



St. Vincent's Health System, Inc.
재정 지원 정책 2024년 7월 1일

정책/원칙

아래 단락에 나열된 각 기관(이하 각각 “조직”)은 조직의 시설에서 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하면서 사회적으로 공정한 운영을 보장하는 것을 정책으로 합니다. 본 정책은 특히 재정 지원이 필요하고 조직에서 치료를 받는 환자의 재정 지원 자격을 판단하기 위해 마련되었습니다. 이 정책은 St. Vincent's Health System, Inc. 내의 각 조직에 적용됩니다.

St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's Southside;
St. Vincent's Medical Center, Inc., dba Ascension St. Vincent's Riverside;
St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., dba Ascension St. Vincent's Clay County;
St. Vincent's Health System, Inc. dba Ascension St. Vincent's St. Johns County.

1. 모든 재정 지원은 개인의 존엄성과 공익에 대한 우리의 헌신과 존중, 빈곤층과 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대 그리고 분배 정의와 책임 있는 자원 관리에 대한 우리의 헌신을 반영합니다.
2. 본 정책은 고용된 의사 서비스와 정신건강 서비스를 포함하여 조직이 제공하는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료가 아닌 의료 서비스 비용에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책 적용 제공자 목록에는 조직 시설 내에서 의료 서비스를 제공하는 제공자 중 재정 지원 정책이 적용되는 제공자와 적용되지 않는 제공자가 명시되어 있습니다.

정의

본 정책의 목적상 다음 정의가 적용됩니다.

- **"501(r)"**은 내국세법 섹션 501(r)을 의미하며 이에 따라 공표된 규정입니다.
- **"일반 청구 금액"** 또는 **"AGB"**는 응급 처치 및 기타 의학적으로 필요한 치료와 관련하여 일반적으로 그러한 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 청구되는 금액을 의미합니다.
- **"커뮤니티"**는 플로리다 북동부의 5개의 카운티(Baker, Clay, Duval, Nassau, St. Johns) 및 남동부 조지아의 10개의 카운티(Appling, Bacon, Brantley, Camden, Charlton, Coffee, Glynn, Pierce, Ware 및 Wayne)를 포함합니다. 환자가 필요로 하는 응급 및 의학적으로 필요한 치료가 환자가 응급 상황 및 의학적으로 필요한 치료에 대한 재정 지원을 받을 자격을 갖춘 다른 Ascension Health 시설에서 받은 응급 상황 및 의학적으로 필요한 치료의 연속일 경우, 환자는 조직의 커뮤니티 일원으로 간주합니다.
- **"응급 치료"**는 즉각적인 의료 처치가 없을 때 신체 기능에 심각한 장애, 신체 기관 또는 신체 일부의 심각한 기능 장애 또는 개인의 건강을 심각한 위험에 빠뜨릴 수 있는 충분한 심각도(심한 통증 포함)의 급성 증상으로 나타나는 건강 상태에 대한 치료를 의미합니다.

- "의학적으로 필요한 치료"는 (1) 환자의 상태를 예방, 진단 또는 치료하기 위해 적절하고 의학적으로 타당하며 필수적인 치료를 의미하고 (2) 안전하게 제공될 수 있는 환자의 상태에 가장 적절한 의료 서비스 또는 치료 수준으로 (3) 환자, 환자의 가족, 의사 또는 간병인의 편의를 위해 주로 제공되는 것이 아니며 (4) 환자에게 해를 끼치기보다는 이익을 가져다줄 가능성이 더 높습니다. 향후 예정된 치료가 "의학적으로 필요한 치료"가 되려면 치료와 치료 시기에 대하여 조직의 최고 의료 책임자(또는 지명자)의 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 치료의 결정은 환자에게 의료 치료를 제공하는 면허를 가진 제공자 그리고 조직의 재량에 따라 입원 의사, 담당 의사 및/또는 최고 의료 책임자 또는 기타 검토 의사(권장되는 치료 유형에 따라 달라짐)가 수행해야 합니다. 본 정책의 적용을 받는 환자가 요청한 치료가 검토 의사에 의해 의학적으로 필요하지 않다고 판단되는 경우, 해당 결정은 입원 또는 의뢰 의사가 확인해야 합니다.
- "조직"은 St. Vincent's Health System, Inc.와 그 지배 계열사를 의미하며, 특히, St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's Southside; St. Vincent's Medical Center, Inc., dba Ascension St. Vincent's Riverside; St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., dba Ascension St. Vincent's Clay County; St. Vincent's Health System, Inc. dba Ascension St. Vincent's St. Johns County를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.
- "환자"는 조직에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받는 개인 및 환자의 치료 비용에 대해 재정적 책임을 지는 사람을 의미합니다.

제공되는 재정 지원

본 항에 기술된 재정 지원은 커뮤니티에 거주하는 환자로 제한됩니다.

1. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라 연방 빈곤선("FPL")의 250% 이하인 소득이 있는 환자는 추정 적격성 평가(아래 5항에서 설명함)에 따라 적격자로 결정되거나, 첫 첫 퇴원 청구서 발행일 후 240일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 조직의 승인을 받으면 보험회사가 지급한 후 책임을 지는 서비스의 요금 중 해당 부분에 대해 100%의 무상 의료 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 환자는 100%의 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주의 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미지급 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 수 있는 환자에게 계산된 AGB 금액을 초과하여 청구하지 않습니다.
2. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL의 250%를 초과하지만 FPL의 400%를 초과하지 않는 환자는 첫 퇴원 청구일 후 240일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 조직의 승인을 받으면 보험회사가 지급한 후 책임을 지는 서비스의 요금 중 해당 부분에 대해 소득 구간별 할인을 받습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 소득 구간별 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주의 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미지급 잔액으로 제한됩니다.

이 범주의 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 계산된 AGB 금액을 초과하여 청구하지 않습니다. 소득 구간별 할인은 다음과 같습니다.

- 251% FPL과 300% FPL 사이의 환자는 90% 지원받게 됩니다.
- 301% FPL과 350% FPL 사이의 환자는 85% 지원받게 됩니다.
- 351% FPL과 400% FPL 사이의 환자는 84% 지원받게 됩니다.

3. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL의 400% 이상인 환자는 환자의 총 의료비 부채를 기준으로 조직의 서비스에 대한 환자 요금의 일부 할인에 대해 "소득 재산 심사"에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자의 총 의료비 부채가 Ascension 및 기타 의료 제공자에 대한 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료 관련 부채를 포함하여 해당 환자 가구의 총소득과 같거나 그 이상인 경우, 해당 환자는 소득 재산 심사에 따라 재정 지원 대상이 될 수 있습니다. 그러한 환자가 환자의 첫 퇴원 청구서 이후 240일 또는 그 이전에 신청서를 제출하고 신청서가 조직에 의해 승인된 경우, 소득 재산 심사에 따라 제공되는 재정 지원 수준은 상기 제2항에 따른 FPL의 400%로 소득이 있는 환자에게 부여되는 것과 동일합니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 환자는 소득 재산 심사 결과 할인 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주의 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미지급 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 수 있는 환자에게 계산된 AGB 금액을 초과하여 청구하지 않습니다.
4. 환자가 "자산 심사"에 따라 지급하기에 충분한 자산이 있다고 판단될 경우, 상기 제1항부터 제3항까지의 재정 지원을 받을 수 없습니다. 자산 심사에는 FAP 신청서에서 측정된 자산 범주를 기준으로 한 환자의 지급 능력에 대한 실질적인 평가가 포함됩니다. 해당 환자의 FPL 기준 금액의 250%를 초과하는 자산을 보유한 경우 환자는 재정 지원을 받지 못할 수 있습니다.
5. 재정 지원 자격은 의료 수익 관리 과정의 어느 시점에서든 결정될 수 있으며 환자의 첫 퇴원 청구일 후 240일 이내에 충분한 미지급 잔액이 있는 환자에 대한 추정 적격성 평가 사용을 포함할 수 있으며 이것은 환자가 재정 지원 신청서("FAP 신청서")를 완료하지 못함에도 불구하고 100% 무상 의료 지원 자격을 결정합니다. 환자가 완전한 FAP 신청서를 제출하지 않고 추정 적격성 평가만을 통해 100% 무상 의료 지원을 받을 경우, 환자가 받을 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 지급된 금액을 고려한 후 미지급 잔액으로 제한됩니다. 추정적 점수에 근거한 적격성 판단은 추정적 점수가 수행되는 해당 치료 사례에만 적용됩니다.
 - a. 재정 지원이 필요한 환자를 돕기 위해 해당 의료 기관은 제삼자를 활용하여 환자의 정보를 검토하여 100% 재정 지원의 적격성을 평가할 수 있습니다. 이 검토는 공공 기록 데이터베이스를 기반으로 한 의료 업계에서 인정된 예측 모델을 활용합니다. 이 모델은 공공 기록 데이터를 통합하여 소득, 자산 및 유동성에 대한 추정치를 포함하는 사회 경제적 및 재정적 능력 점수를

계산합니다. 모델의 규칙 체계는 동일한 기준에 따라 각 환자를 평가하기 위해 설계되었고 해당 의료 기관의 100% 자선 진료에 대한 과거 승인 사례를 기준으로 조정되었습니다. 해당 의료 기관은 예측 모델을 통해 환자가 FAP 신청에 따라 과거에 100% 자선 진료 자격을 얻었던 다른 환자들의 특징을 나타내는지를 평가합니다.

- b. 보장 가용성을 확인하기 위한 노력 이후에 예측 모델은 적절한 재정적 요구가 있는 환자에게 추정 100% 자선 진료를 부여하는 체계적인 방법을 제공합니다. 예측 모델링이 추정 적격성의 기초인 경우, 과거 제공된 서비스 날짜에만 적격 서비스에 대한 점수에 따라 100% 자선 진료가 부여됩니다.
 - c. 환자가 완료된 FAP 신청서를 제출하지 않고 추정 점수만을 통해서만 100% 자선 진료를 받을 수 있는 경우, 환자가 받을 수 있는 재정 지원 금액은 환자의 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다.
 - d. 환자가 추정 자격 규정의 적용을 받을 자격이 없는 경우, 환자는 FAP 신청서에 따라 재정 지원 대상자로 고려될 수 있습니다.
6. 재정 지원을 위해서 위의 예측 모델을 사용하는 것 외에도 다음 상황에서 재정 지원은 100% 자선 진료 수준에서 제공되어야 합니다.
- a. 재산이 없고 생존 배우자가 없음을 해당 의료 기관에서 확인한 사망 환자.
 - b. 해당 의료 기관이 참여 의료기관이 아니며 참여 제공자가 될 의도가 없는 다른 주에서 Medicaid를 받을 자격이 있는 환자.
 - c. 식품 지원 보조금, 보조 주택, 여성 유아 및 아동 프로그램(WIC) 등 다른 정부 지원 프로그램에 자격이 있는 환자.
 - d. Medicaid 비보장 서비스를 받는 Medicaid 수혜자인 환자 및
 - e. Medicaid 수혜자이며 체류 기간 제한을 모두 소진한 환자.
7. 조직이 "네트워크 외부"로 간주하는 특정 보험 플랜에 참여하는 환자의 경우, 조직은 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실과 상황을 검토하여 환자가 사용할 수 있는 재정 지원을 제한하거나 거부할 수 있습니다.
8. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 Ascension Medical Group 관행에서 제공받은 서비스당 명목 정액 수수료, 최대 \$20.00를 부과받을 수 있습니다. 명목 정액 수수료는 해당 서비스에 대한 AGB 금액을 초과하지 않습니다.
9. 환자는 거부 통지를 받은 날로부터 14일 이내에 조직에 추가 정보를 제공함으로써 재정 지원 적격성 거부에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 최종 결정을 위해 조직이 검토합니다. 최종 결정에서 재정 지원에 대해 내려진 이전의 거부 결정이 확정되는 경우, 서면 통지가 환자에게 발송됩니다. 환자와 가족이 재정 지원 적격성에 관한 조직의 결정에 항소하는 과정은 다음과 같습니다.



- a. 재정 지원 이의 제기는 Ascension St. Vincent's HOPE Office(아래 주소)로 발송될 수 있습니다. 환자는 본인의 건강 상태를 뒷받침하는 추가 문서를 다음으로 제출해야 합니다.

Ascension St. Vincent's
 PO Box 932886
 Atlanta, Ga 31193

- b. 모든 이의 제기는 조직의 재정 지원 이의 제기 위원회에서 심사하며 위원회의 결정은 이의를 제기한 환자 또는 가족에게 서면으로 전달됩니다.

재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 환자를 위한 기타 지원

상기에 설명한 바와 같이 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 되지 않는 환자는 조직이 제공하는 다른 유형의 지원을 받을 수 있습니다. 완전성을 위해, 이러한 다른 유형의 지원은 필요 기반이 아니고 501(r)의 적용 대상이 되도록 의도된 것은 아니지만 여기에 나열되고 조직이 서비스를 제공하고 있는 커뮤니티의 편의를 위해 여기에 포함됩니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 비보험 환자에게는 해당 조직의 최고액 납부 지불자에게 제공되는 할인을 따라 할인이 제공됩니다. 최고액 납부 지불자는 환자 수 또는 총 환자 매출 기준으로 조직 전체의 최소 3%를 차지해야 합니다. 이러한 최소 수준 인원수에 한 명의 지불자도 해당하지 않는 경우, 두 명 이상의 지불자 계약을 평균해서 평균에 사용되는 지급 조건이 해당 연도 조직 사업 규모의 최소 3%를 차지하도록 해야 합니다.
2. 재정 지원을 받을 자격이 없는 무보험 및 보험 가입 환자는 조기 지급 할인을 받을 수도 있습니다. 즉시 지급 할인은 이전 항에서 설명한 무보험 할인 외에 추가로 제공될 수 있습니다.

재정 지원을 받을 자격이 되는 환자의 청구금에 대한 제한

재정 지원을 받을 자격이 되는 환자에게는 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AGB를 초과해서 개별적으로 청구되지 않을 것이며 기타 의학적 치료에 대한 총 청구금을 초과해서 청구되지 않을 것입니다. 조직은 501(r)에 따라 Medicare 행위별 수가제 및 조직에 청구금을 지급하는 모든 개인 건강 보험회사를 포함하여 "룩백" 방식을 사용하여 하나 이상의 AGB 백분율을 계산합니다. AGB 계산 설명 및 백분율에 대한 무료 사본은 조직의 웹사이트인 <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> 또는 (904) 308-7381번으로 고객 서비스부로 전화하여 얻을 수 있습니다.

재정 지원 및 기타 지원 신청

환자는 추정 점수 기준 자격을 통해 또는 FAP 신청서 작성, 제출 후 재정 지원을 신청함으로써 재정 지원 자격을 얻을 수 있습니다. FAP 신청서 및 FAP 신청 지침은 조직 웹사이트 <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> 또는 고객 서비스부 (904)308-7381번으로 전화하여 받을 수 있습니다.

조직은 비보험 가입자가 재정 상담사와 협력하여 환자가 재정 지원 자격을 얻기 위해 잠재적으로 자격이 있다고 간주하는 Medicaid 또는 기타 공공 지원 프로그램을 신청하도록 요구할 것입니다(추정 점수를 통해 자격이 있고 승인된 경우는 제외). 환자가 FAP 신청서 또는 추정 점수 기준 자격 절차와 관련하여 잘못된 정보를 제공하거나, 환자가 제공된 진료에 대해 지급할 의무가 있는 보험 회사가 직접 지급할 수 있는 보험금 또는 권리를 거부하거나, 환자가 재정 지원을 받을 자격을 갖추기 위해 잠재적으로 자격이 있다고 판단되는 Medicaid 또는 기타 공공 지원 프로그램을 신청하기 위해 재정 상담사와 협력하기를 거부하는 경우, 환자는 재정 지원을 거부당할 수 있습니다(추정 점수를 통해 자격이 있고 승인된 경우 제외). 조직은 현재 치료 에피소드에 대한 적격성을 결정한 날짜에서 6개월 전까지 작성된 FAP 신청서를 고려할 수 있습니다. 조직은 적격성을 결정한 날짜에서 6개월 이상 이전에 작성된 FAP 신청서는 고려하지 않을 것입니다.

대금 청구 및 추심

미지급이 발생할 때 조직이 취할 수 있는 조치는 별도의 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 청구 및 추심 정책의 무료 사본은 <https://healthcare.ascension.org/financial-assistance/florida> 조직의 웹사이트 또는 고객 서비스 (904) 308-7381로 전화하여 얻을 수 있습니다.

해석

본 정책은 모든 해당 절차 준수를 목적으로 하며 특별히 명시된 경우를 제외하고 501(r)에 따라 해석 및 적용되어야 합니다.