

제목 : 프로비던스 파이낸셜 지원 (자선 케어) 정책 - 워싱턴	정책 번호: PSJH RCM 002 WA	
부서: 수익 주기 관리	<input checked="" type="checkbox"/> 개정 <input type="checkbox"/> 새로운 <input type="checkbox"/> 검토	날짜: 2022-06-01
이그제큐티브 스폰서: Kimberly Sullivan, SVP 최고 수익 주기 책임자	정책 소유자: 전무 이사 재무 상담	
승인자: SVP 최고 수익 주기 책임자	시행일: 07/01/2022	

프로비던스는 모든 사람, 특히 가난하고 취약한 사람들을 섬기는 사명에 대한 헌신, 연민, 존엄성, 정의, 우수성 및 성실성의 핵심 가치와 건강 관리가 인권이라는 믿음에 의해 인도되는 카톨릭 비영리 의료 조직입니다. 각 프로비던스 병원의 철학과 관행은 응급 및 의학적으로 필요한 의료 서비스가 지불 능력에 관계없이 우리가 봉사하는 지역 사회의 사람들에게 쉽게 이용 가능하다는 것입니다.

범위:

이 정책은 워싱턴 주의 프로비던스-워싱턴(Providence-Washington, "프로비던스") 병원과 워싱턴의 프로비던스 병원에서 제공하는 모든 응급, 긴급 및 기타 의학적으로 필요한 서비스(실험적, 조사 또는 선택 진료 제외)에 적용됩니다. 이 정책이 적용되는 프로비던스 병원 목록은 별첨 A 적용 시설 목록에서 찾을 수 있습니다.

이 정책은 개정된 1986년 국세법 제501조 (r)항에 부합하는 방식으로 해석되어야 한다. 해당 법률의 규정과 본 정책 사이에 충돌이 발생하는 경우, 해당 법률이 통제됩니다.

목적:

이 정책의 목적은 프로비던스 병원에서 제공하는 의학적으로 필요한 응급 상황 및 기타 병원 서비스에 대해 전액 또는 일부를 지불 할 수 없는 적격 개인에게 재정 지원 (자선 치료)을 제공하기 위한 공정하고 차별적이지 않고 효과적이며 통일 된 방법을 보장하는 것입니다.

이 정책의 목적은 모든 연방, 주 및 지방 법률을 준수하는 것입니다. 본 정책 및 본 문서의 재정 지원 프로그램은 프로비던스가 소유, 임대 또는 운영하는 각 병원에 대한 공식 재정 지원 정책('FAP') 및 응급 의료 정책을 구성합니다.

정책:

Providence는 서비스 비용을 지불 할 수 있는 능력이 의학적으로 필요한 응급 및 기타 병원 진료에 접근하는 데 장벽이 되고 대체 보험 출처가 확인되지 않은 경우 자격을 갖춘 저소득층, 보험에 가입하지 않은 환자에게 무료 또는 할인 된 병원 서비스를 제공 할 것입니다. 환자는 자격을 얻기 위해 이 정책에 설명 된 자격 요건을 충족해야 합니다.

전담 응급실을 갖춘 프로비던스 병원은 개인이 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부에 관계없이 가능한 역량에 부합하는 응급 의료 상태 (응급 의료 치료 및 노동법의 의미 내에서)를 차별없이 돌볼 것입니다. 섬리는 나이, 인종, 피부색, 신조, 민족, 종교, 출신 국가, 결혼 여부, 성별, 성적 취향, 성 정체성 또는 표현, 장애, 재향 군인 또는 군대 신분 또는 재정 지원 결정을 내릴 때 연방, 주 또는 지방 법률에서 금지하는 기타 근거를 근거로 차별하지 않습니다.

섭리 병원은 응급 의료 검진 및 치료 안정화를 제공하거나 42 C.F.R 482.55에 따라 그러한 이전이 적절한 경우 개인을 추천하고 양도합니다. 섭리는 응급 의료 제공을 방해하는 채무 추심 활동을 허용하는 것과 같이 개인이 응급 의료 서비스를 찾는 것을 방해하는 행동, 입원 관행 또는 정책을 금지합니다.

프로비던스 FAP의 적용을 받는 전문가 목록: 각 프로비던스 병원은 이 정책의 적용을 받지 않는 의사, 의료 그룹 또는 서비스를 제공하는 기타 전문가의 목록을 구체적으로 식별합니다. 각 프로비던스 병원은 사본을 요청하는 모든 환자에게이 목록을 제공합니다. 공급자 목록은 Providence 웹 사이트인 www.providence.org 에서 온라인으로 찾을 수도 있습니다.

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 환자에게 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. W암담 환자 또는 그들의 보증인은 장 74.09 RCW에 따라 중간 지원 프로그램을 통해 소급 건강 보험 적용 자격이 결정되며, 프로비던스 병원은 환자 또는 보증인에게 그러한 보험 적용을 신청할 때 도움을 제공할 것입니다. 환자 또는 보증인이 프로비던스 병원과 협력하고 그러한 보험을 신청하는 것을 돕기 위해 합리적인 노력을 기울이지 않으면 재정 지원이 거부 될 수 있습니다. 프로비던스 병원은 재정 지원 및 소급 적용 신청 과정에서 신체적, 정신적, 지적, 감각적 결함 또는 책임 당사자의 신청 절차 준수 능력을 방해 할 수 있는 언어 장벽을 고려하여 환자 또는 보증인에게 불합리한 부담을주지 않습니다. 주 또는 연방 프로그램에 대해 이전 12개월 동안 명백하거나 명백하게 부적격이거나 부적격으로 간주된 환자는 재정 지원을 받기 위해 그러한 프로그램을 신청할 필요가 없습니다.

적격 재정 지원 잔액에는 자체 급여, 프로비던스가 참여하지 않는 플랜의 보험에 가입한 피보험자 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 작성해야하며 자격은 서비스 날짜 또는 신청일 현재 낮은 소득과 가장 큰 재정적 필요를 나타내는 재정적 필요에 따라 결정됩니다. 환자는 이전 신청이 부분적으로 거부되거나 승인 된 경우에도 재정적 상황이 변경되는 경우 지원을 다시 신청할 수 있습니다. 입원 및 퇴원 중, 청구 또는 수집에 관한 서면 커뮤니케이션, 환자 접근 가능한 청구 또는 금융 서비스 영역, 병원 웹 사이트, 지불 토론 중 구두 통지, 대량 입원 환자 및 외래 환자 지역의 간판에 대한 정보를 제공함으로써 환자에게 재정 지원의 가용성을 알리고 알리기 위해 합리적인 노력을 기울일 것입니다. 입원 및 응급실과 같은. 번역은 병원 서비스 지역 인구의 십 % 이상이 사용하는 모든 언어로 제공됩니다.

재정 지원 신청: 환자 또는 보증인은 무료로 제공되는 재정 지원 신청서를 요청하고 제출할 수 있으며, 이는 프로비던스 사역 또는 다음과 같은 방법으로 가능합니다 : 퇴원 시점 또는 그 이전에 환자 금융 서비스 직원에게 지원이 요청되고 완성 된 서류와 함께 제출되도록 조언; 우편 또는 www.providence.org 를 방문하여, _문서와 함께 완성 된 신청서를 다운로드하고 제출하십시오. 재정 지원을 신청하는 사람에게는 예비 검진이 주어져며, 여기에는 환자가 고갈되었거나 타사 지불 출처를받을 자격이 없는지 여부를 검토하는 것이 포함됩니다.

각 프로비던스 병원은 환자가 재정 지원 신청서를 작성하고 해당되는 경우 프로비던스 재정 지원 또는 정부 지원 보험 프로그램의 재정 지원 자격을 결정하는 데 도움을 줄 수 있도록 지정된 인력을 배치해야 합니다. 통역 서비스는 질문이나 우려 사항을 해결하고 재정 지원 신청서의 완료를 돕기 위해 사용할 수 있습니다.

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

프로비던스는 당사자의 소득이 연방 빈곤 기준의 200 % 미만이라는 것을 알게되면 언제든지 자격 결정을 내릴 수 있음을 인정합니다. 또한, 프로비던스는 가난한 사람으로서 환자의 지위에 대한 초기 결정에 근거하여 재정 지원을 제공하기로 선택할 수 있습니다. 이러한 경우 문서가 필요하지 않을 수 있습니다.

개별 재정 상황: 환자의 소득, 특정 금전적 자산 및 비용은 환자의 개별 재정 상황을 평가하는 데 사용됩니다. 프로비던스는 개인의 자산의 존재, 가용성 및 가치를 결정하기 위해 합리적으로 필요하고 쉽게 이용할 수 있는 자산에 관한 정보 만 추구합니다. 프로비던스는 메디케어 비용 보고를 위해 메디케어 및 메디케어 드 센터(CMS)에서 요구하는 자산과 관련된 정보를 고려하고 수집합니다. 이 정보에는 현금으로 전환 가능하고 환자의 일상 생활에 불필요한 자산의 보고가 포함될 수 있습니다. 금전적 자산에는 주 거주지의 지분, 401 (k) 계획 이외의 퇴직 계획, 선불 매장 계약 또는 매장 계획, \$ 10,000 이하의 가치가 있는 생명 보험 증권, 1 대의 자동차 및 고용 또는 의료 목적으로 필요한 경우 두 번째 자동차 및 두 가족을 위한 첫 번째 \$ 10,000의 금전 자산이 포함되어서는 안 됩니다. 나머지 금전적 자산 가치의 50 % 또는 추가 가족 구성원 당 \$ 1,500 중 더 큰 금액. 중복된 형태의 확인은 요청되지 않습니다. 통화 자산을 확인하기 위해 하나의 현재 계정 명세서 만 필요합니다. 사용 가능한 문서가 없는 경우 환자 또는 보증인의 서면 및 서명 진술서로 충분합니다. 수집된 자산 정보는 수집 활동에 사용되지 않습니다. M단일 자산은 환자 또는 보증인의 소득이 연방 빈곤 기준의 300 % 이하인 경우 자격 결정에 사용되지 않습니다.

소득 자격: 연방 빈곤 수준 (FPL)에 근거한 소득 기준은 무료 또는 할인 된 간호 자격을 결정하는 데 사용되어야 한다. 자세한 내용은 별첨 B를 참조하십시오.

결정 및 승인: 환자는 완료된 재정 지원 신청서 및 필요한 서류를 제출한 후 14일 이내에 FAP 자격 결정 통지를 받게 됩니다. 신청서가 접수되면 자격에 대한 서면 결정이 환자에게 전송 될 때까지 특별한 수집 노력이 진행됩니다. 병원은 병원이 부정확하거나 신뢰할 수 없다고 판단하는 정보에 근거하여 지원 자격을 결정하지 않습니다.

분쟁 해결: 환자는 거부 통지를 받은 후 30 일 이내에 관련 추가 서류를 병원에 제공함으로써 재정 지원 부적격 결정에 항소 할 수 있습니다. 모든 항소는 검토되며, 검토가 거부를 확인하면 서면 통지가 필요한 경우 법에 따라 보증인 및 주 보건부로 전송됩니다. 최종 항소 절차는 병원에서 거부를 접수 한 후 10 일 이내에 종료됩니다. 항소는 Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395로 보내질 수 있습니다.

추정 자선 단체: 섭리는 전체 재정 지원 신청서 이외의 방법으로 환자가 계좌 잔액에 대한 자선 단체 조정을 승인 할 수 있습니다. 이러한 결정은 가계 소득, 가계 규모 및 신용 및 지불 기록을 포함하되 이에 국한되지 않는 공개적으로 사용 가능한 재무 또는 기타 기록을 기반으로 지불 능력을 평가하는 업계에서 인정하는 재무 평가 도구를 사용하여 추정 적으로 이루어집니다.

기타 특수한 상황: 메디케어 및 기타 정부가 후원하는 저소득층 지원 프로그램과 같은 FPL 자격을 갖춘 프로그램은 가난한 것으로 간주됩니다. 따라서 이러한 환자는 프로그램이 지불을 거부 한 다음 환자에게 청구 할 수 있는 요금을 간주 할 때 재정 지원을 받을 자격이 있습니다. 상환되지 않은 요금으로 인한 환자 계정 잔액은 전체 자선 상각 대상이 됩니다. 다음과 관련된 의학적으로 필요한 서비스를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

1. 입원 환자 입원 거부
2. 입원 환자 치료 거부 일
3. 비적용 서비스
4. 치료 승인 요청(TAR) 거부
5. 제한된 적용 범위로 인한 거부

치명적인 의료 비용: 섭리는 재량에 따라 치명적인 의료 비용이 발생할 경우 자선 단체를 부여 할 수 있습니다. 이 환자들은 개별적으로 처리 될 것입니다.

비상 사태: 재정 지원은 국가 또는 주 비상 사태시 프로비던스의 재량에 따라 사용할 수 있으며 치명적인 비용에 대한 지원과는 별도로 제공 될 수 있습니다.

재정 지원을 받을 자격이 있는 모든 환자에 대한 요금 제한: 위에서 언급한 지원 범주 중 하나에 해당하는 환자는 아래에 정의된 총 요금의 "일반적으로 청구되는 금액"(AGB) 비율 이상에 대해 개인적으로 책임을 지지 않습니다.



합리적인 지불 계획: 환자가 부분적인 재정 지원을 위해 승인되었지만 여전히 잔액이 만기가되면 **PSJH**는 지불 계획 약정을 협상합니다. 합리적인 지불 계획은 환자가 재정 지원 신청서에 열거 한 필수 생활비에 대한 공제를 제외하고 환자 또는 가족의 월 소득의 **10%**를 넘지 않는 월간 지불금으로 구성되어야 한다.

청구 및 수급: 사용 가능한 할인을 적용한 후 환자 또는 보증인이 지불해야 하는 미지급 잔액(있는 경우)은 컬렉션에 회부될 수 있습니다. 미지급 잔액에 대한 징수 노력은 **FAP** 자격의 최종 결정이 보류 중인 상태로 중단됩니다. 섭리는 수집 기관이 특별한 수집 작업을 수행, 허용 또는 허용하지 않습니다. 환자가 빚진 금액에 대한 프로비던스 청구 및 징수 관행에 대한 자세한 내용은 각 프로비던스 병원의 등록 데스크 또는 www.providence.org 에서 무료로 제공되는 프로비던스 병원의 정책을 참조하십시오.

환자 환불: 환자 또는 보증인이 서비스에 대한 지불을 한 후 무료 또는 할인 된 치료를받을 자격이 있다고 결정되는 경우, **FAP** 적격 기간 동안 지불 의무를 초과하는 해당 서비스와 관련된 모든 지불은 주 규정에 따라 환불됩니다.

연례 검토: 이 섭리 재정 지원 (자선 케어) 정책은 지정된 수익주기 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 복지부가 연방 등록부에서 주기적으로 업데이트하는 빈곤 지침을 의미합니다.
2. 일반적으로 청구되는 금액(**AGB**): 건강 보험에 가입한 환자에게 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 위해 일반적으로 청구되는 금액은 이 정책에서 **AGB**라고 합니다. 프로비던스는 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 병원의 총 비용을 메디케어 및 상업 지불인에 따라 허용되는 청구를 기반으로 고정된 비율로 곱하여 각 프로비던스 병원에 적용 가능한 **AGB** 비율을 결정합니다. 각 프로비던스 병원에서 사용하는 **AGB** 비율과 계산 방법을 자세히 설명하는 정보 시트는 다음 웹 사이트를 방문하거나 www.providence.org 1-866-747-2455로 전화하여 사본을 요청하여 얻을 수 있습니다.
3. 특별 징수 조치 (**ECA**): **ECA**는 법적 또는 사법 절차가 필요하거나 다른 당사자에게 부채를 판매하거나 신용 기관 또는 국에 불리한 정보를보고하는 행위로 정의됩니다. 이 목적을 위해 법적 또는 사법 절차가 필요한 조치에는 유치권이 포함됩니다. 부동산에 대한 압류; 은행 계좌 또는 기타 개인 재산의 첨부 또는 압류; 개인에 대한 민사 소송의 시작; 개인의 체포를 유발하는 행위; 개인이 신체 부착의 대상이되는 행동; 그리고 임금 장식.



참조:

<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 Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>

별첨 A – 적용 대상 시설 목록

Providence Hospitals in Washington	
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

별첨 B - 프로비던스 워싱턴 병원의 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 FPL 지침의 301%와 400 % 사이이며,	환자는 환자 책임 금액에 대한 원래 요금에서 75 %의 할인을받을 수 있습니다.
가족 규모에 따라 조정된 연간 가족 소득이 FPL의 400% 이하이고 환자가 이전 12개월 동안 프로비던스 병원에서 연간 가족의 20%를 초과하는 총 의료비를 부담한 경우 가족 규모에 따라 조정된 소득, 이 정책의 적용을 받는 서비스,	환자는 환자 책임 금액에 대해 100 % 자선 혜택을받을 자격이 있습니다.