

휴스턴 감리교 병원(Houston Methodist)
정책 FI49

제목: 재정지원	발효일자: 2016년 1월 1일
적용대상: 휴스턴 감리교 병원 (Houston Methodist Hospitals)	개정일자/검토일자: 2016년 1월 1일
출처: 수익주기협의회	목표검토일자: 2019년 1월 1일

I. 정책

휴스턴 감리교 병원(Houston Methodist: HM)에서는 건강관리 필요성은 있으나 비보험 또는 일부 보험만 적용되고 정부 프로그램에 대하여는 자격이 되지 않는 사람들, 또 다른 방법으로는 여기에 정의한 바와 같이 응급 의료 서비스를 포함하여 개인적인 재정상황에 따라, 필수 의료 서비스에 대한 지불능력이 없는 사람들을 대상으로 하는 재정지원의 제공에 전념하고 있습니다. 고급 품질의 비용절감효과가 있는 의료 서비스의 제공, 및 빈곤층을 지원하려는 HM의 목표에 부합하므로, HM은 빈곤층이 필요한 건강관리 서비스를 받지 못하는 경우가 없도록 힘을 쓰고 있습니다. HM은 환자의 의료비용 지불능력에 상관 없이 응급의 의학적 문제(질병)에 대한 차별 없는 의료 서비스를 제공할 것입니다.

이 정책은 재정지원의 신청방법, 적격성 기준, 승인과정, 청구금액의 산출기준, 통지 및 포스팅 요건, 미수금에 대한 회수 절차, 본 정책(부칙 C)에 해당/해당되지 않는 의료 서비스 제공자의 목록을 담고 있으며, 또한 이 정책의 쉬운 언어 요약문도 제공합니다(부칙 A).

재정지원은 개인 부담금에 대한 대체안으로 고려되지 않습니다. 환자들은 지불능력에 따라 자신들의 의료비용 부담에 기여할 것으로 기대하며, 재정지원을 얻기 위한 재정지원 절차를 준수합니다. 건강보험에 가입할 재정능력이 되는 개인은 건강관리 서비스를 이용할 수 있는 기회를 제공하는 수단으로서 이와 같이 하도록 권장합니다. Houston Methodist Global 환자로서의 자격이 될 환자들은 이 정책에서 제외됩니다.

양호한 재정 청지기 정신에 부합하고 HM으로 하여금 최대 다수 빈곤층의 건강관리 서비스 제공이 가능하도록 HM 이사회에서는 환자구호를 제공하기 위한 다음의 가이드라인을 수립해 왔습니다.

II. 정의

- 재정지원(Financial Assistance): HM 병원에서 재정지원 승인을 얻은 환자에게 제공하는 무료 또는 할인된 건강관리 서비스
- 가족(Family): 미 인구조사국의 정의를 이용하여 함께 거주하고 출생, 결혼, 또는 입양으로 친족관계가 된 2인 이상의 단체. 미 국세청(IRS) 규칙에 따르면, 환자가 소득세 신고서에서 누군가를 피부양인으로 주장할 경우, 재정지원 결정목적에 위해 피부양인으로 간주될 수 있습니다.
- 가족(가구)소득(Family income): 가족소득은 세전 기준으로 미 인국조사국 정의를 이용해 결정하되, 연방 빈곤 기준선(FPL)을 산출할 때 다음의 소득을 이용합니다:
 - 수입, 실업급여, 종업원 상해보험, 사회보장, 생활보조금(SSI), 공적 부조, 퇴역군인 연금, 유가족 연금, 연금 또는 퇴직급여, 이자 및 배당금(자본 손익 제외), 렌트비, 로열티, 재산소득, 신탁, 교육지원, 이혼수당(위자료), 자녀양육비, 가구 외부 지원금, 및 기타 제반 수입원
 - 비현금 혜택(식품 구입권 및 주택보조금과 같은)은 산입하지 않음
 - 가족과 함께 거주할 경우, 전체 가족의 소득을 포함합니다. 동거인과 같은 비친척은 산입하지 않습니다.
- 비보험(Uninsured): 보험이나 제 3자 부조가 없는 환자
- 일부 보험(Underinsured): 비보장 서비스 및/또는 자신의 재정능력을 초과하는 가입자 공동부담(현금지출) 비용을 부담하는 일부 보험이나 제 3자 부조가 있는 환자.
- Houston Methodist Global: 다음 환자들에게 의료 서비스를 제공하는 Houston Methodist 법인:
 - 해외 시민권자,
 - 유효한 여권의 소지자,
 - 해외에 영구거주하는 미국 은퇴자, 또는
 - 1년에 6개월 이상을 해외에서 근무하는 미국 시민권자.
- 부담금 총액(Gross charges): 약정상 조정 또는 할인 적용 전의 환자 부담금
- 일반 청구액(AGB) 퍼센티지: HM 병원이 필수 의료행위 또는 응급 서비스에 대하여 Medicare 및 민간 보험회사로부터 수령하는 평균 지불액 퍼센티지(부칙 B 참고). AGB 퍼센티지는 각 HM 병원에 대하여 전년도에 처리된 청구건들을 포함하는 록백 방식을 활용해 매년 12월 31일로부터 120일 이내에 산출합니다.

- 응급의 의학적 문제(질병)(Emergency Medical Conditions): 사회보장법(42 U.S.C. 1395dd) 섹션 1867 에 규정되어 있는 바에 따라 정의함.
- 필수 의료행위(Medically necessary): Medicare 의 정의와 같음(질병이나 부상의 진단 또는 치료에 타당하며 필요한 서비스 또는 항목).

III. 절차

A. 재정지원의 신청방법

1. 재정지원을 신청하려면, 환자는 다음과 같이 재정지원 신청서(FAA)를 무료로 입수할 수 있습니다:
 - a. 의료 서비스 제공 전 또는 그 시점에 재정 상담사와 논의
 - b. HM 의 웹사이트 www.HoustonMethodist.org/Billing 에서 다운로드
 - c. HM 의 집중형 영업사무소로 월-금요일 7:00 a.m. - 7:00 p.m., 토요일 8:00 a.m. - 12:00 p.m.까지 사이에 전화 832-667-5900 번 또는 무료전화 877-493-3228 번으로 연락하거나,

- d. 우편:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

2. 일단 FAA 를 입수하면, 양식을 완전히 작성하고 필요한 증빙서류들을 모아 첨부한 다음, 다음 방식으로 서류 전체를 제출하시기 바랍니다:

- a. 우송:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

- b. 환자접근 팀에 직접 가서/또는 제출합니다. 아니면,

- c. 832-667-5995 번으로 팩스합니다.

3. 재정지원 신청 및 재정상 필요분의 결정이 비응급의 필수 의료 서비스의 제공에 앞서 일어나면 좋으나 요구사항은 아닙니다. 그러나, 결정은 회수 주기의 어느 시점에서든 있을 수 있습니다. 최종 재정평가가 1 년 이상

이전에 완료된 경우, 또는 환자의 재정지원에 대한 적격성과 관련된 추가 정보가 언제라도 알려질 경우, 재정지원의 필요성은 각 서비스의 차후에 평가됩니다.

4. 인간 존엄성 및 청지기 의식에 대한 HM의 가치는 신청 및 승인과정에 반영될 것입니다. 재정지원 신청은 신속하게 처리되며 HM은 FAA를 수령한 지 15일 이내에 서면으로 환자 또는 신청인에게 통지할 예정입니다. 작성된 FAA 및 이 정책의 기타 조항에 기초하여 재정지원은 승인 또는 거부될 것입니다(예: 아래를 참조하십시오).

B. 적격 서비스 다음의 건강관리 서비스들은 재정지원에 적격입니다:

1. 응급실 환경에서 제공된 응급 필수 의료 서비스,
2. 신속하게 처리되지 않을 경우, 개인 건강상태의 역전으로 이어질 건강이상에 대한 서비스,
3. 비응급실 환경에서 생명을 위협하는 환경에 대한 대응으로 제공된 비선택 서비스, 및
4. HM의 재량으로 사례별 평가를 받은 필수 의료 서비스.

C. 적격성 처리과정 재정상 필요분은 다음 항목들을 포함할 수도 있는 개인 심사과정에 따라 결정될 것입니다:

1. FAA의 완료로 종결되는 신청과정(FAA - 부칙 D)
2. 환자 또는 환자 보증인의 지불능력(신용평점과 같은)에 대한 정보를 제공하는 것으로서, 공개적으로 사용이 가능한 데이터 출처(소스)의 이용,
3. 환자들이 이와 같은 프로그램들에 부조를 비롯해, HM이 적절한 대안으로서 지급재원(출처)과 공개적 및 사적 지급 프로그램으로부터의 보장범위를 분석하려는 타당한 노력, 그리고
4. 환자의 이용 가능한 자산의 평가 및 기타 재정 원천.

D. 추정상 재정지원 적격성 어떤 경우에는 작성된 FAA가 없이 재정지원을 결정하는데 적절한 정보가 있을 수 있습니다. 추정에 의한 재정지원은 각 서비스 일자에 대하여 평가 및/또는 재평가될 예정입니다. HM이 추정에 의한 재정지원을 결정하는 데 사용할 수 있는 몇 가지 실례는 다음과 같습니다:

1. 노숙자 또는 노숙자 클리닉에서 의료 서비스 받음
2. 저소득층 여성, 유아, 및 아동을 위한 식량 및 영양지원 프로그램(WIC)에 대한 참가

3. 식품 구입권(푸드 스탬프) 적격성
4. 비재정지원(일시 차입)의 기타 주 또는 현지 부조 프로그램에 대한 적격성(예: Medicaid 스펠드 다운(무제한 보장))
5. 저소득층/저가 임대주택이 유효한 주소로 제공됨
6. 환자가 확인된 부동산 없이 사망함
7. 지급필 기부금에 기반을 둔 구호 자문점수.

E. 청구액 의료 서비스가 일단 본 정책 하에서 적격인지 확인된 되면, 환자 청구는 **AGB** 이하의 금액으로 제한하게 됩니다. 청구액은 아래에 나오는 바와같이 연방빈곤수준(**FPL**)의 한 요인으로서 환자의 가족소득에 따라 요금 총액에 적용되는 **AGB**의 적용 가능한 퍼센티지에 기초합니다:

1. 환자의 가족소득 이 **FPL**의 **200%** - **AGB**의 **0%** 또는 그 미만
2. 환자의 가족소득 **200%** 이상이지만, **FPL**의 **300%** - **AGB**의 **50%** 이하, 및
3. 환자의 가족소득 **300%** 이상이지만, **FPL**의 **400%** - **AGB**의 **100%** 이하

F. 미수금의 회수 단계 환자가 청구액(위의 섹션 III, E)을 지불하지 않는 경우, **HM** 관리부서에서는 자체로 수립한 회수정책을 따르게 되며, 여기에는 연납 옵션도 포함됩니다. **HM**은 결코 급여 압류(차압), 주요 주거에 대한 사적인 선취특권(유치권), 신용조회기관 통보 또는 기타 법적 조치와 같은 비정상적인 회수조치를 취하지 않습니다. **HM**의 회수정책 사본은 섹션 III, A., 1. a. – d.에 수록된 단계들 가운데 하나를 거쳐 무료로 입수할 수 있습니다.

G. 재정지원 통지 및 포스팅 요건 재정지원에 관한 통지는 여러 가지 수단으로 이루어지며, 이에 국한되지는 않으나 다음과 같은 수단들이 포함될 수 있습니다: 환자 청구서, 응급실 및 긴급의료센터, 입원상태 양식, 입원 및 등록 부서, 및 기타 **HM**에서 택할 것이므로 공개적인 장소에 통지내용의 제공. **HM**은 또한 이 재정지원 정책의 요약본을 병원 웹사이트, 환자가 접근, 이용하는 장소에 비치하는 브로셔 및 **HM**이 활동하는 커뮤니티 내의 기타 장소에 발행 및 널리 공개할 예정입니다. 이와 같은 통지 및 요약 정보는 **HM**이 서비스를 제공하는 대상 주민집단이 사용하는 주요 언어로 다양하게 제공될 것입니다. 재정지원에 대한 환자의 의뢰는 **HM**의 직원 또는 의료진 누구나 가능합니다. 재정지원 신청은 환자 또는 그 가족, 가까운 친구, 또는 환자의 동료가 할 수도 있으며 해당 개인정보보호법의 적용을 받습니다.

H. 규제요건. 본 정책을 실행하는 과정에서 **HM**은 본 정책에 관련하여 수행하는 활동에 적용되는 연방, 주, 및 지역 법, 규칙, 및 규정을 준수할 것입니다.

I. 권위 있는 참고자료.

1. 2010 년도 제정 미 환자보호 및 의료비용 합리화법(PPACA),
2. 미 세법(IRC) 섹션 501(r) (4)-(r)(6),
3. 연납 옵션 정책(FI86), 및
4. 회수정책(FI85).

수익주기협의회 권장사항
Houston Methodist 이사회 승인사항

최고행정책임자(CAO) 인가사항:

(파일의 원래 서명)

M. Boom
사장
최고경영책임자(CEO)
Houston Methodist

일자

부록 A

쉬운 언어 요약본

Houston Methodist 의 재정지원정책

Houston Methodist 은 비보험 또는 일부 보험만 적용되고 정부 프로그램에 대하여는 자격이 되지 않는 사람들, 또 다른 방법으로는 응급이며 개인적인 재정상황에 따라 필수 의료 서비스에 대한 지불능력이 없는 사람들을 대상으로 하는 자선(구호)의료 제공에 전념하고 있습니다.

가족소득이 연방 빈곤 기준선(FPL)이거나 200% 미만인 환자들은 무료 혜택을 받을 자격이 되며, 가족소득이 FPL 200% 이상이지만 400% 이하의 경우는 할인가액으로 서비스를 받을 자격이 됩니다. 이 할인요율은 Houston Methodist 가 민간보험 및 Medicare 로부터 받을 평균 금액을 초과하지 않기 위한 선이며, 가입자우선부담금(공제금액), 본인부담금, 및 공동보험 일체를 포함합니다.

귀하는 응급 및 필수 의료 서비스에 대하여 의료 서비스 전의 선지불 또는 지불약정이 필요하지 않습니다. 단, 할인금액을 지불해야 할 경우, 그리고 의료 서비스가 제공된 후 할인액 전액을 지불할 수 없을 경우, Houston Methodist 는 이 할인금액에 대한 회수를 시도할 것입니다. Houston Methodist 는 귀하의 지불을 요구하는 월별 청구서를 보낼 것입니다. 해당 할인금액을 한번에 지불할 수 없는 경우, Houston Methodist 는 무이자 연납 옵션을 제공합니다. 미지불 상태로 남아 있는 할인금액 일체는 제 3 자 미수금 회수 대행사에게 의뢰되어 추가로 회수를 시도하게 됩니다. 제 3 자 미수금 회수활동에는 개인자산에 대한 선취특권(유치권), 법적 조치나 신용조회기관 통지가 포함되지 않습니다.

Houston Methodist 의 재정지원정책, 재정지원 신청서 양식 및 회수정책의 무료 사본은 Houston Methodist 의 웹사이트 www.HoustonMethodist.org/Billing 에 실려 있으며, 본원의 입원 및 등록처에서도 이용이 가능합니다. 집중형 영업사무소 (국내) 전화 832-667-5900, (무료 전화) 877-493-3228 번을 이용하거나 우편을 통해서도 신청이 가능합니다:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

이 쉬운 언어 요약본, 재정지원정책, 재정지원 신청서 및 회수정책은 위에 수록한 연락처에서 다양한 언어로 이용할 수 있습니다.

Houston Methodist 의 재정지원 담당과는 질의응답, 재정지원정책에 관한 정보의 제공, 및 신청과정에 지원활동을 위해 여러분을 기다리고 있습니다. 재정지원 담당과는 월-금요일 7:00 a.m. - 7:00 p.m. 및 토요일 8:00 a.m. - 12:00 p.m.까지 사이에 전화 832-667-5900 번 또는 877-493-3228 번을 이용하시기 바랍니다.

일단 재정지원 신청양식을 작성하면, 필요한 증빙서류 일체를 첨부하고 위에 실린 주소를 확인하여 재정지원 부서로 우송하거나, 832-667-5995 번을 이용해 재정지원 부서 앞으로 팩스합니다.

부록 B

일반청구액(AGB)
산출 워크시트 보기

일반청구액 퍼센티지의 연간 산출
Houston Methodist Hospital

관련 측정기간: 2015 년 1 월 1 일 - 2015 년 12 월 31 일

A	Medicare Fee-for-Service allowed amounts on claims paid during relevant period	\$
B	Private Insurance allowed amounts on claims paid during relevant period	\$
C	Co-pays, co-insurance, and deductibles paid by patients on claims listed in A and B during relevant period	\$
D	Total insurance allowed amounts and patient payments (A+B+C above)	\$
E	Hospital gross charges for services provided in D above	\$
F	Hospital-specific Amount Generally Billed (AGB) Percentage (D/E)	%

각 Houston Methodist 병원의 현행 일반청구액(AGB) 퍼센티지 목록이 필요할 경우, 섹션 III, A., A. a-d. a. - d 에 수록된 단계들 가운데 하나를 밟으시기 바랍니다. 이 정보는 귀하에게 무료로 제공될 것입니다.

부록 C

본 정책의 적용을 받는/받지 않는 의료 서비스 제공자 목록

Organization/Group/Practice	Covered Yes/No
Houston Methodist Hospital	Yes
Houston Methodist Sugar Land Hospital	Yes
Houston Methodist Willowbrook Hospital	Yes
Houston Methodist West Hospital	Yes
Houston Methodist San Jacinto Hospital	Yes
Houston Methodist St. John Hospital	Yes
Houston Methodist St. Catherine Hospital	Yes
Houston Methodist Imaging Center: Katy Freeway	Yes
Houston Methodist Imaging Center: Kirby	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Cinco Ranch	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Cypress	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Kirby	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Pearland	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Sienna Plantation	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Voss	Yes
Houston Methodist Primary Care Group	No
Houston Methodist Specialty Physician Group	No
Non-Houston Methodist Physician Groups (Private MDs)	No
Anesthesiology: US Anesthesia Partners	No
Anesthesiology: Baylor	No
Anesthesiology: Space City Anesthesia	No
Emergency Physicians: EmergiGroup Physician Associates	No
Emergency Physicians: Neptune Emergency Services	No
Emergency Physicians: The Schumacher Group	No
Emergency Physicians: Kirby Emergency Physicians	No
Hospitalist: IPC - The Hospitalist Company PA	No
Hospitalist: Neptune Hospitalist Services, dba: Triton Hospitalist	No
Hospitalist: OB Hospitalist Group	No
Hospitalist: Sound Hospitalist Group of Texas	No
Imaging: MASTOS Imaging Associates	No
Newborns: Texas Children's Physician Services	No
Pathology: Coastal Pathology	No
Pathology: Methodist Pathology Associates, PLLC	No
Radiology: Baytown Radiology	No

Radiology: Houston Radiology Associated

No

부록 D



재정지원 신청서

지시사항: 아래의 빈 칸 전체를 기입하시기 바랍니다. 어느 항목이 적용대상이 아닐 경우에는 해당사항 없음(NA)을 써넣으시기 바랍니다. 귀하의 현재 상황에 해당하는 다른 항목의 사본을 첨부합니다: 1. 연간 누계 소득정보를 반영하는 최근 급여 지분수표 2. 전체 결부자료 포함된 최근 소득세 신고서 3. 사회보장 수표 또는 자격연내 통지문 또는 직장 인근한 경우의 은행거래내역서 4. 실업수당 통지문 5. 해리스 헬스 시스템(Harris Health System) 카드 카드. 실업상태이거나 수입 일/또는 생활비에 있어서 타인의 피부양인일 경우, 세금신고서에 피부양인으로 오른 경우에는 본용서 및 세금신고서 사본을 첨부하시기 바랍니다. 본 신청서를 작성하면서 편의사항이 있거나 도움이 더 필요하실 경우, 중앙사무소(Centralized Business Office)로 전화 877-493-3228 번호 이용해 월-금 오전 7 시-오후 7 시, 토 오전 8 시-점오까지 연락하시기 바랍니다.

작성된 신청서 및 증빙서류는 환자접근(Patient Access) 팀으로 제출하시거나 (832) 667-5995 번으로 팩스, 그렇지 않으면, 주소 701 S. Fry Road; Katy, TX 77460 휴스턴 감리교 병원, 중앙사무소 재정지원부서임(Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit)으로 우송하시기 바랍니다.

_____ 환자 설명(필자제로 쓰시기 바랍니다)		_____ 사회보장번호의 마지막 4 자리 숫자	
_____ 배우자/ 부모/후견인 설명(필자제로 쓰시기 바랍니다)		_____ 사회보장번호	
_____ 자택 주소 _____			
_____ 전화번호 _____	_____ 생년월일 _____	_____ 출인 여부 _____	
_____ 신청 서비스(들): _____			
_____ 계정번호: _____		_____ 서비스 일자: _____	
_____ 자택에서 거주하는 18 세 미만의 자녀 수: _____ 피부양인 설명 _____			
_____ 직계 _____	_____		
_____ 계자녀 _____	_____		
_____ 비친족 _____	_____		
_____ 후견인 대상 _____	_____		
_____ 월간 비용 _____	_____ 주거: _____	_____ 공과금: _____	_____ 자동차: _____
	<input type="checkbox"/> 렌트	<input type="checkbox"/> 전기 \$ _____	<input type="checkbox"/> 자기소유# _____
	<input type="checkbox"/> 자가	<input type="checkbox"/> 수도 \$ _____	<input type="checkbox"/> 리스# _____
	<input type="checkbox"/> 유료	<input type="checkbox"/> 가스 \$ _____	_____ 월 지불액 \$ _____
	_____ 월 지불액 \$ _____		

환자	배우자/기타
_____ 종업원 _____	_____ 고용주 _____
<input type="checkbox"/> 풀타임 종업원	<input type="checkbox"/> 풀타임 종업원
<input type="checkbox"/> 파트타임 종업원	<input type="checkbox"/> 파트타임 종업원
<input type="checkbox"/> 실업/퇴직/장애인	<input type="checkbox"/> 실업/퇴직/장애인
<input type="checkbox"/> 직장 복귀 불가능	<input type="checkbox"/> 직장 복귀 불가능
<input type="checkbox"/> 주부	<input type="checkbox"/> 주부

가족소득 총액* \$ _____ /월 (소득증빙자료용 신청서와 함께 발송하시기 바랍니다)

* 전체 급여, 봉급 또는 자영업, 금융소득, 사회보장, 실업/유급휴가 생활보상, 퇴직, 파업 수당, 이혼수당(유가족), 자녀양육, 퇴직금의 분할금, 연금, 배당금 수입, 이자, 임대 부동산, 및 기타 기타 제반 수입을 포함합니다.

은행거래/기타 자산:

_____ 담보계좌	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	_____ 잔액 \$ _____
_____ 저축계좌	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	_____ 잔액 \$ _____
_____ 주식/채권 등	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	_____ 잔액 \$ _____
_____ 추가 소유 부동산	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	_____ 설명하시오 _____

본인은 상기 정보가 본인이 알고 있는 한도 내에서 사실이며 정확함을 증명하는 바입니다. 위에서 요구한 정보 일치를 제공하지 못한 경우에는 본 프로그램 하의 구제금융 일체의 실격으로 간주될 수 있음을 이해합니다. 이 외에도, 해당되는 경우, 본인은 정부보조금의 신청, 이와 같은 보조금의 획득을 위한 적절한 조치, 및 본인의 신청 건과본HM 에 알릴 예정입니다. 본인(자녀)은 HM 에 동의서를 제출하여 본인(자녀)이 작성한 진술서(들)의 확인을 위해 요청을 받고 정보를 맞추는 바입니다.

_____ (환자/신청인의 서명) _____ (일자)