울일 것입니다. 환자에게. 무보험 환자는 무보험 할인을 받을 수 있습니다. 적격 재정 지원 잔액에는 자체 급여, 계약 관계가 없는 단체의 보험 적용 대상 환자에 대한 요금, 공동 보험, 공제 금액 및 피보험자 환자와 관련된 공동 지불 금액이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 메디케어 부실채권으로 청구되는 공제 및 공동 보험 금액은 자선 치료 보고에서 제외됩니다.

재정 지원을 원하는 환자는 표준 섭리 재정 지원 신청서를 작성해야 하며 자격은 그 당시 재정적 필요에 따라 결정됩니다. 입원 및 퇴원 시, 환자의 청구 명세서, 환자 접근 청구 지역, 프로비던스 병원 웹 사이트, 지불 토론 중

구두 통보, 입원 및 응급 실과 같은 대용량 입원 환자 및 외래 환자 영역의 간판에 대한 정보를 제공하여 환자에게 재정 지원의 가용성을 알리고 알릴 수 있는 합리적인 노력을 기울일 것입니다. 프로비던스는 기록 보관 정책에 따라 자격을 결정하는 데 사용되는 정보를 보유하고 있습니다.

재정 지원 신청: 환자 또는 보증인은 프로비던스 사역 또는 다음 방법으로 무료 및 제공되는 재정 지원 신청서를 요청하고 제출할 수 있습니다: 지원요청 및 완료된 서류로 요청 및 제출하는 퇴원 시점 또는 퇴원 시간 이전에 환자 금융 서비스 직원에게 조언, 우편으로 또는 www.providence.org 방문하여, 문서로 완성된 신청서를 다운로드 및 제출할 수 있습니다. 재정 지원을 신청하는 사람은 예비 심사를 받게 되며, 여기에는 환자가 지쳤는지 또는 제 3자 지불 소스를 받을 자격이 없는지에 대한 검토가 포함됩니다.

각 섭리 병원은 해당되는 경우 환자가 재정 지원 신청서를 작성하고 섭리 재정 지원 또는 정부 지원 프로그램의 재정 지원 자격 여부를 결정할 수 있도록 지정된 인력을 확보해야 합니다. 통역 서비스는 질문이나 우려 사항을 해결하고 재정 지원 신청 완료를 지원하기 위해 사용할 수 있습니다.

재정 지원을 신청할 자격이 있는 환자 또는 보증인은 당사자의 소득이 관련 연방 및 주 규정에 따라 최소 FPL 미만이라는 사실을 알게 되면 언제든지 자격 결정을 지원하기 위해 섭리에게 충분한 서류를 제공할 수 있습니다.

개별 재무 상황: 환자의 소득, 금전적 자산 및 비용은 환자의 개별 재정 상황을 평가하는 데 사용됩니다. 금전자산에는 내부수익법에 따라 자격을 갖춘 퇴직금 또는 연기보상계획이나 비적격 연기보상계획이 포함되지 않습니다.

소득 자격: 연방 빈곤 수준(FPL)에 따른 소득 기준을 사용하여 무료 또는 할인 된 치료에 대한 자격을 결정하는 데 사용할 수 있습니다. 자세한 내용은 전시 B 를 참조하십시오.

결정 및 승인: 환자는 완료된 재정 지원 신청서 및 필요한 서류를 제출한 후 30 일 이내에 FAP 자격 결정 통지서를 받게 됩니다. 신청서가 접수되면 자격에 대한 서면 결정이 환자에게 전송될 때까지 특별한 수집 노력이 이루어질 것입니다. 병원은 병원이 부정확하거나 신뢰할 수 없다고 믿는 정보에 근거하여 지원 자격을 결정하지 않습니다.

분쟁 해결: 환자는 거부 통지를 받은 후 30 일 이내에 섭리에게 관련 추가 서류를 제공하여 재정 지원에 대한 자격 박탈 결정에 항소 할 수 있습니다. 모든 항소는 검토되며 검토가 거부를 확인하면 서면 통지는 보증인 및 보건부에 제출되며 필요한 경우 법률에 따라 전송됩니다. 최종 항소 절차는 프로비던스가 거부를 받은 후 10 일 이내에 종료됩니다. 항소는 프로비던스 지역 비즈니스 오피스, P.O. 박스 3268, 포틀랜드 또는 97208-3395 로 보내질 수 있습니다.

추정 자선 단체: 섭리는 전체 재정 지원 응용 프로그램 이외의 수단으로 자신의 계정 잔액에 대한 자선 조정을 위해 환자를 승인 할 수 있습니다. 이러한 결정은 가계 소득, 가계 규모, 신용 및 지불 내역을 포함하되 이에 국한되지 않는 공개적으로 이용 가능한 재무 또는 기타 기록을 기반으로 지불 할 수 있는 능력을 평가하는 업계 인정 된 재무 평가 도구를 사용하여 추정됩니다..

기타 특별 상황: 메디케이드, MediCal 및 기타 정부가 후원하는 저소득 지원 프로그램과 같은 FPL 자격을 갖춘 프로그램을 받을 자격이있는 환자는 가난한 것으로 간주됩니다. 따라서, 이러한 환자는 프로그램이 지불을 거부하고 환자에게 청구 할 수있는 요금을 간주 할 때 재정 지원을받을 수 있습니다. 상환되지 않은 요금으로 인한 환자 계정 잔액은 전체 자선 단체 상각을 받을 수 있습니다. 다음과 관련된 의학적으로 필요한 서비스를 포함하되 이에 국한되지 않음:

1. 거부된 입원 환자 유지
2. 입원 환자 진료 일 거부
3. 커버되지 않은 서비스
4. 치료 허가 요청(TAR) 거부
5. 제한된 적용 범위로 인한 거부

치명적인 의료 비용: 섭리, 그것의 재량에 따라, 치명적인 의료 비용의 경우에 자선 단체를 부여할 수 있습니다. 이 환자는 개별적으로 취급될 것입니다.

비상 시간: 재정 지원은 치명적인 비용에 대한 지원과 는 별개로 국가 또는 주 비상 사태의 시기에 프로비던스의 재량에 따라 사용할 수 있습니다.

재정 지원을 받을 자격이 있는 모든 환자에 대한 요금 제한: 위에서 언급한 지원 범주에 대해 자격이 있는 환자는 아래에 정의된 대로 총 요금의 "일반적으로 청구된 금액"(AGB) 비율 보다 더 많은 금액을 개인적으로 책임지지 않습니다.

합당한 지불 계획: 환자가 부분 재정 지원을 위해 승인되었지만 여전히 잔액이 있는 경우 프로비던스는 지불 계획 계획을 협상합니다. 합당한 지불 계획은 환자가 재정 지원 신청서에 기재한 필수 생활비에 대한 공제를 제외하고 환자 또는 가족의 월 소득의 10% 이상이 아닌 월별 지불로 구성됩니다. 지불 계획은 무이자입니다. 지불 계획의 일정은 보장의 보류 중인 항소를 가진 환자를 위해 연장될 것입니다.

청구 및 징수: 이용 가능한 할인을 적용한 후 환자 또는 보증인이 지불해야 하는 미지급 잔액은 컬렉션에 회부될 수 있습니다. 미지급 잔액에 대한 수집 노력은 FAP 자격에 대한 최종 결정 보류를 중단합니다. 섭리(Providence)는 수집 기관이 이전에 특별한 수집 작업을 수행하도록 허용하거나 허용하지 않습니다: (a) 환자가 재정 지원을 받을

자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 합당한 노력을 기울이는 행위; 또는 (b) 첫 번째 환자 진술이 전송된 후 180 일 후에. 환자가 지불해야 하는 금액에 대한 섭리 청구 및 징수 관행에 대한 자세한 내용은 각 프로비던스 병원의 등록 데스크에서 무료로 제공되는 프로비던스 병원의 정책 또는 www.providence.org [참조하십시오](#).

환자 환불: 환자 또는 보증인이 서비스에 대한 지불을 하고 이후에 무료 또는 할인 된 치료를받을 자격이 있다고 판단되는 경우, 지불 의무를 초과하는 FAP 자격 기간 동안 해당 서비스와 관련된 모든 지불은 주 규정에 따라 환불됩니다.

연례 검토: 이 섭리 재정 지원 (자산 관리) 정책은 지정된 수익 주기 리더십에 의해 매년 검토됩니다.

예외:

위의 범위를 참조하십시오.

정의:

이 정책의 목적을 위해 다음과 같은 정의와 요구 사항이 적용됩니다.

1. 연방 빈곤 수준 (FPL): FPL 은 미국 보건 복지부에 의해 연방 등록부에서 주기적으로 업데이트된 빈곤 지침을 의미합니다.
2. 일반적으로 청구된 금액(AGB): 일반적으로 건강 보험을 가지고 있는 환자에게 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 위해 청구되는 금액은 AGB 로 정책에 언급됩니다. 힐즈버그를 제외한 프로비던스 남부 캘리포니아와 프로비던스 북부 캘리포니아는 메디케어에 따라 허용되는 클레임에 따라 고정 된 비율로 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 병원의 총 요금을 곱하여 결정되는 Look-back AGB 를 사용합니다. 힐즈버그는 AGB 를 결정하는 미래의 메디케어 방법을 사용합니다. 잠재 AGB 는 메디케어 수수료로 상환되는 금액과 동일하며, 서비스 시 메디케어 수혜자인 경우 환자가 공동 지불, 공동 보험 및 공제액의 형태로 지불할 책임이 있는 금액과 동일합니다. 각 프로비던스 병원에서 사용하는 AGB 백분율과 계산 방법을 자세히 설명하는 정보 시트는 다음 웹 사이트를 방문하거나 www.providence.org 1-866-747-2455 로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.
3. 특별 징수 조치(ECA): EA 는 법적 또는 사법 절차를 요구하거나, 다른 당사자에게 부채를 판매하거나, 신용 기관이나 기관에 불리한 정보를 보고하는 것으로 정의됩니다. 이 목적을 위해 법적 또는 사법 절차를 필요로 하는 조치에는 유치권이 포함됩니다. 부동산에 대한 압류; 은행 계좌 또는 기타 개인 재산의 첨부 또는 압류; 개인에 대한 민사 소송 개시; 개인의 체포를 유발하는 행동; 개인이 신체 부착의 대상이 되는 행위; 그리고 임금 장식.



1. 높은 의료 비용: 높은 의료 비용은 병원 공정 가격 정책에 의해 정의 된 것입니다 - 캘리포니아 보건 및 안전 코드 (섹션 127400-127446) 존재: (1) 이전 12 개월 동안 환자의 가족 소득의 10 %를 초과하는 프로비던스 병원에서 개인이 발생하는 연간 자기 부담 비용, (2) 가족의 소득의 10 %를 초과하는 (2) 연간 비용 환자가 이전 12 개월 동안 환자 또는 환자의 가족이 지불한 환자의 의료비에 대한 서류를 제공하거나 (3) 프로비던스 병원의 자선 진료 정책에 따라 프로비던스 병원에서 결정된 낮은 수준.

참조:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446</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>California Hospital Association Charity Guidelines</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>

전시 A – 적용된 시설 목록

Providence Hospitals in Southern California	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John’s Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence St. Joseph Hospital Orange	Providence St. Jude Medical Center
Providence St. Mary Medical Center	Providence Mission Hospital Laguna Beach
Providence Mission Hospital Mission Viejo	

Providence Hospitals in Northern California	
Providence St. Joseph Hospital	Providence Redwood Memorial Hospital
Providence Santa Rosa Memorial Hospital	Providence Queen of the Valley Medical Center

NorCal Health Connect Hospitals	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital

전시 B - 남부 캘리포니아의 프로비던스 병원에 대한 소득 자격

면...	그러면...
가족 규모에 맞게 조정 된 연간 가족 소득은 현재 FPL 지침의 300 % 이하이며,	환자는 재정적으로 가난한 것으로 결정되며 환자 책임 금액에 대해 100 % 상각 된 재정 지원을받을 자격이 있습니다.
가족 규모에 맞게 조정 된 연간 가족 소득은 현재 FP 지침의 301 %와 400 % 사이이며,	환자는 환자 책임 금액에 대한 원래 요금에서 81 %의 할인을받을 수 있습니다.
가족 규모에 따라 조정된 연간 가족 소득이 FPL의 400% 이하 <u>이고</u> 환자가 이 정책에 따른 서비스를 위해 가족 규모에 맞게 조정된 연간 가족 소득의 20%를 초과하여 이전 12 개월 동안 프로비던스 병원에서 총 의료비를 부담한 경우,	환자는 환자 책임 금액에 대해 100 % 자선 혜택을받을 자격이 있습니다.

캘리포니아 북부와 노칼 헬스 커넥트 병원의 프로비던스 병원 소득 자격

면...	그러면...
가족 규모에 맞게 조정 된 연간 가족 소득은 현재 FPL 지침의 300 % 이하이며,	환자는 재정적으로 가난한 것으로 결정되며 환자 책임 금액에 대해 100 % 상각 된 재정 지원을받을 자격이 있습니다.
가족 규모에 맞게 조정 된 연간 가족 소득은 현재 FP 지침의 301 %와 400 % 사이이며,	환자는 환자 책임 금액에 대한 원래 요금에서 80 %의 할인을받을 수 있습니다.
가족 규모에 따라 조정된 연간 가족 소득이 FPL의 400% 이하 <u>이고</u> 환자가 이 정책에 따른 서비스를 위해 가족 규모에 맞게 조정된 연간 가족 소득의 20%를 초과하여 이전 12 개월 동안 프로비던스 병원에서 총 의료비를 부담한 경우,	환자는 환자 책임 금액에 대해 100 % 자선 혜택을받을 자격이 있습니다.