

	정책 및/또는 절차	
	제목: 재정 보조 정책(“FAP”)	번호: F-300.300
	발행일: 2016/1/7	발효일: 2016/1/7
	개발자/수정자: Revenue Cycle Leadership	
	검토자: 부사장 및 최고재무책임자	검토일: 2016년 3월
승인자: OhioHealth 이사회		

범위:

이 정책은 모든 OhioHealth 회원 병원과 고용된 진료소, OhioHealth 긴급 치료 센터, OhioHealth 자택 치료(통합하여 “OhioHealth 시설”)에 적용됩니다.

목적:

OhioHealth의 사명은 커뮤니티의 필요에 대응하여 양질의 비용 효율적인 서비스를 제공함으로써 치유 목적을 확장하는 것입니다. OhioHealth는 지급 능력에 관계없이 사람들에게 의료 서비스를 제공하고자 최선을 다합니다. 이 정책은 서비스를 부분 또는 전액 할인받을 수 있는 대상 환자에게 재정 보조를 제공하기 위한 OhioHealth의 가이드라인을 규정합니다.

정책: 재정 보조 프로그램

OhioHealth는 응급 또는 의료적으로 필요한 서비스를 적격 환자에게 무료 또는 할인하여 제공합니다. OhioHealth의 재정 보조 프로그램에는 다음 항목이 포함되어 있습니다.

A. 병원 치료 보증 프로그램(HCAP). HCAP 프로그램은 극빈자와 보험이 없는 사람에게 비대상 서비스를 파격적인 비용으로 제공하는 병원에 추가 지불금을 제공하는 연방 요건을 충족하기 위한 오하이오 일자리 및 가족 서비스부(Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS)의 메커니즘입니다.

B. OhioHealth 자선 프로그램. OhioHealth 자선 프로그램은 다른 지급 수단이 없는 적격 환자에게 제공되는 응급 및 기타 의료적으로 필요한 치료를 보조합니다. OhioHealth 자선 프로그램은 다음 항목을 제공합니다.

- 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 200% 이하인 환자에게 환자 부담금 100% 할인.
- 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 300% 이하인 환자에게 환자 부담금 80% 할인.
- 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 400% 이하인 환자에게 환자 부담금 65% 할인.

C. OhioHealth 빈곤 프로그램. 위 프로그램 중 어느 것도 적용되지 않을 경우, OhioHealth는 재정적 상황이 비극적이거나, 비정상적이거나, 특이하다는 것을 증명한 환자에 대해 사례별로 빈곤 신청을 고려할 권리가 있습니다. OhioHealth 자선 프로그램과 빈곤 프로그램은 마지막 수단입니다. 즉, 다른 주 또는 연방 프로그램에서 지원을 제공할 수 있거나 다른 치료비를 지급할 수단 또는 치료와 관련된 비용

환급 수단이 있을 경우 해당 프로그램 또는 자원을 사용해야만 OhioHealth 프로그램을 신청할 자격이 부여됩니다.

절차:

1. **재정 보조 프로그램 자격 요건:** OhioHealth는 다음 가이드라인을 사용하여 다양한 재정 보조 프로그램 자격 기준을 설정합니다. 재정 보조 프로그램 자격에는 서비스와 환자 모두 재정 보조 프로그램 신청 자격을 충족해야 합니다.

A. **해당 서비스:** OhioHealth 재정 보조 프로그램은 상기 OhioHealth 병원, OhioHealth가 고용한 진료소, OhioHealth 응급 치료 센터, OhioHealth 자택 치료가 제공하는 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 치료 서비스에만 적용됩니다. 치료가 의료적으로 필요한지 판단하는 기준은 OhioHealth가 서비스를 제공하는 커뮤니티에서 일반적으로 수용되는 표준 의료에 따릅니다.

다른 의료 제공자가 별도로 청구하는 서비스는 OhioHealth 병원에서 제공하더라도 이 정책을 적용할 수 없습니다. 병원에서 서비스를 제공하는 제공자의 병원별 목록과 각각 제공하는 서비스의 본 정책 적용 여부는 첨부 문서 1에 첨부되어 있습니다.

B. **OHIOHEALTH 자선 프로그램:** OhioHealth 자선 프로그램은 제3자가 제공하는 재정 보조 프로그램 자격에 해당하지 않고 치료와 관련된 비용을 지급하거나 환급받을 다른 수단이 없는 OhioHealth 환자에게 적용됩니다. 재정 보조 자격을 획득하기 전에 사용해야 하는 다른 지급 수단은 건강 보험, HCAP, 다양한 기타 정부 프로그램, 기타 보험(예: 자동차, 주택, 책임 보험), 환자 치료를 책임지는 제3자 등이 있습니다. 환자는 재정 보조 신청서를 작성하고 다음과 같은 소득 기반 자격 요건을 충족해야 합니다.

1. 소득이 현재 연방 빈곤 소득 가이드라인의 200% 이하인 환자는 환자 부담금에서 100% 자선 할인을 받을 수 있습니다.
2. 소득이 현재 연방 빈곤 소득 가이드라인의 201~300%인 환자는 환자 부담금에서 80% 자선 할인을 받을 수 있습니다.
3. 소득이 현재 연방 빈곤 소득 가이드라인의 301~400%인 환자는 환자 부담금에서 65% 자선 할인을 받을 수 있습니다.

이러한 할인은 자선 할인 워크시트(첨부 문서 2)에 따라 적용됩니다. 연방 빈곤 소득 가이드라인은 매년 변경되므로 OhioHealth는 해당 워크시트를 정기적으로 업데이트합니다. 가족 규모에는 환자, 환자의 배우자(동거 여부 무관), 환자와 동거하는 모든 18세 미만 자녀(친자 또는 양자)가 포함됩니다. 환자가 18세 미만일 경우, “가족”에는 환자, 환자의 친부모 또는 양부모(동거 여부 무관), 환자와 동거하는 18세 미만 자녀(친자 또는 양자)가 포함됩니다. 환자가 조부모의 집에 거주하는 미성년 부모의 자녀라면 “가족”에는 환자, 환자와 동거하는 자녀(친자 또는 양자)만 포함됩니다. 다른 지급 수단이 있어서 처음에 자격을 부여받지 못한 환자의 경우, 다른 모든 지급 수단을 사용한 후 OhioHealth 자선 프로그램이 적용된 환자 부담금은 메디케이드와 다른 주/연방 수급자에 대한 법적 제한이 적용됩니다.

또한, OhioHealth 자선 프로그램을 비롯한 다른 재정 보조 프로그램을 적용하지 못할 경우, OhioHealth는 사례별로 빈곤 신청을 고려할 권리가 있습니다. OhioHealth 빈곤 위원회가 재정 상황이 심각하거나 비정상적이거나 특이하다고 입증한 증거를 바탕으로 결정한 환자를 대상으로 합니다.

C. **HCAP:** 병원 치료 보증 프로그램은 오하이오 일자리 및 가족 서비스부(ODJFS)가 관리하며,

주/연방 요건을 따릅니다. OhioHealth는 ODJFS에서 제공한 지침에 따라 HCAP 자격 요건을 적용하고, OhioHealth는 이를 변경할 재량이 없습니다. 이 정책은 이러한 요건을 요약한 것입니다.

1. **거주 요건** - 환자는 오하이오 주에 자발적으로 거주해야 합니다. 학생 또는 이민 노동자, 주에 거주하는 친척집에 임시로 거주하는 환자 등의 임시 거주자를 포함합니다. 다른 주에 거주하면서 주를 여행하거나 오하이오 주에서 휴가를 보내는 환자, 또는 치료를 받기 위해 오하이오 주에 온 환자는 포함하지 않습니다.
2. **재정 요구 요건** - 환자는 서비스 제공 시에 환자의 가족 규모에 맞춘 소득 수준이 현행 연방 빈곤 소득 가이드라인의 100% 이하여야 합니다. 가족 규모에는 환자, 환자의 배우자(동거 여부 무관), 환자와 동거하는 모든 18세 미만 자녀(친자 또는 양자)가 포함됩니다. 환자가 18세 미만일 경우, “가족”에는 환자, 환자의 친부모 또는 양부모(동거 여부 무관), 환자와 동거하는 18세 미만 자녀(친자 또는 양자)가 포함됩니다. 환자가 조부모의 집에 거주하는 미성년 부모의 자녀라면 “가족”에는 환자, 환자와 동거하는 자녀(친자 또는 양자)만 포함됩니다. 환자는 메디케이드 또는 다른 주 메디케이드 프로그램을 수령할 수 없습니다.
3. **서비스 요건** - 서비스는 ODJFS 가이드라인에 따라 의료적으로 보장해야 합니다.
4. **서명된 신청서** - HCAP 프로그램 자격을 부여받으려면 서명된 신청서가 필요합니다.

D. **커뮤니티 프로그램:** OhioHealth는 다양한 제약 산업 자선 프로그램을 비롯하여 여러 가지 다른 자선 프로그램을 인정하고 이에 협력합니다. 이런 각각의 프로그램은 자체적인 자격 요건을 따르며, 해당 프로그램 신청 자격은 OhioHealth 재정 보조 프로그램과 동일하지 않습니다. 그러나 OhioHealth는 무료 진료 프로그램에도 참여합니다. 무료 진료 프로그램에 참여하고 무료 진료 프로그램의 일부로 OhioHealth 시설에서 응급 또는 다른 의료적으로 필요한 치료를 받은 환자는 OhioHealth 시설에서 무료로 치료를 받을 수 있습니다.

2. 재정 보조 프로그램 신청 방법:

- A. **재정 보조 문의:** 환자는 등록 전부터 계정이 닫히기 전까지 언제든지 재정 보조 프로그램에 신청할 수 있습니다. 신청 방법에 관한 정보가 필요하거나 신청과 관련하여 문의가 있을 경우, 고객 서비스((614) 566-1505 또는 1-800-837-2455)에 전화할 수 있으며 이메일(customercenter@ohiohealth.com)로 문의할 수도 있습니다. 또는 OhioHealth 시설의 등록 데스크나 수납계(각 OhioHealth 시설의 실제 주소는 이 FAP의 첨부 문서 3에 첨부)를 방문해서 재정 상담사를 찾으셔도 됩니다. OhioHealth 시설의 모든 환자는 언제든지 재정 상담사와의 상담을 요청할 수 있습니다.
- B. **재정 보조 신청 양식 획득 방법:** 모든 OhioHealth 시설에서 등록 시에 신청 양식을 받을 수 있으며, 이러한 양식은 모든 OhioHealth 청구서에 포함되어 있습니다. 또한, 재정 보조 신청서는 온라인에서도 받을 수 있습니다. 주소는 다음과 같습니다. <https://ohiohealth.com/financialassistance/>
- C. **재정 보조 신청 양식 작성:** 재정 보조 신청 양식 작성 요건:
 1. 신청서는 양식에 적힌 지시에 따라 완벽히 작성되어야 합니다.
 2. 신청서는 환자, 환자의 후견인 또는 재정을 책임지는 해당인이 서명해야 합니다.
 3. 신청서는 다음을 비롯한 적절한 소득 증빙을 동봉해야 합니다.

- a. 서비스/신청일 이전 3개월 또는 서비스/신청일 이전 12개월 중에서 환자가 선택한 기간이 포함된 급여 기록 급여 기록을 제출할 수 없을 경우, (회사 상용문 머리 부분에 적힌) 신청자의 고용주가 서비스일(신청일) 이전 3개월 간에 대해 보내는 신청자의 총소득 확인 서신도 허용됩니다. 회사에서 보내는 서신은 회사 임원이 서명해야 하고, 계약자 이름 및 해당 회사의 계약자 전화 번호가 참조되어야 합니다.
 - b. 배우자 소득(동거 여부와 무관).
 - c. 급여 또는 사회보장 소득 계좌 입금에 사용되는 은행의 입출금 내역서. 이 경우, 신청자는 건강 보험 또는 기타 지급금의 차감 여부와 차감하는 경우 해당 금액을 표시해야 합니다.
 - d. 상황에 따라 OhioHealth는 때때로 환자의 소득 증빙으로 가장 최근에 완료된 W2 또는 소득 신고서를 받을 수 있습니다.
 - e. 자녀 양육비 및/또는 이혼(별거) 수당을 수령한 문서. 그러나 자녀 양육비는 환자/아동이 양육비를 지급 받는 당사자가 아닐 경우 소득으로 간주하지 않습니다.
 - f. 서비스 또는 신청일 이전 12개월간 수령한 실업 급여, 노동자 보상, 팁, 이자, 임대 소득, 은퇴 소득, 투자 소득, 상속 또는 기타 다른 유형의 소득/보상에 대한 문서입니다.
4. 신청자는 OhioHealth가 필요에 따라 환자의 신용 보고서, 재산 검색 등의 다른 출처에서 얻은 재정 정보 및/또는 추정 기관에서 제공한 정보를 획득할 수 있게 허가하는 동의서를 포함해야 합니다.
 5. 신청서는 첨부 문서 3에 있는 주소로 반환해야 합니다.
 6. 예외적인 상황에서 OhioHealth 고객 상담 센터 대표는 전화로 재정 보조 신청을 받을 권한이 있습니다.
- D. 재정 보조 프로그램 신청 자격이 없는 환자에 대한 재정 보조 신청 혜택: 재정 보조 신청서 작성을 완료하면 재정 보조를 받을 자격이 없는 환자에게도 혜택이 제공됩니다.
1. 메디케이드 또는 기타 정부 프로그램: 재정 보조 신청서를 수령한 후 해당 환자가 메디케이드 수령 자격이 있다고 표시되어 있을 경우, 해당 환자는 메디케이드 자격 전문가에게 이관됩니다. 메디케이드 자격 전문가는 환자가 메디케이드나 다른 관련 정부 프로그램을 신청하는 데 도움을 줍니다. 메디케이드 자격 전문가는 정부 프로그램에서 요구하는 모든 필수 문서를 획득하도록 보조하는 등과 같이 환자/가족이 신청 절차를 진행하는 데 도움을 줍니다.
 2. 분할 납부 제도: 모든 신청자는 기관의 분할 납부 제도를 신청할 수 있습니다. 이 제도는 월 납부금이 최소한인 무이자 대출을 제공합니다.
 3. 무보험자 또는 자비 지급자 할인: HCAP, OhioHealth 자선 할인, 빈곤 할인 자격이 없어서 이 정책을 적용받지 못하는 무보험 신청자는 본인이 받은 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 서비스에 대해 무보험자 할인을 받을 수 있습니다. 무보험자 할인은 응급 또는 의료적으로 필요한 서비스 비용에서 35%를 할인해 줍니다.
- E. 소득 증빙 또는 완전한 신청서를 제출하지 못할 경우 기타 자격 고려 사항: 일부 환자는 이

정책의 요건에 따라 완전한 신청서를 준비/제출하는 데 필요한 요청 문서/정보 중 일부나 전체를 제공할 수 없거나 기타 다른 이유로 신청서를 아예 제출하지 못하는 환자의 경우, OhioHealth는 가용 정보 전체에 기초하여 환자의 재정 보조 프로그램 자격 획득 여부를 판단할 권리가 있습니다. 관련 요소로는 다음과 같은 상황 등이 있으며 이에 국한되지 않습니다.

1. 알려진 재산 없이 환자가 사망한 경우.
2. 환자가 노숙자이거나 등록 과정에서 보호소 주소를 제공하였거나, 노숙자여서 우편이 반송된 경우.
3. 가족/친구가 환자의 지급 불능을 입증하는 정보를 제공한 경우.
4. 환자 본인이 범죄 피해자임을 진술한 경우. 이 경우, 환자는 범죄 피해자 프로그램을 통해 보장을 받기 전에 재정 보조를 신청해야 합니다.
5. 환자가 서비스일 전 3개월 또는 12개월 동안 투옥된 경우.
6. 예외적인 경우, 환자의 서명을 얻기 위한 노력을 30일간 실시한 후 환자의 구두 신청/증명을 허용할 수 있습니다.
7. 환자가 오하이오 주 외에서 메디케이드에 가입되어 있고 OhioHealth가 해당 주에 대한 제공자 번호를 보유하지 않을 경우.
8. 환자가 서비스일 전후로 메디케이드를 수령한 적이 있을 경우.
9. 미지급금이 높아져 부분 자선이 승인된 비정상적인 경우.
10. 환자가 서비스일 전후로 HCAP/자선 프로그램을 이용한 적이 있을 경우.
11. 환자의 현재 소득 및 가족 규모가 본 정책의 자선 치료를 받을 자격에 해당하고, 외래 및 입원 서비스를 받기 전에 자격을 획득했을 수 있는 경우.
12. 환자가 메디케이드 가족 계획 프로그램으로 보장받을 경우.

F. **빈곤 신청서:** 환자가 재정 보조 신청서를 작성하고 다른 재정 보조 프로그램을 수령할 자격이 없는 것으로 판정되거나 상기 섹션 E에 규정된 자격 기준을 충족하지 못했을 경우, OhioHealth는 사례별로 빈곤 신청을 고려할 권리가 있습니다. OhioHealth 빈곤 위원회가 비정상적인 재정 상황 또는 비극적, 비정상적, 특이한 상황을 만든 것으로 입증되는 종교적 문화적 신념을 기준으로 수혜 자격을 인정할 환자를 대상으로 합니다. 빈곤 프로그램에 신청하려면 환자는 비정상적 상황을 설명하고 다른 증빙 문서를 첨부하여 심사를 요청하는 서신을 다음 주소로 보내야 합니다. OhioHealth CBO, P.O. Box 7527, Dublin, Ohio 43016. 빈곤 신청 심사 시에는 환자가 투자 또는 다른 상당한 가치가 있는 재산, 주식, 채권, 기타 수령한 합의금, 다른 자산 또는 소득원을 포함하여 모든 자산을 신고해야 합니다.

3. 자격 결정: 재정 보조 프로그램에 대한 자격은 다음 기간까지 유효합니다.

- A. 입원 서비스의 경우, HCAP와 관련된 자격은 입원 시마다 별도로 결정합니다. 단, 환자가 같은 기저 질환으로 45일 이내에 재입원할 때는 기존의 자격 결정이 적용됩니다.
- B. 외래 서비스의 경우, HCAP 수령 자격은 90일간 유효합니다.
- C. OhioHealth 자선 프로그램 수령 자격(입원 및 외래)은 180일간 유효합니다. 또한, 재정 보조 신청서가 제출되었지만 치료와 무관한 기존의 미지급 계좌에도 자격 결정 사항이 적용됩니다. 자격 결정 사항이 환자의 미지급 계좌에 적용될 경우, 하기 5단락에 설명한 AGB 백분율 적용 시 개인 부담금을 초과하는 미지급 계좌에 대해 환자가 개인적으로 지급한 금액은 환자에게 반환됩니다.
- D. 환자가 이전 자격 결정 사항에 기초하여 치료 1건에 대해 재정 보조 수령 자격이 있는 것으로 추정되고, 환자가 받을 수 있는 보조가 본 정책에서 제공하는 가장 큰 보조 금액보다 적을 경우,

환자에게 더 많은 보조가 제공될 수 있음을 알립니다.

4. **재정 보조 알릴:** 각 OhioHealth 병원 응급실과 환자 등록 창구에는 OhioHealth가 오하이오 주 병원 치료 보증 프로그램(HCAP)을 준수한다는 것을 알리는 표지판이 붙어 있습니다. 또한, 표지판에는 OhioHealth의 자선 프로그램에 대한 안내가 포함됩니다. 본 정책의 사본, 이 정책을 쉽게 설명한 요약본, 신청서를 포함한 정보는 등록 창구와 응급실에서 제공되며, 별도 비용 없이 우편으로 받아볼 수 있습니다. 또한, 환자는 등록 절차 중에 본 정책을 쉽게 설명한 요약본의 인쇄 사본을 받습니다. 이 문서는 <https://www.ohiohealth.com/financialassistance/>에서도 받을 수 있으며, 커뮤니티에서 사용하는 주 언어로 제공됩니다. 환자/후견인이 영어를 하지 못할 경우 번역 서비스도 준비할 수 있습니다. 또한, 청구서에는 HCAP, OhioHealth 자선 프로그램, 재정 보조 신청 관련 정보가 포함됩니다.
5. **일반적으로 청구되는 금액:** 재정 보조 프로그램 수령 자격이 있는 것으로 판정된 환자의 경우, OhioHealth는 병원이 “일반적으로 청구하는 금액”(AGB) 이상으로 부담시키지 않습니다. AGB 백분율은 연방 규제에서 정의한 바에 따라 “소급법”을 사용합니다. 각 OhioHealth 병원은 메디케어 및 개인 건강 보험사가 12개월간 허용한 모든 청구 금액을 해당 병원의 관련 요금 합계로 나누어 AGB 백분율을 계산합니다. AGB 백분율은 병원별로 다르지만, 모든 OhioHealth 병원의 AGB 백분율은 요금 합계를 65% 이내에 할인한 값과 같습니다. 계산값은 매년 업데이트됩니다. 고객 상담 센터(614-566-1505)로 전화하거나 OhioHealth CBO, PO Box 7527, Columbus, Ohio 43016으로 우편을 보내면 OhioHealth 병원의 AGB 백분율의 인쇄 사본을 누구나 무료로 제공받을 수 있습니다.
6. **환자 부담금 청구 및 추심:** OhioHealth는 OhioHealth가 제공한 서비스에 대해 적절히 청구하고 추심함으로써 자선 자금을 보호하는 데 성실히 임할 것입니다. OhioHealth는 절차가 완전히 설명되어 있는 별도의 청구 및 추심 정책이 있습니다. 고객 상담 센터((614) 566-1505)에 전화하면 이 별도 정책의 사본을 누구나 무료로 받으실 수 있습니다.

폐기: 2003년 8월 19일에 발효된 SPP F-300-R은 이로써 폐기됩니다.