

HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

제목: 재정 지원 방침	장: 회계
작성자: Director Billing, Director, Managed Care, VP/ CFO	이해당사자: ▪ 전직원
작성일: 2015년 12월 개정일: 2018년 1월, 2019년 4월, 11월 개정일 (T):	6 페이지
참고 문헌: Federal and state laws, regulations, guidelines and policies	실무자 서명: Vice President, CFO

소개:

HMH Carrier Clinic은 해당 지역사회 건강 증진을 목표로 가용 자원 한도 내에서, 때에 따라 의료서비스 비용을 부담하기 어려운 무보험 또는 부분 보험 가입자를 대상으로 인화된 가격 또는 무료의 메디케어와 서비스에 대한 재정 지원을 제공할 것입니다.¹ HMH Carrier Clinic은 이러한 사명을 이행하고자 재정 지원 방침(FAP)을 수립하여 재정 지원 대상을 일관적이고 객관적인 기준으로 결정하고, 이러한 재정 지원이 필요한 환자를 정확하게 식별하여 지원할 수 있도록 지원 과정과 절차를 적절하게 제정했습니다.

목적:

환자에게 재정 지원에 대한 신청 및 자격 부여 기회를 제공하고 내국세입법(IRC) 섹션 501(r)에 따라 환자에게 재정 지원 가능 여부를 알리는 것을 목적으로 합니다. 해당 섹션은 다음과 같은 요구 사항을 부분적으로 포함합니다.

1. 재정 지원 방침 유지 관리
2. 이 방침 대상 환자의 가용 자원 정보 전달
3. 이 방침 관련 모든 서류 무료 열람
4. EMTALA에 따른 응급 의료서비스 제공
5. 재정 지원 자격 대상자에게 금액 한도 지정
6. 재정 지원 적격자 결정에 앞서 특별 수금 활동 제한

정의:

¹피험자 부담금과 공제액 면제 요건을 충족하기 어려운 보험 가입 환자는 [소비자에 대한 직접 마케팅 및 피험자 부담금과 공제액 면제 환자에 대한 기업 방침\(Corporate Policy on Direct-to-Consumer Marketing and Patient Waivers of Co-payments and Deductible\)](#)에 따라 채무를 면제받을 수 있도록 평가합니다.

- “재정 지원”은 환자의 “가계 가용자원”을 바탕으로 연방 정부 지표에 따라 재정 지원에 부합하는 경우, 정부 또는 상업적 보험 혜택 없이 공제나 고용인 부담, 잔고와 관련하여 재정적 어려움이 입증된 무보험 또는 부분 보험 가입 환자에게 제공하는 재정적 지원을 의미합니다.
- “무보험자”는 환자가 자신의 채무에 대해 합당한 지원을 받을 수 있는 보험 또는 제삼자 지원 대상 수준이 아닌 것을 의미합니다.
- “부분 보험자”는 환자가 보험 또는 제삼자 지원 대상 수준에 부합하지만, 본인 부담의 진료비가 환자의 재정적 채무를 초과하는 것을 의미합니다.
- “가계 가용자원 (AHR)”은 환자가 성인 친지와 거주하는 경우(혈족, 결혼, 입양의 경우) 환자와 가족 친지의 모든 수입과 총 보유 자산액을 의미합니다. 단, 해당 친지는 환자 가계의 일부이며, 환자가 해당 친지의 소득세 환급 시 부양가족에 포함되는 것에 상관없이 환자와 이들의 수입 및 자산은 총 AHR 결정에 포함됩니다. 이 문서에 명시된 재정 카테고리에 관한 더 자세한 사항은 재정 지원 신청서에서 확인할 수 있습니다.

방침:

1. 재정 지원 제공 통지. HMH Carrier Clinic은 환자에게 특정 개인 재정 상태 및 자원 대상의 재정 지원에 대한 접근 권한을 부여합니다. 모든 환자에게 재정 지원 제공 서비스에 대해 알립니다. 이 통지는 HMH Carrier Clinic 웹사이트에 있는 병원 캠퍼스 및 관련 정보를 통해 서명하여 제공되며, 퇴원 전 또는 입원 중에 이 방침의 쉬운 언어 요약(PLS)을 환자, 가족, 보증인에게 제공합니다.

입원 후에 환자나 가족, 보증인이 더 자세한 사항을 요청할 경우, 환자 서비스 담당 직원(PSR)이나 사회 복지 서비스 직원에 연락하거나 입원 후에 PSR(908-281-1624)에 연락하여 재정 지원 방침 또는 재정 지원 신청서 사본을 얻을 수 있으며, 이러한 정보는 HMH Carrier Clinic 웹사이트(<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>)를 방문하여 찾을 수도 있습니다.

2. 적용 범위. 이러한 방침에 따른 재정 지원은 기본 의료서비스 조항의 재정 지원과 관련이 있으며, HMH Carrier Clinic에서 고용한 면허 있는 의료인(LIP)이 자격 있는 환자에게 제공합니다. 이 재정 지원은 고용되지 않은 의사나 다른 의료 공급자 제공기관이 제공한 서비스에 적용되지 않으며, HMH Carrier Clinic에서 제공한 서비스와 별도로 환자에게 그 비용을 청구합니다. 증거 A 참고 - 적격/비적격자 목록은 다음에서 확인하십시오.

<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>.

3. 재정 지원 자격 부여. 재정 지원이 필요한 모든 환자는 **재정 지원 신청서**(이하, "신청서")를 빠짐 없이 작성해야 하며, 신청서에 언급된 개인 및 가족 재정 관련 서류를 포함해야 합니다. 자격 결정은 총 가계 가용자원(AHR)을 기반으로 이루어지며 미국보건복지부 연방 빈곤 지표(US DHHS FPG)와 차등 방식으로 비교하여 수행합니다. AHR은 신청서에 정의된, 모든 수입원과 당좌/예금 잔고, 투자, 상호 펀드 계좌, 부동산(주 주거지 제외) 등과 같은 환자와 가족의 재정 자원을 포함합니다. 신청서에는 자원에 대한 세부정보가 명시되어 있으며, 재정 지원에 필요한 평가 및 결정 단계에서 이를 고려하되, 환자, 가족, 보증인이 제공하는 정보와 서류만 고려합니다.

- 이 재정 지원은 입원환자와 약물중독치료 조항의 의료적 빈곤 조건에 부합하는 Somerset County 주민에게는 적용되지 않는 대신에 Carrier Clinic의 Somerset County Chapter 51 보조금 자격이 주어집니다.

환자 또는 환자의 보증인(해당 하는 경우)은 신청서 검토 결과에 따른 서면 통지를 받을 것이며, 완성된 신청서 수령일로부터 45일 이내에 해당 신청서와 추가 잔금에 대한 결정이 명시된 추가 관련 서류를 받을 것입니다. 결과에 대한 질문 사항은 환자 재정 서비스 관리자(908-281-1526)에게 연락하시기 바랍니다. 신청서는 병원 또는 HMH Carrier Clinic 웹사이트(<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>)에서 찾으실 수 있습니다.

4. 재정 지원 인하율. 승인된 재정 지원 금액은 등록된 가계 가용자원(AHR) 및 US DHHS FPG 서류를 사용하여 차등제를 기반으로 결정하며, 그 내용은 다음과

같습니다. HMH Carrier Clinic은 이 방침에 따른 통지 시 가계 소득 및 자산에 대한 검토 기준을 수정할 권리가 있습니다.

2019 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM (FAP)											
SLIDING SCALE PERCENTAGE REDUCTION											
FAMILY SIZE	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1	37,470	34,972	32,474	29,976	27,478	24,980	22,482	19,984	17,486	14,988	12,490
	OR MORE	37,469	34,971	32,473	29,975	27,477	24,979	22,481	19,983	17,485	14,987
2	50,730	47,348	43,966	40,584	37,202	33,820	30,438	27,056	23,674	20,292	16,910
	OR MORE	50,729	47,347	43,965	40,583	37,201	33,819	30,437	27,055	23,673	20,291
3	63,990	59,724	55,458	51,192	46,926	42,660	38,394	34,128	29,862	25,596	21,330
	OR MORE	63,989	59,723	55,457	51,191	46,925	42,659	38,393	34,127	29,861	25,595
4	77,250	72,100	66,950	61,800	56,650	51,500	46,350	41,200	36,050	30,900	25,750
	OR MORE	77,249	72,099	66,949	61,799	56,649	51,499	46,349	41,199	36,049	30,899
5	90,510	84,476	78,442	72,408	66,374	60,340	54,306	48,272	42,238	36,204	30,170
	OR MORE	90,509	84,475	78,441	72,407	66,373	60,339	54,305	48,271	42,237	36,203
6	103,770	96,852	89,934	83,016	76,098	69,180	62,262	55,344	48,426	41,508	34,590
	OR MORE	103,769	96,851	89,933	83,015	76,097	69,179	62,261	55,343	48,425	41,507
7	117,030	109,228	101,426	93,624	85,822	78,020	70,218	62,416	54,614	46,812	39,010
	OR MORE	117,029	109,227	101,425	93,623	85,821	78,019	70,217	62,415	46,811	39,009
8	130,290	121,604	112,918	104,232	95,546	86,860	78,174	69,488	60,802	52,116	43,430
	OR MORE	130,289	121,603	112,917	104,231	95,545	86,859	78,173	69,487	52,115	43,429

5. 일반청구금액 (Amounts Generally Billed, AGB) 계산 및 지급액. 재정 지원 적격자는 응급 또는 그 외의 다른 기본 의료서비스 이용 시, 보험 가입 환자의 일반청구금액 (AGB) 보다 더 높은 비용을 부담하지 않습니다. 인하율은 AGB에 적용될 것입니다. AGB는 재검토 방법을 활용하여 계산하며, 다음과 같이 정신과 치료를 비롯한 모든 중독 치료 보험 대상의 입원환자 사전지급제 (IPF PPS) 를 기반으로 합니다.

정신과 치료 AGB 비율

a) 입원환자: 42.9%

b) 외래환자: 53.9%

중독 치료 AGB 비율은 49.9%입니다

AGB 조정 후, 총액은 상기 단락 (3) 에 서술된 인하율 조건이 적용됩니다. 인하율 적용 후 모든 잔여 금액은 환자 또는 보증인에게 청구됩니다.

6. 미납 시 결과: 인하율 적용 후 잔여 금액은 HMH Carrier Clinic의 청구 및 수금 관행에 따라 적시에 지급해야 합니다. 미납금 지급을 이행하지 않은

경우, 해당 수금 업무는 외부 수금 대행 업체로 위탁되거나 다양한 수금 방법으로 처리될 수 있습니다. 더 자세한 정보는 **청구 및 수금 정책**을 참고하기 바라며 정책 사본은

웹페이지 (<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>)에서 찾으실 수 있습니다

7. **재원 한계.** 재정 지원 조항은 평의사회에서 승인한 바에 따라 연간 예산에 포함될 것입니다.
8. **그 외의 우선 혜택 적용.** 환자는 먼저 현행 보험 범위와 메디케어를 포함한(단, 이에 국한되지 않음) 정부 지원 프로그램을 검토한 후(적용, 연장 가능) 재정 지원 자격이 부여될 것입니다. 보험 정책에 부적합하거나(예: 이의제기, 위탁, 권한 없는 서비스) 또는 현행 정부 지원 프로그램 추진 실패로 인해 HMH Carrier Clinic의 재량에 따라 재정 지원이 불가능하다고 결정될 수도 있습니다.
9. **무차별.** 인종, 이념, 국적, 민족, 시민권, 이민 상태에 따라 특정 환자에 대해 이 방침에 따른 재정 지원을 거부할 수 없습니다. 재정 지원은 지급 능력과 관련한 개별 조사 이후, 제공된 의료서비스에 대해 전체 또는 부분적으로 지급할 수 없거나 본인 부담의 재정적 책임을 지급할 수 없다고 판단된 환자 본인과 재정 보증인에게 제공될 것입니다.
10. **포괄 방침.** HMH Carrier Clinic는 이 방침 내용 외에 해당하는 무보험 또는 부분 보험 가입 환자에게 본 재정 지원을 제공하지 않습니다.
11. **EMTALA(응급 의료 치료 및 노동법) 의무 영향 없음.** 앞서 말한 내용에도, HMH Carrier Clinic은 면허 있는 의료인(LIP)을 고용하여 이 방침에 따라 차별 없이 재정 지원에 해당하거나 지급 능력이 없고 의료서비스가 필요한 모든 개인에게 응급 의료 상태(Social Security Act (42 USC 1395dd) 섹션 1867에 따라)를 대상으로 서비스를 제공할 것입니다. HMH Carrier Clinic의 **[EMTALA 정책]**을 참조하십시오.

12. 번역. 이 방침을 비롯하여 명시된 모든 관련 자료와 청구 및 수금 정책은 현 '지역사회 건강 요건 평가보고서'에서 식별한 소비자의 언어로

번역되었습니다. 무료 요청 가능 자료:

<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

13. 자치 정부 승인 방침. 이 방침 및 모든 업데이트 내용은 자치기관 책임자와 평의사회에서 검토하고 승인했습니다.