

ASCENSION SAINT THOMAS 재할 병원

자선 진료

2023년 1월 6일

정책/원칙

Ascension Saint Thomas 재할 병원은 기관 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 데 사회적으로 공정한 진료를 보장하는 정책입니다. 본 정책은 재정 지원이 필요하고 기관에서 치료를 받는 환자의 재정 지원 적격성을 다루기 위해 특별히 고안되었습니다. "기관"은 Saint Thomas Health를 의미합니다.

1. 모든 재정적 지원은 개인의 인간 존엄성과 공동선에 대한 약속과 존중, 빈곤층과 기타 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 분배 정의와 관리 직분에 대한 약속을 반영할 것입니다.
2. 본 정책은 기관에서 제공하는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급 상황이 아닌 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료의 비용에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책이 적용되는 제공자 목록은 기관의 시설 내에서 치료를 제공하는 모든 제공자의 목록을 제공하며 재정 지원 정책이 적용되는 것과 그렇지 않은 것을 특정합니다.

정의

본 정책의 목적을 위해 다음 정의가 적용됩니다:

- "501(r)"은 내국세입법(Internal Revenue Code)의 501(r) 섹션과 그에 따라 공표된 규정을 의미합니다.
- "일반적 청구 금액" 또는 "AGB"는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료와 관련하여 일반적으로 그러한 치료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 청구되는 금액을 의미합니다.
- "커뮤니티" "커뮤니티"는 다음을 포함하는 Tennessee 중부의 13개 카운티를 의미합니다: Cannon, Davidson, Dekalb, Hickman, Rutherford, Warren, White, Montgomery, Putnam, Sumner, Williamson, Wilson, 그리고 Humphrey. 환자에게 필요한 응급 및 의학적으로 필요한 치료가 환자가 그러한 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대한 재정 지원을 받을 자격이 있는 다른 Ascension Health 시설에서 받는 응급 및 의학적으로 필요한 치료의 연속성을 띠는 경우 환자는 기관 커뮤니티의 구성원으로 간주됩니다.
- "응급 치료"는 즉각적인 의료 조치를 취하지 않으면 환자(또는 태아)의 건강을 심각하게 위험에 빠뜨리거나 신체 기능에 심각한 장애를 일으키거나 신체 기관 또는 일부의 심각한 기능 장애를 초래할 수 있다고 합리적으로 예상할 수 있는 그러한 중증도의 노동 또는 의학적 상태를 의미합니다.
"의료적으로 필요한 치료"는 (1) 환자 상태의 예방, 진단 또는 치료에 적합하고 일관성이 있으며 필수적인 치료; (2) 안전하게 제공될 수 있는 환자의 상태에 가장 적합한 공급 또는 서비스 수준; (3) 주로 환자, 환자의 가족, 의사 또는 간병인의 편의를 위해 제공되지 않고 (4) 해로움보다는 환자에게 이익이 될 가능성이 더

높은 치료를 의미합니다. 향후 예정된 치료가 "의학적으로 필요한 치료"가 되려면 기관의 의료 책임자(또는 피지명자)가 치료와 치료 시기를 승인해야 합니다. 의학적으로 필요한 치료의 결정은 환자에게 의료 서비스를 제공하는 면허가 있는 제공자 및 기관의 재량에 따라 주치의(admitting physician), 진료 의뢰 의사 및/또는 의료 책임자 또는 기타 검토 의사(reviewing physician)(권장되는 치료 유형에 따라 다름)가 내려야 합니다. 본 정책의 적용을 받는 환자가 요청한 치료가 검토 의사에 의해 의학적으로 필요하지 않다고 판단되는 경우 해당 결정은 주치의 또는 진료 의뢰 의사의 확인도 받아야 합니다.

- "기관"은 Ascension Saint Thomas 재활 병원을 의미합니다.
- "환자"는 기관에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람과 환자 치료에 재정적으로 책임이 있는 사람을 의미합니다.

재정 지원 제공

본 섹션에 설명된 재정 지원은 지역사회에 거주하는 환자로 제한됩니다:

1. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라 소득이 연방 빈곤 수준 소득("FPL")의 250% 이하인 환자는 해당하는 경우, 해당 환자가 추정 점수(아래 5항에 설명됨)에 따라 적격하다고 결정하거나 환자의 첫 퇴원 청구서 후 240일 또는 그 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하고 신청서가 조직의 승인을 받는다면 보험사가 지불한 후 환자가 책임을 지는 서비스 요금에 대해 100% 자선 치료를 받을 자격이 있습니다. 환자는 환자의 첫 퇴원 청구서 후 240일 이후에 신청서를 제출하는 경우 최대 100% 재정 지원을 받을 수 있습니다. 그러나 이 범주의 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 이루어진 모든 지불을 고려한 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 산출된 AGB 요금 이상으로 청구되지 않습니다.
2. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라 소득이 FPL의 250% 이상이지만 FPL의 400%를 초과하지 않는 환자는 보험사가 있는 경우 보험사 결제 후 해당 환자가 환자의 첫 퇴원 청구서 후 240일 또는 그 이전에 신청서를 제출하고 신청서가 조직에 의해 승인된 경우 환자가 책임지고 제공되는 서비스 비용 부분에 대해 차등 할인을 받게 됩니다. 환자는 환자의 첫 퇴원 청구서 후 240일 이후에 신청서를 제출하는 경우 슬라이딩 스케일 할인 재정 지원을 받을 수 있습니다. 그러나 이 범주의 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 이루어진 모든 지불을 고려한 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 산출된 AGB 요금 이상으로 청구되지 않습니다. 슬라이딩 스케일 할인은 다음과 같습니다:

FPL 251% - 300% FPL 환자는 95% 지원

FPL 301% - 351% FPL 환자는 90% 지원

FPL 351% - 400% FPL 환자는 85% 지원

3. 본 재정 지원 정책의 기타 조항에 따라 FPL의 400%를 초과하는 소득의 환자는 환자의 총 의료 부채액을 기준으로 조직의 서비스에 대한 환자 비용의 일부 할인을 위해 "자산 조사"에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자에게 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 위해 Ascension 및 기타 의료 제공자에 대한 의료 부채가 포함되며 해당 환자의 가구 총 소득과 같거나 더 큰 과도한 총 의료 부채가 있는 경우 자산 조사에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다. 해당 환자가 환자의 첫 퇴원 청구서 후 240일 또는 그 이전에 신청서를 제출하고 신청서가 기관에서 승인된 경우 자산 조사에 따라 제공되는 재정 지원 수준은 위 2항에 따라 소득이 FPL의 400%인 환자에게 부여되는 것과 동일합니다. 환자는 그러한 환자의 첫 퇴원 청구서 후 240일 이후에 신청서를 제출하는 경우 자산 조사 할인 재정 지원을 받을 수 있습니다. 그러나 이 범주의 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 이루어진 모든 지불을 고려한 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 산출된 AGB 요금 이상으로 청구되지 않습니다.
4. 환자가 "자산 조사"에 따라 지불할 충분한 자산이 있다고 간주되는 경우 위의 1항부터 3항까지에 설명된 재정 지원을 받을 자격이 없을 수 있습니다. 자산 조사에는 FAP 신청서에서 측정된 자산 범주를 기반으로 환자의 지불 능력에 대한 실질적인 평가가 포함됩니다. 환자 FPL 금액의 250%를 초과하는 자산이 있는 환자는 재정 지원을 받을 자격이 없을 수 있습니다.
5. 재정 지원에 대한 적격성은 수익 주기의 어느 시점에서든 결정될 수 있으며 환자가 재정 지원 신청서("FAP 신청서")를 작성하지 않은 경우 환자의 첫 퇴원 청구서 이후 처음 240일 이내에 충분한 미납 잔액이 있는 환자에 대한 추정 점수를 사용하여 100% 자선 치료에 대한 적격성을 결정하는 것을 포함할 수 있습니다. 환자가 완전한 FAP 신청서를 제출하지 않고 추정 점수만을 통해 100% 자선 치료를 받는 경우, 환자가 받을 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 이루어진 모든 지불을 고려한 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 추정 점수에 기반한 적격성 결정은 추정 점수가 수행되는 진료 에피소드에만 적용됩니다.
6. 기관이 "네트워크 외부"로 간주하는 특정 보험 플랜에 참여하는 환자의 경우 기관은 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실 및 상황을 검토하여 환자에게 제공되는 재정 지원을 줄이거나 거부할 수 있습니다.
7. 환자는 어떠한 거부 통지를 받은 날로부터 14일 이내에 조직에 추가 정보를 제공하여 재정 지원 자격 거부에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 기관에서 최종 결정을 검토합니다. 최종 결정에서 기존 재정 지원 거부를 확정하는 경우 서면 통지가 환자에게 전송됩니다. 환자와 가족이 재정 지원 자격에 관한 기관의 결정에 이의를 제기하는 절차는 다음과 같습니다:

- a 환자과 가족은 서면 이의 제기 서한을 환자 금융 서비스 부서에 우편으로 제출할 수 있습니다. 이의 제기 서한에는 환자의 원래 재정 지원 신청서에서 고려되지 않은 재정 정보가 포함되어야 하며, 이는 자선 치료에 대한 환자의 적격성을 재고하는 데 중요합니다. 서면 이의 제기 서한 외에도 환자와 가족은 이의 제기 서한에 포함된 재고를 위한 정보 문서를 동봉해야 합니다. 적절한 문서가 없을 시 적절한 문서를 받을 때까지 이의 제기 고려가 지연될 수 있습니다. 이의 제기 서한과 지원 문서는 310 21st Avenue North, Nashville, TN 37203 주소로 기관에 우편 발송해야 합니다.

- 8. 모든 이의 제기는 기관의 재정 지원 이의 제기 위원회에서 검토하며 위원회의 결정은 이의 제기를 제기한 환자 또는 가족에게 서면으로 전달됩니다.

재정 지원에 적격하지 않은 환자를 위한 기타 지원

위에서 설명한 바와 같이 재정 지원에 적격하지 않은 환자도 기관에서 제공하는 다른 유형의 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 빠짐없이 기재하기 위해 이러한 기타 유형의 지원이 여기에 기재되어 있지만 필요에 기반한 사항이 아니며, 501(r)의 대상이 아니지만 기관에서 서비스를 제공하는 커뮤니티의 편의를 위해 여기에 포함되었습니다.

- 1. 재정 지원 자격이 없는 무보험 환자에게는 해당 기관의 최고액 납입자에게 제공되는 할인을 기준으로 할인이 제공됩니다. 최고액 납입자는 규모 또는 총 환자 수익으로 측정할 때 조직 인구의 3% 이상을 차지해야 합니다. 단일 납입자가 이 최소 규모 수준을 고려하지 않는 경우 해당 년 동안 기관 비즈니스 규모의 최소 3%에 대해 계정 평균화에 사용되는 지급 조건이 되도록 하나 이상의 납입자 계약을 비례 배분해야 합니다.
- 2. 무보험 및 재정 지원 자격이 없는 보험 환자는 즉시 지불 할인을 받을 수 있습니다. 즉시 지불 할인은 바로 앞 단락에 설명된 무보험 할인에 추가로 제공될 수 있습니다.

재정 지원 대상 환자에 대한 청구 제한

재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AGB 이상 개별적으로 청구되지 않으며 기타 모든 의료에 대해 총 청구액을 초과하지 않습니다. 기관은 501(r)에 따라 Medicare 행위별수가제 및 기관에 청구를 지불하는 모든 민간 의료보험사를 포함하여 "관찰(look-back)" 방법을 사용하여 하나 이상의 AGB 퍼센트를 계산합니다. AGB 산출 상세 설명 및 퍼센트의 무료 사본은 기관 웹사이트 또는 입원 구역에 요청하여 얻을 수 있습니다. 환자는 기관에 629-253-5300으로 전화하여 AGB 산출 내역 및 퍼센트의 무료 사본을 환자의 우편 주소로 사본 발송을 요청할 수 있습니다.

재정 지원 및 기타 지원 신청

환자는 추정 점수 적격성을 통하거나 작성된 FAP 신청서를 제출하여 재정 지원을 신청하여 재정 지원을 받을 수 있습니다. FAP 신청 및 FAP 신청 지침은 기관의 웹사이트 또는 서비스 시점에 요청하여 이용할 수 있습니다. 환자가 서비스 날짜 이후에 재정 지원을 신청하려는 경우 환자는 FAP 신청서 및 FAP 신청서 지침에 액세스하여 Ascension Saint Thomas 재활 병원의 웹사이트에서 직접 인쇄할 수 있습니다. 또한 환자는 우편으로 FAP 신청서 및 FAP 신청 지침 사본을 요청할 수 있습니다. 문서 사본을 우편으로 요청하려면 환자가 기관에 629-253-5300으로 전화해야 합니다. FAP 신청 및 FAP 신청 지침은 앞서 언급한 각 액세스 가능 위치에서 영어, 스페인어, 중국어 간체, 중국어 번체, 베트남어, 라오스어, 한국어, 아랍어로 제공됩니다. 기관은 무보험자가 재정 지원 자격을 얻기 위해 환자가 잠재적으로 자격이 있다고 간주되는 Medicaid 또는 기타 공적 지원 프로그램을 신청할 수 있도록 재정 상담사와 협력하도록 요구합니다(적격하며 추정 점수를 통해 승인된 경우 제외). 환자가 FAP 신청서에 허위 정보를 제공하거나 추정 점수 적격성 절차와 관련하여 환자가 보험금 양도 또는 의무가 있을 수 있는 보험 회사에서 직접 지불할 권리를 거부하는 경우, 제공된 치료 비용을 지불하기 위해 또는 환자가 재정 지원 자격을 얻기 위해 환자가 잠재적으로 자격이 있다고 간주되는 Medicaid 또는 기타 공공 지원 프로그램을 신청하기 위해 재정 상담사와의 협력을 거부하는 경우(자격이 있고 추정 점수를 통해 승인된 경우 제외) 재정 지원이 거부될 수 있습니다. 기관은 현재 치료 에피소드에 대한 적격성에 대한 결정을 내릴 때 적격성 결정 날짜 이전 6개월 이내에 완료된 FAP 신청서에 대해 고려할 수 있습니다. 기관은 적격성 결정 날짜보다 6개월 이전에 완료된 FAP 신청서를 고려하지 않습니다.

청구 및 추심

미납 시 기관이 취할 수 있는 조치는 별도의 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 청구 및 추심 정책의 무료 사본은 기관의 웹사이트 또는 서비스 시점에 요청하여 얻을 수 있습니다. 환자는 청구 및 추심 정책의 무료 사본을 우편으로 요청할 수도 있습니다. 문서 사본을 우편으로 요청하려면 환자가 기관에 629-253-5300으로 전화해야 합니다.

통역

본 정책은 특별히 명시된 경우를 제외하고 적용 가능한 모든 절차와 함께 501(r)에 따라 해석되고 적용됩니다.