LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

운영 방침

분류:	재무	**코드:**	C-22
		발효일:	2017 년 12 월
제목:	재정지원	**대체 대상:**	2016 년 12 월
		페이지:	1/17

목적:

본 방침의 목적은 Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital 및 Loma Linda University Health Beaumont-Banning (이하 총괄적으로 LLUMC)가 1986 년도 미국 연방조세법(Internal Revenue Code, IRC)의 501(r)조 개정법 및 캘리포니아 병원공정가격정책법(California Hospital Fair Pricing Policies Act) 하의 법규를 포함한 주 및 연방법에 제시된 요건을 준수하기 위해 사용할 기준을 정의하는 데 있습니다.

캘리포니아의 급성 환자 치료 병원은 캘리포니아 주법 및 IRC 501(r)조를 준수하는 방침 및 관행을 시행해야 하며, 여기에는 재정적으로 자격이 있는 환자들에 대한 할인 및 자선 치료 제공을 위한 서면 방침 요건이 포함됩니다. 본 방침은 그러한 법적 의무를 충족시키기 위한 것으로서 LLUMC 재정지원방침(Financial Assistance Policy, FAP)의 조건 하에 재정적으로 자격이 있는 환자들에게 자선 진료 및 할인 진료 모두를 제공합니다.

방침의 범위:

본 방침은 LLUMC 가 의료상으로 필요한 서비스를 위해 환자에게 제공하는 재정 지원에 관한 것입니다. 환자, 환자 가족, 의사 또는 병원 직원을 통한 모든 재정 지원 요청은 본 방침에 따라 다루어야 합니다. 이 방침은 LLUMC 에서 제공되는 내과의사 진료에는 적용되지 않습니다. 응급 의사들은 LLUMC 에 고용된 것이 아니며 미보험 환자들이나 의료비 부담이 높은 환자들에게 할인을 제공하는 별도의 방침을 채택하고 있습니다. (LLUMC FAP 에 포함되지 '않는' 제공자의 전체 목록은 다음에서 보실 수 있습니다 — https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc)

철학:

신앙에 기반한 단체인 LLUMC 는 그 해당 지리적 서비스 구역 내 환자들의 의료 필요에 부응하고자 노력하고 있습니다. LLUMC 의 임무는 "예수 그리스도의 치유 전도를 지속하여 사람을 온전하게 한다"입니다. LLUMC 의 임무는 본 FAP 에서 분명하게 설명하고 있습니다. LLUMC 의 첫 번째 및 가장 중요한 책임은 환자들이 자애롭고 시기적절하며 적합한 의료 치료를 환자의 사생활, 존엄성, 고지에 입각한 동의를 고려하여 받을 수 있도록 하는 것입니다.

LLUMC 는 Loma Linda 지역 내 및 그 부근에 거주하는 환자들에게 정기적으로 병원 서비스를 제공합니다. 주요 강의 대학이자 3 차 병원인 LLUMC 는 복잡한 환자의 요구를 배려하는 지역 자원의 역할도 하며 다수의 타 병원으로부터 정기적으로 이송을 수용하고 있습니다. LLUMC 는 또한 고유한 서비스를 포함한 고도의 특수 치료 프로그램도 제공합니다. 환자의 필요에 부응하기 위해, LLUMC 는 환자가 보험이 없거나 또는 부족하여 병원비 지불에 도움이 필요한 경우에 재정 지원 프로그램을 이용하게 하고 있습니다. 이러한 프로그램에는 이하에 정의된 바와 같은 정부 후원 보험보장 프로그램, 자선 진료 및 할인 결제 자선 진료가 포함됩니다.

연방 응급의료치료및노동법(Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) 법규에 준하여, LLUMC 는 응급 부서의 환자가 응급 의료 상황에 대한 치료를 받기 전에 비용을 지불하도록 요구한다든지 또는 응급 의료 치료 제공을 무차별적으로 방해하는 채무 징수 행위를 허용하는 것과 같이 개인의 응급 의료 치료 모색을 막는 어떠한 행위에도 참여하는 것이 금지되어 있습니다.

용어 정의:

<u>일반적으로 청구되는 금액 (Amount Generally Billed, AGB)</u>:

국세청(IRS) 요구에 따라 LLUMC 는 재정 지원 수혜 자격이 있는 환자들이 응급 서비스 및 기타 의료상으로 필요한 서비스에 대해 AGB 보다 더 많이 부과되지 않도록 하는 방법을 수립해야 합니다. 그러한 요건을 충족시키기 위해, LLUMC 는 Medicare 요금을 기준으로 하는 전망법을 채택하고 있습니다.

<u>자선 진료</u>:

자선 진료란 소득이 현 연방 빈곤수준의 200% 이하이면서 LLUMC FAP 에 포함된 요건에 따라 자격을 갖춘 환자에게 제공되는 모든 의료상으로 필요한 입원 또는 외래 환자 병원 서비스로 정의됩니다.

할인 부분적 자선 진료 결제:

FAP 를 통한 할인 결제는 부분적 자선 진료로 정의되며, 이는 보험이 없는 환자 또는 본인의 보험으로는 LLUMC 의 통상적이고 관례적인 요금에 대한 할인을 받는 것으로 충분하지 않은 환자로서, 1) 병원비 지불에 대한 도움을 받기를 원하며, 2) 소득이 연방 빈곤수준의 350% 이하이며, 3) LLUMC FAP 에서 정하고 있는 요건에 따른 자격을 갖추고 있는 환자에게 제공되는, 의료상으로 필요한 입원 서비스 또는 외래 환자 병원 서비스로 인한 것을 뜻합니다.

총 부담금:

환자 치료 서비스 제공에 대한 총 요금으로 해당 조직의 전체 수립 요금에 기반하며 수입에서 공제금이 적용되기 전 금액.

적격 결제 계획:

FAP 를 통한 할인 결제 자격이 있는 환자가 정한 결제 계획은 적격 결제 계획으로 분류됩니다. 적격 결제 계획은 환자/보증인이 지불해야 하는 잔액의 일부 또는 전액에 대해 이자 부담금이 적용되지 않습니다. LLUMC 및 환자/보증인이 적격 결제 계획에 대한 조건에 합의하지 못하는 경우, 병원은 법령에 정의된 바와 같이 "합리적 결제 계획"을 위한 조건을 수립하기 위해, 건강및안전법(Health & Safety Code) 127400 (i)조에 설명된 공식을 사용해야 합니다

연방 빈곤수준(Federal Poverty Level, FPL) 지침:

FPL 지침은 본 방침에서 설명한 자선 진료 및 할인 결제 상태를 위한 총소득 및 가족 구성원 수 자격 기준을 정합니다. FPL 지침은 미국 보건복지부가 주기적으로 갱신합니다.

예상비용내역서:

LLUMC 등록처 직원의 견적액으로서, 환자가 LLUMC 에서 받을 서비스에 대한 실제 비용의 합리적 근사치를 나타냅니다. 등록처 직원은 예상비용내역서를 개발하고 견적을 내기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다. 하지만, 환자의 담당의, 치료 또는 자문 의사(들)이 차후에 지시할 실제 의료 서비스를 등록처 직원이 완전히 예측하지 못할 수도 있습니다.

국제서비스부:

모든 국제 자선 사례는 연간 예산 기준(참고 정책 국제 혜택[International Benefit, C-51])과 일관되게 국제 자선 위원회가 검토하고 승인해야 합니다. 위원회가 검토 및 승인한 사례들은 FAP 를 통한 재정 지원을 받을 자격이 없습니다.

LLUMC 재정지원방침 자격 요건:

개별 환자의 자격에 따라서, LLUMC 재정 지원은 자선 진료 또는 할인 부분적 자선 진료 결제를 통해 승인됩니다. 만일 자선 진료나 할인 결제를 요청했으나 LLUMC 가 결정을 내리는 데 합리적이고 필수적인 정보를 제공하지 못했다면, 해당 누락 사항은 LLUMC 가 결정을 내릴 때 고려될 수 있습니다. 환자/ 책임자가 LLUMC FAP 자격 요건을 충족하지 못하는 경우에는 재정 지원이 거부될 수 있습니다.

의료상으로 필요한 서비스:

본 방침 하의 재정 지원은 캘리포니아 복지및시설법(California Welfare & Institutions Code) §14059.5 에 의해 정의된 의료상으로 필요한 서비스에 적용됩니다. 생명 보호, 상당한 질병이나 중대한 장애 예방, 심한 통증 완화에 합리적이고 필요할 경우 해당 서비스는 의료상으로 필요하거나 의료적 필요라고 합니다. 의료적으로 효과적인 대안 치료법을 이용할 수 있는 특별 서비스들은 해당 정의에서 제외됩니다. 예를 들면: 1) 미용 및/또는 성형 서비스; 2) 불임 서비스; 3) 시력 교정; 4) 양성자 치료; 5) 로봇식 시술; 6) 의료 보장구학/보철; 7) 대리모 임신; 또는 8) 주로 환자의 편의 및/또는 편리를 위한 기타 서비스.

환자의 가족: 다음 사항들은 LLUMC FAP 의 적용을 받는 모든 사례들에 적용됩니다:

1. 캘리포니아 가족법(California Family Code) 297 조에 정의된 바에 따라, 18 세 이상인 사람, 배우자, 동거인, 및 집에서 같이 사는 여부와 상관없이 21 세 미만인 피부양 자녀인 경우.

   1.1 동거인: 캘리포니아 주의 동거관계는 두 사람이 동거관계 확인서를 캘리포니아 주 국무장관의 해당 부서에 접수하고 또 접수 당시 다음의 요건들을 충족시킬 때 성립됩니다:

      a. 두 사람은 동일 거주지에서 거주할 것.

      b. 두 사람 중 한 사람이라도 다른 사람과 혼인 관계에 있지 않으며 또 종료, 파경, 무효로 판단된 또 다른 동거 관계의 당사자에 해당되지 않음.

      c. 두 사람은 해당 주 내에서 혼인할 수 없도록 혈연으로 연결되지 않음.

      d. 두 사람은 최소 18 세 이상임.

      e. 다음 사항 중 한 가지에 해당함:

         1) 두 사람은 동성에 속함

         2) 둘 중 적어도 한 사람은 고령자 보험 혜택을 위한 42 미국법 402(a)조(42 U.S.C. Section 402(a))에 정의된 사회보장법 제 2 장(Social Security Act, Title II) 또는 고령자를 위한 42

미국법 1381 조(42 U.S.C. Section 1381)에 정의된 사회보장법 제 16 장(Social Security Act, Title XVI) 하의 자격 기준을 충족함. 본 조항의 기타 다른 규정에도 불구하고, 이성 관계인 경우 둘 중 한 사람이라도 62 세 이상이지 않는 한 동거 관계는 성립할 수 없음.

f. 두 사람은 동거 관계에 동의할 능력이 있음.

2. 18 세 미만인 사람, 부모, 돌보는 사람 친척들, 및 부모나 돌보는 사람 친척의 21 세 미만 기타 자녀인 경우.

A. 환자의 일반적 의무

1. 정직할 것: 환자는 재정 지원 심사 과정의 일부로 LLUMC 가 요청한 모든 정보를 제공할 때 반드시 정직하고 솔직해야 합니다. 환자는 모든 정부 보험보장 프로그램 또는 LLUMC FAP 를 통한 재정 지원 보장에 합리적으로 필요한, 정확하며 진실된 자격 서류를 제공해야 합니다. 정직함이란 필수적인 정보 및/또는 서류를 완전하고 전적으로 공개하는 것으로서 그렇게 할 것이 요구됩니다.

2. 재정 심사에 적극적으로 참여하여 완료: 보험이 없는 모든 환자 및 재정 지원을 요청하는 사람은 FAP 를 반드시 작성해야 합니다. LLUMC 를 떠나기 전에, 환자는 어떤 추가 정보 또는 서류를 LLUMC 에 제출해야 하는지 확인해야 합니다. 환자는 LLUMC 또는 기타 재정 지원 프로그램들의 서류 접수 마감일을 이해 및 준수할 책임을 공유합니다.

3. 지불해야 하는 필수 본인부담금의 일부 또는 전액 납부: 환자는 서비스를 받는 시점에 지불해야 하는 금액의 일부 또는 전액을 예상하고 반드시 지불해야 합니다. 앞에 말한 금액에는 다음이 포함될 수 있으나 이에 국한되지 않습니다:

3.1 공동부담금 (코페이)

3.2 공제금

3.3 보증금

3.4 Medi-Cal/Medicaid 분담 비용 금액

3.5 예상비용내역서

4. 병원 치료에 대한 책임 분담: 각 환자는 본인이 받는 병원 치료에 대해 공동의 책임이 있습니다. 여기에는 처방약 또는 퇴원 후 기타 의료 치료를 구하는 것의 후속 노력이 포함됩니다. 또한 환자 계정의 병원비 해결을 위한 조정 노력이 확실히 완료되도록 할 공동의 책임이 있습니다. 각 환자 또는 그 가족 대표자는 의료 서비스가 제공되는 도중 및 이후에도 LLUMC 직원과 협력하고 의사소통하는 것이 매우 중요합니다.

B. 병원 절차 및 의무

1. LLUMC FAP 자격은, 제 3 자 보험에 가입하지 않았거나 또는 제 3 자 보험에 가입했어도 환자 계정의 병원비 전액을 보장받지 못할 경우에, 가족 소득이 현 연방 빈곤수준의 350%보다 적은 환자에게 제공됩니다.

2. LLUMC FAP 는 전체 자선 진료와 할인 결제 모두에 대해 단일하고 통일된 환자 신청서를 사용합니다. 각 신청자가 수혜 자격이 있을 수 있는 최대한의 재정 지원 혜택을 받을 기회를 누릴 수 있도록 절차가 설계되었습니다. 재정지원신청서(Financial Assistance Application, FAA)는 병원이 환자의 자격을 결정하는 데 필요한 환자 정보를 제공하며 그러한 정보는 환자나 가족 대리인이 정부 프로그램 및/또는 LLUMC FAP 하에서 이용할 수 있는 최대한의 보험보장을 누릴 수 있는 자격을 주는 데 사용됩니다.

3. 자격이 있는 환자는 신청서 지시 사항을 따르고 또 LLUMC 에 서류 및 건강 혜택 보험보장 정보를 제공하도록 모든 합리적인 노력을 기울여서 LLUMC 가 적합한 프로그램 하에 환자의 보험보장 자격을 결정할 수 있도록 함으로써 LLUMC FAP 의 자격을 얻고 신청할 수 있습니다. 단지 자격 여부만으로 LLUMC FAP 의 자격 권한이 생기지 않습니다. LLUMC 는 반드시 신청서 평가 절차를 완료하고 자격을 결정한 이후에 비로소 전체 자선 진료 또는 할인 결제 자선 진료를 승인할 수 있습니다.

4. LLUMC FAP 는 전액 또는 일부 지원 수혜 자격이 있는 개별 환자들의 협력에 의존합니다. 정확하고 시기적절한 환자 재정 정보를 용이하게 얻기 위해, LLUMC 는 FAA 를 사용합니다. 제 3 자 보험사의 재정 보장을 입증할 수 없는 모든 환자들은 FAA 를 작성할 기회가 있습니다.

5. 보험에 가입하지 않은 환자들 역시 자격이 있을 수 있는 정부 후원 프로그램에 대한 정보, 지원, 의뢰 등을 제안받게 되며, Covered California 를 통한 보험 보장에 관한 정보를 제공 받습니다. 또한 보험에 가입하지 않은 환자들이 보험을 구하는 데 도움을 구할 수도 있는 지역 소비자 법적 지원 프로그램에 관한 연락 정보도 제공 받습니다.

6. 보험에 부분적으로만 가입했으며 소득이 연방 빈곤수준의 350% 미만이고 또 보험사 지불 후에도 개인적으로 비용을 부담해야 하는 환자들 또한 재정 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 재정 지원을 요청하는 모든 환자들은 FAA 를 작성해야 합니다.

7. 환자가 재정 지원이 필요할 수도 있다고 생각되면 바로 FAA 를 작성 완료해야 합니다. 신청서는 서비스를 받기 전에, 환자 입원 중에, 또는 서비스가 완료되고 환자가 퇴원한 후에도 작성 가능합니다.

8. FAA 를 작성함으로써 다음 사항이 준비됩니다:

   8.1 해당 환자가 서비스 비용 지불을 위한 충분한 소득이 있는지 여부를 LLUMC 가 결정하는 데 필요한 정보;

   8.2 재정 지원 수혜 자격 여부 결정에 유용한 서류; 및

   8.3 LLUMC 의 재정 지원 제공 약속을 기록하는 감사 추적.

9. 하지만, 만일 LLUMC 가 그 단독 자유 재량에 따라 재정 지원 자격을 정하는 데 충분한 환자 재정 정보를 가지고 있다고 결정하는 경우에는 작성된 FAA 가 필수적인 것은 아닙니다. (섹션 E. 특별 자선 진료 상황 참조)

C. 자격: 전체 자선 진료 및 할인 결제 자선 진료:

1. 전체 또는 할인 결제 재정 지원의 자격 여부는 오직 환자 및/또는 환자 가족 대표자의 지불 능력에 따라 결정됩니다. 재정 지원 자격은 결코 나이, 성별, 성 정체성, 성적 취향, 민족, 국적, 참전 용사 신분, 장애, 종교에 기반하지 않습니다. 재정 지원이 차별적 또는 임의적 기준에 따라 제공되지는 않지만, LLUMC 는 법과 규정에 일치하는 완전 재량에 따라 자격 기준을 수립하고 또 재정 지원 자격을 위해 환자가 충분한 증거를 제공했는지 여부를 결정합니다.

2. LLUMC 는 환자나 그 가족 대표자에게 등록 중에 직접적인 지원을 제공해서 FAA 작성을 용이하게 할 것입니다. 작성된 FAA 및 필수 보충 정보의 일부 또는 전체 제출은 재정 지원 자격을 수립하는 데 필수적일 수 있습니다.

3. LLUMC 는 대량의 저차원 급성 응급 서비스 및 긴급 진료 서비스를 지역 사회에 제공함을 알기에, 특정 경우에는 신청서 부담을 줄이고자 노력하고 있습니다. 응급 의료 치료 요금은 꽤 높을 수 있으나, 그러한 경우는 기타 다수의 가벼운 진료 방문보다 덜 빈번합니다. 응급 또는 긴급 진료 방문 요금이 $5,000 보다 적은 경우, 환자나 가족 대표자는 작성 완료하고 서명한 FAA 만 제출하면 됩니다. 이러한 경우에는 납세 신고서나 최근 급여 명세서가 필요하지 않을 수 있습니다. 하지만, 요금이 $5,000 을 넘을 경우에는, 환자나 가족 대표자는 소득 증명 서류로서 연방 소득 신고서 또는 최소한 두 차례의 최근 급여 명세서 사본 중 한 가지를 반드시 제공해야 합니다.

4. 환자 및/또는 가족 대표자가 LLUMC 로 나중에 지원 서류를 전달해야 할 필요가 있을 수도 있습니다. 지원 서류 제출에 대한 지시 사항은 FAA 가 작성 완료된 시점에 환자에게 제공됩니다. LLUMC 에 대한 재정적 의무를 이행하는 데 도움을 요청하는 환자 및/또는 가족 대표자는 LLUMC 가 재정 지원 수혜 자격을 결정하는 데 필요한 정보를 제공하도록 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. FAA 및 필수 보충 서류는 Patient Business Office 로 제출합니다. 해당 사무소의 위치는 신청서 지시 사항에 명시되어 있습니다.

5. LLUMC 는 FAA 의 완성도와 정확성을 검토하도록 교육받은 직원을 제공합니다. 환자가 적시의 답변을 필요로 함을 고려하여 신청서는 가능한 한 빨리 검토됩니다.

6. 본 방침에 의해 해당 개인이 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정할 때 고려되는 요인으로써 다음이 포함될 수 있습니다:

   6.1 연방 소득 신고, 최근 급여명세서, 또는 이러한 서류 부재 시 환자가 제공하는 기타 관련 정보를 기반으로 한 가족 소득; 및

   6.2 가족 구성원 수

7. 재정 지원 자격은 본 FAP 기준에 정의된 바와 같이 환자 또는 가족 대표자의 자격 수준에 따라서 자선 치료 또는 할인 결제를 받도록 승인될 수 있습니다. 재정 지원

결정은 오직 승인된 LLUMC 직원이 아래의 권한 수준에 따라 이루어질 수 있습니다:

7.1	Patient Business Office 의 매니저:	$50,000 미만인 계정
7.2	Patient Business Office 의 부서장:	$100,000 미만인 계정
7.3	Business Office 의 상임 이사:	$250,000 미만인 계정
7.4	Revenue Cycle 의 부사장:	$250,000 이상인 계정

8. 결정 후, 재정 지원 자격은 환자 및/또는 환자 가족 대표자가 신청서에 작성한 특정 서비스 및 서비스 날짜에 적용됩니다. 지속적인 관련 서비스가 요구되는 환자의 진단과 관련된 계속적인 간호인 경우에는, LLUMC 는 단독 재량에 따라 계속적인 간호를 단일한 사례로 처리하여 그에 대한 자격을 LLUMC 가 제공하는 관련 진행 서비스 전체에 대해 적용할 수 있습니다. LLUMC 가 자격을 결정할 당시에 미지불 상태인 기타 기존 환자 계정의 잔액은 LLUMC 경영진의 단독 재량에 따라 탕감 자격이 있는 것에 포함됩니다.

9. Medi-Cal/Medicaid 비용 분담 금액에 대한 환자의 의무는 어떠한 상황에서도 면제되지 않습니다. 하지만, 환자의 비용 분담금 부분, Medi-Cal/Medicaid 비용 분담금과 관련된 모든 비보험 또는 기타 미지불 잔액이 징수된 후에는, 환자가 자선 진료의 고려 대상이 될 수 있습니다.

10. FPL 의 201% 및 350% 사이에 해당하는 환자의 경우, Medicare 가 유사한 서비스 사례에 대해 일반적으로 지급하는 금액보다 더 많이 지불하지 않습니다. 이는 LLUMC 가 제공하는 모든 의료상으로 필요한 병원 입원 환자, 외래 환자, 재발 및 응급 서비스에 대해 적용됩니다.

11. FAP 자격이 있는 환자들은 총 부담금보다 적은 요금이 부과됩니다.

D. 전체 자선 및 할인 결제 - 소득 자격 수준

비보험 환자

1. 보험에 가입하지 않은 환자의 가족 소득이 현 FPL 지침을 바탕으로 한 확립된 빈곤 소득 수준의 200% 이하이고, 또 환자가 기타 모든 재정 지원 자격 요건을 충족한 경우, 해당 환자는 전체 자선 진료를 받을 자격이 있습니다.

2. 환자의 가족 소득이 현 FPL 지침을 바탕으로 한 확립된 빈곤 소득 수준의 201% 및 350% 사이에 해당하고, 또 환자가 기타 모든 재정 지원 자격 요건을 충족한 경우, 다음 사항이 적용됩니다:

   2.1 만일 제 3 자 지불인이 서비스에 대한 보험보장을 하지 않아서 환자가 전체 청구된 금액을 통상적으로 책임져야 한다면, 환자의 지불 의무는 만일 해당 환자가 Medicare 수혜자였다면 Medicare 프로그램이 지불했을 Medicare 금액(완전한 Medicare 지급율, 즉, 임금 지수, Indirect Medical Expenses (IME), Direct Medical Expenses (DME), 등 및 환자 지불 의무)의 일정 백분율이 됩니다. 모든 개인 환자가 지불할 실제 백분율은 아래의 표 1 에 나오는 차등제에 기반합니다:

표 1

차등제 할인표

FPL 의 가족 백분율	**M/Care 허용금액의 할인율**	**환자 OOP 지불금 백분율 (M/Care 내)**
201 – 260%	75%	25%
261 – 320%	50%	50%
321 – 350%	25%	75%

3. 환자의 가족 소득이 현 FPL 지침을 바탕으로 한 확립된 빈곤 소득 수준의 350% 이상이고, 또 환자가 기타 모든 재정 지원 자격 요건을 충족한 경우, 다음 사항이 적용됩니다:

   3.1 제 3 자 지불인이 서비스에 대한 보험보장을 하지 않아서 환자가 전체 청구된 금액을 통상적으로 책임져야 한다면, 환자의 지불 의무는 만일 해당 환자가 Medicare 수혜자였다면 Medicare 프로그램이 지불했을 100% 총액(완전한 Medicare 지급율, 즉, 임금 지수, IME, DME 등 및 환자 지불 의무)에 해당하는 금액이 됩니다.

보험 가입 환자

1. 보험에 가입한 환자의 가족 소득이 현 FPL 지침을 바탕으로 한 확립된 빈곤 소득 수준의 201% 및 350% 사이에 해당하고, 또 환자가 기타 모든 재정 지원 자격 요건을 충족한 경우, 다음 사항이 적용됩니다:

   1.1 환자가 받은 서비스 중 제 3 자 지불인이 보험보장한 결과 청구된 금액의 일부(즉, 공제금 또는 코페이)만 환자가 책임져야 하는 경우, 환자의 지불 의무는 보험 처리된 금액 그리고 만일 해당 환자가 Medicare 수혜자였다면 Medicare 프로그램이 지불했을 Medicare 금액(완전한 Medicare 지급율, 즉, 임금 지수, IME, DME, 등 및 환자 지불 의무)의 차액이 됩니다 (즉, 만일 Medicare 허용 금액보다 더 많은 금액이 보험으로 지불되었다면, 환자는 더 이상 지불할 것이 없지만, 만일 환자의 보험이 Medicare 허용 금액보다 더 적은 금액을 지불했다면, 그 보험 처리된 금액과 Medicard 허용 금액 간 차액을 환자가 지불해야 합니다).

2. 환자의 가족 소득이 현 FPL 지침을 바탕으로 한, 확립된 빈곤 소득 수준의 350% 이상인 경우, 다음 사항이 적용됩니다:

   2.1 환자가 받은 서비스 중 제 3 자 지불인이 부담한 결과 청구된 금액의 일부(즉, 공제금 또는 코페이)만 환자가 책임져야 하는 경우, 환자의 지불 의무는 보험 처리된 금액 그리고 Medicare 가 해당 서비스에 대해 지불했을 총액+20%의 차액이 됩니다. 예를 들면, 만일 Medicare 허용 금액+20% 보다 보험으로 더 많이 지불되었다면 환자는 더 이상 지불할 것이 없습니다. 하지만, 만일 환자의 보험이 Medicare 허용 금액+20% 보다 더 적게 지불했다면, 그 보험 처리 금액과 Medicare 허용 금액+20% 간 차액을 환자가 지불해야 합니다.

E. 특별 자선 진료 상황

1. 해당 환자가 노숙자이며 제3자 지불인 보험이 없다고 LLUMC 등록처 직원이 결정한 경우, 자동으로 전체 자선 진료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다.

2. 제3자 지불인 보험, 확인 가능한 사유지가 없거나 또는 공증 심리 대상이 아닌 사망한 환자의 경우, 자동으로 전체 자선 진료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다.

3. 지난 12개월 내에 연방 파산법원 명령에 의해 파산 선고를 받은 환자는 전체 자선 진료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 환자나 가족 대표자는 법원 명령 사본을 신청서의 일부로 제출해야 합니다.

4. 환자가 응급 부서에서 진료를 받았으나 LLUMC가 해당 환자에 대해 의료비 청구서를 발행할 수 없는 경우, 환자 계정 요금을 전체 자선 치료로 탕감할 수 있습니다 (즉, 환자가 청구서 정보가 확보되기 전에 퇴원). 그러한 모든 상황은 환자의 계정 메모란에 기록 과정의 필수 부분으로 밝혀져야 합니다.

5. LLUMC 는, 정부 후원 저소득층 지원 프로그램(예: Medi-Cal/Medicaid, 캘리포니아 아동 서비스, 및 기타 해당 주 또는 지방 저소득층 프로그램)에 대한 수혜 자격이 있으나 해당 정부 프로그램을 통해 지급을 받지 못한 환자의 경우, 자동으로 전체 자선 진료를 받을 자격이 있는 것으로 간주합니다. 예를 들면, Medi-Cal/Medicaid 뿐만 아니라 저소득층을 위한 기타 정부 프로그램(예: CHDP 및 일부 CCS)에 대한 수혜 자격이 있지만 입원 시 해당 프로그램으로 전체 서비스나 입원 기간에 대해 지급받지 못하는 환자의 경우, 재정 지원 보장을 받을 자격이 있습니다. LLUMC 의 FAP 하에, 이러한 배상 받지 못한 환자 계정 잔액은 자선 진료로서 전액 탕감될 자격이 있습니다. 자선 진료로서 구체적으로 포함되는 것으로는 거부된 입원 또는 거부된 진료 기간과 관련된 요금입니다. Medi-Cal/Medicaid 및 자격있는 저소득층 프로그램 혜택을 받는 기타 환자들에게 제공된 모든 치료승인요청(Treatment Authorization Request, TAR) 거부, 및 기타 거부 사항들(예: 제한된 보험보장)은 자선 진료로 분류됩니다.

6. Medicare 프로그램 보장을 받는 환자와 관련된 모든 재정 지원 평가에는 반드시 환자의 모든 재산, 부채, 소득 및 지출에 대한 합리적인 분석이 재정지원프로그램에 대한 자격 여부 이전에 포함되어야 합니다. 그러한 재정 지원 평가는 LLUMC의 서비스 제공 종료 이전에 실시되어야 합니다.

   6.1 전술한 내용에도 불구하고, Medicare 환자 계정의 일부로서 (a) 환자가 재정적으로 책임이 있으며 (공동보험 및 공제금액), (b) 보험회사 또는 Medi-Cal/Medicaid를 포함한 기타 어떠한 지불인도 보장하지 않으며, (c) 악성채무로서 Medicare가 배상하지 않으면, 다음과 같은 경우 자선 치료로 분류될 수 있습니다:

      a. 환자가 Medi-Cal/Medicaid 또는 저소득층 환자의 의료적 필요를 위해 제공되는 기타 프로그램의 수혜자일 경우, 또는

b. 그렇지 않으면 환자가 본 정책 하에 재정 지원을 받을 자격이 있고 또 본 정책 하에 제공된 탕감 범위까지만 자격이 있는 경우.

7. 보험에 가입하지 않았고 소득이 현 FPL 의 350% 이상이며 치명적인 의료 사건을 경험한 모든 환자는 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 그러한 환자 중 소득이 더 높은 경우에는 통상적인 전체 자선 진료나 할인 결제 진료를 받을 자격이 없습니다. 하지만 치명적인 의료 사건에 대한 고려는 사례별로 다를 수 있습니다. 치명적인 의료 사건에 대한 결정은 청구된 요금 중 환자의 책임 금액, 또 사건 발생 시 환자의 소득 및 재산에 대한 고려를 기초로 하여 정해집니다. 경영진은 합리적인 재량에 의해 치명적인 의료 사건에 대한 결정을 내려야 합니다. 일반적 지침은, 제공된 서비스에 대한 환자의 계정 내 책임이 $200,000 를 초과할 경우 치명적인 의료 사건으로 자격이 고려될 수 있습니다.

8. 미수금 처리 회사가 LLUMC로 돌려보낸 계정의 금액으로서 해당 환자나 가족 대표자가 청구서를 납부할 자원이 없다고 판단된 경우, 자선 치료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 환자 또는 가족 대표자의 서비스 지불 불능에 대한 기록은 자선 진료 기록 파일에 보관됩니다.

F. 악성채무에서 자선 진료로 재지정하기 위한 기준

1. LLUMC 와 계약을 맺은 모든 외부 미수금 처리 회사는 계정 후속 조치 및/또는 악성채무 회수를 수행하며 악성채무에서 자선 진료로 상태 변경을 확인할 때 다음의 기준을 사용합니다:

1.1 환자 계정에 적용 가능한 보험(정부 보장 프로그램 또는 기타 제삼자 지불인)이 없으며; 또

1.2 환자 또는 가족 대표자는 어떠한 신용 평가 방식을 사용해도 신용 및/또는 행동 점수 등급이 최저 25 퍼센트 이내에 속해야 하며; 또

1.3 환자 또는 가족 대표자는 미수금 처리 회사에 맡겨진 날로부터 150 일 이내에 지불을 하지 않았으며;

1.4 미수금 처리 회사가 환자/가족 대표자가 지불 능력이 없다고 판단했으며; 및/또는

1.5 환자 또는 가족 대표자는 신용 점수를 결정하기 위해 유효한 사회보장번호 및/또는 정확하게 진술된 거주지 주소가 없음.

2. 미수금 처리 회사가 악성채무에서 자선 진료로 재지정 하도록 돌려보낸 모든 계정은 LLUMC 회계부 직원의 평가를 거친 이후에 병원 회계 시스템 및 기록에 재분류 됩니다.

G. 환자 통지

1. 자격 결정을 내린 후에는, 결정 상태를 알리는 서신을 환자나 가족 대표자에게 발송합니다. 결정 상태 서신을 통해 다음 중 한 가지를 알려드립니다:

1.1 승인: 서신을 통해 계정이 승인되었음을 알리고, 승인 수준 및 환자가 지불해야 할 미지불 계정 금액을 알려드립니다. 환자의 기타 추가 조치 사항에 관한 정보 및 지시 사항 또한 제공됩니다.

1.2 거부: FAA 에 기반하여 자격이 거부된 사유를 환자에게 설명해 드립니다. 환자가 지불해야 할 미지불 계정 금액 또한 확인해 드립니다. 또 연락 정보 및 납부 지시 사항도 제공됩니다.

1.3 미결: FAA 가 완전하지 못한 이유에 대해 신청자에게 알려드립니다. 아직 처리되지 않은 모든 정보를 확인해 드리며 해당 정보를 환자 또는 가족 대표자가 LLUMC 로 제공할 것을 통지서로 요청 받습니다.

H. 적격 결제 계획

1. LLUMC 가 할인 결정을 내린 후에는, 환자는 지불해야 하는 미지불 금액 일부 또는 전액을 일시불로 지급하거나 또는 예정된 기간 동안 적격 결제 계획으로 지불할 선택권이 있습니다.
2. 기간을 나누어 분납하도록 해줄 것을 요청하는 환자와 LLUMC 가 결제 계획 선택안에 대해 상의하게 됩니다. 개별 결제 계획은 환자가 지불 기간을 효과적으로 지킬 수 있는 능력에 따라 약정됩니다. 일반적 지침은, 결제 계획이 12 개월을 넘기지 않도록 하는 것입니다.
3. LLUMC 는 환자와 신의성실로써 협상해야 합니다. 하지만 환자가 제안한 분납 조건을 수락할 의무는 없습니다. LLUMC 와 개인 환자 또는 보증인이 적격 결제

계획 결정에 합의하지 못하는 경우, 병원은 결제 계획의 근거로서 건강및안전법(Health & Safety Code) 127400 (i)조에 정의된 바와 같이 "합리적 결제 계획" 공식을 사용할 것입니다. "합리적 결제 계획"이란 필수 생활비 공제를 제외한 환자 가족 월 소득의 10% 이하인 월별 지급을 말합니다. "합리적 결제 계획" 공식을 적용하기 위해, LLUMC 는 법령에 따라 환자 가족의 소득 및 "필수 생활비"에 관한 정보를 수집해야 합니다. LLUMC 는 해당 정보 수집을 위해 평준화된 양식을 사용할 것입니다. "합리적 결제 계획" 공식을 적용한 결제 계획을 수립하고자 하는 각 환자 또는 보증인은, LLUMC 담당자로부터 가족 소득 및 지출 정보 요청을 면제받지 않은 이상, 요청된 해당 정보를 제출해야 합니다.

4. 재정지원방침(FAP) 규정 하에 정해진 결제 계획 기간 동안의 적격 환자 계정에 대해서는 어떠한 이자도 부과되지 않습니다.

5. LLUMC 가 결제 계획을 승인한 후에는, 지불해야 할 모든 순차적 납부금을 90 일 기간 동안에 지불하지 못하면 결제 계획의 채무불이행이 됩니다. 상황 변동이 생기고 결제 계획 기간을 지킬 수 없는 경우, 환자 또는 보증인은 LLUMC Patient Business Office 로 연락해서 알릴 의무가 있습니다. 하지만, 결제 계획 채무불이행의 경우, LLUMC 는 환자 또는 가족 대표자에게 전화 연락을 하는 합리적인 시도를 할 것이며 또한 채무불이행 통지서를 서면으로 보낼 것입니다. 환자는 연장 결제 계획을 재협상할 기회를 갖게 되는데 이는 연장 결제 계획 채무불이행에 관한 서면 통지서 날짜로부터 14 일 이내에 Patient Business Office 담당자와 연락하면 가능합니다. 환자가 14 일 이내에 연장 결제 계획의 재협상을 요청하지 않는 경우, 해당 결제 계획은 무효로 간주되며 계정은 징수 대상이 됩니다.

6. 가급적이면 모든 결제 계획은 외부 온라인 자금 이체(Electronic Funds Transfer, EFT) 업체를 통해 처리되어야 합니다. 하지만, 환자나 가족 대표자가 결제 계획을 외부 EFT 업체를 통하지 않고 지불하고자 하는 의향을 표명하는 경우, LLUMC 는 환자가 연장 결제 계획을 현금, 수표, 우편환 또는 신용카드로 결제한다면 그러한 요청을 수용하기 위해 노력할 것입니다.

I. 분쟁 해결

1. 재정지원프로그램 자격과 관련하여 분쟁이 발생하는 경우, 환자는 LLUMC 로 재고를 위한 이의신청서를 접수할 수 있습니다. 이의신청서에는 환자의 분쟁 내용 및 재고 근거에 관한 완전한 설명을 적어야 합니다. 환자의 주장을 뒷받침하는 추가 관련 서류의 일부 또는 전부를 이의신청서에 첨부해야 합니다.

2. 이의신청의 일부 또는 전부는 Patient Business Office 의 상임 이사가 검토합니다. 상임 이사는 모든 서면으로 된 분쟁 진술서 및 첨부 서류를 고려해야 합니다. 환자 주장에 대한 검토를 마친 후, 상임 이사는 조사 결과 및 결정 사항에 관한 설명서를 환자에게 제공하게 됩니다. 상임 이사에 의한 모든 결정 사항은 최종 결정이 됩니다. 더 이상의 추가 이의절차는 없습니다.

J. 공고

1. LLUMC 는 FAP, FAA, 쉬운 말로 된 요약본, 청구 및 징수 방침에 대해 일반에게 알리는 공고문을 게시해야 합니다. 이러한 공고문은 인파가 많은 LLUMC 의 입원 환자 및 외래 환자 서비스 구역에 게시될 것이며, 여기에는 응급 부서, 청구 담당 부서, 입원 환자 입원 및 외래 환자 등록 구역 또는 LLUMC 의 기타 공동 환자 대기실 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 공고문은 환자가 청구서를 납부할 수 있는 모든 장소에 역시 게시됩니다. 공고문에는 재정 지원에 관한 정보를 환자가 구할 수 있는 방법 뿐만 아니라 그러한 지원을 신청할 수 있는 장소에 관한 정보가 포함됩니다.

   1.1 이러한 공고문은 영어 및 스페인어 그리고 IRC 501(r)조가 요구하는 대로 기타 언어로 게시됩니다.

2. 아울러, 재정지원방침, 재정지원신청서, 쉬운 말로 된 요약본, 청구 및 징수 방침은 다음에서 온라인으로 볼 수 있습니다 — https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc.

3. 위에서 언급된 서류들의 종이 사본은 합리적 요청 시 추가 비용 없이 일반인에게 제공됩니다. LLUMC 는 그러한 요청에 대해 시기적절한 방식으로 응답할 것입니다.

K. 전체 자선 진료 및 할인 결제 보고

1. LLUMC 는 Accounting and Reporting Manual for Hospitals, Second Edition 에 적힌 바와 같이, 실제로 제공한 자선 진료를 건강계획계발사무소(Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD)의 규제 요건에 부합되게 보고해야 합니다. 규정 준수를 위해, LLUMC 는 그 자선 진료 기준과 관련한 서면 기록을 보관할 것이며, 개별 환자를 위해서 LLUMC 는 모든 자선 진료 결정과 관련한

서면 기록을 보관할 것입니다. OSHPD 의 요구에 따라, 환자에게 제공된 자선 진료는 제공 서비스에 대한 실제 요금에 근거하여 기록될 것입니다.

2. LLUMC 는 전체 자선 진료 및 할인 결제 방침이 단일 서류에 포함된 본 FAP 의 사본을 OSHPD 에 제공해야 합니다. FAP 에는 다음 사항도 포함되어 있습니다 — 1) 모든 자격 및 환자 자격 절차; 2) 전체 자선 진료 및 할인 결제를 위한 통합 신청서; 3) 전체 자선 진료 및 할인 결제의 검토 과정. 이 서류들은 OSHPD 에 격년으로 또는 중대한 변경 사항이 있을 때마다 제공될 것입니다.

L. 기타

1. 비밀보장 - 재정 지원에 대한 필요성은 수혜자에게 민감하고 매우 개인적인 문제인 것으로 인정되고 있습니다. 요청 여부, 정보 및 자금에 대한 비밀 보장은 재정 지원을 구하거나 받는 모든 이들에 대해 유지됩니다. 직원 오리엔테이션과 본 방침을 실행할 직원 선정은 이러한 가치를 바탕으로 안내되어야 합니다.

2. 선의 요건 - LLUMC 는 자격이 있는 환자들에게 선의를 바탕으로 한 재정 지원을 마련하며 이것은 환자나 가족 대표자가 제시한 정보가 완전하고 정확하다는 사실에 의존하고 있습니다. 재정 지원이 제공되었어도, 환자나 가족 대표자가 기만적 정보 또는 고의로 부정확한 정보를 제공한 경우에는 모든 서비스에 대한 청구권이 소급적으로든 서비스 제공 당시의 것이든 없어지지 않습니다. 또한, LLUMC 는 LLUMC FAP 자격을 얻기 위해 기만적인 정보 또는 고의로 부정확한 정보를 제공한 환자나 가족 대표자에 대해 모든 민사적 및 형사적 구제수단을 강구할 권리가 있습니다.

3. 신용 및 징수 방침 - LLUMC 는 청구 및 징수 방침 을 제정했으며 이를 다음에서 온라인으로 볼 수 있습니다 — https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc. LLUMC 가 환자/책임 당사자 관련 또는 환자/책임 당사자를 외부 미수금 처리 회사에 의뢰하는 것과 관련하여 신용 정보 확보를 위해 취하는 모든 조치는 신용 및 징수 방침과 일관되어야 합니다.

승인함: 병원 경영진 대표, LLUMC 이사회, LLUMC 최고 경영자, LLUMC 재무 수석 부사장, Carolyn Marovitch