

발효일: 2024년 2월 20일

정책 제목:

환자 재정 지원

3년마다 검토:
사역 이사회

검토: 2027년 3월 1일

정책

이는 적용 가능한 연방법에 따라 제공된 긴급 및 비선택적 의료 서비스에 대한 재정 지원과 환자의 지원 필요성을 해소하기 위한 사역(및 각 Trinity Health 부처) 정책입니다. 재정 지원 및 보건복지부 지원 자격은 환자 및/또는 가족의 건강 관리 필요성, 재정 자원 및 의무에 대한 평가와 함께 세부 기준에 따라 개별적으로 결정됩니다. Trinity Health는 지급 능력이 있는 개인 (본 정책에 정의된 대로) 으로부터 서비스 비용을 지급받기를 기대합니다.

I. 재정 지원 대상 자격 기준

이 섹션에 설명된 재정 지원은 서비스 지역에 거주하는 환자에게 제공됩니다(본 정책에 정의된 대로). 또한 사역 부처는 서비스 지역 외부에서 사역 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, FAP)에 따라 응급 또는 생명을 위협하는 상태가 발생하여 응급 의료 서비스를 받는 (자격을 갖춘) 환자에게 재정 지원을 제공할 것입니다.

Trinity Health는 병원 시설에서 제공하는 서비스 (실질적으로 관련된 단체가 병원 시설에서 제공하는 서비스 포함) 에 대해 재정 지원을 제공하며, 사역 부처는 다음 서비스에 대해 재정 지원을 제공합니다:

A. 의학적으로 필요한 모든 진료 및 응급 의료 서비스

1. 재정 지원을 신청하고 자격이 있다고 결정된 본인 부담금 환자,
2. 재정 지원 자격이 있는 것으로 추정되는 환자.

- B. 본 정책에 설명된 대로 사역에 참여/계약하는 지급인/보험회사로부터 보장을 받는 환자가 부담해야 하는 특정 지불금.

응급 의료 서비스는 환자의 지급 능력이나 지급 출처에 관계없이 사역 병원 응급실에 내원하는 모든 환자에게 제공됩니다. 이러한 의료 서비스는 환자의 상태가 안정되고, 지급 방식이 결정되기 전까지 계속됩니다.

다음 서비스는 Trinity Health 재정 지원 대상에서 제외됩니다.

- A. 미용 서비스 및 의학적으로 불필요한 기타 선택적 시술 및 서비스
- B. 사역이 제공 및 청구하지 않는 서비스(예: 독립 의료 서비스, 개인 간호, 구급차 이송 등).
- C. 사역이 연방 응급 의료 및 적극적 출산법(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) 의무를 준수하는 경우, 다른 제공자 위치에서 제공될 때 보장되지만 Trinity Health 사역 병원에서는 보장되지 않는 서비스를 포함하여 보험 프로그램의 보장을 받는 서비스를 제외할 수 있습니다.

다음 환자는 Trinity Health로부터 재정 지원을 받을 수 있습니다.

- A. 가구 소득이 연방 빈곤선(Federal Poverty Level, FPL)의 250% 이하인 무보험 환자는 받은 서비스 요금에 대해 100% 할인을 받을 수 있습니다.
- B. 가구 소득 할인율이 높은 주에서 서비스를 받는 무보험 환자 및 보험 환자도 받은 서비스 요금에 대해 할인을 받을 수 있습니다.
- C. 가구 소득이 FPL의 200% 이상이고 FPL의 400%를 초과하지 않는(또는 해당하는 경우, 주 법에서 요구하는 더 높은 비율) 무보험 환자는 받은 서비스 요금에 대해 할인을 받을 수 있습니다. 이 수준의 재정 지원을 받는 환자에게 계산된 일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB)보다 높은 금액은 청구되지 않습니다.
- D. 가구 소득이 FPL의 400% 이하인 보험 가입 환자는 환자 보험사와의 계약에서 그러한 지원을 금지하지 않는 경우, 본인 부담금, 공제액 및 공동 보험금에 대해 재정 지원을 받을 수 있습니다.
- E. 퇴원 시 집으로 가져갈 수 있는 처방전 및/또는 물품이 필요한 환자가 지불할 수 없다는 말을 구두로 표현한 경우, 재정 지원 지침을 충족하는 소득의 자기 공개와 함께 명령에 따라 최대 30일 동안 의약품 및 용품이 제공됩니다. 퇴원 시 환자는 사회 복지사로부터 약물 비용을 지불하는 데 추가 도움이 필요한 경우 정규 채널을 통해 FA 프로그램에 신청하도록 지시합니다. 환자는 재정 지원 승인일로부터 6개월 동안 약물 지원을 받을 수 있습니다.

재정 지원은 의료 빈곤층에게도 제공됩니다. 의료 빈곤층은 재정 지원을 신청하는 보험 가입 환자로, 재난적 상황으로 인해 치료 과정의 의료비가 가구 소득의 20%를 초과하는 경우, 가구 소득의 20%를 초과하는 금액(또는 해당하는 경우 주 법에서 요구하는 더 낮은 비율)은 보험 가입자의 공동 부담금, 공동 보험료 및 공제 대상을 재정 지원 대상으로 지정합니다. 보험에 가입하지 않은 사람들을 위한 의료 빈곤층 의료비 할인은 제공 서비스에 대한 사역의 AGB 보다 적지 않도록 하거나 환자의 가구 소득 대비 재난적 의료비 비율을 다시 20%로 유지할 수 있는 금액이 될 수 있습니다.

II. 환자에게 청구되는 금액 산정 기준

재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AGB 보다 높은 비용이 청구되지 않습니다. Trinity Health는 내국세법 제 501(r)조에 따라 료백 방식으로 지급된 Medicare 청구 합계를 제출된 총 청구액으로 나누어 AGB를 계산합니다.

사역 웹사이트에 접속하거나 환자 비즈니스 서비스 센터 800-494-5797에 전화하시면 AGB 계산 설명서 및 백분율 사본을 무료로 받아보실 수 있습니다.

III. 재정 지원 신청 방법

환자는 FAP 신청서를 작성하여 제출하거나 추정 접수 자격을 통해 재정 지원 자격을 얻을 수 있습니다. 자격은 서비스 날짜에 환자 및/또는 가족의 건강 관리 요구 사항, 재정 자원 및 의무에 대한 평가와 감정을 기반으로 합니다. 자격이 있는 것으로 결정된 환자는 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정된 첫 서비스 날짜로부터 6개월 동안 재정 지원을 받을 수 있습니다.

재정 지원을 받으려면 신청 과정 중에 해당하는 경우 다음을 포함하여 환자의 전적인 협조가 필요합니다.

- A. 모든 필수 서류 제출을 포함한 FAP 신청서 작성
- B. 정부 재정 지원 및 기타 프로그램을 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 이용 가능한 지원 신청 절차 참여.

사역 부처는 환자에게 자격이 있고 의료 서비스 이용 및 비용 지급에 도움이 될 수 있는 공공 및 민간 프로그램에 신청할 수 있도록 적극 노력할 것입니다. 사역 부처는 환자가 재정 지원을 승인받은 경우, 제한된 기간 동안 보험료 지원을 고려할 수 있습니다.

사역 부처는 불완전한 FAP 신청서를 제출한 환자에게 이를 알리고, 신청 절차를 완료하는 데 필요한 추가 정보 및/또는 서류(30일 이내 제출)를 명시해 줍니다.

사역 부처는 신청 기간 내에 FAP 신청서가 접수되지 않은 경우 재정 지원을 거부할 수 있습니다.

재정 지원을 신청하고자 하는 환자는 다음과 같은 방법으로 FAP 신청서 사본을 무료로 받을 수 있습니다.

- A. 입원실, 응급실 또는 서비스가 제공된 지역의 재정 상담사에게 FAP 신청서 사본을 요청합니다.
- B. 사역 웹사이트에서 FAP 신청서를 다운로드하여 인쇄합니다.
- C. 웹사이트에 게시되어 있고 FAP에 대한 통지 및 신청서에 포함된 현재 주소로 환자 비즈니스 서비스 센터에 서면 요청서를 제출합니다.
- D. 환자 비즈니스 서비스 센터에 800-494-5797번으로 전화하거나 웹사이트에 게시된 현재 전화번호 또는 FAP 안내문 및 신청서에 포함된 전화번호로 전화합니다.

IV. 적격 여부 결정

Trinity Health는 예측 모델을 활용하여 환자의 재정 지원 자격을 추정하여 판단합니다. 재정 지원에 대한 추정 자격은 수익 주기의 어느 시점에나 결정될 수 있습니다

환자가 재정 지원을 받을 자격이 없다고 판단되거나 FAP에 따라 제공되는 가장 관대한 지원보다 적은 금액을 받을 자격이 있다고 판단되는 경우, Trinity Health는:

- A. 환자에게 자격 결정의 근거와 환자가 FAP에 따라 더 많은 지원을 받을 수 있도록 향상하거나 신청할 수 있는 방법에 대해 알립니다.
- B. 환자에게 이의를 제기하거나 더 관대한 지원을 신청할 수 있는 최소 30일의 시간을 제공합니다.
- C. 신청 기간이 끝날 때까지 환자가 제출한 모든 FAP 신청서를 처리합니다.

V. 효율적인 커뮤니케이션

사역 부처 내 공공장소에 사역 FAP에 대한 기본 정보를 제공하는 표지판을 게시하고 브로셔를 전시합니다. 사역 부처는 웹사이트에 FAP, 일반 언어 요약본 및 신청서를 게시하고, 환자가 요청할 경우 사역의 FAP, 일반 언어 요약본 및 신청서를 제공할 수 있도록 합니다.

VI. 청구 및 수금 절차

사역은 공정하고 일관되며 주 및 연방 규정을 준수하는 환자 지급 의무에 대한 청구 및 수금 관행을 구현합니다. 미납 시 Trinity Health가 취할 수 있는 조치는 별도의 청구 및 수금 절차에 설명되어 있습니다. 청구 및 수금 절차 사본은 환자 비즈니스 서비스 센터 800-494-5797번으로 전화하거나 이메일로 요청하면 무료로 받을 수 있습니다. Trinity Health는 재정 지원 자격이 있다고 판단되는 개인에 대한 특별 징수 조치 금지에 관한 제

501(r)조 및 해당 주법을 준수합니다. 또한 개인이 지급 가능한 경우를 제외하고, Trinity Health는 판결 채무를 수급하거나 개인의 재산에 유치권을 설정하거나 신용 조사 기관에 해당 개인을 신고하기 위한 법적 조치를 취하지 않습니다.

환자가 신청 기간 동안 자격 판정 이전에 지급한 경우, Trinity Health는 환자가 자격이 있다고 판단되는 재정 지원 금액을 초과하는 금액을 환불해드립니다. 단 해당 금액이 \$5.00 미만인 경우는 제외됩니다.

VII. 서비스 제공자 목록

병원 시설에서 응급 의료나 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 서비스 제공자 목록에는 FAP에 설명된 대로 재정 지원을 제공하는 제공자와 그렇지 않은 제공자가 명시되어 있으며, 본 FAP와는 별도로 유지됩니다. 제공자 목록 사본은 사역 웹사이트에서 또는 환자 비즈니스 서비스 센터(800-494-5797)로 전화하여 무료로 받을 수 있습니다.

VIII. 기타 할인

본 정책에 설명된 대로 재정 지원을 받을 자격이 없고 응급 또는 기타 의학적으로 필요한/비선택적 치료를 받는 환자는 사역 부처가 제공하는 기타 유형의 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 기타 유형의 지원은 필요에 기반하지 않으며, 재정 지원 정책의 일부가 아닌 사역 부처의 재량에 따라 제공됩니다.

적용 범위/적용 여부

이는 Trinity Health의 미러 정책입니다. 따라서 본 미러 정책은 병원 환자를 치료하거나 비용을 청구하는 시스템 내 각 사역 및 자회사에서 채택해야 합니다. 이 미러 정책은 Trinity Health 시스템 전반의 재정 지원 정책인 재정 정책 1 조항을 반영합니다. 기타 유형의 환자 치료를 제공하거나 비용을 청구하는 Trinity Health 기관은 서비스를 제공하는 지역사회를 충족하고 재정 지원 및 지원이 필요한 개인에게 재정 지원을 제공하는 정책을 채택해야 합니다.

주법이 시스템 전체의 절차보다 우선하며 사역은 적용 가능한 주법을 준수하여 행동합니다.

이 정책은 다음과 같은 사역의 약속을 이행하기 위한 것입니다.

- 우리가 봉사하는 사람들, 특히 지역사회와 빈곤층과 소외계층에 대한 연민, 존엄성, 존중을 바탕으로 양질의 의료 서비스에 대한 접근성 제공.
- 서비스 비용 지급 능력에 관계없이 모든 사람에게 대한 배려.
- 치료비의 일부 또는 전부를 지급할 수 없는 환자를 지원.

사역은 복음의 정신으로 함께 봉사하는 사람들의 공동체로서 지역사회 내에서 자비롭고 변화하는 치유의 존재입니다. 우리의 핵심 가치, 특히 "빈곤을 경험한 사람에 대한 약속"이라는 가치를 지키면서 우리는 필요한 개인에게 치료를 제공하고 지급 능력이 없는 사람과 그러한 제한으로 인해 의료 비용을 감당하기가 지극히 어려운 사람을 포함하여 가장 취약한 사람을 특별히 고려합니다.

정의

“지불 능력이 있다”는 의미는 다음과 같습니다.

- a. Medicaid 신청 심사 절차를 통해 Medicaid 자격이 없다고 결정되거나 주 Medicaid 프로그램으로 부터 Medicaid 혜택에 대해 거부 처분을 받은 개인.
 - Trinity Health 는 재정 지원의 전제 조건으로 개인이 Medicaid 를 신청할 것을 요구하지 않습니다.
- b. 신청서 검토 후 재정 지원 자격이 없다고 결정된 개인.
- c. 재정 지원 신청 기간이 만료된 후에도 재정 지원을 신청하지 않은 개인.
- d. 재정 지원 신청 과정에서 신청서 작성 또는 협력을 거부한 개인.

일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, “AGB”)은 해당 치료를 보장하는 보험에 가입한 환자에게 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 일반적으로 청구되는 금액을 의미하며, 사역의 급성 및 의사 AGB는 보고일로부터 가장 최근 퇴원일까지 30일의 시차를 두고 12개월의 지급 청구액을 사용하여 매년 시스템 사무소 또는 사역의 해당 청구액에 대한 전체 또는 "총" 청구액으로 나누어 계산하는 료백 방식으로 계산됨을 의미합니다.

신청 기간은 치료가 제공된 날로부터 240일 후 또는 다음 중 늦은 날짜에 종료됩니다.

- a. 추정 지원 상태 또는 이전 FAP 자격에 따라, 가장 관대한 지원보다 적은 금액을 받는 환자가 더 관대한 지원을 신청할 수 있는 30 일의 기간이 종료되는 날.
- b. 서면 통지에 명시된 마감일 이후 ECA 가 시작될 수 있습니다.

사회보장법(Social Security Act) 제1867조에 정의된 **응급 의료 서비스**. Trinity Health 병원에서 응급 의료 질환으로 치료를 원하는 환자는 치료비 지급 능력에 관계없이 차별 없이 치료를 받아야 합니다. 사역은 연방 응급 의료 및 적극적 출산법(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA)에 따른 선별, 치료 및 이송 요건을 포함하여 응급 치료에 대한 모든 연방 및 주 요건에 따라 운영해야 합니다.

가구 소득이란 최근 급여 명세서 또는 소득세 신고서 및 기타 정보에 나타난 직전 12개월 기간 또는 직전 과세 연도의 가구 내 모든 성인 가족 구성원의 연간 소득을 포함합니다.

18세 미만 환자의 경우, 가구 소득은 부모 및/또는 양부모 또는 보호자 친척의 연간 소득을 포함합니다. 소득 증빙은 현재 소득표를 고려하여 연간 가구 소득을 연환산하여 결정할 수 있습니다.

재정 지원은 Trinity Health가 제공하는 의료적으로 필요한 서비스 비용 전액을 지급하기 어려운 환자 중 해당 지원 자격 기준을 충족하는 환자에게 제공되는 지원을 의미합니다.

재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, “FAP”)이란 제1.501(r)-4(b)조에 설명된 요건을 충족하는 서면 정책 및 절차를 의미합니다.

재정 지원 정책 신청서(“FAP 신청서”)란 환자가 사역의 FAP에 따라 재정 지원을 신청하기 위해 제출하는 정보 및 첨부 서류를 의미합니다. 사역 부처는 서면 또는 구두로 (또는 두 가지 모두를 이용하여) 개인으로부터 정보를 취득할 수 있습니다.

소득은 총 급여, 봉급, 월급 및 자영업 소득, 비고용 보상, 근로자의 보상, 사회보장에서의 지급, 공공 지원, 제향군인 혜택, 아동 지원, 이혼 수당, 교육 지원, 유족 혜택, 연금, 퇴직 소득, 정기 보험 및 연간 지급, 부동산과 신택 소득, 받은 임대료, 이자/배당금 및 기타 출처로부터의 소득을 포함합니다.

의학적으로 필요한 치료란 질병, 부상, 질환 또는 그 증상을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하다고 의료 제공자가 합리적으로 판단하여 Trinity 사역 부처가 제공하는 모든 의료 서비스 또는 제품을 의미합니다. 의학적으로 필요한 치료에는 환자의 해당 보험/정부 지급/건강 보험으로 보장되지 않는 선택적 서비스 또는 정상적이거나 정상적으로 기능하는 신체 부위의 미적 매력을 개선하기 위한 미용 시술은 포함되지 않습니다.

사역 부처(일명 보건 사역이라고 함)는 Trinity Health System 운영의 특정 부분을 일상적으로 관리 감독하는 기관을 유지하는 Trinity Health의 일차(직속) 자회사, 계열사 또는 운영 부처를 의미합니다. 사역은 지리적 시장 또는 서비스 라인 또는 비즈니스에 대한 헌신을 기반으로 할 수 있습니다. 사역에는 선교 사역, 국가 사역, 지역 사역이 포함됩니다.

미러 정책은 Trinity Health가 승인한 모델 정책을 의미하며, 각 사역이 적절하고 운영에 적용 가능한 경우 동일한 정책으로 채택해야 하지만 현지 스타일의 선호도를 반영하거나 해당 미러 정책을 담당하는 ELT 회원의 승인에 따라 해당 주 또는 현지 법률 및 규정 또는 라이선스 및 인증 요건을 준수하기 위해 형식을 수정할 수 있습니다.

정책은 Trinity Health에 중요 사안에 대한 높은 수준의 방향성을 제시하거나 Trinity Health, 사역 및 자회사의 관리 문서를 추가로 해석하는 성명서를 의미합니다. 정책은 단독, 시스템 전체 또는 승인 기관이 지정한 미러 정책일 수 있습니다.

절차는 정책을 구현하도록 설계된 문서 또는 필요한 특정 조치나 과정에 대한 설명을 의미합니다.

서비스 지역은 사역이 서비스를 제공하는 주요 시장을 의미합니다. 이는 환자가 거주하는 우편번호 목록으로 입증됩니다.

표준 또는 지침은 인가 또는 전문 기관이 개발한 것을 포함하여 절차를 구현하는 데 도움이 되는 추가 지시와 안내를 의미합니다.

자회사는 Trinity 사역 부처가 유일한 기업 구성원이거나 단독 주주인 법인을 의미합니다.

무보험 환자는 치료 비용의 전부 또는 일부를 충당할 만한 상업용 제3자 보험회사, ERISA 플랜, 연방 의료 프로그램(Medicare, Medicaid, SCHIP 및 CHAMPUS를 포함하되 이에 국한되지 않음), 산재 보상 또는 기타 제3자 보장이 없는 개인을 의미합니다.

책임 부처

이 미리 정책에 관한 자세한 지침은 해당 부처의 경영진으로부터 얻을 수 있습니다.

승인

최초 승인: 2014년 6월 14일, Trinity Health 이사회 스튜어드십 위원회

후속 검토/수정: 2014년 9월 18일, 2017년 7월 1일, 2021년 12월 8일, 2023년 12월 6일, 2024년 2월 20일