

Carolinas HealthCare System

병원 보험 커버리지 및 재정 보조에 관한 방침

작성일:	10/1/2013	승인분:	5/11/2015
		개정일:	2/9/2016

목적

병원 보험 커버리지 및 재정 보조 (CAFA) 방침은 CHS의 자원과 지역사회의 필요에 상응하는 적정선의 구호 치료를 제공하려는 Carolinas 의료보험 시스템 (CHS)의 목적을 지원한다. CHS는 환자들이 다양한 프로그램으로부터 보험 커버리지를 받을 수 있도록 도울 것과 또한 의료적 치료가 필요한 병원 입원환자, 외래환자 또는 응급치료를 필요로 하는 모든 환자들에게 재정 보조 (FA)를 제공하는 일에 전념한다. CHS는 환자의 지불 능력에 관계없이 의료적으로 필요한 응급치료를 언제든지 제공한다.

본 방침은 하기에 목록된 CHS 시설에서 제공되는 병원 치료 서비스에 적용됩니다.

- Carolinas 의료보험 시스템 Anson
- Carolinas 의료보험 시스템 행동 건강 - Charlotte
- Carolinas 의료보험 시스템 행동 건강 - Davidson
- Carolinas 의료보험 시스템 Cleveland
- Carolinas 의료보험 시스템 Kings Mountain
- Carolinas 의료보험 시스템 Lincoln
- Carolinas 의료보험 시스템 NorthEast
- Carolinas 의료보험 시스템 Pineville
- Carolinas 의료보험 시스템 Stanly
- Carolinas 의료보험 시스템 Union
- Carolinas 의료보험 시스템 University
- Carolinas 메디컬 센터
- Carolinas 메디컬 센터 – Mercy
- Carolinas 재활
- Levine 아동 병원

CHS는 보험 커버리지 및 재정 보조를 환자에게 제공하기 위하여 다음과 같은 다섯가지의 주요 목적을 갖고 있습니다:

- “보살핌”이라는 변함없는 CHS의 핵심 가치의 모델이 된다.
- CHS의 재정 보조의 수혜 자격 전에 환자가 다른 적당한 보험 커버리지 혜택의 기회가 있는지를 철저히 확인한다.
- 환자의 지불 능력에 기준하여 재정 보조를 제공한다.
- CHS는 재정 보조와 관련된 모든 해당 연방 또는 주 규정을 확실하게 준수한다.
- 환자의 부담을 최소화하고 관리자에게는 비용이 효율적인 처리 절차를 수립한다.

용어 정의



본 방침 내용에서 사용된 용어들은 다음과 같이 해석됩니다:

1. **진료비 차등제:** Mecklenburg 카운티의 극빈 환자가 환자의 수입에 기준한 환자 부담액 (co-pay)으로 만 외래환자 병원 치료를 받을 수 있도록 허용한 프로그램.
2. **선택성 치료:** 의사의 의견에 따라, 필요하지 않거나 안전하게 지연시킬 수 있는 치료
3. **응급치료:** 의사의 의견에 의하여, 환자의 건강을 심각하게 위태롭게 하거나, 신체기능에 심각한 손상을 초래하거나 또는 장기 또는 신체 부위에 심각한 기능장애를 초래하는 것을 방지하기 위하여 즉각적으로 필요한 치료.
4. **재정 보조 점수 (FAS Score):** 환자의 재정상태를 입증하는 데에 있어 적극적이고 일관적이며 자동화된 방법을 제공하기 위하여 제 3 자 외부업체의 도움으로 개발된 점수.
 - FAS 점수는 신용점수가 아니다.
 - FAS 점수는 환자가 극빈자일 가능성을 결정하기 위하여 9,000 개 이상의 자료와 2 억 이상의 기록이 들어있는 다양한 데이터베이스에 의존하여 산출된다.
 - FAS 점수의 산출 요소는 연방 빈곤 기준선에 맞춰진 산출된 가계 수입 인덱스.
 - 다른 검토 요소들은 인구조사 데이터, 소비자 거래내역, 자산 소유 파일과 유틸리티 파일 등을 포함한 다른 모든 관련 자료들이 된다.
5. **가계 재정 수입:** 하기 목록된 수입을 포함한 다른 모든 수입:
 - 세금전 연간 가계 근로 소득
 - 실업 수당
 - 산재 보상금
 - 사회보장 연금 및 생활 보조금
 - 재향군인 연금
 - 연금 또는 퇴직금
 - 임대수입, 위자료, 양육비 및 그밖의 출처로부터의 소득을 포함한 다른 모든 적용 가능한 수입
6. **의료적으로 필요한:** 생명을 위협하는, 고통 또는 통증을 유발하는, 신체적 기형 또는 기능 장애를 유발하는, 장애의 유발 또는 악화를 위협하거나, 또는 종합적인 질환 또는 병약 상태를 초래할 수 있는 발병 또는 악화되가는 상태에 대한 진단, 완화, 교정, 치료 또는 방지하기 위하여 환자에게 제공되는 병원 치료.
7. **기타 다른 커버리지 옵션:** CAFA 의 검토 결과 환자 청구 계정(들)에 대하여 제 3 자 지불을 받아 낼 수 있는 옵션. 그것은 산재보상, 메디케어와 메디케이드와 같은 정부 차원의 플랜, 주/연방 기관 플랜, 피해자 보상금 등, 또는 자동차 사고 또는 다른 사고로 인한 제 3 자 책임 보상금 등을 포함함 모든 지불 기회를 포함.

방침

Carolinas 의료보험 시스템은 무보험 환자들에 대한 재정 보조 자격 여부를 결정하는 데에 있어서 치료가 제공된 병원 부서를 기준으로 두가지의 다른 절차를 적용합니다. 치료 종류의 제공 부서에 따라 두개의 그룹으로 분류됩니다:

1. **카테고리 I** - 치료비가 \$10,000 또는 그 이상이 되는 치료를 받은 모든 입원환자 서비스와 관측 서비스 그리고 외래환자 병원 서비스. 위탁 랩 서비스, 진료비 차등제 그리고 외래환자 약국 사용 계정은 제외됩니다.
2. **카테고리 II** - 치료비가 \$10,000 또는 그 미만이 되는 치료를 받은 다른 모든 병원 외래환자 또는 응급치료 서비스. 위탁 랩 서비스, 진료비 차등제 그리고 외래환자 약국 사용 계정은 제외됩니다.

카테고리 I

카테고리 I 서비스에 속하는 모든 무보험 환자들은 CHS 재정 상담 팀에 의해서 검토를 받습니다.



캐티고리 I 서비스를 받는 환자들은 재정보조에 대한 검토를 받기 전에 보험 커버리지 보조/재정보조 (CAFA) 신청서를 완전히 작성하여 제출하여야 합니다. CAFA 신청서는 환자가 다른 보험 커버리지 옵션에 자격이 있는지의 여부를 결정하기 위해 필요한 정보를 수집하기 위한 것입니다. 이러한 CAFA 절차 결과 다른 커버리지 옵션을 받을 수 있는 높은 가능성을 보이면, 환자는 환자가 CHS 재정보조에 대한 검토를 받기 전에 그러한 다른 커버리지 옵션들을 CHS의 도움을 받아서 찾아 보아야만 합니다. CHS 직원들이 그러한 보조 신청을 하는 데에 있어서 정신적 그리고/또는 신체적 장애가 있는 환자들에게 도움을 제공합니다. CHS는 환자의 수집된 재정 정보를 기밀로 유지하며 커버리지 보조 및 재정 보조를 받으려고 하는 환자들이 품위를 잃지 않도록 공손히 대우합니다. 재정보조 신청 절차는 보험 커버리지 보조 절차가 완전히 끝나고 환자가 다른 보험 커버리지 옵션에 대한 자격이 없다고 판정될 때까지 정식으로 시작되지 않습니다. 만약 환자가 다른 보험 커버리지 옵션들을 조사할 때 완전히 협조를 했지만, 그러한 보험 커버리지가 없는 것 같거나 또는 적절하게 거부됐다면, CHS는 환자가 재정보조를 받을 자격이 있다고 결정할 것입니다. **이러한 절차에 완전히 협조하지 않은 환자는 재정보조에 대한 자격이 없는 것으로 간주됩니다.**

캐티고리 I 자격 기준

1. 받을 수 있는 서비스:

- 의료적으로 필요한 (의사가 결정함) 모든 입원 환자 서비스.
- 치료비가 \$10,000 또는 그 이상되는 의료적으로 필요한 (의사가 결정함) 모든 외래환자 서비스
- 치료비가 \$10,000 또는 그 이상되는 응급실과 같은 환경에서 제공된 모든 병원 응급 치료 서비스.
- 치료비가 \$10,000 또는 그 이상되는 생명이 위협받는 상황에 대응하여 응급실이 아닌 병동에서 제공된 의료적으로 필요한 (의사가 결정함) 모든 비선택성 외래환자 병원 서비스.

2. 받을 수 없는 서비스:

- 선택성 및 성형 서비스
- 위탁 랩 서비스
- 외래환자 약국 서비스
- 진료비 차등제 적용 서비스 (병원 진료 방문, 외래환자 진찰, 그리고 진료비 차등제 환자 부담금 (co-pay)으로 비용이 처리되는 응급실 서비스)

3. 환자의 자격

- 가계 수입이 연방 빈곤 기준 (FPG)의 0%와 400% 사이에 속할 때.
- CAFA의 검토를 받고있는 환자의 청구 계정(들)에 대해서 다른 보험 커버리지 옵션에 자격이 없는 무보험자
- North Carolina와 South Carolina 주민
- 다른 커버리지 옵션을 결정하는 데에 있어서 완전히 협조하는 환자.

4. 환자의 무자격:

- 가계 수입이 연방 빈곤 기준 (FPG)의 401% 이상일 때.
- 진료비 차등제 프로그램을 통해서 보조를 받을 수 있는 환자
- 현재 건강 보험을 가지고 있는 환자.
- 검토를 받은 치료비 계정에 대해서 다른 보험 커버리지 옵션이 가능한 환자
- North Carolina 또는 South Carolina의 주민이 아닌 환자.
- 다른 커버리지 옵션을 결정하는 데에 완전히 협조하지 않은 환자.



캐티고리 I 에 대한 FA 할인 결정 :

- 의료적으로 필요하고 또한 비선택성 서비스에 대한 다른 커버리지 옵션이 가능한지의 여부를 결정하기 위하여 CAFA 신청서의 완전 작성.
- 재정보조 할인에 대한 자격은 평가 시점에서 제출되기 전 90 일간의 환자의 총 가계 재정 수입에 준함.
- 재정 도움은 결정 당시에 유효한 연방 빈곤 기준 (FPG)에 총 가계 재정 수입을 비교함으로써 결정됨.
- 총 가계 재정 수입이 FPG 의 200% 또는 그 이하라는 것을 증명할 수 있는 환자는 수혜 자격기간 동안 100% 할인을 받을 수 있음.
- 총 가계 재정 수입이 FPG 의 201%와 400% 사이에 있는 환자는 180 일 간의 수혜 자격기간 동안 부분적 할인을 받을 수 있음.
- 제 3 자 외부업체의 조회에서 환자가 상당한 재원이 있는 것으로 나타난 캐티고리 I 서비스를 받고 있는 환자들에 대해서, 그 모든 환자의 재원은 서비스 자격 여부를 결정할 때 고려 대상이 됨.
- 재정보조 조정 전에 수령된 환자의 지불은 환불되지않음.

캐티고리 I 환자 재정보조 등급				
최고 수입 범위	0-200% FPG	201%-300% FPG	301-400% FPG	≥401% FPG
조정 %	100%	75%	50%	0%
가족수	플랜 955605	플랜 955612	플랜 955613	
1	0-\$23,760	\$23,761-\$35,640	\$35,641-\$47,520	≥\$47,521
2	0-\$32,040	\$32,041-\$48,060	\$48,061-\$64,080	≥\$64,081
3	0-\$40,320	\$40,321-\$60,480	\$60,481-\$80,640	≥\$80,641
4	0-\$48,600	\$48,601-\$72,900	\$72,901-\$97,200	≥\$97,201
5	0-\$56,880	\$56,881-\$85,320	\$85,321-\$113,760	≥\$113,761
6	0-\$65,160	\$65,161-\$97,740	\$97,741-\$130,320	≥\$130,321
7	0-\$73,460	\$73,461-\$110,190	\$110,191-\$146,920	≥\$146,921
8	0-\$81,780	\$81,781-\$122,670	\$122,671-\$163,560	≥\$163,561

* 최고 수입 범위는 2016년 연방 빈곤 기준에 따른 것임

캐티고리 I 가계 자원 확인 및 수혜 자격 기간:

일반적으로, CAFA 신청서는 치료를 받을 당시 또는 그 후에 작성됩니다. CHS 의 등록관 또는 재정 상담자는 치료비를 지불할 수 없는 모든 환자들을 인터뷰하려고 노력합니다. CHS 는 적절하다면, 외부의 제 3 자의 모든 데이터를 사용하여 CAFA 신청서에 제공된 정보를 확인할 것입니다.



- 확인기간 - 총 가계 재정 수입은 신청일 전, 90 의 룎백 기간 (look-back period)을 기준으로하며 제 3 자 외부업체에 의해서 확인됩니다. 만약 제 3 자 외부업체에 의해 보고된 정보와 환자가 제공한 정보가 다른 경우, 환자에게 수입에 대한 추가 서류를 제공해 줄 것을 요청할 수 있습니다.
- 혜택 자격 기간 - 일단 승인되면, 의료적으로 필요한 그리고 비선택성 치료 서비스에 대한 재정보조 수혜 자격기간은 승인날로 부터 180 일입니다. 이 자격기간 동안 다른 커버리지 옵션에 자격을 받을 수 있는 새로운 높은 가망성을 보이는 변경 사항이 발생하면, 그 변경 사항을 이용하여 가능한 모든 재정보조 자격을 받을 수 있도록 환자는 지속적으로 노력해야 합니다.
- 서류 - 추가적으로 수입을 확인하기 위하여 고용주 및 금융기관으로부터 발행된 서류의 제출을 환자에게 요청할 수 있습니다. 재무제표 및 수입 증명서 그리고 제 3 자 외부업체 서류들은 10 년 동안 또는 법에 규정된 기간 동안 CHS 가 보관합니다. 정보 은닉을 포함한 허위 재정 정보 제공은 재정보조 거부의 원인이 될 수 있습니다.
- 사기 - 정보 수집 절차 중, 환자가 제공한 정보가 허위로 판단되거나 또는 환자가 CHS 에 알려지지 않은 다른 출처로부터 의료 서비스에 대한 의료비를 받았다는 증거를 CHS 가 입수하게 되면, CHS 는 본 방침에 따라 제공된 재정보조 조정을 번복할 모든 권리를 보유합니다.

캐티고리 II

CHS 는 캐티고리 II 서비스에 대한 재정보조 자격을 결정하는 데에 있어 추정적 절차를 사용합니다. 캐티고리 II 서비스를 받는 모든 무보험 환자들은 재정보조 할인에 대해서 자동적으로 평가를 받는데 그것은 재정보조 점수 (FAS)에 기준한 것입니다. 환자는 보조를 받기 위해 CAFA 신청서를 작성할 필요가 없습니다. FAS 점수는 첫번째 청구서 발부 전에 배정됩니다. FAS 는 CHS 가 선정한 경험있는 제 3 자 전문인에 의해서 등록된 채정방식 (scoring algorithms)에 준해서 배정됩니다. CHS 는 정기적으로 그 알고리즘을 시험하여 그것이 일관성있게 적용되고 또한 FAS 한계치를 필요한 대로 적절히 조정하는 지를 확인합니다.

자격이 된다고 판정된 환자들은 수혜 가능 서비스에 대해서 100% 재정보조 할인 혜택을 받습니다. 각 응급실 환자는 응급실에서 받는 서비스에 대해 \$75.00 의 환자 부담금 (co-pay)를 지불해야만 합니다.

추정적 재정보조 할인에 대해 무자격으로 판정된 캐티고리 II 서비스를 받은 환자들은 청구서와 그들의 무자격 통보 편지를 받게 될 것입니다.

1. 받을 수 있는 서비스:

- 치료비가 \$10,000 이하가되는 의사에 의해서 결정된 의료적으로 필요한 (의사가 결정함) 모든 외래환자 서비스
- 치료비가 \$10,000 이하가되는 응급실과 같은 환경에서 제공된 모든 병원 응급 치료 서비스.



2. **받을 수 없는 서비스:**

- 선택성 및 성형 서비스
- 위탁 랩 서비스
- 외래환자 약국 서비스
- 진료비 차등제 적용 서비스 (병원 진료 방문, 외래환자 진찰, 그리고 진료비 차등제 환자 부담금 (co-pay) 으로 비용이 처리되는 응급실 서비스)

3. **환자의 자격:**

- 연방 빈곤 기준선에 맞춰 산출된 FAS 점수.
- 현재 건강보험 커버리지가 없는 환자

4. **환자의 무자격:**

- 현재 보험 커버리지가 있는 환자
- 다른 커버리지 옵션 자격이 있는 환자
- 진료비 차등제 프로그램을 통한 보조를 받을 자격이 있는 환자.

캐티고리 II 에 대한 FA 할인 결정

- 캐티고리 II 서비스에 대한 FA 자격은 첫번째 청구서 발부 전에 제 3 자 외부업체로부터 받은 CHS FAS 점수를 기준으로하여 결정됩니다.
- 적격한 FAS 점수를 받아서 캐티고리 II 서비스를 받는 각 환자는 100% 할인 혜택을 받습니다.
- FA 할인에 대한 무자격은 편지로 통보됩니다.
- 재정보조 조정 전에 수령된 환자의 지불은 환불되지 않습니다.
- 메디케어 청구 규정에서 결정된 대로 제공된 캐티고리 II 서비스에 대한 각 청구가능 치료가 FA 자격이 되는지의 여부는 별도로 평가됩니다.

보험 커버리지 보조 및 재정보조 신청:

CAFA 신청서는 캐티고리 I 서비스를 받는 환자들을 위한 것입니다. 상기에 언급된 바와 같이 CHS 팀원들은 모든 무보험 캐티고리 I 서비스 환자들을 인터뷰하기 위해 그리고 그들이 CAFA 신청서를 완전히 작성하도록 돕기 위해 열심히 노력합니다. CHS 는 일단 커버리지 보조 절차가 완전히 끝나면 재정보조에 대한 자격 여부를 결정합니다. CAFA 신청서를 작성하는 데에 환자가 협조하는 상황에서, 커버리지 보조 절차가 완료됐을 때 CHS 는 자동적으로 재정보조 자격을 결정합니다. 만약 CHS 팀원들이 캐티고리 I 서비스를 받는 환자를 인터뷰할 수 없으면, 환자는 온라인에서 보험 커버리지 보조/재정보조 신청서를 다운로드 받아 CHS 로 작성된 신청서를 보내면 됩니다. 또한 환자가 704/512-7000 으로 전화하셔서 신청서를 요청하시면 우편으로 환자에게 보내드립니다. 또는 캐티고리 I 서비스를 받는 환자들은 치료를 받으실 당시 직접 신청하실 수도 있습니다.

캐티고리 II 서비스를 받으시는 환자들은 보험 커버리지 보조 또는 재정보조 신청서를 작성하실 필요가 없습니다. 캐티고리 II 서비스를 받으시는 환자들에게는 마지막 청구서를 발부할 때 자동적으로 재정보조 자격 여부에 대한 검토를하게 됩니다. 이러한 절차를 거쳐 자격이 없는 것으로 판정된 환자는 우편으로 서면 통지서를 받습니다. 만약 FAS 점수로 봐서 환자는 자격이 없다고 간주됐지만, 환자 자신은 재정보조를 받을 자격이 있다고 믿는다면, CAFA 신청서를 온라인으로 다운로드 받아서 작성된



양식을 CHS 로 보내심으로써 CAFA 를 신청하실 수 있습니다. 또한 환자가 704/512-7000 으로 전화하셔서 신청서를 요청하시면 우편으로 환자에게 보내드립니다. 완전히 작성된 CAFA 신청서만이 심사됩니다. CAFA 신청을 하신 환자들은 재정보조 할인 자격 여부가 검토되기 전에 다른 커버리지 옵션을 찾아 보셔야 합니다.

모든 신청서는 하기 주소로 우송하십시오:

CHS System Business Office
ATTN: Financial Counseling Department
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

일단 신청서가 접수되고, 필요하다면, CHS 재정 상담인이 환자에게 연락할 것입니다.

교신 방침:

CHS 는 다음과 같은 방법으로 CAFA 절차의 가능성에 관해서 모든 환자들과 교신합니다:

- CHS 웹사이트
- 모든 병원 청구서에 내용 포함
- 응급실 및 환자 접수과에 정보 게시
- 재정 상담인이 환자와 가족들과의 현장 인터뷰
- 환자 회계 관리 서비스부

미지불에 대한 조치

서비스에 대한 청구가 지불이 안됐을 경우에 CHS 병원이 취할 조치는 별도의 청구서 및 미수금 추심 방침에 서술되었으며, 그것의 무료 사본을 원하시면 환자 회계 관리부, 전화 704-512-7000 으로 전화하셔서 요청하시면 받아 보실 수 있습니다.

서비스의 질적 보증 및 기타 규정:

CHS 팀원들은 자신의 가족, 친구, 지인 및 직장 동료들을 위해서 추천을 하거나 그리고/또는 그들의 CAFA 신청서를 처리할 수 없습니다. PFS 서비스 보증부는 카테고리 I 환자들에 대해 처리된 FA 할인 계정들에 관한 정기적 감사를 실행하는 데, 그것은 적절한 서류가 파일로 보관된 것을 확인하기 위한 것입니다. PFS 서비스 보증부는 또한 카테고리 II 처리도 테스트하는데, 그것은 적절한 조정이 이뤄졌는지를 (PFS 방침 3.01) 확인하기 위한 것입니다.

