

 National Jewish Health™ Science Transforming Life®	재정	
	정책명	재정 지원 프로그램
	효력일	2002 년 10 월
	허가일	
	다음 승인일	2014 년 7 월 1 일
	정책 담당자	Jennifer Bourassa
승인주체: National Jewish Health 이사회		

정책 강령

National Jewish Health(이하 'NJH 병원'으로 지칭)는 제한적인 재정상황을 가진 환자를 포함한 모든 환자들에게 의료 서비스 접근권을 제공한다는 원칙에 의거하여 설립되었습니다. 이러한 노력의 일환으로 National Jewish Health는 다양한 지원 프로그램에 참여하고 있을 수 있습니다. NJH 병원은 IRS-IRC 501(r)을 포함한 모든 주와 연방 규제/지침을 준수할 것입니다. 우리 NJH 병원은 재정 지원프로그램의 자격이 되는 환자들에게 병원 웹사이트에 고지된 일반 청구 금액(Average Generally Billed 또는 AGB 요율)보다 더 높은 금액이 청구되지 않도록 보장할 것입니다.

NJH 병원은 자체적으로 운영하는 재정 지원 프로그램도 제공합니다. 이 재정 지원 프로그램(NJFAP)은 병원비를 지불하는데 도움을 필요로 하는 보험 미가입 또는 부분적 보험 가입 환자들에게 제공됩니다. 재정 지원 프로그램(NJFAP)은 본 정책에 나와있는 미리 정해진 범주를 토대로 자격을 갖춘 모든 환자들에게 제공되며 이용가능합니다.

환자 재정 상담 사무소(Patient Financial Counseling Office)는 재정 지원 프로그램(NJFAP)을 운영하며 환자가 제공한 재정 정보와 이미 정해진 지침을 모두 토대로하여 각 신청서를 평가하려 노력합니다.는 환자의 지불능력을 판단하는데 있어 단독 재량권을 가지고 있습니다.

범위

NJH 병원의 재정 지원 프로그램(NJFAP)은 최대 400 퍼센트의 빈곤선까지의 환자들에게 제공됩니다.

NJH 병원 재정지원프로그램(NJFAP)은 자격을 갖춘 새로운 환자 및 기존 환자들 모두에게 제공가능하며 지원목록은 다음과 같습니다.

인증받은 NJH 병원로 간주되는 장소에서 제공된 모든 서비스: Appendix(부록) A 를 참조하세요.

NJH 병원의 재정 지원 프로그램(NJFAP)는 다음을 지원하지 않습니다.

- Appendix(부록) A 에 실리지 않은 시설 또는 장소에서 NJH 병원의 소속 의사가 제공한 서비스
- Appendix(부록) A 에 실린 장소에서 제공됐지만 Appendix(부록) B 에 실리지 않은 독립 의사/시설 그룹(들)이 수행하고 금액이 청구된 서비스.
- 의사 의료 서비스 및 처방약에 대해 지불해야할 보험 환자 공동 부담금(co-payment)

- 약국 처방 제한을 포함하여 보험이 거부된 서비스
- NJH 병원의 소속 의료 서비스 제공자가 아닌 사람이 주문한 부가적인 서비스
- 환자 식사, 숙박 및 편의 목록

절차

NJH 병원 재정 상담가들은 재정 지원 프로그램 서비스를 신청한 환자들을 평가할 것입니다. 재정상담가들은 환자들을 사전심사할 것이며 해당 환자가 메디케이드, 콜로라도 저소득 지원 프로그램(CICP), 저비용 어린이 보험(CHP+) 또는 메디케이드 파트 B 및 D 재정 지원 프로그램 등의 자격을 갖췄는지 판단할 것이며 만일 해당될 시에는 이러한 프로그램을 신청하도록 권고할 것입니다.

NJH 병원은 병원 웹사이트 및 환자 재정 상담 사무실(Patient Financial Counseling Office)을 통해 병원의 재정 지원 프로그램에 대한 정보를 제공하고 제출해야 할 신청서를 교부할 것입니다. 또 병원은 콜로라도 저소득층 지원 프로그램(Colorado Indigent Care Program)에 바탕을 둔 정의 및 범주를 포함하는 신청서를 사용할 것입니다. 이에 더해, 환자 병원 재정 지원 프로그램에 대한 정보 및 환자 재정 서비스 고객 서비스 라인으로 들어온 질문은 환자 의료비 청구서, 병원 시설내 표지판, 새 환자용 자료집에도 포함되어 있습니다.

재정 상담 사무실에 연락을 하시면, 환자들은 재정 지원을 신청하기 위해 필요한 문서 목록을 제공받습니다. 환자는 우편, 팩스, 이메일을 통해 또는 직접 사무실 방문을 통해 해당 문서를 제출할 수 있습니다. 재정 상담가는 모든 데이터를 취합하여 신청서를 완성할 것입니다. 신청 절차는 연방 빈곤선 최대 400 퍼센트까지 이를 토대로 재정 지원을 결정할 것이고 환자 공동 부담금(copayment) 또는 승인되는 할인율을 결정할 것입니다. 어떤 경우에도 재정 지원의 자격이 되는 환자들이 지불하실 금액은 메디케어의 행위별 수가 보험 가입자 또는 민간 건강 보험 가입자에게 청구되는 유사한 의료 서비스에 대한 일반 청구 금액(AGB)을 초과하지 않을 것입니다.

Appendix(부록) C 를 참조하세요.

본 정책과 재정 지원 신청서에 대한 부록들은 현재 상황 및 조건을 반영하기 위해 수정될 것입니다.

지침

- I. 우리 병원 재정 지원 프로그램(NJFAP)을 신청하시는 콜로라도 비거주민은, 신청 내용과 관련이 있을 경우에, 본인 거주주에서 메디케이드를 거부당했다는 현재 증빙서류를 반드시 제공해야 합니다. 만일 재정 지원의 필요가 있지만 환자가 다른 지원 자격이 되지 않는 경우 우리 병원 재정 상담사들은 해당 환자가 우리 병원의 재정 지원 프로그램(NJFAP)의 자격이 되는지 결정할 것입니다.
- II. 메디케어 파트 B, 메디케어 파트 D, 거주하고 있는 주의 교환 보험, 메디케이드, 어린이 건강보험 프로그램(CHIP)을 포함하고 이에 제한되지 않는 기타 프로그램 등에 등록할 자격이 되는데 등록을 거부하거나 또는 이러한 프로그램의 신청 요건을 준수하는데 실패한 환자들은 우리 병원의 재정 지원 프로그램(NJFAP)을 신청할 자격이 되지 않습니다.

- III. 우리 병원의 재정 지원 프로그램(NJFAP)에 대한 최초 자격 기간은 12 개월입니다. 이 프로그램의 지원을 계속 받기 위해서 각 환자는 각 12 개월의 마지막에 재신청을 하셔야 합니다. 최초 12 개월 동안 또는 그 뒤 12 개월 동안의 기간 등 해당 기간에 만일 소득 또는 가족 구성원 변화 등 재정 상황에 변화가 있다면 업데이트된 또는 신규 신청서를 반드시 완성하셔야 합니다. 이 프로그램 신청자들은 소득, 가족 구성원 변화, 보험보장 또는 보험계획에 있어서의 변화가 발생한 지 30 일안에 우리 NJH 병원의 재정 상담 사무실(Financial Counseling Office)에 알릴 의무가 있습니다.
- IV. 환자 재정 서비스(Patient Financial Services)는 칠(7)년 동안 신청서와 신청과 관련한 모든 재정 기록을 보관합니다.
- V. 상업 건강 보험, 임직원 보상, 메디케이드 또는 기타 보험을 통해 약을 포함하여 보험 보장 혜택을 받고 있는 환자들은 반드시 우선 이러한 보험 혜택을 활용하고 다 사용하셔야 합니다. 우리 병원 시설에 대한 접근을 거절한 보험 가입 환자들은 우리 병원의 재정 지원의 자격이 되지 않습니다. 우리 병원에 대한 접근을 거절한다고 간주되는 보험은 환자가 우리 NJH 병원을 이용에 대해 승인하지 않고 이에 대한 비용 지원을 거부하거나 만일 임상적으로 효과를 보기에 너무 제한적인 보장범위를 가지고 있는(예, 의사 방문만을 보장하는 보험, 해당 보험에서 요구하는 연계(네트워크의) 의료인만을 활용하게 하는 보험, 또는 약과 관련된 제약 및 제한이 있는 보험).
- VI. NJH 병원의 재정 지원 프로그램(NJFAP)은 NJH 병원에서 소속 의료 서비스 제공자가 환자에게 제공하고 주문하여 환자가 받은 의료 서비스에 대한 공동 보험, 환자기본부담금(deductibles), (메디케이드, 콜로라도 저소득 지원 프로그램(CICP), 또는 니즈를 기반으로 한 기타 프로그램에서 요하는 공동 보험, 환자 기본 부담금(deductible) 및 환자 공동 부담금(co-pay) 또는 의사 서비스에서 기인한 환자 공동 부담금(co-pay)을 제외하고)에 있어 환자들을 도울 수 있도록 이용가능합니다.
- VII. 환자들은 납입금액이 본인 지불로 변경된 첫날로부터 최대 240 일까지 재정지원을 소급적으로 신청할 수 있을수도 있습니다.
- VIII. 2 차 보험으로 Out of state 메디케이드 프로그램에 자격이 되는 신청자들은 NJH 병원이 다른 주(out of state) 메디케이드 프로그램에 등록이 되어 있지 않은 경우 우리 병원 재정 지원 프로그램(NJFAP) 신청 자격이 됩니다. 주 보험 그리고/또는 2 차 보험 요건은 여전히 반드시 준수하셔야 합니다. 우리 병원 재정 지원 프로그램(NJFAP)은 항상 보험가입자의 최후의 보루가 될 것입니다.
- IX. NJH 병원은 해당 신청서를 처리하기 위한 목적으로 신청자의 신용 정보 이력의 검토를 포함하여, 제공받은 모든 정보를 검토할 권리를 가집니다.
- X. 현재 지불해야 하는 금액을 지불하지 않거나 지불 계획을 불이행하는 환자들은 재정 지원 자격을 상실하게 됩니다(소급적용된 지원자격 철회포함).
- XI. . 요청받은 문서를 제공하기를 거부하거나 신청 날짜로부터 30 일이 지난 후에 불완전한 정보를 제공하는 환자들은 지원자격을 상실하게 됩니다.
- XII. 또다른 시설에서 제공된 NJH 병원 소속 의사의 의료 서비스에 대해서, NJH 병원은 해당 시설에서 정해져있는 재정 지원을 제공할 수도 있습니다. 적용되는 재정 지원 할인은 본 병원 웹사이트에 공지된 일반 청구 금액(AGB)일 것입니다.

- XIII. 환자는 지원신청 승인/거부 날짜로부터 15 일 안에 관리자에게 이의를 요청을 하실 수 있습니다. 재정 상담 관리자는 이 이의 신청에 대한 모든 요청을 환자 재정 서비스 관리자(Patient Financial Services Manager)에게 제시할 것입니다. 관리자 이의신청(Management Appeal)을 한다고 해서 재정 지원 승인이 보장되는 것이 아닙니다.
- XIV. 재정 지원 신청서를 조작하거나 신청 요건과 관련한 정보를 제공하지 않는 환자는 이 프로그램의 자격을 상실하게 되며 이 프로그램의 혜택을 받는 동안 발생된 모든 비용에 대해 이 프로그램 등록 첫날 발생한 금액까지 소급적용하여 모든 비용에 책임을 지게됩니다.
- XV. . 본 정책에 대한 모든 예외사항은 경영진의 승인 여부에 달려있습니다.

검토인:

Christine Forkner, John Frantz, Maricella Bulger, Tanya Tenorio

FAP Appendix A



National Jewish Health 인허가 병원 위치:

- National Jewish Health (본관) 1400 Jackson Street, Denver, CO 80206
- NJH Sleep Center (수면 전문 센터) Englewood 7877 South Chester Street, Englewood, CO 80112
- NJH Highlands Ranch 8671 S. Quebec St. Suite 120, Highlands Ranch, CO 80130
- NJH South Denver 499 East Hampden Ave. Suite 300, Englewood, CO 80113
- NJH Northern Hematology Oncology(혈액 종양 전문병원) 9451 Huron St., Thornton, CO 80260
- NJH Western Hematology Oncology(혈액 종양 전문병원) 400 Indiana St., Suite 230 Golden, CO 80401

FAP(재정 지원 프로그램) 부록 B



독립 전문의/시설 그룹에 의해 비용이 청구되는 National Jewish Health 의료 서비스

- US Anesthesia Partners of Colorado (콜로라도 미국 마취 전문의 파트너사)
- Blue Sky Neurology (블루 스카이 신경학 전문병원)

APPENDIX(부록) C

재정 지원
소득 및 할인 계획

표 1: 재정 지원을 위한 가족 소득 범위

가족인원수	100% FPL	150% FPL	200% FPL	250% FPL	300% FPL	350% FPL	400% FPL
1인	\$12,140	\$18,210	\$24,280	\$30,350	\$36,420	\$42,490	\$48,560
2인	\$16,460	\$24,690	\$32,920	\$41,150	\$49,380	\$57,610	\$65,840
3인	\$20,780	\$31,170	\$41,560	\$51,950	\$62,340	\$72,730	\$83,120
4인	\$25,100	\$37,650	\$50,200	\$62,750	\$75,300	\$87,850	\$100,000
5인	\$29,420	\$44,130	\$58,840	\$73,550	\$88,260	\$100,000	\$100,000
6인	\$33,740	\$50,610	\$67,480	\$84,350	\$100,000	\$100,000	\$100,000
7인	\$38,060	\$57,090	\$76,120	\$95,150	\$100,000	\$100,000	\$100,000
8인	\$42,380	\$63,570	\$84,760	\$100,000	\$100,000	\$100,000	\$100,000

- 가족규모: 가족구성원이 8인이 넘는 가족은 9번째 구성원부터 한 명당 \$4160을 소득에 더합니다. 가구 소득이 \$100,000을 넘는 가족은 가족규모와 관계없이 재정 지원의 자격이 되지 않습니다.

- FPL: "연방빈곤선(FEDERAL POVERTY LEVEL)"은 매년 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)에 의해 결정됩니다.

표 2: 할인액 및 환자 부담금

환자 가구소득	LESS THAN 100% FPL	101% - 150% FPL	151% - 200% FPL	201% - 250% FPL	251% - 300% FPL	301% - 400% FPL	
환자 할인					60%		
환자부담금	본인부담액 (CO-PAY)	본인부담액 (CO-PAY)	본인부담액 (CO-PAY)	본인부담액 (CO-PAY)	40%	일반 청구 금액(AGB)	
환자 지불금 (CO-PAYS)							
입원 병원 (1박 당)	\$22 - \$235	\$330 - \$450	\$585 - \$900	\$945			
외래환자 병원/의사 (일일)	\$15 - \$30	\$30 - \$35	\$35 - \$45	\$50			
기타 외래환자 (의료 상담건수당)	\$30 - \$185	\$250 - \$335	\$425 - \$645	\$680			