

제목: FIN603 재정 지원 – 8173037

기존 승인	8/17/2001
발효	7/28/2022
다음 검토	7/28/2023

범위

이 정책은 모든 Fred Hutchinson Cancer Center 지점(병원 및 외래 클리닉) 및 Fred Hutchinson Cancer Center에서 제공되는 모든 응급, 긴급, 의료적으로 필요한 서비스에 적용됩니다. 이 정책이 적용되는 지점의 목록은 부록 I - 보장 의료 제공자 및 서비스 목록(Covered Providers and Services List)에서 확인할 수 있습니다.

이 정책은 개정된 1986년 내국세입법(Internal Revenue Code of 1986) 섹션 501(r)(Section 501(r))에 일치하는 방식으로 해석됩니다. 해당 법과 이 정책이 충돌하는 경우, 해당 법이 우선합니다.

목적

이 정책의 목적은 연방 빈곤 수준에 해당하거나 이에 근접한 워싱턴주(Washington State) 주민이 지불 능력에 기반한 비용으로 적절한 병원 기반 의료 서비스를 받을 수 있게 보장하는 것입니다. 해당 환자에게는 가족의 필요 사항에 기반하여 재정 지원이 제공됩니다. Fred Hutchinson Cancer Center 운영의 무결성을 보호하고 이러한 책무를 수행하기 위해, Fred Hutchinson Cancer Center는 다음과 같이 챕터(Chapter) 246-453 WAC, 챕터(Chapter) 70.170 RCW, 26 미국 연방 법전 §501(r) (26 USC §501(r)), SHB-1616의 요건에 일치하는 재정 지원 규정의 기준을 수립했습니다. 나이, 인종, 피부색, 종교, 성별, 젠더, 성적 지향 또는 국적에 관계 없이 자격이 있는 모든 개인에게 재정 지원이 제공됩니다.

이 기준은 직원들이 건전한 재정적 기반을 유지하는 동시에 재정 지원 자격에 있어 일관적이고 객관적인 결정을 내릴 수 있게 보조하는 역할을 하게 됩니다.

정의

- ‘일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB)’은 재정 지원 자격에 해당하는 환자가 해당 치료를 보장하는 보험을 가진 개인에게 일반적으로 청구되는 금액보다 더 많은 치료 비용을 청구받지 않는다는 것을 의미합니다.
- ‘신청자’는 환자 또는 지불 책임자를 의미합니다.
- ‘적절한 병원 기반 의료 서비스’는 목숨을 위태롭게 하거나 고통을 일으키거나, 질병 또는 질환을 발생시키거나, 장애의 원인이 되거나 장애를 악화시킬 수 있거나, 신체 기형 또는 기능 상실을 일으킬 수 있는 상태의 악화를 진단, 교정, 치료, 경감, 예방할 수 있다고 합리적으로 계산된 병원 서비스를 의미합니다. 서비스를 요청하는 사람이 이용 가능하거나 해당자에게 적합한 동등한 효과를 가진 더 보수적이거나 실질적인 비용이 덜 드는 치료 과정이 없어야 합니다. 이 정의에 따라, ‘치료 과정’에는 적절한 경우 치료가 전혀 이루어지지 않는 단순 관찰이 포함될 수 있습니다.
- ‘응급 의료 상황’은 즉시 치료를 받지 못하는 경우, 다음과 같은 결과가 발생할 수 있는 극심한 고통을 포함한 심각한 수준의 급성 증상을 보이는 의료상의 문제를 의미합니다.
 - 개인의 건강(임신한 경우 본인 또는 태아의 건강)이 심각한 위험에 처하는 경우
 - 심각한 신체 기능 장애
 - 신체 기관 또는 일부의 심각한 기능 장애
 - 진통을 겪는 임산부의 경우, 해당 용어는 다음을 의미할 수도 있습니다.
 - 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족한 경우
 - 이송이 개인 또는 태아의 건강 또는 안전에 위험한 경우

- ‘가족’은 함께 거주하는 출생, 결혼, 입양을 통해 관계를 맺은 2인 이상의 집단을 의미합니다. 해당 관련자는 한 가족의 구성원으로 간주됩니다.
- ‘재정 지원(자선 치료)’은 빈곤층에 제공되는 적절한 병원 기반 의료 서비스를 의미합니다.
- ‘소득’은 개인에게 지급되는 임금 및 급여, 복지 수당, 사회보장 연금, 파업 수당, 실업 또는 장애 수당, 자녀 양육비, 이혼 수당, 사업 및 투자 활동 순이익을 통해 얻은 세전 현금 수입 총계를 의미합니다.
- ‘빈곤층’은 가족 규모에 따라 조정된 연방 빈곤 수준을 바탕으로 자선 치료 자격에 해당하며 모든 제삼자 보장을 소진한 환자 또는 보증인을 의미합니다.
- ‘제삼자 보장(Third-Party Coverage)’ - 26 U.S.C. Sec. 5000A에 정의된 바와 같이 보험 회사, 의료 서비스 계약업체, 건강 관리 조직, 그룹 의료 보험, 정부 프로그램, 부족 건강 혜택, 또는 의료비 공유 상조회의 보장 환자 및 서비스에 대한 치료비 지불 의무. 여기에는 환자가 병원 치료 서비스를 받게 만든 의학적 상태를 일으킨 사람의 태만에 대해 받은 합의금, 판결액, 배상액이 포함될 수도 있습니다. 해당 합의금, 판결액, 배상액이 보류 상태라고 해서 자격에 해당하는 환자를 자선 치료 대상으로 고려하는 것이 병원의 책임으로 남아서는 안 됩니다.

정책

재정 지원 자격 기준

다음 환자는 이 정책에 따른 재정 지원 대상이 될 수 있습니다.

1. Washington State 거주자인 환자. 다음에 해당하는 경우에만 Washington State 거주자로 간주합니다. (1) 치료 과정을 시작하기 전 주 거주지가 Washington State에 있으며, (2) 영구적으로 또는 무기한으로 Washington State에 거주할 생각이며, (3) 의료 서비스를 받을 목적으로 Washington State에 온 것이 아닌 경우.
2. 적절한 병원 기반 의료 서비스를 요청하는 환자.
3. 긴급하지 않거나 임상 목적 또는 실험적 형식의 치료를 요구하지 않는 환자.

자격

재정 지원/자선 치료 신청서(Charity Care Application)에 정보 확인을 위한 거주 관련 서류를 요청할 수 있습니다.

1. 개인 신분증(운전면허증, 사진 부착 신분증, 여권, 출생증명서)
2. 가장 최근의 렌트/모기지 증명서
3. 가장 최근의 공과금 증명서

다음 환자는 Washington State 거주자가 아닌 경우에도 이 정책에 따른 재정 지원 대상이 될 수 있습니다.

1. 응급한 질환이 있는 환자
2. 난민, 망명자, 보호를 요청 중이며 적절한 INS 서류를 제공하는 환자.

재정 지원은 일반적으로 환자에게 제공되는 기타 모든 Third-Party Coverage 자원보다 뒷순위입니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

1. 단체 또는 개인 의료 보험
2. 산재 보험 프로그램
3. Medicare, Medicaid 또는 기타 의료 지원 프로그램
4. 기타 주, 연방, 군 프로그램
5. 제삼자 책임 상황 (예: 자동차 사고 또는 개인 상해)
6. 부족 건강 혜택

7. 26 U.S.C. Sec. 5000A에 정의된 의료비 공유 상조회
8. 다른 사람 또는 기관이 의료 서비스 비용을 지불할 법적 책임이 있는 기타 상황.

재정 지원 신청 절차의 일환으로, Fred Hutchinson Cancer Center 직원은 해당하는 Third-Party Coverage가 없는 환자/가족과 협력하여 해당 환자/가족이 Medicaid 및/또는 Washington's Health Benefit Exchange(RCW 43.71)를 통한 건강 보험 보장 자격에 해당하는지 평가받을 수 있도록 협력합니다.

지침 및 단계

Washington State 의료 지원 프로그램(예: Apple Health) 또는 Washington Health Benefit Exchange를 통해 건강 보험 자격에 해당할 수 있는 환자 및/또는 보증을인을 식별하기 위해 다음 절차가 적용됩니다.

1. 재정 지원 자격을 결정하는 재정 지원 신청 절차의 일환으로 Fred Hutchinson Cancer Center는 환자 또는 보증인이 챕터(Chapter) 74.09 RCW 또는 Washington Health Benefit Exchange 하의 의료 지원 프로그램을 통한 건강 보험 보장의 기준을 충족하는지 질의하게 됩니다.
2. 신청서의 정보가 환자 또는 보증인이 보장 자격이 있다는 것을 보여주는 경우, 무엇보다도 환자/가족에게 신청 절차에 대한 정보를 제공하고 신청 절차 진행 중 환자를 지원하고, 반드시 작성해야 하는 필요한 양식을 제공하고, 해당 신청서 작성에 환자/가족을 지원할 수 있는 기타 기관 또는 자원에 환자/가족을 연결하는 방식으로 환자 또는 보증인을 지원할 것입니다.
 - a. 신청 절차에 대한 지원을 제공함에 있어 환자 또는 보증인이 신청 절차를 준수하는 것을 막을 수 있는 모든 신체, 정신, 지적, 감각 결핍 또는 언어 장벽을 고려할 것이며 불필요한 부담으로 여겨질 수 있는 절차를 환자 또는 보증인에게 부과하지 않을 것입니다.
3. 환자 또는 보증인이 Chapter 74.09 RCW 또는 Washington Health Benefit Exchange 보장 신청에 있어 Fred Hutchinson Cancer Center에 협력하려는 합리적인 노력을 하지 않는 경우, 병원은 해당 환자에게 재정 지원을 제공할 의무가 없습니다.
4. 환자 또는 보증인이 확실하게 또는 절대적으로 자격이 없거나 지난 12개월 중 Chapter 74.09 RCW 또는 Washington Health Benefit Exchange 하의 의료 지원 프로그램을 통한 보장 자격이 없다고 간주된 경우, Fred Hutchinson Cancer Center는 환자 또는 보증인이 해당 보장을 신청하도록 요청하지 않습니다.

환자의 재정 지원 자격이 명확한 경우, Fred Hutchinson Cancer Center는 재량에 따라 서류 및 검증 요건의 일부 또는 전체를 요청하지 않기로 결정할 수 있습니다. 환자의 재정 지원 자격이 명확한 상황의 예시에는 다음이 포함됩니다.

1. 파산을 선고했으며 파산에 Fred Hutchinson Cancer Center에 대한 채무가 포함된 환자 또는 보증인
2. 유형 자산 없이 사망한 환자 또는 보증인
3. 홀리스로 판단된 환자 또는 보증인
4. 상기 사유에 해당 사항이 있어 수금 대행사에서 반환된 계정.

Fred Hutchinson Cancer Center 직원의 재량은 사회 또는 건강 문제 등의 요인이 존재할 때 발휘됩니다. 해당 문제는 재정 지원 고려를 뒷받침하기 위해 문서화됩니다.

재정적 기준

워싱턴 행정코드(WAC) 246-453-040에 따라, 신청자의 가족 규모 및 수입이 검토되며 연방 빈곤 수준 비율(Percentage of Federal Poverty Level, FPL)을 결정합니다. 이 비율은 서비스 일자에 따라

제공되는 재정 지원 수준을 결정합니다. 재정 지원 금액에 대한 기준은 부록 II - 차등 재정 지원 액수 기준(Criteria for Tiered Financial Assistance Awards)에서 확인할 수 있습니다. 신청자(환자 또는 환자의 보증인)는 제삼자 보장 및 후원의 모든 지급금이 소진된 후 남은 미납 잔액에 해당하는 병원비의 환자 책임 부분에 대해 재정 지원을 받을 자격이 있습니다.

재정 지원 자격 결정은 결정 시점에 확인된 진료에 대해 적용됩니다. 재정 지원 지급은 6개월의 기간 동안 유효합니다. 추가 재정 지원이 필요한 경우, 신청자의 재신청이 필요합니다.

신청 절차

환자 계정의 적절한 처리를 위해 재정 지원 신청은 환자 재정 서비스 또는 환자 계정 담당자에 의해 요청되어야 합니다. 재정 지원이 요청되거나 재정 심사에 잠재적으로 필요한 경우, 최종 결정을 완료하기 위한 양식 및 지침이 신청자에게 제공됩니다. 신청자는 법원이 채무액에 대해 신청자에게 판결을 내릴 때까지 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.

재정 지원 신청서를 제출했으며 재정 지원 자격에 해당한다고 처음에 결정된 신청자는 신청 절차를 완료할 수 있는 역일 기준 14일의 시간이 주어집니다. 본 신청서와 신청자의 재정 상태를 완전히 공개하는 증빙 문서는 자격에 대한 최종 결정 단계에서 고려됩니다.

Fred Hutchinson Cancer Center는 재정 지원 신청이 진행 중인 동안은 수금 활동을 유예합니다.

신청자가 적절한 병원 기반 의료 서비스 관련 Fred Hutchinson Cancer Center 요금의 일부 또는 전체를 지불하고 Fred Hutchinson Cancer Center가 서비스를 제공했던 시점에 재정 지원 자격을 충족했던 것으로 나중에 밝혀지는 경우, 재정 지원 신청 승인 결정으로부터 30일 이내에 해당 금액을 신청자에게 반환합니다.

자격 결정

재정 지원/Charity Care Application에 정보 확인을 위한 소득 관련 서류를 요청할 수 있습니다. 요청 시, 검증 서류에는 급료 명세서(최금 2달분)가 포함될 수 있습니다. 신청자가 Fred Hutchinson Cancer Center 미납 금액에 대한 재정 지원을 요청하는 경우, Fred Hutchinson Cancer Center가 서비스를 제공했을 당시 신청자의 소득을 확인하기 위해 이 섹션에 해당하는 서류를 요청할 수 있습니다. 다음 문서 중 하나는 재정 지원 자격의 최종 결정 근거가 되는 충분한 증거로 간주될 수 있습니다.

1. 'W-2' 원천징수 명세서
2. 급여 명세서
3. 가장 최근 신고한 역년의 소득세 신고서
4. Medicaid 및/또는 주정부 의료 지원 자격의 승인/거부 양식
5. 실업 급여 승인 또는 거부 양식
6. 고용주 또는 복지 기관의 서면 진술서

신청자가 위에 나열된 서류 중 어떤 것도 제공하지 못하는 경우, 신청자의 서명이 있는 본인의 소득을 증명하는 서면 증명서에 의존할 수도 있습니다.

Fred Hutchinson Cancer Center는 재정 지원 자격 결정 목적으로 환자 또는 책임 당사자 자산의 존재, 가용성, 가치를 고려하지 않습니다.

신청서를 뒷받침하는 문서의 사본은 신청서와 함께 보관됩니다. 자격은 환자 계정부 및/또는 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services Department)에서 결정합니다.

Fred Hutchinson Cancer Center는 모든 신청서 및 서류 자료를 받은 지 14일 안에 신청자가 금전적으로 부담해야 할 금액을 포함한 최종 결정서를 서면으로 제공합니다. 거부 근거를 포함한 거부는 서면으로 작성되며 이의 제기 또는 재고려를 위한 다음의 지침이 포함됩니다.

신청자는 통지를 받은 지 30일 이내에 최고 재무 책임자에게 소득 또는 가족 규모에 대한 추가 증빙을 제공하여 재정 지원 결정에 대한 이의를 제기할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 Fred Hutchinson Cancer Center 이의 제기 위원회의 검토를 거쳐 최종 결정됩니다. 이 결정이 이전의 재정 지원 거부를 지지하는 경우, 주법에 따라 책임 당사자 및 보건국에 서면 통지가 발송됩니다.

요청이 거부되는 경우, 거부에 대한 소통이 이루어진 후 14일 동안은 수금 활동이 개시되지 않습니다. 이의 제기가 제출된 경우, 이의 제기가 마무리될 때까지 수금 활동이 중단됩니다.

Fred Hutchinson Cancer Center는 Internal Revenue Code의 Section 501(r)(5)(b)(4)에 설명된 회고 방식을 사용하여 이 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy)이 적용되는 서비스를 받는 모든 신청자에게 총청구액 또는 해당 서비스를 보장하는 보험이 있는 개인에게 청구되는 AGB 이상을 청구하지 않습니다. 신청자는 Patient Financial Services Department에 문의하거나 웹사이트를 방문하여 Fred Hutchinson Cancer Center AGB 계산 도표(AGB Calculation Information Sheet)(부록 III) 사본을 받을 수 있습니다.

Fred Hutchinson Cancer Center Financial Assistance Policy에서 보장하는 서비스에 대한 정보가 필요한 경우, Covered Providers and Services List(보장 I)를 확인하거나 Patient Financial Services Department에 문의하여 사본을 받으십시오.

재정 지원금으로 보장되지 않는 금액에 대한 본 병원의 청구 및 수금 방식은 Fred Hutchinson Cancer Center 수금 정책(Collection Policy)에 설명되어 있습니다.

환자의 서비스 지불 능력이나 개인의 후원 상태 결정에 따라 응급 치료에 대한 이용이 지연되거나 거부되지 않습니다.

통지 및 언어 이용

Fred Hutchinson Cancer Center Financial Assistance Policy, Financial Assistance Policy 쉬운 요약(Plain Language Summary), Covered Providers and Services List(부록 I), Criteria for Tiered Financial Assistance Awards(부록 II), AGB Calculation Information Sheet(부록 III), 재정 지원 신청서, Fred Hutchinson Cancer Center Collection Policy는 영어, 스페인어, 베트남어, 중국어, 한국어, 러시아어로 제공됩니다. 825 Eastlake Ave. East, Seattle, Washington, 98109에 있는 Fred Hutchinson Cancer Center's Lake Union Clinic에 방문하면 재무 상담 부서(Financial Counseling Department)에서 해당 문서의 사본을 받을 수 있습니다. Patient Financial Services Department에 (206) 606-6226번 또는 수신자 부담 전화 1 (800) 304-1763번으로 전화하거나 fincounsel@seattlecca.org에 이메일로 요청 시 사본을 무료로 우편 또는 이메일로 받을 수 있습니다. 825 Eastlake Ave East, Mailstop: G3-650, Seattle, Washington 98109에 서면 요청을 보내셔도 됩니다. 병원 웹사이트인 <https://www.seattlecca.org/patients/financial-assistance>에서 해당 문서의 사본을 다운로드할 수 있습니다. 본인을 위해 입원 또는 외래 서비스를 받고자 하는 개인에게 이 정책의 Plain Language Summary를 제공합니다. Fred Hutchinson Cancer Center는 청구 명세서에 이 정책 하의 재정 지원 이용 가능성에 대한 서면 통지를 포함합니다. Fred Hutchinson Cancer Center는 대중에게 Financial Assistance Policy를 알리는 표지판을 병원 내 적절한 공공장소에 비치할 예정입니다. 적절한 경우, Fred Hutchinson Cancer Center는 커뮤니티 그룹 및 조직과 협력하여 커뮤니티 거주자에게 Financial Assistance Policy 요약본 사본을 제공할 예정입니다.

요건

해당 사항 없음

참고 사항

- 26 USC §501(r)
- Financial Assistance /Charity Care Application Form
- Internal Revenue Code section 501(r)(5)(b)(4)
- Fred Hutchinson Cancer Center Collection Policy
- Medicare(타이틀 XVIII);
- Medicaid(타이틀 XIX)(Washington Apple Health);
- RCW Chapter 70.170
- WAC Chapter 246-453-040
- Covered Providers List_FAP 부록 I
- Criteria for Tiered FA Awards_FAP 부록 II
- AGB Calculations Info Sheet_FAP 부록 III