

Saint Thomas Health

재정 지원 정책

2022년 7월 1일

정책/원칙

조직의 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 위해 사회적으로 정의로운 관행을 보장하는 것은 이 단락 아래에(각각의 "조직") 나열된 조직의 정책입니다. 본 정책은 특히 재정 지원이 필요하며 조직으로부터 치료를 받는 환자에 대한 재정 지원 적격성을 평가하기 위해 설계되었습니다. 본 정책은 Saint Thomas Health dba Ascension Saint Thomas 내의 다음의 각 조직에 적용됩니다:

Saint Thomas DeKalb Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas DeKalb; Saint Thomas Hickman Hospital, dba Ascension Saint Thomas Hickman; Saint Thomas Highlands Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas Highlands; Saint Thomas River Park Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas River Park; Saint Thomas Rutherford Hospital, dba Ascension Saint Thomas Rutherford; Saint Thomas Midtown Hospital; Saint Thomas Stones River Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas Stones River; Saint Thomas West, dba Ascension Saint Thomas Hospital, Ascension Saint Thomas Midtown, Ascension Saint Thomas West, Ascension Saint Thomas Three Rivers.

1. 모든 재정 지원은 개인의 존엄성과 공익에 대한 우리의 헌신과 존중, 빈곤층과 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 그리고 분배의 공정성과 책임에 대한 헌신을 반영합니다.
2. 본 정책은 고용된 의사 서비스와 행동 건강을 포함하여 조직이 제공하는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급상황이 아닌 치료와 의학적으로 필요하지 않은 치료에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책이 적용되는 제공자 명단에는 조직의 시설 내에서 재정 지원 정책이 적용되는 치료와 적용되지 않는 치료를 제공하는 서비스 제공자들의 명단이 들어 있습니다.

정의

본 정책의 목적상 다음 정의가 적용됩니다:

- “**501(r)**”은 내국세입법의 501(r)조와 이에 따라 공포된 규정을 의미합니다.
- “**일반 청구 금액(Amount Generally Billed)**” 즉 “**AGB**”는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료와 관련하여 이러한 치료의 보험에 가입한 개인에게 청구되는 금액을 의미합니다.
- “**커뮤니티**”란 다음을 포함하는 미들 테네시 주의 열두(12)개 카운티를 의미합니다: Cannon, Davidson, DeKalb, Hickman, Rutherford, Warren, White, Montgomery, Putnam, Sumner, Williamson, Wilson, 및 Humphrey. 응급 및 의학적으로 치료가 필요한 환자가 이러한 응급 및 의학적으로 필요한 치료를 위한 재정적 지원을 받을 자격이 있는 다른

Ascension Health 시설에서 받은 응급 및 의학적으로 필요한 치료의 연속이라면 환자는 조직 커뮤니티의 구성원으로 간주됩니다.

- "응급치료"란 즉시적인 의학적 치료가 없으면 신체 기능에 심각한 손상, 신체 조직이나 부위의 심각한 기능 저하 또는 개인의 건강을 심각한 위험에 빠뜨릴 수 있는 심한 증상(심한 통증 포함)으로 나타나는 의학적 상태를 치료하는 것을 의미합니다.
- "의학적으로 필요한 치료"는 (1) 환자 상태의 예방, 진단 또는 치료에 적절하고 일관성이 있으며 필수적이며; (2) 안전하게 제공될 수 있는 환자의 상태에 대한 가장 적절한 공급 또는 서비스 수준으로; (3) 기본적으로 환자, 환자의 가족, 의사 또는 간병인의 편의를 위해 제공되지 않으며; (4) 환자에게 피해보다는 이익이 될 가능성이 더 높습니다. 향후 예정된 진료에 "의학적으로 필요한 치료"가 되려면 치료와 치료 시기를 조직의 최고 의료 책임자(또는 지명자)의 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 치료의 결정은 환자에게 의료 치료를 제공하는 허가를 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 정책이 적용되는 환자가 요청한 치료를 검토 의사가 의학적으로 필요하지 않다고 판단하는 경우, 해당 결정은 또한 입원 의사 또는 담당 의사의 확인도 받아야 합니다.
- "조직"이란 Saint Thomas Health를 의미합니다
- "환자"란 조직에서 응급조치 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람과 환자의 치료를 재정적으로 책임지는 사람을 의미합니다.

제공되는 재정 지원

본 항에 기술된 재정 지원은 커뮤니티에 거주하는 환자로 제한됩니다:

1. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라 연방 빈곤 수준 소득("FPL")의 250¹% 이하 소득이 있는 환자는 추정 점수(아래 5항에서 설명함)에 따라 적격자로 결정되거나 첫 퇴원 청구일 후 240일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 조직의 승인을 받은 경우, 보험회사가 지불한 후 책임을 지는 서비스 요금 중 해당 부분에 대해 100%의 자선 치료를 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 환자는 계산된 AGB 요금보다 더 많이 청구할 수 없습니다.
2. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL의 250²%를 초과하지만 FPL의 400³%를 초과하지 않는 환자는 첫 퇴원 청구일 후 240일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 조직의 승인을 받은 경우 보험회사가 지불한 후 책임을 지는 서비스의 요금 중 해당 부분에 대해 슬라이딩 스케일 할인을 받습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 차등제 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 환자는 계산된 AGB 요금보다 더 많이 청구할 수 없습니다. 차등제 할인은 다음과 같습니다:

251% FPL과 300% FPL 사이의 환자는 86%의 지원을 받습니다.

301% FPL과 350% FPL 사이의 환자는 81%의 지원을 받습니다.

351% FPL과 400% FPL 사이의 환자는 76%의 지원을 받습니다

- 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL의 400% 이상인 환자는 환자의 총 의료 부채를 기준으로 조직의 서비스에 대한 환자 요금의 일부 할인에 대해 "자산 조사 결과"에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 과도한 의료 부채가 있는 경우 즉 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 위해 Ascension 및 기타 의료 제공자에 대한 의료 부채를 포함하고 그것이 환자 가족의 총 소득과 같거나 더 큰 경우, 수입 조사 결과에 따라 재정 지원을 받을 자격이 주어집니다. 자산 조사에 따라 제공되는 재정 지원 수준은 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이전에 신청서를 제출하고 그 신청서가 조직의 승인을 받는 경우에 상기 제2항에 따른 FPL의 400%에 해당하는 소득을 가진 환자에게 부여하는 것과 같습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 환자는 평균 검사 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 환자는 계산된 AGB 요금보다 더 많이 청구할 수 없습니다.
- 환자가 "자산 검사"에 따라 지급하기에 충분한 자산이 있다고 판단될 경우, 상기 제1항부터 제3항까지의 재정 지원을 받을 수 없습니다. 자산 검사에는 FAP 신청서에서 측정된 자산 범주를 기준으로 한 환자의 지불 능력에 대한 실질적인 평가가 포함됩니다. 자산이 FPL 금액의 250%를 초과하는 환자는 재정 지원을 받을 수 없을 것입니다.
- 재정 지원 자격은 수익 주기의 어느 시점에서나 결정될 수 있으며 환자의 첫 퇴원 청구일 후 240일 이내에 충분한 미지급 잔액이 있는 환자에 대한 추정 점수 사용을 포함할 수 있으며 이것은 환자가 재정 지원 신청서("FAP 신청서")를 완료하지 못함에도 불구하고 100% 자선 치료의 자격을 결정합니다. 환자가 완전한 FAP 신청서를 제출하지 않고 추정 점수만을 통해 100% 자선 치료를 받을 경우, 환자가 받을 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 지급된 금액을 고려한 후 미지급 잔액으로 제한됩니다. 추정적 점수에 근거한 적격성 판단은 추정 채점이 수행되는 치료의 에피소드에만 적용됩니다.
- 조직을 "네트워크 범위 외"로 간주하는 특정 의료 보험에 가입한 환자에 대해, 조직은 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실 및 상황에 대한 검토를 바탕으로 환자가 달리 이용 가능한 재정 지원을 축소 또는 거부할 수 있습니다.
- 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에 대해서는 명목상의 정액 수수료를 부과할 수 있지만, 그 금액은 (a) AGB 또는 (b) 보험 또는 서비스에 대한 제3자 지불을 적용한

후 환자가 책임질 금액의 \$20 또는 10%를 초과할 수 없습니다. 명목상의 정액 수수료는 서비스에 대한 AGB 수수료를 초과하지 않을 것입니다.¹⁵

8. 환자는 거부 통지를 받은 날로부터 십사(14)일 이내에 조직에 추가 정보를 제공함으로써 재정 지원 자격 거부에 이의 제기를 할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 최종 결정을 위해 조직이 검토합니다. 최종 결정에서 재정 지원에 대해 내려진 이전의 결정이 확인되는 경우, 서면 통지가 환자에게 발송됩니다. 환자와 가족이 재정 지원 적격성에 관한 조직의 결정에 이의 제기하는 과정은 다음과 같습니다:
 - a. 환자는 Ascension Saint Thomas 재정 지원부에 항소를 위한 설명을 신청 서류와 함께 (615) 222-7700로 팩스를 보내시거나 P.O. Box 380 Nashville, TN 37202에 서면으로 보내실 수 있습니다.
 - b. 모든 이의 제기는 기구의 재정 지원 이의 제기 위원회에 의해 검토될 것이며, 위원회의 결정은 이를 제기한 환자나 가족에게 서면으로 보내질 것입니다.

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 적용을 받으려고 의도된 것은 아니지만 여기에 나열되고 조직이 복무하는 커뮤니티의 편의를 위해 여기에 포함됩니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 미보험 환자에게는 해당 조직의 최고액 납부 지불자에게 제공되는 할인율에 따라 할인이 제공됩니다. 최고액 납부 지불자는 인원수 또는 총 환자 매출 단위로 볼 때 조직 인원수의 최소 3%를 차지해야 합니다. 이러한 최소 수준 인원수에 한 명의 지불자도 해당되지 않는 경우, 두 명 이상의 지불자 계약을 평균해서 평균에 사용되는 지불 조건이 해당 년도 조직 사업 규모의 최소 3%를 차지하도록 해야 합니다.
2. 재정 지원 자격이 있는 보험에 가입하지 않은 그리고 보험에 가입한 환자는 즉시에 급여 할인을 받을 수도 있습니다. 즉시 지급 할인은 이전 항에서 설명한 무보험 할인 외에 추가로 제공될 수 있습니다.
3. 본 규정의 반대에도 불구하고, 어떤 경우에도 보험에 가입되지 않은 환자는 T.C.A. 68-11-262에 따라 계산된 서비스 비용의 175% 이상을 수시로 수정하여 청구할 수 없습니다.

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. 기관은 501(r)에 따라 “look-back(과거 기록 이용)” 방식을 사용하고 Medicare 진료행위별 수가제와 기관에 보험금을 지급하는 모든 민간 의료보험사를 포함시켜 한 가지 이상의 AGB 비율을 산정합니다. AGB 계산 세부 내용

및 비율의 무료 사본은 조직의 웹사이트에서 또는 Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P O. Box 380 Nashville, TN 37202로 서신을 보내서 받을 수 있습니다.

재정 지원 및 기타 지원 신청하기

환자는 추정적 자격 등급 지정을 통해 또는 FAP 신청서를 작성하고 제출해 재정 지원 신청을 함으로써 재정 지원 자격을 얻을 수 있습니다. FAP 신청서 및 FAP 신청 지침은 조직의 웹사이트에서 또는 TN 37202 P O. Box 380 Nashville, Ascension Saint Thomas 재무 지원부에 서신을 보내서 받을 수 있습니다. 조직은 비보험 가입자가 재정 상담사와 협력하여 환자가 재정 지원 자격을 얻기 위해 잠재적으로 자격이 있다고 간주되는 메디케이드 또는 기타 공공 지원 프로그램을 신청하도록 요구할 것입니다(추정 점수를 통해 자격이 있고 승인된 경우는 제외). 환자가 FAP 신청서에 거짓 정보를 제공하거나 추정 점수 적격성 절차와 관련된 경우, 제공된 치료 비용을 지불해야 하는 보험 회사가 직접 지불하는 보험금 또는 권리 배정을 거부한 경우, 또는 재정 지원 자격을 얻기 위해 잠재적으로 자격이 있다고 간주되는 Medicaid 또는 기타 공공 지원 프로그램을 신청하기 위한 재정 상담사와의 협력을 거부한 경우(추정 점수를 통해 자격이 있고 승인된 경우는 제외)에 재정 지원이 거부될 수 있습니다. 조직은 현재 치료 에피소드에 대한 적격성을 결정한 날짜에서 6개월 전까지 완료된 FAP 신청서를 고려할 수 있습니다. 조직은 적격성을 결정한 날짜에서 6개월보다 더 이전에 완료된 FAP 신청서를 고려하지 않을 것입니다.

대금 청구 및 추심

미지불이 발생하는 경우에 조직이 취할 수 있는 조치는 별도의 대금 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 대금 청구 및 추심 정책의 무료 사본은 조직의 웹사이트에서 또는 TN 37202 P O. Box 380 Nashville, Ascension Saint Thomas 재무 지원부에 서신을 보내서 받을 수 있습니다.

해석

본 정책은 모든 해당 절차와 함께 준수하기 위한 것이고 특별히 명시된 경우를 제외하고 501(r)에 따라 해석 및 적용되어야 합니다.