

**VERITY HEALTH SYSTEM 정책 및 절차**  
**섹션 06: 재정 무결성 및 일관된 보고**

정책/절차 번호:	<b>06.03.04</b>
제목:	재정 지원 정책 위원회
승인일:	<b>2017년 12월 5일</b>
발효일:	<b>2017년 12월 5일</b>
개정일:	<b>2015년 1월 15일</b> <b>2017년 6월 6일 화요일</b> <b>2017년 12월 5일 화요일</b>
승인자:	<hr/> <b>Patrick Soon-Shiong, MD</b> 임시 CEO, Verity Health System
시스템 정책에 대한 참고 사항:	<b>06.03.01 청구 및 추심 정책</b> <b>11.00.00 연방 및 주의 개인 정보 보호 및 기밀</b> <b>유지법(Compliance with Federal and State Privacy and</b> <b>Confidentiality Laws) 및 정의</b>
VBS 정책에 대한 참고 사항:	해당 사항 없음

## **I. 목적**

이 재정 지원 정책("정책")의 목적은 Verity의 병원이 환자의 재정 상태와 상관없이, 그리고 환자와 환자 가족을 존중하는 방식으로 의료 서비스를 제공하고 응급 서비스 및 기타 의학적으로 필요한 진단과 치료에 대한 평등한 이용을 보장하도록 하는 것입니다.

## II. 정책

Verity Health System of California, Inc.("Verity")는 이 문서에 명시된 바와 같은 특정한 자격 요건을 충족하는 저소득 및 보험 미가입, 부분 보험 가입 환자에게 첨부분서 A에 언급된 연계 병원("병원" 또는 "병원들")을 통해 자선 진료를 제공하거나 할인 지불을 제시할 것입니다. 본 정책은 병원의 사명, 캘리포니아 보건 안전법(California Health & Safety Code) 및 내국세법(Internal Revenue Code) 섹션 501(r)에 명시된 요건, 이러한 요건에 해당하는 시행 규칙에 의거하여 이행됩니다. 본 정책은 병원의 청구서에 포함되지 않은 응급실 의사, 마취 전문의, 방사선 기사, 병원의 병리학자 등 의사 또는 기타 의료 제공자에게는 적용되지 않습니다. 본 정책이 적용되지 않는 병원의 목록은 첨부분서 E를 참조하십시오.

## III. 정의

- A. "일반적으로 청구되는 금액" (Amount Generally Billed, AGB)은 본 재정 지원 정책에 따라 재정 지원 대상이 되는 환자에게 청구될 수 있는 최대 청구 금액을 의미합니다. 재정 지원 대상에 해당하는 환자는 환자에게 제공되는(아래 정의) 적격 서비스에 대해 AGB를 초과하여 청구되지 않습니다. Verity Health는 AGB 비율에 의해 제공되는 적격 서비스에 대해 "총 비용"(아래의 정의와 같이)을 곱하여 "룩백" 방식으로 시설별로 AGB가 계산되며 민간 보험에서 허용되는 이전 청구를 기준으로 합니다. Verity Health의 AGB 비율 및 AGB 비율 계산 방법은 AGB 계산 방법론, 첨부분서 B1에 반영되어 있습니다.
- B. "자선 진료"란 소득이 연방 빈곤 수준의 200% 이하인 재정 지원 대상 환자에게 무료로 제공되는 의학적으로 필요한 서비스를 말합니다.
- C. "할인 지불"이란 병원이 소득이 연방 빈곤 수준의 201~ 350%에 해당하는 재정 지원 대상 환자를 위한 의학적으로 필요한 서비스의 예상 비용을 할인 요율로 제한해야 한다는 것을 의미합니다.
- D. "필수 생활비"란 임대료나 집세 및 유지보수비, 식료품 및 생활용품, 공공요금 및 전화 요금, 의류비, 의료 및 치과 비용, 보험료, 학비 또는 보육비, 자녀 또는 배우자 부양비, 교통비와 및 보험, 연료, 수리비 등의 자동차 비용, 할부금, 세탁 및 청소비, 기타 임시 지출과 같은 비용을 말합니다.
- E. "연방 빈곤 수준"(Federal Poverty Level, FPL)은 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)가 연방 관보에서 매년 갱신하는 빈곤도 지침을 기준으로 하며 정의됩니다. 현재 Verity FPL 지침은 첨부분서 B2에 반영되어 있습니다. Verity RCM(수익 주기 관리, Revenue Cycle Management) 부서에서는 매년 연방 관보에서 빈곤도 지침이 갱신될 때마다 FPL 지침을 갱신합니다.
- F. "재정 지원 대상 환자"란 다음의 두 가지에 모두 해당하는 환자를 말합니다.

1. 섹션 III.J에서 정의된 본인 부담 환자 또는 섹션 III.H에서 정의된 고액진료비 환자
  2. 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 350%를 넘지 않는 환자
- G. "총 비용"은 제공된 모든 서비스에 대한 환자 계정의 총 요금입니다.
- H. "소득"에는 급여, 월급, 사회보장수당, 공공 보조, 실업수당 및 산재수당, 재향군인 수당, 자녀 양육비, 이혼 수당, 연금, 정기 보험 및 연금 보험금, 신탁 및 유산을 통한 소득, 은행 인출 자산, 자산 또는 유동 자산 매각 및 일시불 보험 또는 보상 지급액이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
- I. "의학적으로 필요한 서비스"란 병원에서 제공하거나 청구하는 응급 서비스이거나 환자 치료 또는 진단에 필요한 기타 서비스로서 이러한 서비스나 치료나 이루어지지 않을 경우 환자의 질환, 질병 또는 부상에 악영향을 미칠 수 있고 선택적이거나 미용적인 서비스나 치료로 간주되지 않는 서비스 또는 치료를 말합니다.
- J. "고액진료비 환자"란 다음의 모든 요건에 부합하는 환자를 말합니다.- 1. 제3자 배상 보험이 있는 환자(즉, 본인 부담 환자(Self-Pay Patient)가 아닌 경우),
- 2. 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 350%를 넘지 않는 환자 및
- 3. 병원에서 발생하는 연간 개인 본인 부담금이 환자의 이전 12개월에 해당하는 가구 소득의 10%를 초과하거나 연간 본인 부담 의료 비용이 환자 가구 소득의 10%를 초과하는 경우(단, 환자가 환자나 환자의 가족이 이전 12개월 동안 환자의 의료 비용을 지불했음을 보여주는 서류를 제공해야 함).

K. "환자 가족"이란 다음을 의미합니다.- 1. 18세 이상 개인의 경우:
  - a. 배우자
  - b. 캘리포니아 가족 법(California Family Code)의 섹션 297에서 정의된 동거 파트너 및
  - c. 가정에서 거주하는지 여부와 상관없이 21세 미만의 부양 자녀.
- 2. 18세 미만 개인의 경우:
  - a. 부모
  - b. 양육자 친척 및
  - c. 해당 부모나 양육자 친척의 다른 21세 미만 자녀.

L. "본인 부담 환자"란 병원에서 확인 및 기록된 바와 같이 보험사의 제3자 배상 보험, 의료 서비스 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에 가입되어 있지 않고 산재보험, 자동차 보험 또는 기타 보험의 목적을 위해 보상받을 수 있는 부상에 해당하지 않는 환자를 말합니다.

M. "합리적인 지불 계획"이란 월 지불액이 환자의 월 가구 소득에서 필수 생활비를 제한 금액의 10%를 넘지 않는 것을 의미합니다.

#### IV. 자격 요건

##### A. 자격 대상 서비스.

1. 본 섹션의 조건이 적용되며 의학적으로 필요한 서비스를 비롯해 병원에서 제공하거나 청구하는 모든 유형의 병원 서비스에 적용되는 자선 진료 및 할인 지불 프로그램입니다. 병원에서 제공하거나 청구하지 않는 서비스는 본 정책이 적용되지 않습니다.
2. 의학적으로 필요하지 않은 서비스의 경우 해당 서비스 또는 절차가 Verity 병원 의료팀 소속인 의사가 지시한 경우가 아닌 한 본 정책이 적용되지 않습니다.

응급 치료를 제공하는 병원에서 응급 의료 서비스를 실시하는 응급 치료 의사에게는 소득이 연방 빈곤 수준의 350% 이하인 본인 부담 환자 및 고액진료비 환자에게 할인을 제공할 법적 의무가 있습니다. 응급 서비스에 대한 재정 지원 프로그램에 관한 자세한 정보를 알아보려면 응급 치료 의사의 청구 사무소에 문의해야 합니다.

##### B. 일반 자격.

1. 본 정책에 따른 자선 진료 또는 할인 지불 자격 대상 여부는 개별적으로 판단하며 환자 및/또는 가족의 요구 사항, 재원은 물론 의료 비용을 비롯한 모든 재정적 의무를 기준으로 평가됩니다.
2. 자선 진료 및 할인은 인종, 종교, 피부색, 신념, 연령, 성별, 성적 지향, 출신 국가 또는 이민 상태와 상관없이 재정 지원 대상 환자에게 제공됩니다.
3. 자선 진료 또는 할인 지불 수혜 자격 여부를 결정하기 위해 검토되는 금전적 자산에는 내국세법에 따른 은퇴 플랜이나 유예된 보상금 플랜 또는 이에 해당하지 않는 유예된 보상금 플랜이 포함되지 않습니다. 또한, 환자의 금전적 자산 중 최초의 \$10,000 및 이러한 최초의 \$10,000를 제외한 금전적 자산의 50%는 자격 여부 결정 시에 고려될 수 없습니다. 그러나 병원은 병원이 금융기관이나 상업 기관 또는 금전적 자산이 보유되거나 관리되고 있는 기타 기관으로부터 검증 정보를 입수하도록 승인하는 권리 포기 또는 면책을 환자나 환자의 가족에게 요구할 수 있습니다.
4. 자선 진료 프로그램 또는 할인 지불 프로그램 자격 대상으로 선정되기 전에 민간 건강 보험(California Health Benefit Exchange를 통해 제공되는 보험 포함), Medicare, Medi-Cal, 가족 건강 프로그램(Healthy Families

Program), 캘리포니아 어린이 서비스 프로그램(California Children's Services Program) 또는 의료 보장을 목적으로 마련되어 주나 국가에서 자금을 지원하는 기타 프로그램을 비롯해 이용 가능한 모든 방법에 먼저 지원해야 합니다.

5. 현재 캘리포니아 이외의 주에서 Medicaid 수혜 자격이 있는 환자는 본 정책에 따라 100% 재정 할인을 받을 수 있습니다.
6. 자선 진료 프로그램 및 할인 지불 프로그램 자격 여부를 결정하려면 환자와 가족이 전적으로 협력하여 필수 서류 및 정보를 적시에 제공하고 작성해야 합니다. 본 정책에 따른 자격 여부 결정을 요청하는 개인이 병원이 자격 여부를 결정하는 데 필요한 적절한 정보를 제공하지 못할 경우, 병원은 결정을 할 수 없다고 판단할 수 있습니다.

**C. 특수 자격.** 환자는 섹션 C.1 또는 섹션 C.2에 의거해 아래에 설명된 바와 같은 재정 지원을 신청할 수 있습니다.

1. **할인 지불 프로그램.** 본인 부담 환자와 고액진료비 환자 둘 다 할인 지불 프로그램을 신청할 자격이 있습니다.
  - a. **본인 부담 환자:** 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 201~350%에 해당하는 본인 부담 환자의 경우, 각각의 병원은 병원에서 제공하는 서비스의 예상 비용을 해당 치료를 보장하는 보험에 가입된 개인에게 일반적으로 청구되고 병원이 내국세법 섹션 501(r)의 시행 규칙에 정의된 "**과거 기록 이용방법(Look-Back Method)**"으로 계산한 금액 중 보다 적은 금액으로 제한해야 합니다. 일반적으로 청구되는 금액은 첨부문서 B1을 그리고 재정 지원 차등제에 관한 정보는 첨부문서 B2를 참조하십시오.
  - b. **고액진료비 환자:** 증빙 소득이 연방 빈곤 수준의 201~350%에 해당하는 고액진료비 환자의 경우 각각의 병원은 병원에서 제공하는 서비스의 예상 비용을 (i) 전체 보험료 공제 후 잔액 또는 (ii) 상기의 섹션 C.1.a에 따라 계산한 요율 중 더 적은 금액으로 제한해야 합니다.

적용 요율을 결정한 후, 병원은 첨부문서 B2에 명시된 차등제를 적용합니다.

할인 지불을 신청하려는 환자는 병원에 소득 증빙(최근의 급여 명세서 또는 소득세 신고서로 제한됨) 및 의료 보험 보장의 증빙을 제공하기 위해 적절한 노력을 기울여야 합니다. 고액진료비 환자의 경우에도 환자 본인이나 가족이 이전 12개월 동안 지불한 의료 비용의 증빙을 제공해야 합니다.

개인이 할인 지불 프로그램에 대한 자격이 있는 것으로 결정되는 경우 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 다루는 보험에

가입한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액보다 더 많은 비용을 개인에게 청구할 수 없습니다.

2. 자선 진료 프로그램. 병원은 소득이 연방 빈곤 수준의 200% 이하인 환자에 한해, 비용을 지불할 여력이 없는 재정 지원 대상 환자에게 자선 진료(즉, 무료 진료)를 제공할 것입니다.

자선 진료를 신청하려는 환자는 병원에 소득, 금전적 자산(소유한 모든 유동 및 비유동 자산 포함, 이러한 자산에 대한 청구 및 부채는 제외) 및 의료 보험 보장의 증빙을 제공하기 위해 적절한 노력을 기울여야 합니다.

## V. 신청 절차

### A. 통지 요건.

1. 통지 게시. 각 병원은 첨부 문서 C에 명시된 바와 같이, 본 정책에 따른 자선 진료 및 할인 지불 관련 정보를 입원 및 등록 구역, 응급 부서, 외래 환자 시설 및 PFS 사무소를 비롯해 환자들이 많은 모든 곳에 게시해야 합니다.
2. 서면 통지. 각 병원은 자격 정보, 본 정책에 대한 자세한 정보를 문의할 수 있는 병원 직원 또는 사무소 연락처 정보를 비롯해 자선 진료 및 할인 지불 프로그램에 대한 정보가 담긴 서면 통지를 환자에게 제공해야 합니다. 해당 서면 통지는 응급 및/또는 외래 환자 치료를 받고 있으며 해당 치료에 대한 청구서를 받을 수 있으나 입원 환자로서 입원하지는 않은 환자에게도 제공됩니다. 통지는 각 병원의 일차 서비스 구역에서 정하고 관련 연방 및 주 법에 의거한 바에 따라 영어와 다른 언어로 제공되어야 합니다. 각 병원은 그러한 통지를 받았다는 환자의 서면 인정서를 보관해야 합니다.

본 정책의 정책, 신청서 및 일반 요약은 웹 사이트에서 폭넓게 이용 가능하며, 법률의 섹션 501(r)에 의거한 규정에 따라 각 병원에서 서비스를 제공하는 지역 사회 구성원에게 통지됩니다.

3. 청구서. 병원의 청구서는 자격 대상 환자 및 청구 시 보험 증빙을 제출하지 못한 환자에게 정부 후원 프로그램, 자선 진료 및 할인 지불 프로그램 제공에 대해 알려야 합니다. 각 병원은 다음과 같은 정보를 환자의 청구서에 제공해야 합니다.
  - a. 병원이 제공한 서비스에 대한 청구 내역
  - b. 환자가 Medicare, Healthy Families, Medi-Cal 또는 기타 보험과 같은 건강 보험에 가입되어 있는지 병원에 알려달라는 요청
  - c. 정부 후원 보험에 대한 신청서를 얻고 이를 병원이 제공하는 방식에 대한 설명 및

- d. 환자가 병원 재정 지원 정책 및 이러한 정책에 따른 지원을 신청하는 방법에 대한 정보, 본 정책의 사본이 있는 링크를 포함하는 시설 웹 페이지의 직접적인 웹 사이트 주소, 본 정책에 대한 간결한 요약, 본 정책에 따른 재정 지원 신청서를 요청할 수 있는 병원 담당자 또는 사무실 이름과 전화번호.

## B. 재정 지원 대상 환자 확인.

1. 각 병원의 재정 상담사 또는 Health Benefits Resource Center(HBRC) 담당자는 환자 또는 환자의 대리인으로부터 민간 또는 공공 건강 보험이나 후원이 병원이 환자에게 제공하는 치료 비용의 전체 또는 일부를 부담할 수 있는지에 대한 정보를 획득하기 위한 적절한 노력을 기울여야 합니다.
2. 각 병원의 재정 상담사 및 HBRC 담당자는 정부 후원 프로그램 및 자선 진료 또는 할인 지불을 이해하고 신청하는 데 있어 환자를 도와야 합니다.
3. 각 병원은 보험 미가입 환자를 위해 Medi-Cal, Healthy Families Program, California Health Benefit Exchange 또는 주나 국가에서 자금을 지원하는 기타 의료 보험 관련 정보와 신청서를 등록 구역 및 PFS 부서 사무소에서 제공해야 합니다. 환자가 제3자에 의한 보장을 명시하지 않거나 할인을 요구할 경우, 각각의 병원은 관련 정부 프로그램 신청서를 환자에게 제공해야 합니다. 해당 신청서는 퇴원(환자가 입원한 경우)이나 응급 또는 외래 환자 치료 전에 제공되어야 합니다.
4. 환자가 본 정책에 따른 자선 진료 또는 할인 지불을 신청하는 동시에 다른 의료 보험 프로그램을 신청하거나 신청했을 경우 이 중 어떠한 신청도 다른 프로그램에 대한 자격을 배제할 수 없습니다.

## C. 신청 절차.

1. 첨부문서 D에 명시된 재정 지원 신청서는 본 정책에 따른 자선 진료 또는 할인 지불에 대한 환자의 자격 평가를 개시하기 위해 환자에게 제공됩니다. 환자는 환자의 의사, 가족, 지역사회 또는 종교 단체, 사회 복지 또는 병원 직원으로부터 자선 진료 또는 할인 지불 프로그램 의뢰를 받을 수 있습니다.
2. 자선 진료 및 할인 지불 프로그램 자격이 되려면 환자, 환자의 보증인 또는 환자의 법적 대리인이 정확한 정보를 제공해야 하며 모든 필수 서류를 제공하기 위한 적절한 노력을 기울여야 합니다. 본 정책에 따른 자격 여부 결정을 요청하는 개인이 병원이 자격 여부를 결정하는 데 필요한 적절한 정보를 제공하지 못할 경우, 병원은 결정을 할 수 없다고 판단할 수 있습니다.

3. 작성이 완료되지 않은 재정 지원 신청서는 작성 완료에 필요한 추가 및/또는 누락 정보의 확인을 요청하고, 해당 정보가 접수되지 않을 때 신청서가 거부될 최종 기한을 명시한 통지서를 환자가 수신하기 전까지는 제출 정보 미비로 인해 거부되지 않습니다. 최종 기한은 통지서를 받은 후 해당 정보를 제공하기까지 소요될 수 있는 시간을 적절히 반영한 기간이어야 합니다.
4. 환자가 신청서 작성을 완료하지 못하거나, 신청서에 누락된 정보가 있고 환자가 섹션 V.C.2 및 V.C.3에 명시된 요청을 따르지 않을 경우, 병원은 위험 평가 지수 판단 소프트웨어 알고리즘인 PARO를 이용해 자격 여부를 추정하여 판단합니다. 이 소프트웨어는 외부 감사에 의해 검증되어 업계에서 널리 채택된 제품입니다.
5. 병원 HBRC 담당자는 재정 지원 신청자의 Medi-Cal 자격 여부를 추정하여 판단할 수 있습니다. 병원 HBRC 담당자가 Medi-Cal와의 관련성이 없다고 판단할 경우, Medi-Cal 신청에 대해 거부 결정을 내릴 수도 있습니다.
6. 자선 진료 또는 할인 지불 수혜 자격은 개별적인 입원에 기준하여 유효합니다. 대상 환자는 이후의 입원 시 재정 상태의 변동이 없음을 증명하거나 해당할 경우 재정 상태 변동에 대한 최신 정보를 제공해야 합니다.
7. 재정 지원 신청서에 명시된 환자의 재원 및 가구 소득 확인을 위해 검토하는 서류는 다음을 포함하며 이에 국한되지 않습니다.
  - a. 해당할 경우 명세서를 포함해 이전 연도의 연방 소득세 신고서의 사본
  - b. 현재 급여 명세서, 사회보장, 장애 수당, 실업 수당 수표 및 수여 서신의 사본
  - c. Medi-Cal 결정/거부 통지서 사본
  - d. 환자의 가구 소득, 환자가 18세 이상인 경우에는 환자의 배우자나 동기 파트너, 가정에서 거주하는지 여부와 상관없이 21세 미만의 부양 자녀의 소득을 포함하고 환자가 18세 미만인 경우에는 환자, 환자의 부모, 보호자 또는 양육자 친척, 가정에서 거주하는지 여부와 상관없이 21세 미만의 다른 부양 자녀의 소득.
8. 징수 활동은 신청서(완전하게 작성되지 않은 신청서 포함)가 접수되면 중단되고 자격 결정 절차 동안 계속 중지됩니다.
9. 병원은 VHS 정책/절차 11.0, 1996년 건강 보험 양도 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act)에 따라 모든 신청서 및 증빙 서류의 기밀을 지킬 것입니다.



10. 자선 진료 또는 할인 지불 수혜 자격은 환자의 자격 관련 정보가 제공되는 대로 언제든지 병원에서 결정할 수 있습니다. 최초의 환자 청구일로부터 240일 이후 접수된 신청서는 수익 주기 담당 부책임자의 승인을 받아야 합니다.

**D. 자선 진료 또는 할인 지불 결정에 대한 통지.**

1. 병원의 HBRC 부서는 작성이 완료된 재정 지원 신청서가 모든 필수 서류와 함께 접수된 후 삼십(30)일 이내에 환자 또는 환자의 대리인에게 자격 결정에 대해 통지합니다.
2. 자선 진료 또는 할인 지불 결정에 대한 통지는 환자 또는 환자의 대리인에게 우편으로 발송됩니다. 이 통지서는 환자가 부담할 금액과 해당할 경우, 환자 계정에 적용되는 할인 금액을 명시합니다.
3. 환자나 환자의 대리인은 소득 확인서나 참작 사유 설명서와 같은 기타 정보를 병원의 결정 통지일로부터 삼십(30)일 내에 HBRC 책임자에게 제출하여 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 병원 HBRC 책임자는 모든 이의 제기를 검토하고 관련 결정을 내립니다. 환자나 환자의 대리인은 그러한 결과에 대한 통지를 받습니다.

**E. 자선 진료 또는 할인 지불 금액.**

1. 할인 지불 수혜 자격 대상 환자는 병원과 협력하여 연장된 지불 계획을 수립해야 합니다. 병원과 환자가 지불 계획 연장에 대해 합의하지 못할 경우 병원은 합리적인 지불 계획을 마련해야 합니다. 이러한 지불은 무이자이고 협의 가능해야 합니다.

계좌 잔액	개월수
\$250 미만	4개월
\$250.01-\$500	6개월
\$500.01-\$1,000	10개월
\$1,000.01-\$2,500	12개월
\$2,500.01-\$5000	24개월
다음 값보다 큼 \$5,000.01	36개월

2. 할인 지불 수혜 자격 대상 환자는 지불 계획을 지키기 위한 성실한 노력을 기울여야 합니다. 환자는 언제든지 합의한 지불 계획이 파기될 가능성이 있다면 PFS 부서에 알릴 책임이 있습니다.
3. 환자가 90일 기간 이내에 모든 연속 납부를 이행하지 못할 경우 병원 연장된 지불 계획(합리적인 지불 계획 포함)이 무효임을 선언할 수 있습니다. 병원이 연장된 지불 계획을 무효로 선언하기 전에 병원, 추심

기관 또는 관재인은 환자에게 전화 연락하고, 연장된 지불 계획이 무효가 될 수 있다는 서면 통지를 보내고, 환자가 지불 계획의 조건을 협의할 수 있다고 알리려는 적절한 노력을 기울여야 합니다.

4. 합의된 지불 계획의 변경은 VHS 수익 주기 담당 부책임자의 승인을 받아야 합니다.

## VI. 재정적으로 자격이 있는 환자에 대한 추심 관행

- A. 각 병원은 환자의 부채에 대한 추심이 언제, 어떤 권한으로 진행되며 추심 조치가 병원, 병원의 계열사나 자회사 또는 외부 추심 기관 중 어디에 의해 이루어지는지 명시하는 서면 청구서 및 추심 정책서를 갖춥니다. 각 병원은 일반 대중이 해당 병원의 고객 서비스 부서에 연락해 이러한 청구 및 추심 정책의 사본을 무료로 얻을 수 있도록 합니다.
- B. "특별 추심 조치"는 지불해야 하는 치료 비용을 징수하기 위한 다음과 같은 모든 조치를 말합니다. (i) 추가 치료 연기 또는 거부, (ii) 신용 조사 기관에 부채 보고, (iii) 특정 요건이 충족되지 않을 경우, 악성 부채를 제3자에 매각 또는 (iv) 법적 절차 또는 재판 소송 절차(소송 제기, 유치권, 압류 등)를 포함한 일체의 조치.
- C. 병원과 해당 병원의 미수금 징수를 담당하는 기관 간의 서면 계약은 연계 병원, 병원의 계열사나 자회사 또는 외부 추심 기관이 본 정책에 명시된 바와 같이, 병원의 합리적인 지불 계획에 대한 정의 및 이의 적용에 따라 부채 추심을 진행하도록 요구해야 합니다. 또한, 병원이 이용하는 추심 기관은 본 정책에 따라 공정 부채 추심 관행을 준수하고 개인을 상대할 때 존엄성과 존중에 기반한 사려 깊은 방식으로 조치를 취해야 합니다.
- D. 추심 조치를 시작하기 전에 각 병원 또는 병원의 관재인은 (1) 해당 지역에서 비영리 신용 상담 서비스를 이용할 수 있다는 내용 (2) 캘리포니아 보건 안전법 섹션 127430(a)에 따라 환자가 갖는 권리에 대한 알기 쉬운 설명과 다음의 양식에 많이 게재된다면 후속 요약은 충분히 포함하는 서면 통지를 환자에게 제공해야 합니다.

주 및 연방 법에 따라 부채 추심업체는 귀하를 공정하게 대우해야 하며 허위 진술이나 폭력 위협, 외설적이거나 모욕적인 발언, 귀하의 고용주를 포함한 제3자와의 부적절한 연락 등은 금지됩니다. 특수한 경우를 제외하고 추심업체는 오전 8시 전 또는 오후 9시 후에는 채무자에게 연락할 수 없습니다. 일반적으로 추심업체는 부채에 대한 정보를 채무자의 변호사나 배우자를 제외한 다른 사람에게 공개할 수 없습니다. 추심업체는 채무자의 위치를 확인하거나 판결을 이행하기 위해 다른 이에게 연락할 수 있습니다. 부채 추심 활동과 관련한 자세한 정보는 연방 거래 위원회에 1-877-FTC-HELP(382-4357)번으로 전화하거나 온라인 [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov)에서 문의할 수 있습니다.

각 병원은 또한 추심 조치가 시작될 수 있음을 명시하는 모든 서류와 함께 본 통지서를 환자에게 제공합니다.

- E. 어떠한 병원도 가정의 주소득자가 실업 상태이거나 소득원이 불충분한 가정을 대상으로 청구액 미납에 대한 법적 조치를 진행할 수 없습니다.
- F. 합의된 월 지불 계획을 충족하는 재정 지원 대상 환자에 대해서는 추심 기관을 배정하거나 신용 조사 기관에 보고하지 않습니다.
- G. 각 병원은 외부 추심 기관이 본 정책에 따라 재정 지원 대상 환자 요건을 충족하는 개인을 대상으로 법적 조치를 취하기 전에 VHS 수익 주기 담당 부책임자의 승인을 받도록 요구합니다.
- H. 각 병원 또는 병원의 계열사나 자회사인 관재인은 본 정책에 따른 자격 대상 환자를 상대함에 있어서, 재정 지원 대상 환자에 대한 병원의 미지급 청구 금액을 징수하기 위해 급여를 압류하거나 주 거주지에 대한 유치권을 적용하지 않을 것입니다.
- I. 본 정책에 따른 자격 대상 환자를 상대할 때, 추심 기관 또는 병원의 자회사나 계열사가 아닌 다른 관재인은 병원의 미지급 청구 금액을 징수하기 위한 방법으로 급여를 압류하거나(법원 명령에 따른 경우는 예외) 환자의 주 거주지를 매각하거나 이러한 매각을 단행할 것이라고 통지하지 않을 것입니다.
- J. 본 정책의 섹션 VI.G 또는 섹션 VI.H 중 어떤 섹션도 병원, 추심 기관 또는 기타 관재인이 제3자 책임 합의, 불법 행위자 또는 기타 법적 책임이 있는 당사자로부터 변제 절차 또는 집행 해결책 또는 구제책을 추진하는 것을 금지하지 않습니다.
- K. 환자가 자선 진료 프로그램 또는 할인 지불 프로그램에 따른 자격을 획득하려고 시도하고 연장된 지불 계획에 대해 협의하거나 적절한 금액의 일부를 정기적으로 지불하여 병원과의 미해결 청구를 해결하기 위한 성실하게 노력을 기울이고자 할 경우, 병원은 미지급 청구서를 본 정책을 준수하기로 합의하지 않은 추심 기관이나 기타 관재인에게 보내지 않습니다.
- L. 병원 또는 병원의 관재인이나 추심 기관은 최초의 청구로부터 150일이 지나기 전에는 부채 미납과 관련하여 소비자 신용 보고 기관에 할인 지불 프로그램에 따른 재정 지원 대상 환자에 대한 부정적인 정보를 보고하거나 이러한 환자를 대상으로 민사 소송을 개시할 수 없습니다. 이 기간은 환자가 서비스 보장에 대해 이의를 제기한 경우 이와 관련하여 최종 결정이 나올 때까지 연장됩니다.
- M. 자선 진료 또는 할인 지불 수혜 자격을 결정하기 위해 병원이 수집하는 어떠한 정보도 추심 조치에 이용되어서는 안 됩니다. 하지만, 병원 또는 추심 기관, 관재인은 자선 진료 프로그램 또는 할인 지불 프로그램의 수혜 자격 검토 절차와 상관없이 수집된 정보는 이용할 수 있습니다.

## VII. 참조

1. 캘리포니아 보건 안전법 §§ 127400–127446(병원 공정 가격 책정 정책) 및 §§ 127450–127462(응급 치료 의사 공정 가격 책정 정책)
2. 캘리포니아 가족법 § 297(정의: 동거 파트너)
3. 미국 보건복지부, 빈곤도 지침(<http://aspe.hhs.gov/poverty/>)에서 제공됨)
4. 내국세법 § 501(c)(3)(비과세법인)

## VIII. 이행 및 검토

본 정책은 VHS 회장 겸 CEO, 병원장 겸 CEO 및 VHS 수익 주기 담당 부책임자가 이행합니다.

본 정책은 규정 준수 및 관련성에 대해 매년 VHS 회장 겸 CEO, 병원장 겸 CEO 및 VHS 수익 주기 담당 부책임자가 검토합니다.

## IX. 첨부 문서

- A. Verity 협력 병원
- B1. 일반적으로 청구되는 금액
- B2. 재정 지원 차등제
- C. 환자 통지서
- D. 재정 지원 신청서
- E. Verity 협력 병원 부서 목록



첨부 문서 A  
**VERITY 협력 병원**

**VERITY HEALTH SYSTEM – 병원 위치:**

O'CONNOR HOSPITAL  
2105 FOREST AVENUE  
SAN JOSE, CA 95128

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER  
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY  
LYNWOOD, CA 90262

ST. LOUISE REGIONAL HOSPITAL  
9400 NO NAME UNO  
GILROY, CA 95020

ST. VINCENT MEDICAL CENTER  
2131 WEST THIRD STREET  
LOS ANGELES, CA 90057

SETON MEDICAL CENTER  
1900 SULLIVAN AVENUE  
DALY CITY, CA 94015

SETON MEDICAL CENTER *COASTSIDE*  
600 MARINE BOULEVARD  
MOSS BEACH, CA 94038



자선 진료 및 할인 지불 프로그램

모든 재정 지원 신청서 발송처:

- VERITY HEALTH SYSTEM  
ATTN: HEALTH BENEFIT RESOURCE CENTER (HBRC)  
1900 SULLIVAN AVENUE  
DALY CITY, CA 94015

재정 지원과 관련한 모든 문의는 다음 번호로 연락해 주십시오.

- (888) 874-2585

## 첨부 문서 B1

### 일반적으로 청구되는 금액 계산

Verity Health System은 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, FAP)에 명시된 자격 기준을 충족하는 환자에게 재정 지원 및 자선 진료를 제공합니다. 정책에 따라 재정 지원 조정을 통해 환자의 계좌가 감소된 후 환자/보증인은 응급 또는 의학적으로 필요한 치료를 위한 보험금을 납부한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB)을 초과하지 않는 채무 잔액을 책임집니다. Verity Health System은 "과거 기록(Look-Back)" 방식으로 AGB를 결정합니다. AGB 비율은 퇴원일이 이전 회계 연도(7월~6월)인 서비스에 대해 Medicare가 허용하는 청구를 사용하여 계산됩니다. 이러한 청구의 경우, 허용 가능한 모든 상환 금액의 합계는 총 관련 비용으로 나뉩니다. AGB 비율은 매년 7월 1일 자로 적용됩니다.

2017년도의 일반적으로 청구되는 금액				
발효 2017년 6월 30일				
시설명	입원	외래		
O'Connor	18.00%	31.00%		
Seton	16.00%	36.00%		
Coastside	해당 사항 없음	65.00%		
St Louise	25.00%	35.00%		
DePaul	해당 사항 없음	해당 사항 없음		
St. Francis	21.00%	40.00%		
St. Vincent	19.00%	35.00%		
이러한 비율은 응급 입원 계정에만 적용됩니다.				
SNF 및 아급성 계정은 본 분석의 일부에 해당하지 않습니다.				
출처: 상환 부서				

첨부분서 B2

재정 지원 차등제

해당 요율의 비율에 따른 할인(예: MEDICARE)

연방 빈곤 수준 및 해당되는 할인												
가족 규모	연방빈곤선 (FEDERAL POVERTY LEVEL, FPL) *	FPL 의 200% = 100% 할인	FPL 의 215% = 90% 할인	FPL 의 230% = 80% 할인	FPL 의 245% = 70% 할인	FPL 의 260% = 60% 할인	FPL 의 275% = 50% 할인	FPL 의 290% = 40% 할인	FPL 의 305% = 30% 할인	FPL 의 320% = 20% 할인	FPL 의 335% = 10% 할인	FPL 의 351% = 0% 할인
1	\$12,140	\$24,280	\$26,101	\$27,922	\$29,743	\$31,564	\$33,385	\$35,206	\$37,027	\$38,848	\$40,669	\$42,611
2	\$16,460	\$32,920	\$35,389	\$37,858	\$40,327	\$42,796	\$45,265	\$47,734	\$50,203	\$52,672	\$55,141	\$57,774
3	\$20,780	\$41,560	\$44,677	\$47,794	\$50,911	\$54,028	\$57,145	\$60,262	\$63,379	\$66,496	\$69,613	\$72,937
4	\$25,100	\$50,200	\$53,965	\$57,730	\$61,495	\$65,260	\$69,025	\$72,790	\$76,555	\$80,320	\$84,085	\$88,101
5	\$29,420	\$58,840	\$63,253	\$67,666	\$72,079	\$76,492	\$80,905	\$85,318	\$89,731	\$94,144	\$98,557	\$103,264
6	\$33,740	\$67,480	\$72,541	\$77,602	\$82,663	\$87,724	\$92,785	\$97,846	\$102,907	\$107,968	\$113,029	\$118,427
7	\$38,060	\$76,120	\$81,829	\$87,538	\$93,247	\$98,956	\$104,665	\$110,374	\$116,083	\$121,792	\$127,501	\$133,590
8	\$42,380	\$84,760	\$91,117	\$97,474	\$103,831	\$110,188	\$116,545	\$122,902	\$129,259	\$135,616	\$141,973	\$148,753
추가 가족 구성원에 대해 가산할 금액:	\$4,320	\$8,640	\$9,288	\$9,936	\$10,584	\$11,232	\$11,880	\$12,528	\$13,176	\$13,824	\$14,472	\$15,163

\* 미국 본토 48 개 주 및 컬럼비아 특별구에 대한 보건복지부 (Department of Health and Human Services, HHS) 의 빈곤도 지침,  
Fed. Reg. 2642-2644 (2018 년 1 월 13 일), <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline> 참조



## 자선 진료 및 할인 지불 프로그램

Verity Health System 병원은 치료 비용을 지불할 여력이 없는 사람 및 이러한 프로그램의 자격을 충족하는 사람에게 병원의 사명에 따라 무료 또는 할인된 비용으로 의료 서비스를 제공합니다.

귀하의 개별적인 요구 사항에 대해서는 환자 액세스 부서(Patient Access Department)의 재정 상담사와 상담하십시오. 재정 지원 신청서 작성을 마치고 모든 필수 서류를 제출하면 귀하는 Verity Health System 재정 지원 정책에서 정의된 바에 따라 재정적 할인 수혜 대상이 될 수도 있습니다.

질문이 있으시면 재무 지원 팀에 888- 874-2585번으로 문의해 주십시오.



## 첨부 문서 D

### 재정 지원 신청서

재정 지원 신청서에 명시된 환자의 재원 및 가구 소득 확인을 위해 검토하는 서류는 다음을 포함하며 이에 국한되지 않습니다.

- 해당할 경우 명세서를 포함해 이전 연도의 연방 소득세 신고서의 사본
- 현재 급여 명세서, 사회보장, 장애 수당, 실업 수당 수표 및 수여 서신의 사본
- Medi-Cal 결정/거부 통지서 사본
- 환자의 가구 소득, 환자가 18세 이상인 경우에는 환자의 배우자나 동거 파트너, 가정에서 거주하는지 여부와 상관없이 21세 미만의 부양 자녀의 소득을 포함하고 환자가 18세 미만인 경우에는 환자, 환자의 부모, 보호자 또는 양육자 친척, 가정에서 거주하는지 여부와 상관없이 21세 미만의 다른 부양 자녀의 소득.

작성을 마친 신청서를 모든 필수 양식과 함께 다음 주소로 반송하거나 지역 Verity Health HBRC Office로 제출해 주십시오.

**Verity Health System**  
**Attention: HBRC 1900**  
Sullivan Avenue Daly  
City, CA 94015

이러한 조치가 재정 지원을 보장하지 않으며 해당 결정이 날 때까지는 정기적으로 지불을 계속해야 함을 유념해 주십시오. 신청서 및 제공된 정보가 검토됩니다. 결정은 서면으로 제공됩니다.

협조해 주셔서 감사합니다. 이 절차를 통해 귀하를 도울 수 있기를 기대합니다. 신청과 관련하여 질문이 있는 경우 Health Benefit Resource Center (HBRC)의 재정 지원 팀에 888-874-2585번으로 문의해 주십시오.



### 자선 진료 및 재정 지원 신청서

성(환자)	이름	중간 이름	소셜 시큐리티 #	생년월일
거주지 주소(고정 거주지가 없는 경우 시설 주소)			기간	전화
도시	주	우편번호	결혼 상태	

성(상기와 다를 경우 보증인)	소셜 시큐리티 #	생년월일
보증인의 고용주(이름 및 전체 주소)		
전화	월 총 급여액 \$	
기타 고용주(이름 및 전체 주소)		
전화	월 총 급여액 \$	
실직 상태인 경우, 마지막 고용주 이름 및 전체 주소		
마지막 고용일		

부양 가족 구성원 (더 많은 공간이 필요한 경우, 추가 용지 첨부)	생년월일	관계	고용주	연 소득
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



<input type="checkbox"/> 임대 주택 <input type="checkbox"/> 자가 주택			기타 월 소득 \$  소득원 명시			
<b>채무</b>	<small>채권자</small>	<small>현재 잔액</small>	<small>월 지급액</small>	<b>자산</b>	<small>은행 이통 &amp; 계좌 번호</small>	<small>계좌 잔액</small>
임대/모기지				당좌		
유틸리티				저축 또는 증서		
식품				403(B) 또는 401(K)		
자동차 대출				주식 & 채권		
신용 카드(아래에 기재)				IRA	<small>신탁 관리자 이름 &amp; 계좌 번호</small>	
				자동차(연식 & 제조사)		
				자동차(연식 & 제조사)		
기타 채무 <small>(자녀 양육비, 이혼 수당, 보험료)</small>				기타 자산 <small>(추가 자산은 포함되지 않음)</small>		
추가 정보				거주지 시가		
기타 의료 제공자에게 지불할 청구액				보험 현금 가치		
처방약 비용(s)				기타 자산(예: 제2의 주택에 대한 설명)		
<b>총 부채</b>				<b>총 자산</b>		

본인은 본 신청서에 기재된 모든 내용이 정확하고 완전함을 보증합니다. 귀사는 재정 지원을 고려하는 데 있어 본 신청서를 평가하기 위해 본인의 신용 이력을 확인할 권한이 있습니다.

서명일

날짜

## 첨부문서 E

### 재정 지원 정책에 포함되지 않는 VERITY 협력 병원 부서 목록

Anesthesiology  
Asian Pacific Liver Center  
Audiology Services  
Cancer Treatment Center  
Cardiac Care Institute  
Cardiac Catheterization Services  
Cardiac Rehabilitation  
Cardiology  
Cardiac Catheterization Laboratory  
Clinical Laboratory Services  
Diabetic Clinic  
Dialysis  
Echocardiology  
Electrocardiology  
Electroencephalography  
Electromyography  
Emergency Services  
Endoscopy  
Gastro-Intestinal Services  
High Risk Infant Clinic  
Hyperbaric Chamber Clinic  
Infusion Service  
Interventional Radiology  
Joint Replacement Institute  
Laboratory  
Labor and Delivery Services  
Magnetic Resonance Imaging  
Neonatal Intensive Care  
Nuclear Medicine  
Occupational Therapy  
Oncology  
Ortho Clinic  
Ortho Spine Radiology  
Pathological Laboratory Services  
Pediatrics  
Perinatal Testing Center  
Peripheral Vascular Laboratory  
Physical Therapy  
Psychiatry

Pulmonary Function Services  
Radiology  
Rehabilitation Services  
Renal Dialysis  
Respiratory Therapy  
San Francisco Heart Institute  
Speech Therapy  
Spine Clinic  
Surgery  
Surgical Clinic  
Ultra Sonography  
Vascular Lab  
Women Imaging Center  
Wound Care