

			FIN 006
			MHS
제목: 재정 지원 정책(FAP)			
생성일: 88/1/1	최근 검토일: 2025/1/19	최근 개정일: 2025/1/22	발효일: 2025/1/22
정책 생성 부서: 재정부			1/9 페이지

범위:

이 재정 지원 정책은 메소디스트 댈러스 메디컬 센터(Methodist Dallas Medical Center, MDMC), 메소디스트 찰턴 메디컬 센터(Methodist Charlton Medical Center, MCMC), 메소디스트 셀리나 메디컬 센터(Methodist Celina Medical Center, MCEL), 메소디스트 맨스필드 메디컬 센터(Methodist Mansfield Medical Center, MMMC), 메소디스트 미들로디언 메디컬 센터(Methodist Midlothian Medical Center, MLMC), 메소디스트 리차드슨 메디컬 센터(Methodist Richardson Medical Center, MRMC) 및 메소디스티 사우스레이크 메디컬 센터(Methodist Southlake Medical Center, MSMC)로 운영 중인 메소디스트 헬스 시스템(Methodist Health System, MHS)에 적용됩니다.

이사회는 권한 하에, MHS 이사회 재정 위원회(Finance Committee of the MHS Board of Directors)는 본 정책을 승인했으며, 해당 정책 시행과 관련이 있는 MHS 최고 경영자(CEO) 및 최고 재무 책임자(CFO)가 위원회를 대표할 것을 승인했습니다.

정의:

일반적으로 청구되는 금액(Amounts Generally Billed, AGB)은 해당 진료를 보장하는 보험을 소지한 개인의 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 일반적으로 청구되는 금액으로 정의됩니다.

특별 추심 조치(Extraordinary Collection Actions, ECA)는 MHS 재정 지원 정책이 보장하는 진료에 대한 청구액 지불과 관련해 개인에 대해 MHS가 취하는 특정 조치에 관한 것으로 내국세입법(Internal Revenue Code)의 섹션 501(r)에 정의되어 있습니다. MHS는 명세 청구서, 서신 발송과 추심 전화를 통해 남은 미결제액 추심의 노력을 기울이지만 ECA를 취하지는 않습니다.

재정 지원 신청서(Financial Assistance Application, FAA)는 MHS 재정 지원 정책에 따라 MHS가 재정 지원 신청을 위해 개인이 제출하도록 요구하는 정보 및 관련 문서입니다.

FAP 자격이 있다는 것은 MHS 재정 지원 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인을 의미합니다.

총 청구액(청구 마스터 가격이라고도 함)은 MHS 가 어떤 계약상 공제, 할인 또는 차감을 적용하기 전에 모든 환자에게 일괄 부과하는 비용으로 의학적 진료에 대해 정해진 비용입니다.

정책:

지역사회를 향한 사명 및 약속의 일환으로 메소디스트 헬스 시스템(MHS)은 본 정책에 따라 지원 자격이 있는 환자에게 재정 지원을 제공합니다.

1. 자격 기준

환자는 환자가 서비스를 받기로 예정된 날짜부터 퇴원 후 첫 번째 청구서가 제공된 뒤 240 일째 되는 날까지 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 부록 B 에 나온 목록 및 그에 국한되지 않는 응급 또는 의학적으로 필요한 것으로 판단되지 않는 시술은 본 정책의 보장 대상이 아닙니다.

환자가 계정 잔액을 지불할 수 있는 능력을 판단할 때 개별 환자의 상황은 소득 수준, 가족 규모, 환자 또는 환자 가족이 이용 가능한 자원과 같은 관련 정황에 따라 평가됩니다. 이러한 정보를 고려하고, 첨부된 재정 지원 자격 할인 가이드라인(Financial Assistance Eligibility Discount Guidelines)(부록 C)을 사용하여 재정 지원 금액을 결정하고, 가능한 경우 제삼자의 지불 이후에 환자 계정 잔액에 적용합니다. 만약 이런 요소가 환자의 지불 능력을 정확히 반영하지 못하는 특별한 경우, 다른 경우에는 지원 자격이 있을 수 있지만 부록 C 에 나온 가이드라인에 의해 지원 자격이 되지 않는 개인을 판단하기 위한 목적으로만 MHS 는 소득 상태, 환자와 가족의 잠재성, 병원 및 의료비의 빈도를 고려할 수 있습니다.

MHS 제공자 목록(MHS Provider List)(부록 D)에 명시된 사항을 제외하고, 본 정책에 의해 제공되는 재정 지원은 어떤 의사나 다른 전문가가 제공하는 서비스에는 적용되지 않습니다.

2. 응급 진료 제공을 향한 약속

본 FAP 에 따른 개인의 자격 여부에 관계없이, 모든 MHS 병원 시설은 어떤 응급 의료 상황에서도 차별 없이 치료를 제공합니다. 1986 년 미국 연방 정부는 응급 의료 치료 및 분만법(Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA)으로도 알려진 사회 보장법 섹션 1867(42 U.S.C. 1395dd)을 통과시켰습니다. 이 법에서는 Medicare 로부터 지불을 받는 모든 병원이 치료를 위해 응급실에 오는 모든 환자에게 진료를 제공할 것을 요구하고 있습니다. 어떤 서비스가 보장되거나 되지 않는지에 관한 자세한 정보는 부록 B 에 첨부되어 있습니다.

어떤 사람도 인종, 신념, 인종, 종교, 성별, 출신 국가, 장애, 나이, 성적 지향, 성 표현, 결혼 여부에 의해 재정 지원을 고려함에 있어 제외되어서는 안 됩니다. MHS 는 응급실 환자가 의학적 응급 상태에 대한

치료를 받기 전에 지불을 요구하거나 응급 진료에 차별을 두지 않는 규정에 위배되는 채무 추심 활동을 허용함으로써 개인의 응급 진료를 방해하는 행동에 가담하지 않습니다.

3. 재정 지원 신청 또는 이용 방법

3.1 신청 절차

개인은 재정 지원 신청서를 작성하고 제출함으로써 재정 지원 요청을 할 수 있습니다. 신청서는 모든 주요 환자 접수창구 및 응급실 또는 병원 웹사이트 <https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/?>에서 이용할 수 있습니다. 무료 인쇄본은 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 에서 이용하거나 214-947-6300 번 또는 무료 전화 866-364-9344 번으로 전화해 우편 발송을 요청할 수 있습니다.

다른 지원 신청 승인을 받은 환자는 MHS 지원 신청서상 같은 항목이 충족되거나 해당 항목이 충족되지 못한 사유에 대한 문서를 포함하는 경우 본 정책에 따라 재정 지원 자격이 있을 수 있습니다.

3.2 재정 지원에 대한 추정 자격

MHS 는 자격 여부에 대한 완전한 평가 없이도 자선을 목적으로 하는 유리한 자격 조건이 적절하다고 결론을 내릴 수 있습니다. 자선 진료에 대한 환자의 자격을 증빙하는 신청서가 없거나 서류 미비 상태인 경우, MHS 는 해당 법적 요건에 부합하는 자선 진료 자격 결정의 기반으로 추정 소득 판단 시 외부 기관을 이용할 수 있습니다. 결정되고 나면 추정 상황 고유의 특성으로 인해, 제공될 수 있는 유일한 할인은 계정 잔액의 100% 탕감입니다.

4. 부과액 계산 근거

재정 지원의 정도는 아래 정의된 재정적 빈곤(Financially Indigent) 또는 의료적 빈곤(Medically Indigent)에 따른 환자 분류에 근거해 결정됩니다. 환자가 재정 지원 자격이 있는 것으로 결정되면, MHS 는 해당 진료를 보장하는 보험을 소지한 개인에게 제공되는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 부과되는 비용을 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이하로 제한합니다. AGB 를 결정하기 위해, MHS 는 내국세법 섹션 501(R)에 정의된 “검토 방법(Look Back Method)”을 도입했습니다. 이에 따라 AGB 는 이전 회계 연도의 청구액을 근거로 하고, 기타 개인 건강 보험사 및 Medicare 행위별 수가를 포함해 결정됩니다.

MHS 는 FAP 를 도입한 모든 병원을 대상으로 전 조직에 걸쳐 하나의 AGB 비율을 적용합니다. AGB 는

매년 계산되고 MHS 최고 재무 책임자가 전 조직에 걸친 AGB 비율을 결정하며 이는 가장 낮은 개별 병원 AGB 를 초과할 수 없습니다. AGB 퍼센티지는 병원 시설이 AGB 퍼센티지를 계산하는 데 사용한 역년 12 개월의 기간이 끝난 후 120 일째 되는 날까지 적용됩니다. 아래 목록에 나와 있는 모든 병원 시설에 적용되는 현재 AGB 비율은 21.8%입니다.

환자의 미결제 잔액과 청구로 인한 모든 이전 지불액을 더한 금액이 일반적으로 청구되는 금액(AGB)보다 큰 경우, MHS 는 재정 지원 신청이 승인되면 적절하게 미지불 잔액을 차감 및/또는 초과 지불한 금액을 환불합니다. 예를 들어, 환자가 재정적 빈곤을 적용받아 100% 할인 자격이 있는 경우, 해당 환자로부터 MHS 가 추심한 모든 금액이 환자에게 환불됩니다. MHS 는 의학적으로 필요한 진료를 받는 것과 연관된 모든 선결제 또는 보증액이 AGB 를 초과하지 않도록 보장하기 위해 합리적인 조치를 취함으로써 연방 소득세 규정(Federal Income Tax Regulations) 섹션 1.501(r)-5(d)의 요건을 안전하게 준수합니다.

병원 시설의 현재 AGB:¹

MDMC: 26.5%

MCMC: 21.8%

MMMC: 25.2%

MRMC: 27.0%

MLMC: 25.7%

MSMC: 34.6%

MCEL: 25.6%

4.1 재정적 빈곤

“재정적 빈곤”은 환자가 다음 두 기준을 충족하는 것을 의미합니다. (i) 보험이 없거나 일부만 보장받음, 그리고 (ii) 연간 수입이 재정적 빈곤에 대해 부록 C 에 명시된 금액 이하임. 이런 환자는 지불해야 하는 금액의 100% 할인을 적용받습니다.

4.2 의학적 빈곤

“의학적 빈곤”은 모든 제삼자 지불 이후 MHS 에서 받은 의학 또는 병원 청구서가 환자의 연간 가계 소득의 5% 이상이고 환자의 연간 소득이 연방 빈곤선(부록 C)의 200%를 초과하지만 500% 이하인

¹ 여기에 명시된 퍼센티지는 2019 년 7 월 22 일 MHS 이사회 재정 위원회가 이 정책 버전을 채택한 날짜를 기준으로 하는 퍼센티지입니다. 재정 위원회는 MHS CFO 에게 면세 의료 기관에서 제공하는 재정 지원을 관장하는 연방 규정을 준수하여 필요에 따라 매년 이 퍼센티지를 변경할 권한을 위임했습니다.

환자를 의미합니다. 이런 환자는 환자 계정 잔액보다 적은 금액 또는 환자 총비용의 10%를 지불해야 하며 4 번 항목에서 설명한 것처럼 계산된 AGB 금액을 초과하면 안 됩니다.

5 재정 지원 결정

5.1 재정 지원 평가

재정 지원 결정은 다음을 포함할 수 있는 절차를 따릅니다.

- 5.1.i 환자 또는 피지명자가 재정 지원을 결정을 위한 정보 및 서류를 제출하도록 요구하는 신청 절차, 및/또는
- 5.1.ii 환자가 재정 지원 신청서 또는 증빙 서류를 제공하지 않는 경우 재정 지원 결정을 위한 근거 자료가 되는 신용 평가 보고서 또는 기타 이용 가능한 공공 정보의 이용

5.2 가구 소득 및 가구 규모의 정의

- 5.2.i. 성인 가구 소득은 연간 총 수입의 합계 또는 환자와 환자의 배우자(있는 경우)의 연간 추정 소득인 연간 가구 소득으로 정의됩니다. 환자가 미성년자인 경우, 법적 보호자의 가구 소득이 사용됩니다.
- 5.2.ii. 가구 규모는 환자, 환자의 배우자, 모든 피부양자를 포함합니다. 환자가 미성년자인 경우, 가구 규모 계산은 환자, 환자의 부모 및 환자 부모의 피부양자를 포함합니다.

5.3 소득 검증

5.3.i. MHS는 환자가 재정 지원 자격이 있는지를 판단하기 위해 소득 검증으로 다음과 같은 제삼자 서류를 받습니다. 개인 소득 신고서, 급여 및 세금 명세서, IRS 양식 W-2, 급여 체크 송금 내역, 은행 거래 명세서, 사회 보장 연금 지급액 송금 내역, 실업 수당 결정 서신, 실업 보험 지급 통지서, 산재 보상금 송금 내역, 신용 조회 결과 또는 기타 이용 가능한 공공 정보.

5.3.ii. 상기의 제삼자 서류가 이용 불가능한 경우, MHS는 다음 방법 중 한 가지를 사용해 가구 소득을 판단합니다.

- I. 환자나 책임 있는 당사자가 제공된 환자의 소득 정보 유효성을 입증하며 서명하여 작성한 재정 지원 신청서상에 환자나 책임 있는 당사자의 서면 증명서를 받음.
- II. 환자 또는 책임 있는 당사자의 소득에 관해 환자 또는 책임 있는 당사자가 요청된 서면 증빙을 제공할 수 없는 경우, 환자 또는 책임 있는 당사자는 환자 또는 책임 있는 당사자의 가구 소득을 구두로 설명해야 합니다.
책임 있는 당사자 또는 환자의 구두 증빙은 합리적인 방법으로 검증됩니다.

5.4 재정 지원 자격 박탈

환자 또는 환자 보증인이 소득, 가구 규모, 자산, 서비스를 지불하는 재정적 수단이 되는 기타 재원에 대한 정보를 포함해 거짓 정보를 제공하는 경우 재정 지원이 거부됩니다.

환자는 민간 보험 보장, 연방, 주 및 지역 의료 보조 프로그램을 포함한 모든 기타 지불 옵션을 철저히 다루어야 합니다. 또한, 환자는 COBRA 보장 및 주 Medicaid 신청을 포함하여 환자가 기타 재정 지원을 받을 수 있는 자격 요건이 될 수도 있는 모든 식별 가능한 자금 서비스 자격 요건에 전적으로 협조하고 이를 준수해야 합니다. 환자가 제대로 실행 또는 협조하지 않으면 재정 지원이 거부될 수 있거나, 서류상으로 승인된 경우라도 재정 지원은 철회될 수 있고 이 경우 환자는 남은 모든 잔액에 대한 책임이 있습니다.

환자가 MHS 에서 제공받은 진료에 대해 제삼자로부터 재정 정산을 받은 경우 재정 지원은 거부될 수 있습니다. MHS 는 환자가 정산액을 환자의 계정 잔액을 충족하는 데 사용하기를 기대합니다.

재정 평가를 완수하는 데 필요한 정보 제공을 하지 못한 환자는 재정 지원 거부를 당할 수 있습니다. MHS 는 부족한 정보를 얻기 위해 노력할 것이며, 필요 정보에 대한 서면 및 구두 요청이 포함될 수 있습니다. 환자는 정보 요청에 응답할 책임이 있습니다.

5.5 재정 지원 만료

재정 지원 승인은 신청 승인 날짜로부터 180 일 동안 유효합니다.

6 재정 지원 정책 공개 방안

이 정책을 지역사회와 환자에게 널리 알리기 위한 방안은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다.

6.1 지역사회 알림

재정 지원 정책(FAP), 지원 신청서, 쉽게 쓴 요약본이 MHS 웹사이트의 다음 위치에 게시됩니다.

<https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/>

MHS 서비스 지역의 가장 큰 지역 인쇄 매체에 쉽게 쓴 요약본을 발행함으로써 대중이 FAP 를 널리 확인할 수 있도록 합니다.

모든 주요 환자 접수대, 응급실 및 병원이 자선 진료 프로그램 및 정책을 알려야 할 것으로 판단하는 모든 위치에 병원은 쉽게 쓴 요약본, FAP 및 재정 지원 신청서의 무료 인쇄본을 받을 수 있는 방법을 포함한

공지를 여러 언어로 게시해야 합니다.

준거법에 명시된 대로 각 MHS 병원은 재정 지원액과 정부 후원으로 환자에게 제공되는 빈곤층을 위한 보건료를 텍사스 보건부(Texas Department of Health) 및 국세청에 매년 보고해야 합니다.

6.2 개별 알림

재정 지원 정책, 지원 신청서, 쉽게 쓴 요약본의 인쇄본은 요청 시 MHS 시설 접수 구역에서 무료로 모든 환자가 이용 가능합니다. 인쇄본은 4040 N Central Expressway, Suite 601, Dallas, TX 75204 에서 이용하거나 214-947-6300 번 또는 무료 전화 866-364-9344 번으로 전화해 우편 발송을 요청할 수 있습니다.

청구 명세서에는 재정 지원 가능성에 대해 환자에게 알리고 통지하는 공지가 포함되며, 재정 지원 문의를 위한 전화번호가 나옵니다.

MHS 재정 상담사 또는 중앙 청구 사무소 직원은 환자와 직접 만나 또는 환자와의 고객 서비스 전화 통화를 통해 재정 지원 정책, 지원 신청서, 쉽게 쓴 요약본에 대해 논의할 수 있습니다.

이 정책의 번역본은 부록 A 에 명시된 언어로 이용 가능하며 상기 명시된 웹사이트 또는 사무소에서 받아볼 수 있습니다.

7 추심 정책 관계

재정 지원 검증 과정을 거치는 동안 환자는 보험에 들지 않은 상태로 유지되며 MHS 환자 청구 및 추심 정책(Patient Billing and Collection Policy)의 대상이 됩니다. MHS 환자 청구 및 추심 정책 사본은 중앙 청구 사무소(4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204)에 연락해 무료로 받아보시거나, 214-947-6300 번 또는 무료 전화 866-364-9344 번으로 전화해 우편 발송을 요청할 수 있습니다.

환자가 재정 지원 자격이 있는 것으로 결정되면, MHS 는 지원 자격이 있는 계정에 대한 추심을 진행하지 않습니다. 재정 지원 할인이 적용된 후 잔액은 청구되며 MHS 청구 및 추심 정책에 따라 추심됩니다.

MHS 의 환자 계정 담당 이사(Director of Patient Accounts)는 환자가 FAP 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 합당한 노력을 기울여 결정할 책임이 있습니다. 또한, MHS 환자 계정 담당 이사는 재정 지원 유형을 추천할 책임이 있습니다. 수석 부사장/최고 재무 책임자의 승인을 받은 MHS 의 수익 주기 담당 선임 부사장에게는 해당 유형을 승인할 권한이 있습니다.

승인자: 명시된 전자 승인 CFO

승인자: 명시된 전자 승인 _____ CEO

메소디스트 헬스 시스템(MHS)으로 운영되는 댈러스 메소디스트 병원(Methodist Hospitals of Dallas)은 메소디스트 찰턴 메디컬 센터(MCMC), 메소디스트 댈러스 메디컬 센터(MDMC), 메소디스트 맨스필드 메디컬 센터(MMMC), 메소디스트 미들로디언 메디컬 센터(MLMC), 메소디스트 리차드슨 메디컬 센터(MRMC), 메소디스트 사우스레이크 메디컬 센터(MSMC)로 운영되는 시설에 다음 정책과 절차를 도입합니다.

이(가) 정책을 담당하는 사무소는 기업 재정 부서(Corporate Finance Department)입니다. 해당 내용에 관한 질문이나 개선안은 MHS 최고 부사장/최고 재무 책임자에게 214-947-4510 번으로 연락해 주십시오.

재정 지원 정책

부록 A

이 정책의 번역본은 다음 언어로 이용 가능합니다.

1. 영어
2. 스페인어
3. 베트남어
4. 중국어(간체)
5. 한국어
6. 아랍어
7. 우르두어
8. 타갈로그어
9. 프랑스어
10. 힌디어
11. 페르시아어
12. 독일어
13. 구자라트어
14. 러시아어
15. 일본어
16. 라오스어

재정 지원 정책

부록 B

이 정책에 의해 보장되지 않는 서비스

다음 서비스는 이 정책에 의해 일반적으로 응급 또는 의학적으로 필요한 진료로 간주되지 않습니다.

1. 미용만을 목적으로 하는 수술
2. 비만 대사 수술
3. 비만 체중 감량 시술
4. 칼슘 스코어링 CT

모든 응급 또는 의학적으로 필요한 진료는 이 정책에 의해 보장됩니다.

MHS 응급 의료 치료 및 분만 평가 정책(Emergency Medical Treatment and Labor Evaluation Policy, PC 033)에 따라 “잠재적 응급 의료 상황(Emergency Medical Condition, EMC)에 도움을 요청하며 MHS 시설에 찾아오는 모든 개인(미성년자 아동 및/또는 유아 포함)은 EMC의 존재 여부를 결정하기 위해 자격 있는 의료 제공자로부터 의료 검사(Medical Screening Exam, MSE)를 받습니다. EMC인 것으로 판단되거나 분만 중인 개인은 서비스 지불 능력과 관계없이 치료를 받고 증상을 안정화하게 됩니다.****” 또한 병원은 개인의 지불 방식 또는 보험 상태를 조회하기 위해 MSE 및/또는 필요한 안정 치료 제공을 지연시키지 않아야 한다고 추가로 명시하고 있습니다. 입원 및 접수 담당 직원은 다음 가이드라인을 따라야 합니다.

1. 의료 검사 적시성을 방해해서는 안 됩니다.
2. 의료 검사 허락을 받기 위해 관리 의료 기관에 전화하지 마십시오.
3. 환자의 검사 의지를 꺾을 수 있는 말이나 암시를 하지 마십시오.
4. 응급 진료를 방해하는 행동을 삼가십시오.
5. 응급실에서는 부채 추심 활동에 가담하지 않습니다.

재정 지원 정책

부록 C

근거가 된 2024/1/17 에 발행된 연방 빈곤선

<https://www.federalregister.gov/documents/2025/01/17/2025-01377/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

스케줄 A	
재정적 빈곤 분류	
환자의 연간 소득이 반드시 다음 기준 이하여야 합니다.	
가구원 수	200%
1	\$ 31,300
2	\$ 42,300
3	\$ 53,300
4	\$ 64,300
5	\$ 75,300
6	\$ 86,300
7	\$ 97,300
8	\$ 108,300
환자의 책임	지불해야 할 잔액의 0%
8 인 이상의 가족/가구의 경우, 개인 당 \$11,000 추가	
스케줄 B	
의료 빈곤 분류	
환자의 연간 소득이 반드시 다음 기준 이하여야 합니다.	
가구원 수	500%
1	\$ 78,250
2	\$ 105,750
3	\$ 133,250
4	\$ 160,750
5	\$ 188,250
6	\$ 215,750
7	\$ 243,250
8	\$ 270,750
환자의 책임	환자 계정 잔액 또는 총부과액의 10% 미만
8 인 이상의 가족/가구의 경우, 개인 당 \$27,500 추가	

환자의 지불액은 일반적으로 청구되는 금액(AGB)을 넘지 않습니다.

MHS 재정 지원 정책은 의사, 외부 실험실, 기타 제공자에 의해 발행된 청구서에는 적용되지 않습니다.

재정 지원 정책

부록 D

MHS 시설에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 MHS 재정 지원 정책이 적용되는 제공자:

메소디스트 댈러스 심혈관 클리닉(Methodist Dallas Cardiovascular Clinic)

메소디스트 댈러스 골든 크로스 클리닉(Methodist Dallas Golden Cross Clinic)

메소디스트 찰턴 패밀리 프랙티스 클리닉(Methodist Charlton Family Practice Clinic)

메소디스트 리차드슨 카디오(Methodist Richardson Cardio)

MHS 재정 지원 정책이 적용되지 않는 제공자:

상기 목록을 제외하고, 다른 의사나 의사 그룹 또는 기타 전문 제공자(예를 들어 의사 보조원이나 임상 간호사)에게는 이 재정 지원 정책이 적용되지 않습니다.