

제목:

병원 재정 지원(자선 치료) 정책

결과 진술:

SSM Health의 재정 지원 정책은 재정적으로 또는 의료적으로 빈곤하며, 본인이나 그 부양 가족에게 제공되는 서비스에 대한 비용을 지불할 능력이 없음을 증명하는 환자에 대한 재정 지원 기회입니다. 재정 지원 정책(FAP)은 모든 주, 연방 및 규제 지침에 부합되는 재정 지원을 위한 전체 시스템 지침을 수립 및 제공합니다.

SSM Health는 치료를 필요로 하며 보험에 가입되어 있지 않거나 충분하지 않은 보험에 가입된 사람을 대상으로 재정 지원을 제공하는 데 최선을 다합니다. SSM Health는 고품질의 저렴한 자선 치료 서비스를 제공하고 빈곤하며 권리를 갖지 못한 사람을 옹호한다는 사명을 관철하여, 치료를 필요로 하는 사람의 재정 상황이 치료를 요구하거나 받는 데 방해가 되지 않게 하기 위해 힘쓰고 있습니다. SSM Health는 재정 지원, 혹은 정부 지원에 관한 자격 요건에 상관없이 개인을 대상으로 의료 조건에 대한 긴급 치료를 차별 없이 제공할 것입니다.

따라서, 본 정책은 다음과 같은 특성이 있습니다.

- 재정 지원에 관한 자격 기준을 포함합니다.
- 본 정책에 의해 재정 지원을 받을 자격을 갖춘 환자에게 일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB) 계산의 근거를 설명합니다.
- 환자가 재정 지원을 신청할 수 있는 방법을 설명합니다.
- 병원이 재정 지원 자격을 갖춘 개인에게 제공하는 긴급, 또는 그 밖의 의료적으로 필요한 치료에 대해 청구하게 되는 금액은 AGB로 제한합니다.
- 환자에게 제공될 수 있는 재정 지원 및 기타 할인 목록

재정 지원은 개인의 책임을 대체하는 것으로 간주되지 않습니다. SSM Health는 환자가 이용 가능한 보험, 혹은 다른 형태의 지불을 확보하기 위한 절차에 협조하고, 개인의 지불 능력에 기반해 자신의 치료 비용을 부담할 것을 기대합니다. 건강 보험을 구매할 재정 능력이 있는 개인에 대해서는 전체적인 개인 건강에 대한 의료 서비스를 보장받고 개인 재산을 보호하기 위해 건강 보험 가입을 권장합니다. SSM Health는 언제든지 재정 지원 자격 기준을 정의하고 수정할 수 있습니다.

자원의 책임감 있는 관리와 SSM Health가 그것을 필요로 하는 최대한 많은 사람을 적절한 수준으로 지원할 수 있도록 하기 위해, 이사회는 환자 재정 지원 규정에 관해 다음과 같이 지침을 정하고 있습니다.

* CMS 규정 §482.12 A-0043 참여 조건: 정부 기관의 요구 사항에 따라, SSM 기관에는 다음 병원이 포함됩니다. **미주리(Missouri)주:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital – St. Louis and SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital, (2) SSM Health DePaul Hospital – St. Louis, (3) SSM Health St. Clare Hospital – Fenton, (4) SSM Health St. Joseph Hospital – Lake St. Louis, (5) SSM Health St. Joseph Hospital – St. Charles and SSM Health St. Joseph Hospital – Wentzville, (6) SSM Health Saint Louis University Hospital, (7) SSM Health St. Francis Hospital – Maryville, (8) SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City, (9) SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain, **오클라호마(Oklahoma)주:** (1) St. Anthony Hospital and Bone & Joint Hospital at St. Anthony, (2) St. Anthony Shawnee Hospital, **위스콘신(Wisconsin)주:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital - Madison, (2) SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo, (3) SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville, **일리노이(Illinois)주:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital – Centralia 및 (2) SSM Health Good Samaritan Hospital – Mt. Vernon

범위:

본 정책은 모든 SSM Health 병원에 적용됩니다*.

문서 유지 정보:

원 발효일:	2012년 12월 31일
개정일:	2015년 6월 15일, 2016년 8월 1일, 2017년 1월 10일, 2018년 5월 14일
작성자:	Julie Underwood, 책임자, 환자 서비스 센터(Patient Services Center)
검토자:	Paul Sahney, 시스템 부대표, 수익 관리(President Revenue Management) Kris Zimmer, 최고 재무 책임자
최종 승인자:	Laura Kaiser, 대표 / CEO
승인일:	2018년 5월 24일

정의:

- I. **신청 기간:** 재정 지원 신청을 완료하기 위해 병원에 의해 환자에게 제공된 시간으로 정합니다. 첫 번째 치료가 제공된 날에 시작해 병원이 개인에게 첫 번째 치료 후 청구서를 제공한 날로부터 240일째 되는 날에 종료됩니다.
- II. **해당 서비스 지역:** 지리적 범위는 ZIP 코드로 정해진 구역을 기준으로, 모든 병원에 대하여 병원의 퇴원이 이루어진 장소의 75%입니다.
- III. **가족 인원수:** 가족 인원수는 미국 국세청(IRS)에 의해 정의되고 납세자의 연방 세금 보상에 대한 공제가 허용되는 가족 구성원 수와 동일합니다. 미국 국세청 세금 문서를 이용할 수 없을 경우, 가족 인원수는 재정 지원 신청서에 기재되고 확인된 가족 구성원 수에 의해 정해질 것입니다.
- IV. **가족 수입:** 가족 수입은 연방 빈곤선(FPL)을 계산할 때 이용하는 다음의 수입을 이용하는, 통계국(Census Bureau) 정의를 통해 결정됩니다.
 - A. 소득, 실업 수당, 산재 보험금, 소셜 시큐리티, 생활 보조금(Supplemental Security Income), 공공 지원(public assistance), 퇴역군인 수당, 유족 연금, 연금 또는 은퇴 수입, 이자, 배당금, 임대료, 저작권 사용료, 부동산 수입, 신탁, 교육 지원, 위자료, 가족 외부 지원 및 그 밖의 잡다한 출처로부터의 지원이 포함됩니다.
 - B. 비현금 혜택(푸드 스탬프 및 주거 보조금)은 계산에 넣지 않습니다.
 - C. 세전 금액을 기준으로 정합니다.
 - D. 자본 이득 또는 손실은 제외합니다.
 - E. 가족 인원수에 포함되는 모든 가족 구성원의 수입이 포함됩니다 (가족이 아닌 공동 거주자 등은 포함되지 않음).
- V. **연방빈곤수준(FPL):** 가족이 음식, 의류, 교통, 거주 및 기타 필수품을 위해 필요로 하는 최소 금액의 총수입을 설정한 것입니다. 보건복지부(Department of Health and Human Services)에 의해 정해지며 물가 상승에 따라 조정되고 빈곤 가이드라인 형식을 통해 매년 보고됩니다.

- VI. **재정 지원:** 제공되는 서비스에 대한 재정 책임의 전부 또는 일부를 지불할 수 없는 사람, 그리고 SSM 건강 정책의 재정 지원 기준에 부합되는 사람에게 제공되는 무료 또는 할인된 의료 서비스로 정의됩니다.
- VII. **재정적 빈곤:** 재정적으로 빈곤한 사람에는 최고 100%의 할인된 비용으로 치료를 받기 위한 기관의 자격 조건을 갖춘, 보험에 가입하지 않았거나 불충분한 보험에 가입한 사람이 포함됩니다.
- VIII. **의료적 빈곤:** 의료적으로 빈곤한 환자에는 가정의 재정 상황을 치명적으로 위협할 수 있을 만한 막대한 의료 서비스 비용을 청구받는 사람이 포함됩니다. 의료적으로 빈곤한 환자의 자격 조건에 있어 재정적 빈곤은 필수 사항이 아닙니다. 일반적으로, 의료적 빈곤자는 제공된 의료 서비스에 대해 지불해야 할 비용을 절감 받게 됩니다. 의료적 빈곤 프로그램은, 집, 자동차, 개인 소유품 등과 같이 생활에 위협이 되는 치명적인 자산 손실이나 생활 소득 손실 없이 환자가 지불할 수 있는 능력에 대해 고려합니다. 재정적 빈곤에 대한 정의 하에서 100% 재정 지원을 받을 수 있는 자격을 가진 것으로 간주되는 연방 빈곤선의 200% 이하의 수입을 가진 환자를 제외하고, 모든 환자는 의료적으로 빈곤한 상황에 있을 수 있는 것으로 간주됩니다.
- IX. **의료적 필요 서비스:** Medicare에 의해 질병, 상해, 불건전 상태의 진단, 예방 또는 치료를 위해 바람직하거나 필요한 것으로 정의되어 있는 서비스, 또는 품목으로 정의됩니다.
- X. **환자 부담금:** 보험 미가입 할인, 재정 지원 할인 및 501(r) 규정에 의해 환자에게 청구되는 요금의 제한으로 인한 할인 등을 포함해, 모든 할인이 적용된 이후에 환자가 개인적으로 지불해야 할 책임이 있는 비용을 말합니다.
- XI. **플레인 커뮤니티:** 사업, 공유 문화 및 단순한 생활로 연결된 신앙 기반 집단(예: 아미쉬파, 메노파교도)
- XII. **자선 자격 추정:** SSM Health는 환자가 재정 지원을 위한 자격을 갖춘 상황에 있으나 그 결정을 위해 필요한 서류를 제공하지 않았을 경우에 있어 재정 지원 자격 결정에 도움을 주는 예상 분석 소프트웨어 혹은 그 밖의 기준을 이용합니다.
- XIII. **불충분한 보험:** 환자가 일정 정도의 보험 또는 제3자 지원을 가지고 있으나 여전히 환자의 재정 능력을 벗어나는 현금을 지불해야 하는 상황을 말합니다.
- XIV. **보험 미가입:** 환자가 제공된 의료적으로 필요한 치료를 보장하는 보험에 가입하지 않은 상황입니다.

처리:

- I. **해당되는 서비스:** 본 정책의 목적을 위하여, 병원에 의해 제공되는 모든 긴급 및 의료적으로 필요한 서비스가 해당됩니다.

다음 의료 서비스는 의료적으로 필요한 것으로 간주되지 않으므로, 본 정책에 해당되지 않습니다.

- A. 심각한 선천성 기형이나 상해 또는 질병으로 인한 신체적 손상과 관련되지 않은 미용 치료 및/혹은 처치는 면허를 가진 의사에 의해 의료적으로 필요한 것으로 정의되지 않습니다.
- B. 비만 치료는 면허를 가진 의사에 의해 의료적으로 필요한 것으로 정의되지 않습니다.
- C. 면허를 가진 의사에 의해 의료적으로 필요하지 않은 것으로 정의되는 모든 다른 서비스, 또는 절차.

- II. **재정 지원 적격자:** 재정 지원 적격자는 다음과 같은 개인에 해당됩니다.

- A. 제한적인 보험 가입자 또는 보험 미가입자
- B. SSM Health의 정책 및 절차와 협력하는 사람

- C. 재정적인 필요를 증명해 보이는 사람
- D. 신청에 필요한 모든 정보를 제공하는 사람
- E. 보험에 의해 환자에게 직접 지불된 모든 돈에 대해 병원에 상환하는 사람

재정 지원 부여는 재정적인 필요가 있는 것으로 결정된 개인에 기반해야 하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 성적 정체성, 성적 지향, 장애, 연령, 결혼 상태, 사회경제적 상태 또는 지불금 출처로 인해 영향을 받아서는 안 됩니다. 재정 지원의 결정은 60일까지의 기간 동안 유효합니다. 이러한 적격성은 신청이 승인된 날로부터 시작하며 약성 부채 기관에서의 그것을 포함한 모든 미지급금을 포함하게 될 것입니다.

III. 재정적인 필요 및 적격성은 다음 절차에 따라 결정됩니다.

- A. **신청** - 재정 지원 적격성을 확인하기 위해, 환자, 또는 보증인은 환자 재정 지원 신청 양식을 작성하여 신고된 수입 및 비용을 지원하기 위해 요청되는 문서를 제출해야 합니다. 신청서 한 건은 동일한 거주지에 거주하는 신청서에 기재된 동일한 보증인 또는 추가 환자에 대한 모든 미결산 계좌에 대한 미지불 환자 부담액을 보장합니다. 재정 지원 신청은 완전하고 정확해야 하며, 수입 및/혹은 재산, 그리고 일반적이지 않은 비용에 대한 확인 가능한 증거를 포함하고 있어야 합니다.

환자는 전화로 재정 지원 담당자(Financial Assistance Representative)와 통화하거나, 재정 상담자(Financial Counselor)와 대면하여 구두로 신청할 수도 있습니다. 재정 지원 대리인 또는 재정 상담자는 신청서 양식에 대한 환자의 답변을 문서화하고, 환자는 모든 정보에 대해 확인하고 입증하게 될 것입니다. 신청서가 완전한 것이 되도록 모든 지원 문서가 제공되어야 합니다.

SSM Health의 존중 및 관리에 관한 가치는 신청 과정, 재정적 필요 정의 및 재정 지원 수여에 반영됩니다. 재정 지원 신청은 즉시 처리되어야 하며 SSM Health는 완전한 신청서를 수령한 후 합리적인 기한 이내에 환자 또는 지원자에게 서면으로 통보해야 합니다. 각 환자는 치료 전에, 그리고 신청 기간에 재정 지원을 신청할 기회가 있습니다.

요청되는 문서가 수령되어 재정 지원 분석가에 의해 평가되지 않을 경우, 신청서는 완전한 것으로 간주되지 않습니다. 신청자는 신청서에 대한 결정에 관한 서면 통보를 수령하게 됩니다. 신청자는 자신의 다음 정기 청구 주기 동안 모든 재정 지원 할인을 반영한 갱신된 내역서를 수령하게 됩니다.

재정 지원 신청서에는 다음과 같은 서류가 필요합니다(서류가 변경된 경우에는 해당 서류가 접수되지 않습니다).

1. 작성 완료된 서면/구두 신청서
2. 최근 3개월간의 은행/저축 내역서
 - a) 해당 은행/저축 내역서 상의 모든 일반적이지 않은 예금/비용에 관한 설명
 - b) 문서는 반드시 모든 예치금을 반영해야 합니다.
3. 신청자의 수입 증명.
 - a) 수입 증명에 포함되는 항목(전체 목록이 아님): 급여명세서, 실업 수당 수표, 소셜 시큐리티 수급증/수표, 장애인 수급증, 자녀 양육비 문서, 연금 증서.
 - b) 보증인이 기혼 상태로 최근 세금의 대부분을 공동으로 신고한 경우, 보증인은 배우자의 수입 증명도 함께 제출해야 합니다.
4. 세금 신고 증빙서류
 - a) 최근에 작성한 세금 신고서, 또는 IRS로부터의 비신고 문서(Non-Filing Letter). 세금을 완전한 것으로 간주하려면 반드시 모든 지원 일정(A-F)과 문서(W2s, 1099s)를 함께 첨부해야 합니다.

5. Medicaid 승인/거부 문서
 - a) 병원 재정 상담자가 환자의 Medicaid 적격성을 사전에 심사한 경우에만 요청됩니다.
 - b) 환자가 잠재적인 적격자로 사전 심사를 받는 경우, 환자는 SSM Health의 재정 지원 적격자가 되기 위한 Medicaid 신청 절차에 협력해야 합니다.
6. 요청될 수도 있는 추가적인 문서(환자의 의료적인 빈곤 상황 적용을 위하여)에는 다음 항목이 포함됩니다.
 - a) 월별 비용 증명
 - b) 모든 의료 청구서, 주거 청구서, 그리고 생활을 위한 필수 항목에 대한 모든 다른 청구서.
 - c) 소득 신고서/지원자 진술서

B. **환자 자산에 대한 고려사항:** 아래에 기재된 보호 자산을 제외하고 \$5,000를 초과하는 가용 자산은 환자에게 제공될 재정 지원 수준을 확립할 때 올해 소득에 추가됩니다.

보호 자산은 다음과 같습니다.

1. 최대 \$50,000까지 일차 거주지 순수 가치의 50%,
2. 업무용 차량,
3. 업무용 도구 또는 장비, 업무 유지에 필요한 합당한 장비,
4. 개인 사용 자산(의류, 가정용품, 가구),
5. IRA, 401K, 저축성 연금 플랜,
6. 비의료적 치명적 응급상황으로 인해 받은 재정적 보상,
7. 장례 목적을 위한 취소 불능 신탁, 선불 장례 플랜, 및/또는
8. 연방/주 정부에서 관리하는 대학 저축 플랜.

C. **재정 지원 추정 적격성:** SSM Health는 재정 지원 신청서를 작성할 수 없는 환자가 있을 수 있음을 이해합니다. 이에 따라, 재정 지원에 대한 환자 자격은 신용 기관과 같이 외부적으로 이용 가능한 제3자 데이터 출처를 통해 결정됩니다. (소득 및 신용 점수 기준은 부록 C 참조). 또한 노숙자 또는 노숙자 진료소의 치료를 받은 환자, 알려진 유산이 없는 사망한 환자 또는 파산보호법원의 구제 금융을 받은 환자에게도 추정 재정 지원이 제공됩니다.

D. **불완전한 신청:** 모든 불완전한 신청의 경우, 적격성 심사를 위해 필요한 문서가 되기 위해 필요한 정보를 상세하게 명시한 통보 서신을 받게 될 것입니다. 신청자가 두 번째로 불완전한 문서를 보낼 경우, 해당 신청자는 환자에게 신청서가 불완전하다는 내용을 알리는 서신과 전화를 받게 될 것입니다.

재정 지원 신청서는 치료 서비스가 제공된 병원의 재정 상담자에게 반송되거나 다음 주소로 우송될 수 있습니다.

SSM Health
 수신: 재정 지원(Financial Assistance)
 PO Box 28205
 St. Louis, MO 63132
 팩스: (314) 989-6734
 이메일: financialaid@ssmhealth.com

재정 지원 정책에 관한 질문은 SSM Health 고객 서비스(Customer Service)에 855-989-6789번으로 문의하실 수 있습니다.

- IV. **해당 서비스 지역:** 재정 지원 자격은 SSM Health 운영 독립체의 해당 서비스 지역에 거주하는 사람들로 제한될 수도 있습니다. 전년도가 다음 사항에 적용될 경우에 한해서, SSM Health 운영 독립체는 해당 서비스 지역에 대해서 재정 지원을 제한할 수 있습니다.
- A. 운영 이익이 적자일 경우, 또는
 - B. 전체 비용에서 자선 치료 비용이 차지하는 비율이 삼(3)% 이상일 경우
- 해당 기준에 해당하는 SSM Health 운영 독립체는 해당 서비스 지역의 주민에게 재정 지원 제한을 실시하기에 앞서 임무 통합 업무 책임자(Chief Mission Integration Officer)에게 증빙 자료와 함께 서면 요청서를 제출하고 정식 승인을 받아야 합니다.
- V. **보장범위 확립을 위한 협력:** SSM Health는 일부 전문 대행업체의 지원을 받아 환자가 공공 및 민간 프로그램을 신청하여 건강 관리 서비스를 위한 보장범위를 확립할 수 있도록 적극 지원할 것입니다. SSM Health는 자신의 건강 관리 서비스에 대한 비용을 지불할 수 있는 해당 프로그램(예: Medicaid, COBRA, Ticket to Work) 신청에 협력하지 않는 개인에 대해서는 재정 지원을 거부할 수 있습니다.
- VI. **네트워크 외부 서비스:** SSM Health의 병원은 특정 보험 플랜을 위한 네트워크에 포함되지 않습니다. SSM Health는 네트워크 외부 제공자로서 보험회사로부터 상환을 받지 못할 수도 있습니다. 보험 플랜 네트워크 외부의 SSM Health 병원에서 서비스를 받고자 하는 환자는 SSM 병원의 해당 서비스 지역 내에서 서비스를 제공할 수 있는 네트워크 내 제공자를 보유하는 다른 제공자가 있는 경우에는 재정 지원에 적합하지 않습니다.
- VII. **국제/여행 중 환자:** 국제/여행 중 환자에게는 재정 지원이 제공되지 않습니다.
- VIII. **플레인 커뮤니티:** 이러한 환자들은 보험 보장 신청에 협력할 수 없고 필요한 증빙서류를 제공할 수 없으므로, 이러한 환자들은 재정 지원에 적합하지 않습니다. 플레인 커뮤니티 환자에게는 할인(IX항 참조)이 제공될 것입니다.
- IX. **환자에 대한 할인:**
- A. **보험 미가입 할인:** SSM Health는 모든 보험 미가입 환자(부록 A를 참조할 것)의 총비용에 대해 할인을 제공합니다.
 - B. **자선 할인:** SSM Health는 연방 빈곤선 지침을 기준으로 자격을 갖춘 환자에 대해 자선 할인을 제공합니다. 자선 치료 할인은 보험에 가입한 보험 적용 후 환자의 나머지 부담금에 대해, 그리고 보험 미가입 환자의 할인은 보험 미가입 환자에 대해 적용됩니다(부록 B 참조).
 - C. **플레인 커뮤니티 할인:** 기존 플레인 커뮤니티의 구성원들에게는 Medicare의 행위별 수가와 민간 건강 보험의 평균 범위 내에서 평균 미만 10%까지 할인이 적용됩니다.
 - D. **치명 할인:** 치명적인 질병 혹은 의료적 빈곤, SSM Health의 재량 등과 같은 특정 환경에 기반하여 경우에 따라 할인이 적용되는 환자입니다. 이러한 경우, 할인, 또는 무료 서비스에 대한 자격을 결정하는 데 있어 아래와 같은 다른 요인이 고려될 수 있습니다.
 1. 은행 계좌, 투자 및 다른 재산
 2. 고용 상황 및 소득 수준
 3. 치료 서비스에 대한 비용 청구 금액 및 빈도
 4. 다른 재정적 의무 및 비용
 5. 일반적으로, 재정 책임은 총 가족 수입의 25% 이하가 될 것입니다.

- 6. 서류("소득 신고서/지원자 진술서")가 없을 경우의 수입 증명/FPL 결정을 돕는 지원
- 7. 신용 보고서

X. **일반적인 청구 금액(AGB)/청구 제한:** SSM Health는 본 정책에 기반해 재정 지원 자격을 갖춘 환자에게 제공되는 긴급 및 의료적으로 필요한 치료에 대해 청구되는 금액을, 치료 총금액에 AGB 퍼센트를 곱한 금액 이하로 제한하고 있습니다. AGB 퍼센트는 과거 기록 방식을 이용해 결정합니다 (부록 D를 참조할 것).

AGB 퍼센트는, 위에서 이용된 12개월 기간 종료 후 120일 이하 실행과 함께 병원 수준을 기준으로 연간 최소 연 1회 산출합니다.

XI. **회수 정책과의 관계:** 환자/보증인은 본 정책에 의한 지원에 해당하지 않는 부분의 금액을 지불할 것으로 기대됩니다. 할인이 적용된 후의 금액을 지불하지 못한 환자/보증인에게는 일반 회수 절차가 적용될 것입니다. 하나의 계정이 대상이 되는 회수 활동의 포괄적인 일정은 SSM 청구 및 회수 정책을 참조해 주십시오. 고객 서비스 센터(855-989-6789)로 전화하거나 모든 지역 SSM Health 병원의 재정 상담자에게 요청하면 SSM 청구 및 회수 정책의 사본을 무료로 받으실 수 있습니다.

XII. **적용되는 제공자:** 이 정책에 포함되는 제공자 및 포함되지 않는 제공자 목록은

<https://www.ssmhealth.com/SSMHealth/media/Documents/SSM-Health-Provider-Listing-all-facilities-FAP.pdf>에서 유지 관리됩니다.

본 정책이 적용되는 제공자 또는 제외되는 제공자에 관한 모든 질문은 SSM Health 고객 서비스 센터에 (855) 989-6789번으로 문의하실 수 있습니다.

XIII. **규정상의 요구사항:** 본 정책의 실행에 있어 SSM Health 경영진 및 시설은 본 정책에 따라 수행되는 활동에 적용될 수 있는 모든 다른 연방, 주, 지역의 법률, 규칙, 규정을 준수해야 합니다.

XIV. **문서 작성:** 환자 사업 서비스(Patient Business Services)는 기록 보존 및 폐기에 관한 당사의 정책에 의거하여, 본 정책의 공정하고 일관적인 적용을 적절하게 문서화하기 위하여 재정 지원 적용 및 재정 지원 결정, 환자에 대한 통지 등의 기록을 유지하게 될 것입니다.

XV. **연례 보고:** 각 병원은 연간 공개 자료 및 사회적 책임을 위한 지역 사회 복지 프로그램 목록(Community Benefit Inventory for Social Accountability, CBISA) 소프트웨어 프로그램을 통해, 빈곤층을 위한 재정 지원 및 Medicaid 및 다른 공공 지원 프로그램의 비적용 서비스와 관련된 정보를 보고하도록 요청받을 것입니다.

수집되는 정보에는 아래 사항이 포함됩니다.

1. 서비스를 제공받는 총 인원수:
2. 면제된 총금액,
3. 본 정책에 정의된 재정 지원 총금액, 그리고
4. 재정 지원 규정에 의해 발생한 비용

해당하는 주에서의 제공자 세금, 평가액이나 수수료, 또는 Medicaid DSH 기금은 재정 지원의 비용 전체, 또는 일부를 상쇄하기 위해 이용됩니다.

XVI. **정책에 관한 질문:** 본 정책에 포함된 특정 지침의 적용과 같은 운영상의 질문이 있을 경우, 환자 서비스 센터(Patient Service Center) 책임자(Director) 또는 수입 관리(Revenue Management) 부문의 시스템 부책임자(System Vice President)에게 문의해야 합니다. 실행을 위한 추가 지침은 임무 통합 업무 책임자(Chief Mission Integration Officer)가 검토하고 시스템 관리(System Management) 부문에도 검토 및 승인을 의뢰해야 합니다.

부록 A: 보험 미가입 할인

지역	총 청구액에 대한 보험 미가입 할인
오클라호마(Oklahoma)주	45%
위스콘신(Wisconsin)주	23%
일리노이(Southern Illinois)주 남부	20%
메리빌(Maryville)	15%
미주리(Mid-Missouri)주 중부	35%
세인트루이스(Saint Louis)(St. Louis University Hospital 제외)	40%
Saint Louis University Hospital	60%

각 지역에 대해 무보험 할인은 각 지역의 상업적 평균 할인의 55~65% 범위에 있었습니다.

부록 B: 자산 할인

모든 지역의 연방 빈곤선을 기준으로 한 변동 적격성 기준

연방빈곤수준	재정 지원 할인
0% - 200%	100%
201% - 250%	80%
251% - 300%	60%
301% - 350%	\$2,000 초과 금액의 50%
351% - 400%	\$2,000 초과 금액의 20%
400% 초과	0%

부록 C: 재정 지원 추정 가이드라인 보험 미가입 환자

연방빈곤수준	의료 신용 점수	재정 지원 할인
0% - 200%	< 620	100%
201% - 250%	< 620	80%
251% - 300%	< 620	60%
301% - 350%	< 620	\$2,000 초과 금액의 50%
351% - 400%	< 620	\$2,000 초과 금액의 20%

보험 환자

연방빈곤수준	의료 신용 점수	재정 지원 할인
0% - 200%	< 620	\$2,000 초과 금액의 100%

부록 D: 청구 제한/AGB

병원	방법
St. Mary's Health Center, St. Louis, MO	1
Cardinal Glennon Children's Hospital	1
DePaul Health Center	1
St. Clare Health Center	1
St. Joseph Hospital West	1
St. Joseph Health Center	1
St. Joseph Health Center – 웬츠빌(Wentzville)	1
St. Francis Hospital & Health Services	1
St. Mary's Hospital – 제퍼슨 시티(Jefferson City)	1
St. Mary's Hospital – 오드레인(Audrain)	1
Saint Louis University Hospital	3
St. Anthony Hospital	1
St. Anthony Shawnee Hospital	1
Bone & Joint Hospital at St. Anthony	1
St. Mary's Hospital Madison, WI	1
St. Clare Hospital Baraboo, WI	1
St. Mary's Janesville, WI	1
Good Samaritan Regional Health Center	1
St. Mary's Hospital Centralia, 일리노이(Illinois)주	1

방법:

- a) 본 방법에 의거해, 과거 12개월간의 모든 Medicare 행위별 수가제(fee-for-service)와 민간 건강 보험에 의해 지불된 모든 청구가 이용됩니다. 해당 청구와 관련하여, 모든 허용 가능한 상환 금액의 합계를 관련 총 청구액의 합계로 나눕니다.
- b) 본 방법에 의거해 병원은 Medicare 또는 Medicaid가 치료에 대해 허용 가능한 총액(Medicare 또는 Medicaid가 상환하는 금액 및 수혜자가 공동 지불금[co-payment], 공동 보험[co-insurance] 또는 공제 금액의 형태로 개인적으로 지불하는 금액을 모두 포함)을 병원이 결정하는 금액으로 일반 청구 금액(AGB)을 설정합니다.