

## COMMONSPIRIT HEALTH 관리 정책 부록

부록 재정 G-003A-3

발효일: 2024년 2월 15일

주제: 재정 지원 - 워싱턴

### 관련 정책

CommonSpirit 관리 정책      재정 G-003, *Financial Assistance Policy*(재정 지원 정책)  
CommonSpirit 관리 정책      재정 G-004, *Billing and Collections*(청구 및 징수)

본 워싱턴 부록(이하 "부록")은 *Financial Assistance Policy*(재정 지원 정책)의 "기타 법률과의 조정" 섹션에 따라 병원의 *Charity Care*(자선 치료) 제공에 관한 워싱턴 법령 및 규정에 비추어 필요에 따라 CommonSpirit 관리 정책 G-003, *Financial Assistance*(재정 지원 정책)를 보완합니다.

본 부록은 *Financial Assistance Policy*(재정 지원 정책)에 정의된 바와 같이 워싱턴 주의 모든 CommonSpirit Health 직속 제휴사 및 *TaxExempt Subsidiaries*(조세 감면 자회사)에 적용됩니다. 본 부록의 조항이 *Financial Assistance Policy*(재정 지원 정책)의 조항과 상충하거나 부합하지 않을 경우, 본 부록에 따라 관리됩니다.

의학적으로 필요한 진료 및 응급 의료 진료에 대한 *Financial Assistance Policy*(재정 지원 정책)의 참조 사항은 각각 WAC 246-453-010(7) 및 (11)에 포함된 "Appropriate Hospital Based Medical Services"(적합한 병원 기반 의료 서비스) 및 "Emergency Care or Emergency Services"(응급 진료 또는 응급 서비스)의 정의에 부합하여 해석되어야 합니다. 그러나 본 부록에서는 "Appropriate Hospital Based Medical Services"(적합한 병원 기반 의료 서비스) 및 "Emergency Care or Emergency Services"(응급 진료 또는 응급 서비스)라는 용어로 사용되어야 합니다.

### 정의

- A. "가구 소득"이란 WAC 246-453-010(17)에 따라 임금 및 급여, 복리후생, 사회 보장 연금 급여, 파업 수당, 실업 급여 또는 장애 수당 급여, 양육비, 위자료 및 개인에게 지불된 사업 및 투자 활동에서 얻은 순수익으로부터 확보된 세전 총 자금의 의미입니다.
- B. "Appropriate Hospital-Based Medical Services"(적합한 병원 기반 의료 서비스)란 생명을 위협하거나 고통이나 통증을 유발하거나, 질병이나 질환을 초래하거나, 불리한 조건을 유발 또는 악화시키거나, 신체 기형이나 기능 저하를 유발하는 건강 상태의 악화를 진단, 교정, 치료, 완화하기 위해 합리적으로 산출되며, 의료 서비스를 요청하는 자에게 제공되거나 적합한 보다 효과적이고 보수적이거나 실질적으로 비용이 덜 소모되는 치료 과정은 없는 이러한 병원 서비스를 의미합니다. 본 섹션의 목적에 따라, "치료 과정"에는 단순한 관찰 또는 적절한 경우 치료를 전혀 하지 않는 것이 포함될 수 있습니다(WAC 246-453-010 (7)).
- C. "Emergency Care or Emergency Services"(응급 진료 또는 응급 서비스)란 응급 진료 또는 정신 상태와 관련된 치료를 위해 제공되는 서비스를 의미합니다(WAC 246-453-010 (11)).

**D. “Eligibility Qualification Period”(적격성 자격 기간)** 이란 자격이 승인된 환자가 결정일 24개월(14일의 결정 기간을 더함) 전에 제공받은 서비스에 대해 발생한 모든 적격 계좌에 대해 재정적 지원을 받게 되며, 결정일 이후 6개월 동안 향후 재정 지원을 받게 되는 것을 의미합니다. **Presumptive Eligibility(추정상의 적격성)** 기준에 따라 자격이 승인되면 **Financial Assistance(재정 지원)**은 결정일 24개월 전에 받은 서비스에 대해 발생한 모든 적격 계좌에도 적용됩니다.

## 재정 지원 적격성

**A.** 환자가 재정 지원을 받을 수 있는 최소 계좌 잔고는 요구되지 않습니다.

**B. Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)** 약관에 따르면 추정상의 재정 지원을 받을 자격이 없는 한 환자가 재정 지원을 받을 자격을 갖추려면 특정한 적격성 기준을 충족해야 합니다. 본 부록에서는 이러한 적격성 기준을 다음과 같이 변경합니다.

- 가구 소득이 FPL의 300% 이하인 환자는 제3자 지불자 또는 후원자에 의한 지불 후(있는 경우) 환자에게 제공되는 **Appropriate Hospital Based Medical Services(적합한 병원 기반 의료 서비스)** 및 **Emergency Care or Emergency Services(응급 진료 또는 응급 서비스)**에 대한 계좌 잔고에서 전액 할인을 받을 수 있습니다.
- 가구 소득이 FPL의 301%에서 350% 사이인 환자는 제3자 지불자 또는 후원자에 의한 지불 후(있는 경우), 및 의료기관의 자산 테스트에 관한 정책에 명시된 자산과 합리적으로 관련된 모든 금액을 지불한 후, 환자에게 제공되는 **Appropriate Hospital Based Medical Services(적합한 병원 기반 의료 서비스)** 및 **Emergency Care or Emergency Services(응급 진료 또는 응급 서비스)**에 대한 계좌 잔고에서 감소된 최대 75%까지 할인된 진료를 받을 수 있습니다.
- 가구 소득이 FPL의 351%에서 400% 사이인 환자는 제3자 지불자 또는 후원자에 의한 지불 후(있는 경우), 및 의료기관의 자산 테스트에 관한 정책에 명시된 자산과 합리적으로 관련된 모든 금액을 지불한 후, 환자에게 제공되는 **Appropriate Hospital Based Medical Services(적합한 병원 기반 의료 서비스)** 및 **Emergency Care or Emergency Services(응급 진료 또는 응급 서비스)**에 대한 계좌 잔고에서 최대 50%까지 할인된 진료를 받을 수 있습니다.
- 의료기관이 (**Amount Generally Billed(일반 청구 금액, “AGB”)**) 또는 자체 지불 또는 기타 할인을 통해) 필요한 금액보다 더 많은 할인 진료를 제공하는 경우 환자는 더 할인된 진료 금액을 받게 됩니다.

**C.** 고려할 수 있는 자산과 관련하여, 의료기관은 해당 자산의 존재, 가용성 및 가치를 결정하는 데 합리적으로 필요하고 쉽게 이용할 수 있는 자산에 대한 정보만을 청할 것입니다.

- 의료기관은 **Medicare(메디케어)** 비용 보고를 위해 **Centers for Medicare and Medicaid(메디케어 및 메디케이드 센터, “CMS”)**가 요구하는 자산을 고려하며 해당 자산과 관련된 정보를 수집합니다. 이러한 정보에는 자금으로 전환할 수 있고 환자의 일상에 필수적이지 않은 자산 보고가 포함될 수 있습니다.
- 검증 양식은 여러 부를 요청하지 않으며 통화 자산을 검증하는 데 하나의 현재 계좌 명세서만 필요합니다.
- 자산에 대한 문서가 없는 경우 환자 또는 보증인의 서면으로 서명된 진술서만으로도 충족될 수

있습니다.

- 자산 정보는 징수 활동에 사용되지 않습니다.
- 다음 유형의 자산은 고려되지 않습니다.
  - 개인의 경우 최초 \$5,000 상당의 자산 또는 2인 가족의 경우 \$8,000 상당의 자산 및 추가 가족 구성원의 경우 추가적인 \$1,500 상당의 자산. 조기인출에 대한 위약금이 있는 자산의 가치는 위약금이 지급된 후의 자산 가치입니다.
  - 주 거주지의 모든 지분.
  - 401(k) 플랜 이외의 은퇴 플랜.
  - 업무상 또는 의학적으로 필요한 경우 1대의 차량 및 2대의 차량.
  - 선불 장례 계약 또는 장지.
  - 액면가가 \$10,000 이하인 생명 보험.

**D. Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)에 정의된 “Patient Cooperation Standards”(환자 협조 기준)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에만 적용됩니다.**

- 의료기관이 WAC 246-453-020(1)에 따라 의료기관에 식별될 수 있는 모든 제3자의 범위로부터 보상을 추구할 수 있도록 허용하는 경우.
- 의료기관이 WAC 246-453-020(4)에 따라 각 환자에게 제공되는 서비스에 대한 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있는 제3자 후원의 유무를 결정하기 위해 모든 합리적인 노력을 기울일 수 있도록 하는 경우.
- WAC 246-453-020(5)에 따라 책임있는 당사자의 신청 절차 준수 능력을 저해할 수 있는 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적 결함이나 언어 장벽을 고려하여 책임있는 당사자에게 불합리한 부담을 주는 자선치료 후원에 대한 신청서 절차를 부과하지 않는 경우.

**E. 재정 지원의 적격성은 개인의 거주를 바탕으로 하지 않습니다.**

**재정 지원 신청 방법**

**A.** 후원 상태에 대한 첫 결정을 위해 의료기관은 책임있는 당사자가 구두로 제공한 정보에 의존합니다. 의료기관은 WAC 246-453-030(1)에 따라 후원 상태를 처음으로 결정할 목적으로 의료기관에 제공된 정보의 정확도를 증명하는 명세서에 서명하도록 책임있는 당사자에게 요청할 수 있습니다. WAC 246-453-020(1)에 따라 후원 상태의 첫 결정에서 책임있는 당사자가 빈곤층에 대한 분류 기준에 부합할 수 있음을 알 수 있는 경우, 책임있는 당사자가 후원 상태에 대한 최종 결정을 위한 의료기관의 합리적인 노력에 협력한다면 책임있는 당사자를 향한 징수는 해당 분류의 최종 결정이 있을 때까지 제외됩니다.

**B.** WAC 246-453-030(2)에 따라, Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)에 나열된 문서 이 외에도, 다음 문서 중 어느 하나라도 적합한 소득 정보가 연간화될 경우 이는 자선 치료 후원 상태에 대한 최종 결정을 근거로 삼기에 충분한 증거로 간주되어야 합니다.

- Medicaid(메디케어) 또는 국가 기금 의료 지원 자격을 승인하거나 거부하는 양식.
- 실업 수당을 승인하거나 거부하는 양식.
- 고용주 또는 복지 기관의 서면화된 명세서.

**C.** 환자의 정신적, 육체적, 지적 능력 또는 언어 장벽에 의한 조짐이 있는 경우, 신청 절차를 완료하는 것은

환자에게 불합리한 부담을 줄 수 있으며, 의료기관은 필요한 경우 신청 절차를 통해 환자를 보조할 통역사를 고용하는 것을 포함하여 신청 절차를 용이하게 하기 위한 합리적인 조치를 취할 것입니다.

- D. 의료기관은 재정 지원의 적격성에 대한 첫 결정 및 최종 결정에 적시에 도달하기 위해 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 그러나 의료기관은 신청 기간 이후에도 책임있는 당사자의 소득이 가구 규모에 따라 조정된 연방 빈곤 지침의 300% 이하임을 나타내는 사실을 파악하게 되거나 여에 설명된 문서를 받는 즉시 이러한 결정을 내려야 합니다. 재정 지원에 대한 적격성의 최종 결정에 도달하는 시점은 의료기관이 수익에서 자선 치료 공제를 불량 부채와 구별되는 것으로 식별하는 것과 관련이 없습니다. WAC 246-453-020(10).
- E. 첫 재정 지원을 받기 위한 기준을 충족하는 것으로 결정된 모든 책임있는 당사자는 최소 14일 내 또는 개인의 건강 상태에 의해 요구된 시간 또는 후원 자격에 대한 최종 결정 수령 전에 WAC 246-453-030에 설명된 문서를 확보하고 제시하기 위해 합리적으로 필요한 시간을 제공해야 합니다.
- F. WAC 246-453-030(4)에 따라, 책임있는 당사자가 상기 설명된 문서 중 어떤 것도 제공할 수 없는 경우, 의료기관은 책임있는 당사자의 서면 및 서명된 명세서에 의존하여 빈곤층으로 분류될 수 있는 자격을 최종 결정합니다.
- G. WAC 245-453-030(5)에 따라 의료기관에서 소득 및 가구 규모 확인을 위해 책임있는 당사자에 대한 정보 요청은 책임있는 당사자의 자선 치료 후원 자격을 입증하는 데 합리적으로 필요하고 쉽게 이용할 수 있는 것으로 제한되며, 이러한 후원 신청을 방지하는 데 사용될 수 없습니다. 적격성과 관련된 사실만 검증할 수 있으며, 중복된 형태의 검증은 요구하지 않습니다.
- H. 의료기관은 WAC 246-453-020(7)에 따라 정보를 수령한 후 14일 이내에 재정 지원을 신청하는 자에게 후원 상태에 대한 최종 결정을 통지해야 합니다. 이러한 통지에는 책임있는 당사자가 재정적으로 책임을 져야 할 금액의 결정을 포함해야 합니다.
- I. 의료기관은 책임있는 당사자의 재정 지원 신청을 거부하는 경우 14일 이내에 책임있는 당사자에게 해당 사실을 통지하고 이에 따른 근거를 제시해야 합니다.
- J. 책임있는 당사자가 Appropriate Hospital Based Medical Services(적합한 병원 기반 의료 서비스) 및 Emergency Care or Emergency Services(응급 진료 또는 응급 서비스)와 관련된 비용의 일부 또는 전부를 지불하고, 이후 서비스가 제공되었을 때 재정 지원 기준을 충족한 것으로 판명된 경우, 적절하다고 결정된 금액을 초과하는 지불액은 자선 치료 지정 후 30일 이내에 환자에게 환불됩니다. WAC 246-453-020(11).
- K. WAC 246-453-020(6)에 따라 의료기관은 후원 상태의 첫 결정을 통해 표시된 것처럼 가구 규모에 따라 조정된 연방 빈곤 지침의 300% 이하에 해당하는 소득을 가진 책임있는 당사자들로부터 보증금을 요구해서는 안 됩니다.
- L. 2022년 7월 1일 이후 환자에게 제공되는 서비스의 경우 다음 절차는 워싱턴 주 의료 지원 프로그램 또는 워싱턴 주 Health Benefit Exchange(건강 보험 거래소)를 통해 건강 보험 혜택을 받을 수 있는 환자 및/또는 해당 보증인을 식별하는 데 적용됩니다.
  - 재정 지원 및 자선 진료의 적격성 결정을 위한 신청 절차의 일환으로 의료기관은 환자 또는 해당 보증인이 챕터 74.09 RCW 또는 워싱턴 주 Health Benefit Exchange(건강

보험 거래소)에 따른 의료 지원 프로그램에 따른 의료 보장 기준을 충족하는지 여부를 질의합니다.

- 또한 재정 지원 절차의 일환으로 의료기관 직원은 해당 제3자 보험 범위에 해당하지 않는 환자/가족과 협력하여 해당 환자/가족이 워싱턴 주 Health Benefit Exchange(건강 보험 거래소)(RCW 43.71)를 통해 Medicaid(메디케이드) 및/또는 의료 서비스 보장을 받을 수 있는지 여부를 평가합니다. 직원은 Medicaid(메디케어) 및 Qualified Health Plan(유자격 건강플랜) 신청서와 함께 도움을 제공하며, 여기에는 신청 프로세스에 대한 정보를 환자/가족에게 제공하고, 신청 프로세스를 통해 환자를 지원하며, 반드시 작성해야 하는 필요한 양식을 제공하고, 환자/가족 및 이들이 이러한 신청서 작성을 완료하는 것에 지원할 수 있는 기타 기관 또는 리소스를 연결시켜주는 것을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다.
- 신청 절차에 도움을 제공하는 동시에 의료기관은 환자 또는 보증인이 신청 절차를 준수하지 못하도록 방해할 수 있는 신체적, 정신적, 지적, 감각적 결함 또는 언어 장벽을 고려하고 불합리한 부담을 구성하는 환자 또는 보증인에게 절차를 강요하지 않습니다.
- 환자 또는 보증인이 챕터 74.09 RCW 또는 워싱턴 주 Health Benefit Exchange(건강 보험 거래소)에 따른 보상 신청에 있어 의료기관과 협력하기 위한 합리적인 노력을 기울이지 않는 경우, 의료기관은 그러한 환자에게 자선 치료를 제공할 의무가 없습니다.
- 의료기관은 환자가 명확히 부적격하거나 지난 12개월 동안 부적격하다고 판단된 경우 환자에게 공공 또는 민간 프로그램을 신청하도록 요구하지 않습니다.

### 추정상의 적격성

책임있는 당사자의 신분이 빈곤층에 속해 있음이 의료기관 담당자에게 명백히 식별되고 의료기관 담당자가 RCW 70.170.060에 설명된 광범위한 기준 내에서 소득 수준의 위치를 확립할 수 있는 경우, Financial Assistance Policy(재정 지원 정책) 또는 기타 문서에 포함된 개인의 생활 상황에 근거하여, 의료기관은 책임있는 당사자가 추가 검토를 요청하지 않는 한 정확한 소득 수준을 설정하거나 책임있는 당사자에게 문서를 요청할 의무가 없습니다.

### 항소

- A. 재정 지원이 거부된 모든 책임있는 당사자는 서류상의 결함을 수정하거나 부인에 대한 검토를 요청하고 의료기관의 최고 재무 책임자의 결정을 검토할 수 있는 항소 절차를 제공하고 통지해야 합니다.
- B. 책임있는 당사자는 30일 이내에 재정 지원에 대한 적격성의 최종 결정에 대한 항소를 요청할 수 있다는 사실을 통보받아야 합니다. 해당 기간 중 첫 14일 이내에 의료기관은 문제가 된 계정을 외부 징수 기관에 회부할 수 없습니다. 의료기관은 징수 활동을 시작하고 항소가 제출된 것을 파악한 경우, 항소가 종결될 때까지 징수 활동을 중단해야 합니다. 14일 후 항소가 제출되지 않은 경우, 병원은 징수 활동을 시작할 수 있습니다.
- C. 항소의 최종 결정이 이전의 재정 지원 거부를 동의하는 경우, 의료기관은 주 법에 따라 책임있는 당사자와 보건부에 서면 통지를 발송해야 합니다.

CommonSpirit 관리 정책 재정 G003, Financial Assistance(재정 지원)에 명시된 기타 모든 용어는 변경되지 않습니다.

