

MERIDIAN HEALTH SYSTEM, INC.
방침 설명서

재정 보조, 응급 치료 및 시스템 내 일부 병원이 부과하는 비용의 제한에 관한 방침

효력 발생일:	2012년 7월 1일	방침 번호:	MH-PACOMP-0080
개정일:	2016년 6월 30일	승인자:	환자 재정 서비스 이사
다음 검토일:	2016년 9월 30일	교차 참조:	MH-PACOMP-0081

I. 목적

메리디안 헬스 시스템(“메리디안 헬스”) 및 해당 계열 병원들이 (본 문서에서 “시스템”으로 표기되며, 각 병원을 “시스템 독립체”로 표기함) 응급 치료, 재정 보조 및 재정 보조 유자격 환자에게 청구하는 비용에 대한 제한을 지배하는 해당 주 정부법 및 연방법을 준수하기 위함. 이 방침은 시스템 내 인가 받은 다음의 병원 시설에 적용됩니다 (기타 시스템 병원 시설은 별도 규정의 제한을 받습니다).

- 베이쇼어 커뮤니티 병원(홈델)
- 저지 쇼어 유니버시티 메디컬 센터(넵툼)
- K. 호브나니언 어린이 병원(넵툼)
- 오션 메디컬 센터(브릭)
- 라리탄 베이 메디컬 센터(올드 브리지 및 퍼스 엠보이)
- 리버뷰 메디컬 센터(레드뱅크)
- 사우스 오션 메디컬 센터(마나호킨)

상기 방침에 따라 “환자”라는 용어는 의료를 받는 사람 또는 이 사람의 보증인을 의미합니다.

II. 응급 치료

응급실, 외상과, 방사선과, 병리학과, 마취과 또는 기타 의학적으로 필요한 치료의 제공자를 포함하여 입원 권한이 있는 시스템, 해당 계열 병원 및 모든 의사는 의료 또는 정신과적 상태, 인종, 종교, 나이, 성별, 피부색, 출신국, 체류 신분, 성적 선호도, 장애 또는 지급 능력에 상관없이 의료 선별 검사 및 그에 따라 필요할 수 있는 추가 치료를 제공하여 치료를 필요로 응급실에 오는 개인의 응급 의료 상황을 안정화시키는 데에 1986년 연방 응급 의료법(“EMTALA”)의 기준 및 상응하는 규정을 준수하는 것이 방침입니다. 메리디안 헬스는 (i) 응급실에서 치료를 하기 전에 의료비 지급을 요청하거나 (ii) 응급 진료의 제공을 방해하는 채무금 회수 활동 등 개인이 응급 진료를 회피하도록 하는 행위를 금지합니다.

III. 재정 보조

시스템, 해당 계열 병원 및 환자에게 임상 진료를 제공하기 위해 고용되거나 계약을 맺은 의사(응급실, 외상과, 방사선과, 병리학과, 마취과 또는 입원환자 전문의 및 중환자 전문의 포함)는 본 방침을 준수해야 합니다. 병원별 참여하는 과의 전체 목록은 제시물 A를 참조하십시오.

시스템은 연방 및 주 프로그램에 의하여 NJ 병원 치료비 보조 프로그램(“자선 치료”) 및 무보험 환자들에게 제공하는 시스템의 할인을 포함하여 다양한 형태로 환자들에게 재정 보조를 제공합니다.

자선 치료는 연방 및 주 정부 프로그램 수혜에 적합하지 않은 환자들이 이용 가능합니다. 연방 빈곤 기준선(FPL)의 300%까지 소득이 있는 환자는 NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13에 확립된 규정에 따라 뉴저지의 자선 치료 프로그램의 혜택을 받을 자격이 있습니다. NJ 자선 치료 프로그램에 따라 유자격 환자에게 대한 청구 내역은 NJ 의료 보조금 구제 기금(Healthcare Subsidy Relief Fund)을 통해 조정됩니다. 자선 치료 계정은 보조금 평가를 위해 총 의료비로 뉴저지 주 정부에 보고됩니다.

비보험 청구 한도는 NJ P.L.2008 c.60에 따릅니다. 주 정부 또는 연방 의료 보험 프로그램이나 NJ 자선 치료 프로그램 수혜 자격이 없는 환자들은 할인 요율이 적용된 비보험 금액을 받을 자격이 있습니다.

시스템 독립체는 자선 치료 또는 본 방침에 따라 비보험 할인 요율을 받을 자격이 있는 환자에게 동일한 치료를 보상하는 보험을 가진 환자가 부담하는 일반 청구 금액(AGB) 이상으로 청구되지 않도록 보장합니다. 자선 치료 유자격 환자의 경우, AGB는 향후 당시 유효한 메디케이드의 요율을 이용하여 결정됩니다. 비보험 할인 유자격 환자의 경우, AGB는 향후 당시 유효한 메디케어 진료 시 지불 요율을 이용하여 결정됩니다. 청구 내역서는 보조금, 할인 및 공제에 대한 시작점으로 총 의료비를 명시합니다.

자선 치료를 결정하기 전, 무보험 환자의 보험 수혜 자격 여부를 판단하기 위해 메리디안 헬스 재정 보조 카운슬러가 검토합니다. 검토 절차는 의사가 환자의 상태를 진단하고 안정화되기 전까지 시작되지 않습니다. 추가적으로 시스템 독립체는 소득이 없다고 밝힌 환자 또는 자영업자의 신용 평가 보고서를 요구할 수 있습니다. 아래는 개인에 대한 검토가 이뤄지는 여러 프로그램을 요약합니다.

- **건강 보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace):** 부담적정 보험법에 준하여 메리디안 헬스의 인증받은 지원 카운슬러는 환자가 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하고/하거나 연방 정부의 보조금을 받아 보험을 구입할 자격이 있는지 결정하기 위해 검토합니다.
- **메디케이드:** 메리디안 헬스 재정 보조 카운슬러는 자격 기준을 만족하는 환자의 지원 과정을 돕습니다. 뉴저지 공중보건부를 통해 이용 가능한 여러 유형의 메디케이드가 있습니다. 환자의 상황에 가장 적합한 프로그램을 결정하도록 도와드립니다.

- **SSI-메디케이드:** 기본적 필요를 도울 수 있는 월소득 보조금이 포함된 보충 메디케이드 혜택. 자격 기준을 만족하는 입원환자 및 일부 외래환자의 신청 절차를 돕기 위해 현장에서 도움을 드립니다.
- **NJ 패밀리 케어(NJFC): FPL의 138%까지 소득이 있는 성인 및 어린이에게** 혜택을 주기 위해 고안된 보험 프로그램. 메리디안 헬스의 재정 보조 카운슬러가 온라인 신청 작성을 도와드립니다.
- **추정 자격-메디케이드(Presumptive Eligibility-Medicaid):** 일부 기본 자격 기준을 만족하는 사람을 위한 일시적인 연1회 혜택으로 뉴저지주에서 해당인에 대한 NJ 패밀리 케어 여부를 결정하는 동안 해당인의 의료비를 보상할 수 있음. 메리디안 헬스 재정 보조 카운슬러가 신청서 작성을 도와드립니다.
- **자선 치료 - NJ 병원 치료비 보조 프로그램:** 병원 서비스 비용만을 보상하기 위한 보조 프로그램입니다. 환자는 NJFC 규정에 따라 소득 초과 또는 거주자/기타 요건을 불만족한다는 이유로 NJFC가 거부됐음을 확인하는 NJFC 거부서를 제시해야 합니다. NJFC의 규정 비준수로 인한 거부는 자선 치료 승인의 이유가 되지 않습니다. 환자는 NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13에 확립된 규정에 기초하여 소득, 가족수 및 자산 정보를 문서화하도록 요청받습니다. 재정 보조를 요구하는 환자는 그 요구를 고려하기 위해 현장의 재정 보조 카운슬러에게 안내됩니다.
- **비보험 할인 요율 - 아래 참조.**

IV. 자선 치료 자격 요건

뉴저지 병원 치료비 보조 프로그램(자선 치료 보조)은 뉴저지주 전역에 급성환자 치료 병원에서 입원 및 외래 서비스를 받는 환자에게 제공되는 무료 또는 할인 요율 치료입니다. 자선 치료는 응급 및 의학적으로 필요한 병원 치료에 이용할 수 있습니다. 뉴저지 행정 규칙(Administrative Code) 10:49-5.1에 따라 환자의 상태에 대한 의학적 필요성은 주치의 또는 기타 의사가 결정하며 의료 전문가가 일반적으로 인정하고 뉴저지 메디케이드 프로그램이 공포한 기준에 따릅니다. 외래환자 처방 및 기타 후속 치료는 병원비와 별개이며 본 자선 치료 프로그램하의 할인이 적용되지 않습니다. 재정 필요성은 NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13의 자선 치료 신청, 승인, 청구 및 처리에 따라 결정됩니다.

자선 치료 보조는 다음과 같은 뉴저지 거주자가 이용할 수 있습니다.

1. 건강 보험이 없거나 청구서의 일부만 보상하는 보험이 있는 사람,
2. 민간 또는 정부 지원 건강 보험(메디케이드 등)을 받을 자격이 없는 사람 및
3. 아래 제시된 소득 및 자산 기준을 만족하는 사람.

자선 치료는 특정 조항에 따라 해당하는 서비스일 하루만 뉴저지 비거주자도 이용 가능하지만 기간에는 유효하지 않습니다.

A. 소득 기준 가계 소득은 세금 목적으로 보고할 수 있는 연봉, 임금, 사업 및 투자 소득을 포함합니다. 가구원은 신청인, 배우자, 신청인이 지원하는 미성년 자녀 및 신청인이 법적으로 책임져야 하는 성인을 포함합니다. 이 링크는 Medicaid.gov에서 제공하는 연방 빈곤 기준선에 대한 정보를 포함하고 있습니다. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>

<u>HHS 빈곤 소득 지침에 따른 소득 백분율</u>	<u>환자 부담 메디케이드 요율 백분율</u>
200% 또는 미만	메디케이드 요율의 0%
200% 이상이지만 225% 또는 미만	메디케이드 요율의 20%
225% 이상이지만 250% 또는 미만	메디케이드 요율의 40%
250% 이상이지만 275% 또는 미만	메디케이드 요율의 60%
275% 이상이지만 300% 또는 미만	메디케이드 요율의 80%
300% 이상	비보험 할인 요율

잔여 금액(즉, 환자 부담 금액)이 총 연간 소득의 30%를 초과하는 환자가 연동 비용 범위 20%~80%에 속하는 경우 재정적인 의무를 지지 않습니다. 30% 임계치 이상의 금액은 완전히 탕감됩니다.

B. 자산 기준

개인 자산은 \$7,500, 가족 자산은 \$15,000 초과할 수 없습니다. 자산이란 현금화되거나 바로 현금화될 수 있는 항목입니다. 이는 현금, 세이빙 및 체크 계좌, 양도성 예금 증서(CD), 재무 증권, 유통 어음, 회사 주식 및 회사채, 개인 은퇴 연금(IRA), 신탁 자금 및 해당하는 경우 신청인 또는 가족의 주거주지가 아닌 부동산의 자기 자본이 포함되나 이에 국한되지는 않습니다. 신청인의 자산이 이 한도를 초과할 경우, 신청인은 병원비 청구서의 본인 부담금이나 기타 승인된 본인부담 의료비를 지급하여 해당 자산을 “스펜드 다운(낮춤)”할 수 있습니다.

C. 응급 또는 의학적으로 필요한 치료의 일반 청구 금액(AGB)을 결정하는 방법

시스템 병원의 외래환자 및 입원환자 자선 치료 청구는 NJAC 10:52-1.6 포함되는 서비스 (입원환자 및 외래환자 서비스) 및 NJAC 10:52-4 지급 기준에 기초하여 외래환자 및 입원환자 병원 서비스에 대한 뉴저지 메디케이드 프로그램의 가격 및 프로그램 방침에 따라 가격이 정해집니다. 연방 세금법에 따라 그런 서비스에 대한 AGB는 향후 건별로 당시 유효한 해당 메디케이드 요율을 이용하여 결정됩니다. 완전 탕감 미만의 혜택을 받을 수 있는 유자격 환자는 해당 메디케이드 요율의 백분율만큼 청구됩니다. 따라서 자선 치료를 받는 모든 환자에게는 AGB보다 적은 금액이 청구됩니다.

자선 치료 유자격 환자에게 발행되는 청구 내역서는 보조금, 할인 및 공제에 대한 시작점으로 총 의료비를 명시합니다.

V. 자선 치료를 신청하는 방법

시스템은 NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13에 확립된 규정에 기초하여 보조 프로그램의 유자격자가 이용 가능한 재정 보조 프로그램의 환자에 대한 통지 요건을 준수합니다.

자선 치료의 요청 및 재정 필요성에 대한 결정은 환자가 병원 방문을 예상할 때부터 의료 서비스 후 2년까지의 기간 중 이뤄질 수 있습니다. 자격은 의료 서비스일부터 유효하고, 자격 기간은 환자가 받는 자선의 유형에 따라 다릅니다 - 아래 참조.

- ER 자선만 해당 - 응급실을 통해 입원하는 입원환자의 경우 해당 입원 기간 동안에만 유효함.
- 3개월 자선 - 외래환자/관찰 - NJFC 유자격 환자. 이 유형의 자선 치료는 NJFC 승인을 기다리는 동안 추후 3개월 동안 추가적인 의료 서비스를 받는 환자가 받게됩니다.
- 1년까지(단 다음 헬스케어 익스체인지의 공개 등록 기간을 지나서는 연장 불가) - NJFC 무자격 환자가 해당(즉, 이미 보험이 있지만 이차 보험이 없거나 서류 미비거나 메디케어 이차보험으로 가지지 않고 마켓플레이스를 통한 구입 자격이 있지만 비공개 상태여서 신청할 수 없는 개인).

자선 치료 신청 및 과별 연락처 정보는 <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>를 방문하여 각 시스템 독립체 시설별로 이용 가능하고, 병원 직원도 해당 정보를 보유하고 있습니다. 시스템 독립체는 뉴저지 넵툰의 저지 쇼어 유니버시티 메디컬 센터, 뉴저지 브릭의 오션 메디컬 센터, 뉴저지 레드뱅크의 리버뷰 메디컬 센터, 뉴저지 마나호킨의 남 오션 메디컬 센터, 뉴저지 홈텔의 베이쇼어 커뮤니티 병원, 뉴저지 넵툰의 메리디안 패밀리 헬스 센터, 뉴저지 넵툰의 제인 H 부커 패밀리 헬스 센터, 뉴저지 스튜버리의 부커 행동 헬스 센터, 뉴저지 넵툰의 파크웨이 100 행동 헬스 센터 및 뉴저지 퍼스 엠보이(530 New Brunswick Ave)의 라리탄 베이 메디컬 센터에 재정 보조 사무실을 운영하고 있습니다. 재정 보조 카운슬러는 이런 시설의 현장에서 인터뷰 및 질문에 응답하고 그 외 신청서 작성에 도움을 드리기 위해 배치되어 있습니다. 예약은 732-212-6505로 전화하시기 바랍니다. 신청인은 관련 시스템 독립체에 작성 완료된 자선 치료 신청서를 제출해야 합니다. 필수 서류는 신분증, 의료 서비스를 받은 후부터 뉴저지에 거주 중이고 향후 거주 의사가 있다는 증명, 의료 서비스 전 한달 동안의 소득 증명, 의료 서비스일의 잔고를 포함하는 은행 입출금 내역서 및 신청서 제출일로 서명된 신청서입니다. 완료된 지원서는 우편, 이메일, 직접 제출 또는 전화 표기(원본 서명 추후 제출)를 통해 모든 시스템 독립체 시설로 제출할 수 있습니다.

모든 필수 서류가 접수 확인 후 해당 요청을 즉시 처리하며 신청인은 접수일로부터 10일 이내에 결과를 통보 받습니다. 제출 서류가 불충분할 경우 해당 신청인은 영업 10일 이내로 신청 완료를 위해 필요한 서류를 서면 통보 받습니다. 최종적으로 모든 신청인은 결과를 서면 통보 받습니다. 환자가 무료가 아닌 할인 요금을 받을 자격이 있다고

판단되면, 해당 환자가 부담해야 할 치료 금액 및 그 금액의 결정 근거를 명시하는 청구 내역서가 환자에게 발행됩니다.

신청인 또는 책임 당사자는 외래환자 서비스일 또는 입원환자 퇴원일에서부터 최대 24개월까지 언제든지 자선 치료 혜택 결정을 위해 작성 완료된 신청서를 제출할 수 있습니다.

시스템 독립체는 재정 보조/자선 치료 절차에 설명되지 않은 증거에 기초하여 자선 치료를 승인할 수 있고 재정 보조 절차 또는 자선 치료 신청서에 그런 증거가 명시돼 있지 않더라도 서명된 증명서에 기초하여 승인할 수 있습니다. 개인의 서면 또는 구두(또는 서면 및 구두 둘 다) 정보를 얻을 수 있습니다. 시스템 독립체는 정보가 현 신청과 관련될 경우 이전의 자선 치료 신청서에 개인이 제공한 정보에 기초하여 보조를 승인할 수 있습니다. 시스템 독립체는 신용 조사 기관 또는 기타 외부 출처가 제공하는 정보를 이용할 수 있습니다.

무료가 아닌 할인 요율로 자선 치료를 받을 자격이 있는 환자에게는 지급 잔액에 대해 총 치료비가 청구되지 않습니다. 환자는 재정 검토에 따라 메디케이드 환급 요율 20%, 40%, 60% 또는 80%로 청구됩니다.

자선 치료가 거부된 신청인은 거부 이유를 서면 통지받고 비보험 할인 혜택의 존재도 통보 받습니다.

VI. 할인 요율이 적용된 비보험 가격

시스템 독립체는 무보험이지만 NJ 자선 케어 무자격 환자를 위해 비보험 자기 부담(Uninsured Self Pay) 가격을 제공합니다. 의사 진료비에는 자선 치료 할인을 적용할 수 있지만, 비보험 자기 부담 할인에는 해당되지 않습니다. 비보험 자기 부담 가격으로 처리되는 병원 서비스는 입원환자/외래환자 수술, 산과 진료, 반복 서비스, 외래환자 수술, 응급실 진료, 외래환자 진단 테스트 및 실험실 서비스를 포함하나 성형 서비스나 기타 의학적으로 필요하지 않은 서비스는 제외됩니다. 자기 부담 가격(Self Pay Pricing)은 환자 재정 서비스, 액세스 서비스, 환자 회계 및 관리과의 대표자들로 구성된 위원회가 결정합니다.

자선 치료에 자격이 없는 무보험 환자를 위한 가격은 메디케어 진료 시 지불 환급 요율에 기초합니다. 무보험 환자들에게 제공되는 응급 및 의학적으로 필요한 서비스에 대한 AGB는 향후 건별로 당시 유효한 해당 메디케어 진료 시 지불 요율을 이용하여 결정됩니다(환자가 메디케어 수익자일 경우 메디케어 및 환자 총 부담금을 고려). 따라서 비보험 할인을 받는 환자는 AGB 이상으로 청구되지 않습니다.

비보험 할인을 받는 환자에게 제공되는 청구 내역서는 보조금, 할인 및 공제에 대한 시작점으로 총 의료비를 명시합니다.

표준 의료비 목록은 무보험 환자전용입니다. 병원에서 비응급 예약, 사전 등록 또는 등록 당시 무보험 환자는 다음을 통보/요청 받습니다.

- a. 예상 의료 서비스에 대한 메디케어 진료 시 지불 요율을 통보 받고 크레딧카드, 현금 또는 체크로 선불 지급할 것을 요청받습니다.

- b. 선불 지급할 수 없을 경우, 메리디안 헬스 재정 카운슬러와 예약하여 해당 개인이 NJ 패밀리 케어나 자선 치료의 기준을 만족하는지 결정하도록 요청 받습니다. 이런 개인은 검토/신청 절차가 완료된 후로 예약을 변경해야 할 수 있습니다.

외래환자 수술, 입원환자, 산과 또는 반복 서비스에 대한 선불 예상액을 지급하는 자기 부담 환자는 부담하는 선불 지급액이 추정치라는 사실을 통보 받습니다. 실제 진료비와 청구비는 개인의 상태와 임상 결과에 따라 다를 수 있습니다. 청구서는 환자 회계과에서 검토하고 환자에게는 추가 청구비에 대해 메디케어 진료 시 지불 요율에 따라 본인 부담금이 청구됩니다.

VII. 지역사회에 재정 보조 방침을 널리 알리기 위한 조치

시스템이 의료 서비스를 실시하는 지역사회에 재정 보조/자선 치료 프로그램의 이용 가능성을 알리기 위한 노력으로 이용 가능한 모든 프로그램은 모든 청구 내역서 및 컬렉션 레터에 눈에 잘 띄도록 표시됩니다(FAP 및 신청 절차에 대한 정보를 얻을 수 있는 전화번호 및 FAP, 신청서 및 PLS의 사본이 있는 웹사이트 포함).

재정 보조에 관한 통지문은 응급실, 응급치료 센터, 입원 및 등록과 및 각 병원 시설에 위치한 환자 재정 서비스 사무실에 게시됩니다. 본 방침, 본 방침의 일반 언어 요약본(제시물 B 참조) 및 재정 보조 신청서가 이 모든 곳에 배치되어 있습니다. 앞서 언급한 자료(시스템의 청구 및 컬렉션 방침 포함)는 영어 및 시스템 내 각 병원에 맞게 지역의 인구 1,000명 또는 5% 중 더 적은 임계치를 초과하는 모든 기타 언어로 이용 가능합니다. 시스템 독립체는 언어 통역 및 번역 서비스를 제공하며 시각, 언어, 청각 또는 인지 장애가 있는 환자의 필요를 만족하는 방식으로 정보를 제공해 드립니다. 재정 카운슬러는 본 방침에 따라 주로 재정 보조가 필요한 주민들을 대상으로 그런 재정 보조를 이용할 수 있음을 알리기 위해 지역사회 봉사활동 프로그램에 참여합니다. 일반 언어 요약본은 지역사회 센터, 교회, 공공 집회 장소 및 지역사회 이벤트에서 이용 가능하고 그런 곳에 게시됩니다.

본 방침(일반 언어 요약본 포함), 재정 보조 신청서 및 시스템의 청구 및 컬렉션 방침이 메리디안 헬스 웹사이트에 게시되고(<http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>) 요청 시 무료로 제공됩니다. 안내서에는 모든 NJ 메디케어 프로그램, SSI 메디케어, NJ 패밀리 케어, 추정 자격 및 자선 치료에 관한 정보가 포함되어 있습니다.

VIII. 별도 서면 청구 및 컬렉션 방침

청구서에 따라 지급하지 않을 경우, 법적 또는 사법 절차를 포함하는 예외적인 컬렉션 조치(법원 판결, 선취특권 및 압류 등)를 포함하는 다양한 컬렉션 조치를 받게 될 수 있습니다. 자세한 정보는 <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>에서 확인 가능한 예외적인 컬렉션 조치에 대한 시스템의 방침을 참조하시기 바랍니다.

IX. 방침을 시행하고 이행할 수 있는 사무실 또는 권한 당국

Meridian Health Board of Trustees는 재정, 환자 재정 서비스 이사에게 본 방침과 절차를 시행하고 이행할 수 있는 병원의 권한 당국으로 행동할 수 있는 권한을 부여했습니다.