	Johns Hopkins Medicine 재정 지원 정책 안내서 일반	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 재정 지원	페이지	1/10
		교체일	2021/10/01

이 문서는 아래의 참여 기관에 적용됩니다.

HCGH OB/GYN Associates	Howard County General Hospital, Inc.	Johns Hopkins All Children's Hospital	Johns Hopkins Bayview Medical Center, Inc.
Johns Hopkins Community Physicians	Johns Hopkins Home Care Group, Inc.	Johns Hopkins Regional Physicians, LLC	Johns Hopkins Surgery Centers Series
Johns Hopkins University School of Medicine	Pediatric Physician Services, Inc. (FL)	Sibley Memorial Hospital	Suburban Hospital, Inc.
The Johns Hopkins Hospital	West Coast Neonatology, Inc.		

**키워드:** 지원, 청구서, 채무, 재정, 의료

차례	페이지 번호
I. <a href="#">목적</a>	1
II. <a href="#">정책</a>	1
III. <a href="#">질차</a>	2
IV. <a href="#">용어 정의</a>	8
V. <a href="#">참고문헌</a>	10
VI. <a href="#">후원</a>	10
VII. <a href="#">검토 주기</a>	10
VIII. <a href="#">승인</a>	10
<a href="#">부록 A: DC 규정 특정 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정) 재정 지원 조항</a>	<a href="#">여기를 클릭하십시오</a>
<a href="#">부록 B: 재정 지원 신청서</a>	<a href="#">여기를 클릭하십시오</a>
<a href="#">부록 C: JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL 재정 지원 조항</a>	<a href="#">여기를 클릭하십시오</a>


## I. 목적

Johns Hopkins Medicine은 의료 요구가 있으나 보험이 없거나 불충분하거나 정부 프로그램 자격이 되지 않거나, 개인 재정 상황을 토대로 의학적으로 필요한 치료 비용을 지불할 수 없는 환자를 대상으로 재정 지원을 제공하려고 합니다.

## II. 정책

이 정책은 환자의 재정 지원 수혜 자격을 결정하는 데 사용될 기준을 포함하며 재정 지원 수혜 자격 결정에 사용될 과정 및 가이드라인과 재정 지원 신청서 작성 과정을 개괄적으로 보여줍니다. 이 정책은 보험이 없거나 불충분하거나 정부 프로그램 자격이 되지 않거나, 개인 재정 상황을 토대로 의학적으로 필요한 치료 비용을 지불할 수 없는 환자에 대한 재정 지원의 제공을 권장합니다.

Johns Hopkins는 이 정책에 따라 지원을 받을 자격이 있는지와 관계없이 개인에게, 차별하지 않고, 응급한 의학적 상태에 대한 치료를 제공합니다. Johns Hopkins는 응급실 환자에게 응급한 의학적 상태에 대해 치료를 받기 전에 비용 지불을 요구하거나 차별 없이 응급 의료 치료의 제공을 방해하는 채무 추심 활동을 허용하는 것과 같이 개인이 응급 의료 치료를 추구를 포기하게 하는 행위에 관여하지 않습니다. 응급 의료 서비스는 병원 EMTALA 정책에 따라 모든 환자에게 비차별적 방식으로 제공됩니다.

	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	2/10
		교체일	2021/10/01

Sibley Memorial Hospital은 컬럼비아 특별구에 있습니다. 이 정책에 대한 부록 A는 컬럼비아 특별구 규정 및 법률에 따라 Sibley Memorial Hospital에 적용되도록 요구되는 무보수 치료에 관한 추가 조항을 규정합니다. 부록 A는 Sibley Memorial Hospital에만 적용됩니다. 재정 지원 및 Sibley Memorial Hospital의 무보수 치료에 관해 부록 A와 이 정책 간에 모순이 있을 경우, 부록 A의 조항이 적용됩니다.

Johns Hopkins All Children's Hospital은 플로리다주에 있습니다. 이 정책에 대한 부록 C는 환자 또는 예비 환자에 대한 재정 지원 정책과 관련하여 플로리다주 법령(Florida Statute) 395.301, F.S.에 대한 추가 조항을 규정하며 신청서 승인을 토대로 제공되는 AGB 및 관련 할인을 결정하는 방법론을 개괄적으로 보여줍니다. 재정 지원 및 John Hopkins All Children's Health System의 무보수 치료에 관해 부록 C와 이 정책 사이에 모순이 있을 경우에는 부록 C의 조항이 적용됩니다.

이에 따라, 이 서면 정책은

- 무료 및 할인(부분 지원) 치료 재정 지원의 자격 기준을 포함합니다
- 이 정책에 따라 재정 지원 수혜 자격이 있는 환자에게 청구되는 금액을 계산하는 근거를 설명합니다
- 환자가 재정 지원을 신청하는 방법을 설명합니다
- 병원이 서비스를 제공하는 지역사회 내에서 정책을 널리 홍보할 방법을 설명합니다
- 재정 지원 수혜 자격이 있는 개인에게 제공되는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 병원이 청구할 금액을 상업 보험이 없거나 Medicare 환자에 대해 병원(이 수령하는) 일반 청구 금액으로 제한합니다. 메릴랜드주에서는 병원서비스비용 심사위원회(Health Services Cost Review Commission, HSCRC)에서 병원 요금을 규제합니다. Sibley Memorial Hospital 및 Johns Hopkins All Children's Hospital을 제외한 모든 Johns Hopkins 병원의 일반 청구 금액(AGB)은 HSCRC에서 정한 것으로 연방조세규정에 따른 전향적 Medicare 방법에 상응합니다.

**치료를 제공하는 의사를 위한 재정 지원 고지**

각 병원 웹사이트에는 이 정책에 정의된 대로 JHH, JHBMC, HCGH, SH, SMH, JHACH에서 응급 및 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 의사의 전체 명단이 게시되어 있습니다. 이 제공자 명단은 어떤 의사 또는 의/병원이 이 정책의 적용 대상인지 보여줍니다. 주치의가 이 정책 적용 대상이 아닐 경우, 환자는 주치의 사무실에 연락해 주치의가 재정 지원을 제공하는지 확인하고, 대상인 경우 주치의의 재정 지원 정책은 어떤 것을 제공하는지 파악해야 합니다. The Johns Hopkins School of Medicine 및 Johns Hopkins Community Physicians에 고용된 의사는 이 정책에 개관된 과정을 따릅니다.


메릴랜드주 규정집(Maryland Code of Regulations) § 19-214.1(보건 - 일반)을 포함하되 이에 국한되지 않고 의료 채무 추심 법률에 따라 Johns Hopkins는 피상속인의 유산에 대해 청구를 제기할 수 있고 해당 청구는 유산 집행 미 준거 유산 및 신탁법의 적용을 받습니다.

Johns Hopkins는 환자를 상대로 소송을 제기하거나, 임금을 차압하거나 유치권을 신청하지 않습니다. 미지급의 경우 Johns Hopkins가 취할 수 있는 조치는 별도의 청구 및 추심 정책(PFS046)에서 설명합니다. 이 정책의 무료 사본을 받아보시려면 고객 서비스(Customer Service)에 1-855-662-3017번(수신자 부담 전화)으로 전화하거나 pfscs@jhmi.edu로 이메일을 보내거나 모든 Johns Hopkins 시설에서 재정 카운슬러(Financial Counselor)와 상담을 요청하십시오.

재정 지원 신청서 및 의료 재정 곤란 지원 신청서는 추심 기관에 계정이 넘어간 환자를 대상으로 제공될 수 있으며 다른 요건이 충족되는 한 판결이 승인되지 않은 계정에 한해 적용됩니다. 의료 재정 곤란 지원 신청서에 대한 심사는 환자의 기존 의료 비용 및 의무(약성 채무 계정 포함) 및 일체 예상 의료 비용에 대한 심사를 포함합니다.

**III. 절차**

**A. 이 정책이 적용되는 서비스**

	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	3/10
		교체일	2021/10/01

1. 재정 지원은 이 정책에 정의된 대로 의학적으로 필요한 치료에 한해서 적용됩니다. 편의 항목, 1인실 시설 또는 비필수 미용 수술에는 재정 지원이 적용되지 않습니다. 어떤 입원이 "선택 입원"인지 "의학적으로 필요한 입원"인지 의문일 경우, 환자의 입원 의사에게 문의하여야 하며 병원에서 임명한 의료 어드바이저(physician advisor)에도 사안을 송부해야 합니다.

**B. 재정 지원 수혜 자격**

1. 보험이 없거나 불충분하거나 정부 프로그램 자격이 되지 않고, 이 정책에 부합하는 재정 요구 결정을 토대로 자기 치료 비용을 지불할 수 없는 개인에 대해 재정 지원 수혜 자격을 고려합니다. 지원금 수여는 재정 요구에 대한 개인별 결정을 기준으로 이루어지며, 인종, 피부색, 혈통이나 국적, 성별, 나이, 결혼 여부, 사회적 지위, 시민권 여부, 성적 지향성, 젠더 정체성, 유전 정보, 종교 또는 장애를 근거로 고려하지 않습니다. 재정 요구에 대한 결정은 재정 요구에 대한 개인 평가와 관련된 절차에 따라 이루어지고
  - a. 신청 과정을 포함할 수 있으며, 환자와 환자의 보증인은 이에 협조하고 재정 요구 결정과 관련된 개인, 재정 및 기타 정보와 제반 문서를 제공해야 합니다.
  - b. 환자나 환자의 보증인의 지불 능력에 관한 정보를 제공하는 외부 공개 가용 자료 출처(신용 점수 등)의 사용을 포함할 수 있습니다.
  - c. 적합한 대안 지불원 및 공공 및 민간 지불 프로그램의 보장을 탐색하고 환자가 그러한 프로그램을 신청하도록 보조하기 위한 JHM의 합리적인 노력을 포함할 수 있습니다.
  - d. 환자의 가용 자산 및 환자가 이용할 수 있는 기타 모든 자금원을 고려하고, 이전에 이루어진 서비스에 대한 환자의 미수 계정과 환자의 지불 이력에 대한 검토를 포함할 수 있습니다.


**C. 환자가 재정 지원을 신청하는 방법**

1. 재정 지원 요청과 재정 요구 결정이 의학적으로 필요한 치료의 제공 전에 이루어지는 것이 바람직하지만 필수적인 것은 아닙니다. 신청서 사본은 [https:// www.hopkinsmedicine.org/patient\\_care/billing-insurance/assistance-services](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services)에서 온라인으로 이용할 수 있습니다. 출력본은 수신자 부담 전화 1-855-662-3017번 또는 443-997-3370번으로 전화해 요청하실 경우 우편으로 발송해 드립니다. 그러나 결정은 추심 주기 어떤 시점에서든 가능합니다. 마지막 재정 평가가 1년 이상 전에 완료된 경우 이후 서비스 시마다 또는 환자의 지원 수혜 자격과 관련된 추가 정보를 인지하는 시점에 재정 지원 요구를 재평가해야 합니다.

**D. 재정 지원 수혜 자격 결정**


환자나 환자 대리인은 재정 지원, 의료 지원 또는 두 가지 모두를 요청 또는 신청하면서 다음의 2단계 과정을 따라야 합니다.

1. 1단계: 잠정적 수혜 자격 결정
  - a. 재정 지원, 의료 지원 신청 또는 두 가지 모두에 대한 최초 요청이 있는 후 영업일 기준 2일 내에 Johns Hopkins는 (1) 잠정적 수혜 자격 결정을 내리고, (2) 환자 및/또는 환자 대리인에게 결정 내용을 알립니다. 잠정적 수혜 자격 결정을 내리려면 환자나 그 대리인은 가구의 규모, 보험 및 수입에 대한 정보를 제공해야 합니다. 잠정적 수혜 자격 결정은 오직 이 정보를 토대로만 이루어집니다. 잠정적 수혜 자격 결정에는 신청서 양식, 확인이나 수혜 자격 증빙 문서를 요청하지 않으며 필수적이지 않습니다.
2. 2단계: 최종 수혜 자격 결정
  - a. 잠정적 수혜 자격 결정 후, Johns Hopkins는 수입, 가구 규모 및 가용 자원을 토대로 재정 지원 수혜 자격을 최종 결정합니다. 보험금(혜택)은 전액 소진되어야 합니다. 최종 수혜 자격을 결정하는 데 모든 가용 재정 자원을 평가합니다. 여기에는 환자에 대한 법적 책임이 있는 다른 사람 및 단체의 자원도 포함됩니다. 이들 당사자를 이 정책의 목적으로 보증인이라 칭합니다.

	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	4/10
		교체일	2021/10/01


현행 유효 여행 비자를 소지한 환자에게는 수혜 자격 결정을 위해 주거 및 가용 재정 자원에 대한 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

- b. 이 정책에 달리 규정된 바를 제외하고, 환자는 Johns Hopkins Medicine 재정 지원 신청서를 작성해야 합니다. 환자는 또 의료 지원 수혜 결정 통지서(해당하는 경우), 다른 신고 비용에 대한 합리적인 증빙, 각종 증빙 문서 및 실직자의 경우 실업보험사무실(Office of Unemployment Insurance)의 진술서 또는 현재 재정 보조 자금원의 진술서와 같은 합리적인 실업 증빙을 제출해야 합니다.
- c. 환자/보증인은 환자/보증인에 대해 월간 및 연간 단위로 모든 수입원을 식별해야 합니다(계절 고용 및 수입의 일시적 증가 및/또는 감소를 고려). 또한, 사업 소득 및 경비에 관한 현시점의 정보를 제출해야 합니다. 현시점 소득과 경비를 알 수 없는 경우, 전해의 세금 신고서 1040 및 명세표 C를 제출해야 합니다. 수입원 예시:
  - i. 임금 수입
  - ii. 은퇴/연금 급여
  - iii. 자영업 수입 또는 급여
  - iv. 이혼 수당
  - v. 자녀 양육비
  - vi. 군인 가족 급여
  - vii. 공공 지원
  - viii. 연금
  - ix. 소셜 시큐리티
  - x. 파업 급여
  - xi. 실업 급여
  - xii. 산재 보상
  - xiii. 퇴직군인 급여
  - xiv. 수입과 배당금, 이자나 임대 재산 수입과 같은 기타 수입원
- d. 유자격 건강 플랜(Qualified Health Plan)을 통해 보험 보장 자격이 있거나 의료 지원 자격이 있을 수 있는 신청자는 재정 대리인이 그 환자가 자격 요건을 충족하지 못할 것이라고 즉각 결정할 수 있는 경우를 제외하고는 유자격 건강 플랜 또는 의료 지원을 신청해 전적으로 협조해야 합니다. 의료 지원 신청이 계류 중인 동안 환자는 잠정적으로 의료 지원의 보장 대상으로 간주되며 메릴랜드주 통일 재정 지원 신청서(Maryland Uniform Financial Assistance Application)를 작성할 필요가 없습니다. 환자는 의료 지원 신청서가 거부되면 그 후 메릴랜드주 통일 재정 지원 신청서를 작성해야 합니다.
- e. JHM은 가구 수입 기반 수혜 자격 결정과 가장 최근의 연방 빈곤 기준선(Federal Poverty Guidelines)을 사용해 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정합니다.
  - i. 최대 가족(남편과 아내, 동성 혼인 커플) 수입(Medicaid 규정에 정의된 대로) 수준이 수준별 수입 표준(연방 빈곤 기준선 관련)을 초과하지 않고 소유한 유동 자산이 JHM 청구서를 충족시킬 수 있는 \$10,000를 초과하지 않을 경우 그 환자는 재정 지원 수혜 자격이 있습니다.
  - ii. 연방 빈곤 기준선(FPL)은 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)에서 매년 업데이트합니다.
  - iii. 환자의 가구 수입이 아래 열거된 금액 수준/또는 미만이면, 무료 치료(100% 조정) 또는 할인가 치료(35%~75% 조정) 형태로 환자의 JHM 계정(최초 비용 또는 잔액)에 재정 지원이 수여됩니다. 조정은 아래와 같이 이루어집니다.
    - 가구 수입이 FPL의 최대 200%까지 100% 조정
    - 가구 수입이 FPL의 201%와 250% 사이 75% 조정
    - 가구 수입이 FPL의 251%와 300% 사이 50% 조정

	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	5/10
		교체일	2021/10/01

- 가구 수입이 FPL의 301%와 400% 사이 35% 조정


- f. 이 정책에 따라 제공자 중 하나에 대해 이미 재정 지원 수혜 자격이 결정된 환자는 재신청이 필요하지 않으며 자격이 있는 것으로 간주됩니다.
  - g. 환자/보증인에게는 간략한 설명과 함께 최종 재정 지원 수혜 자격 결정 내용이 서면으로 통지되며 재정 지원에 관한 최종 수혜 자격 결정에 이의를 제기할 권리에 대해서도 안내가 제공됩니다. 매릴랜드주 법무장관실(Office of the Attorney General) 산하 보건 교육 및 옹호과(Health Education and Advocacy Unit)에서 이의 제기 및 중재에 있어 환자/보증인 또는 환자의 승인 대리인에게 도움을 드릴 수 있습니다. 최종 결정서를 통해 보건 교육 옹호과의 주소, 전화번호, 팩스 번호, 이메일 주소, 우편 주소 및 웹사이트가 안내됩니다.
    - i. Health Education and Advocacy Unit  
200 St. Paul Street  
Baltimore, MD 21202  
전화번호: (410) 528-1840, 수신자 부담 전화: 1-877-261-8807  
팩스 번호: (410) 576-6571  
<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>
  - h. 환자와 가족으로부터 수집한 모든 정보는 기밀로 취급됩니다. 환자 정보의 기밀성에 관한 확인을 서면과 함께 구두로도 전달합니다.
  - i. 승인된 환자의 경우, 결정 월과 이후 역년으로 육(6) 개월 동안 재정 지원 보장이 유효합니다.
  - j. 승인이 이루어지면, 재정 지원 수당이 적용된 후 잔액이 남을 경우 환자에게 할부 납부 계획을 제안합니다. 이 정책을 통해 수립되는 일체 납부 일정은 통상적으로 2년을 넘지 않습니다. 예외적인 상황에서 지정 관리자의 승인이 있을 시 납부 일정을 연장할 수 있습니다.
  - k. 보조금 또는 기타 외부 관할 당국에 따라 프로그램을 운영하는 부서(즉, 정신과)는 계속 정부 후원의 신청 과정 및 연관 수입 척도를 사용해 특정 서비스 수혜 자격을 결정할 수 있습니다.
  - l. 자신이 실직 상태이고 보험 보장이 없다고 표시한 환자의 경우, 추정적 재정 지원 수혜 자격(Presumptive Financial Assistance Eligibility) 기준을 충족하지 않는 한 재정 지원 신청서를 제출해야 합니다. COBRA 보장 자격이 있는 환자의 경우, 재정 카운슬러가 환자의 COBRA 보험료 납부 능력을 심사하여 재정 지원 평가 위원회에 의견을 제시합니다. 건강 보험을 구입할 재정 능력이 있는 개인에게는 의료 서비스에 대한 접근성을 보장하고 전반적인 개인 건강을 위해 그렇게 하도록 권장합니다.
  - m. 유자격 건강 플랜으로 보장받으면서 의학적으로 필요한 치료로 인해 발생한 의료 비용의 자기 부담 비용(코페이 및 공제액)에 대해 도움을 요청하는 환자는 재정 지원 신청서를 제출해야 합니다.
  - n. 환자 계정이 추심 기관에 배치되었고, 환자나 보증인이 재정 지원을 요청하거나 재정 지원 자격이 있는 것으로 보이는 경우, 추심 기관에서는 수익주기관리(Revenue Cycle Management) 팀에 이를 알리고 환자/보증인에게 재정 지원 신청서와 함께 작성한 신청서를 수익주기관리에 제출해 심사와 수혜 자격 결정을 받으라는 지침을 전달하고 추가 지침을 있을 때까지 해당 계정을 45일간 보류합니다.
  - o. 자발적 자기 부담(Voluntary Self Pay)(보험 보장 또는 보험 청구 포기 선택)으로 등록된 환자에게 제공된 서비스는 재정 지원 자격 대상이 아닙니다.
  - p. 수익주기관리 부사장이나 피지명인이 개인 상황에 따라 예외를 적용할 수 있습니다.
- E. 추정적 재정 지원 수혜 자격

	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	6/10
		교체일	2021/10/01



1. 어떤 환자는 개인적인 삶의 정황을 토대로 재정 지원 할인의 수혜 자격이 있는 것으로 추정됩니다. 자산 심사를 거친 다음의 서비스 프로그램 수혜자/수령자인 환자는 재정 지원 신청서 작성 및 30일 이내 등록 증명서 제출 시 무료 치료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다(요청 시 추가 30일 허용).
  - a. 무료 또는 할인가 급식 프로그램에 해당하는 자녀가 있는 가구
  - b. 보충 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP)
  - c. 저소득 가구 에너지 지원 프로그램
  - d. 여성, 영아 및 아동 프로그램(Women, Infants and Children, WIC)
  - e. 보건정신위생부(Department of Health and Mental Hygiene, DHMH) 및 병원서비스비용 심사위원회(Health Services Cost Review Commission, HSCRC)에서 HSCRC 규정 COMAR 10.37.10.26에 따라 무료 치료 정책의 수혜 자격이 있는 것으로 간주하는 기타 자산 심사 복지 프로그램
2. 재정 지원 신청서 작성이 없더라도 해당되는 상황에 대한 증명 또는 확인이 있을 시 다음의 상황에서 재정 지원에 대한 추정적 수혜 자격을 승인합니다.
  - a. 현행 의료 지원 약국(Medical Assistance Pharmacy) 보장이 있는 환자
  - b. QMB 보장/SLMB 보장
  - c. 메릴랜드주 공중보건시스템 응급청원(Maryland Public Health System Emergency Petition) 환자
  - d. 기록상 유산을 남기지 않고 사망한 환자
  - e. 노숙자로 간주되는 환자
  - f. 연방 인증 건강 센터(Federally Qualified Health Center) 또는 시 또는 카운티 보건부의 차등 요금제 또는 재정 지원 승인을 제시하는 환자
  - g. 이들 프로그램의 보장을 넘어 ER에서 제공된 서비스에 대한 의료 지원 및 Medicaid 관리형 케어(Medicaid Managed Care) 환자
  - h. 의료 지원으로 보장되지 않는 비응급 외래 방문으로 보건 부서를 찾는 자녀의 어머니
  - i. Chase Brexton 건강 센터의 현행 등록자
  - j. Healthy Howard 프로그램의 현행 등록자
  - k. SH와 제휴를 맺고 저소득 무보험 환자를 대상으로 입원 미 외래 치료에 대한 접근성을 제공하는 지방 기반 프로그램(Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Montgomery Cares, Primary Care Coalition, Project Access 및 Proyecto Salud)으로부터 SH에 의뢰를 받은 환자.
3. 재정 지원에 대한 추정적 수혜 자격은 현재 서비스와 과거 계정에 대해서만 승인됩니다. 미래의 서비스로 확대되지 않습니다.
4. JHM은 가구 수입 기반 수혜 자격 결정과 가장 최근의 연방 빈곤 기준선(Federal Poverty Guidelines)을 사용해 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정합니다.
  - a. 연방 빈곤 기준선(FPL)은 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)에서 매년 업데이트합니다.
  - b. 환자의 가구 수입이 아래 열거된 금액 수준/또는 미만이면, 무료 치료(100% 조정) 또는 할인가 치료(35%~75% 조정) 형태로 환자의 JHM 계정에 재정 지원을 제공합니다. 조정은 아래와 같이 이루어집니다.
    - i. 가구 수입이 FPL의 최대 200%까지 100% 조정
    - ii. 가구 수입이 FPL의 201%와 250% 사이 75% 조정
    - iii. 가구 수입이 FPL의 251%와 300% 사이 50% 조정
    - iv. 가구 수입이 FPL의 301%와 400% 사이 35% 조정

**F. 의료 재정 곤란 지원**

1. 의료 재정 곤란 지원(Medical Financial Hardship Assistance)은 재정 지원 수혜 자격이 되지만 의료 재정 곤란에 처했다고 간주되는 환자를 대상으로 고려할 수 있습니다. JHM은 가족 수입이 FPL 400% 이상이나 연방 빈곤 기준 500% 미만인 환자에게 할인가로 의학적으로 필요한 치료를 제공합니다.

	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	7/10
		교체일	2021/10/01

2. 의료 재정 곤란은 지난 12개월 기간 동안 의학적으로 필요한 치료로 인한 의료 채무가 가족 수입의 25%를 초과하는 경우를 의미합니다. 의료 채무(Medical Debt)는 Johns Hopkins Hospital을 비롯해 Johns Hopkins 제공자가 청구한 의학적으로 필요한 치료의 의료 비용에 대한 자기 부담 비용으로 정의되며, 위에서 언급한 자기 부담 비용은 코페이, 공동보험료 및 공제액을 포함하지 않습니다. 단, 환자가 연방 빈곤 기준선 200% 미만인 경우는 제외입니다. 가구 수입이 FPL의 500%까지인 환자로 재정 곤란에 해당하면 25%를 조정받습니다.
  3. 의료 재정 곤란 지원 승인 시 고려 요인:
    - a. 신청이 이루어진 Hopkins 치료 시설에서 재정 곤란 지원 신청서 일자 전 십이(12) 개월 동안 발생한 의료 채무
    - b. 유동 자산(남은 잔류 자산 \$10,000)
    - c. 재정 곤란 지원 신청서 일자 전 역년 기준 십이(12) 개월간 가구 수입
    - d. 증빙 문서.
  4. 의료 곤란 재정 지원이 승인되면 첫 자격 대상 서비스월부터 시작해 이후 역년 기준 십이(12) 개월간 의료 재정 곤란 지원 보장이 유효합니다. 동일 가구 내 거주하는 환자의 직계가족 구성원까지 보장합니다. 환자와 직계가족 구성원은 할인가의 의학적으로 필요한 치료를 처음 받은 날짜부터 시작하여 역년 기준으로 십이(12) 개월 동안 이 정책에 따라 Johns Hopkins에서 이후 치료를 받을 경우 할인가로 의학적으로 필요한 치료를 받을 자격을 유지합니다. 선택적 입원이나 선택적 미용 시술에는 보장이 적용되지 않습니다. 그러나 동일 가구 내에 거주하는 환자의 직계가족은 접수 또는 입원 시 할인가의 의학적으로 필요한 치료에 대한 본인의 수혜 자격을 병원에 알려야 합니다.
  5. 환자가 의료 재정 곤란으로 인해 백분율 수당을 승인받았다더라도 의료 재정 곤란 지원 기간 시작 시 신의성실의 원칙에 따라 비용을 지불할 것을 권장합니다. 무보험으로 수입 수준이 의료 재정 곤란 소득 기준선 이내에 해당하는 환자로부터 요청이 있을 시 JHHS는 해당 환자에게 할부 납부 계획을 제공합니다.
  6. 이 정책을 통해 수립되는 일체 납부 계획은 통상적으로 2년을 넘지 않습니다. 예외적인 상황에서 지정 관리자의 승인이 있을 시 납부 일정을 연장할 수 있습니다.
  7. 재정 지원 기준에 따라 할인가 치료를 받을 자격이 있고 또 의료 재정 곤란 지원 기준선에 따라 자격이 되는 환자의 경우, JHM은 환자에게 가장 유리한 비용 할인을 적용합니다.
- G. 재정 지원 정책의 고지, 환자 교육, 소통 및 대외 홍보
1. 병원에서 서비스를 받으려는 각 환자의 입원 전 기간 또는 입원 시에 병원의 재정 지원 정책에 관한 개별 고지를 제공합니다. JHM은 환자나 환자 가족이 가질 수 있는 재정 우려 사항을 함께 처리합니다.
  2. Johns Hopkins는 서비스를 제공하는 관할 지역 내 전체적으로 유통되는 신문에 재정 지원 정책에 관한고지를 게시함으로써 연 1회 기준으로 정책에 관한 정보를 전파하며, 이 고지는 서비스 지역 구성 인구가 이해할 수 있는 형식이어야 합니다.
  3. 각 시설 환자 접수처, 입원처/사업처, 청구처 및 응급실에 환자에 대한 재정 지원 가용성 고지(Notice to Patients of the Availability of Financial Assistance)를 게시합니다. 각 병원 웹사이트에도 고지가 게시되며, 구두 소통 시에도 언급되고 환자 청구서상으로도 환자에게 전달됩니다. 각 시설 웹사이트에 재정 지원 정책 사본이 게시되며 누구든 요청 시 제공됩니다.
  4. 이 정책에 따라 서비스를 받고자 하는 산과 환자에게도 지역사회 대외 홍보 노력, 산전 서비스, 입원 전 또는 입원 시점에 이 정책에 따른 재정 지원 가용성에 관한 개별 고지를 제공합니다.

 	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	8/10
		교체일	2021/10/01

5. 퇴원 전, 환자가 일정에 따른 의료 서비스를 받기에 앞서 병원 청구서와 함께 환자 청구 및 재정 지원 정보 안내문(Patient Billing and Financial Assistance Information Sheet)을 제공하며, 요청 시 모든 환자가 이용할 수 있습니다.
6. JHM 웹사이트에 이 정책의 평문 요약서를 게시하며 역시 모든 환자가 이용할 수 있습니다.

H. 수혜 자격 지연 인지



1. Johns Hopkins에서 어떤 환자가 특정 서비스 날짜에 무료 치료 자격이 있었음을 인지하고(그 서비스 날짜에 해당하는 수혜 자격 기준을 사용해) 그 특정 날짜가 인지 시점으로부터 이(2) 년 이내인 경우, 이십오 달러(\$25)를 초과하여 환자/보증인으로부터 수령한 금액을 해당 환자에게 환불해 드립니다.
2. 무료 치료 수혜 자격 결정을 위한 정보 제공에 있어 환자나 보증인의 협조 부족이 병원 문서로 입증되는 경우, 여기의 이(2) 년 기간은 최초 정보 요청일로부터 삼십(30) 일로 축소될 수 있습니다.
3. 환자가 병원 서비스에 대한 자기 부담 비용을 지불해야 하는 자산 심사 정부 의료 플랜에 가입된 경우, 환자가 건강 보장 재정 자격을 상실하게 되는 일체 자금을 환자나 보증인에게 환불하지 않습니다.

IV. 용어 정의



이 정책의 목적으로, 아래의 용어들은 다음과 같이 정의됩니다.

의료 채무(Medical Debt)	의료 채무는 Johns Hopkins Hospital 또는 이 정책의 적용 대상인 Johns Hopkins 제공자가 청구하는 의학적으로 필요한 치료로 인한 의료 비용의 자기 부담 비용으로 정의됩니다. 자기 부담 비용은 코페이, 공동보험료 및 공제액을 포함하지 않습니다. 의료 채무는 환자가 자발적 자기 부담(보험 보장 또는 보험 청구 포기 선택)으로 등록되도록 선택하고 재정 지원을 신청하지 않은 병원 청구서 또는 의사 청구서를 포함하지 않습니다.
유동 자산	현금, 유가증권, 약속어음, 주식, 채권, 미국저축채권, 당좌예금, 예금계좌, 뮤추얼펀드, 양도성예금증서(CD), 해약반려금 포함 생명보험증권, 연금 급여 또는 특히 현금으로 전환할 수 있는 기타 재산. 환자의 일차 주거지에 대한 "세이프 하버" \$150,000의 자기 자본은 현금으로 전환 가능한 자산으로 간주하지 <u>않습니다</u> . 환자의 환자 가족 구성원의 교통 요구를 위해 사용되는 자동차 1대는 현금으로 전환할 수 있는 자산으로 간주되지 않습니다. 그외 모든 부동산의 자기 자본은 현금화 대상입니다. 유동 자산은 미 국세청(Internal Revenue Service)에서 퇴직 계정으로 과세중립성을 승인한 퇴직 자산을 포함하지 않으며, 이는 내국세입법(Internal Revenue Code)에 따라 자격이 되는 이연보상계획 또는 자격이 되지 않는 이연보상계획을 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 소셜 시큐리티 하 의료 지원 프로그램에 따른 재정 자격 결정에서 제외된 일체자원은 현금을 전환할 수 있는 자산으로 간주되지 않습니다. 메릴랜드 529 프로그램으로 선납한 고등교육자금은 현금으로 전환할 수 있는 자산으로 간주되지 않습니다. 유동 자산 결정에서 제외된 화폐성 자산은 소비자물가지수에 따른 물가상승율에 따라 매년 조정됩니다.
선택적 입원(Elective Admission)	응급한 의학적 상태로 간주되지 않는 의학적 상태의 치료를 위한 병원 입원.
직계가족(Immediate Family)	미성년 환자의 경우 직계가족 구성원은 모친, 부친, 동일 가구 내에 거주하며 혈연관계에 의하거나 입양에 의한 미혼의 미성년 형제자매로 정의됩니다. 성인 환자의 경우 직계가족 구성원은 배우자 또는 동일 가구 내에 거주하며 혈연관계에 의하거나 입양에 의한 미혼의 미성년 자녀로 정의됩니다.



 	Johns Hopkins Medicine <b>재정 지원 정책 안내서 일반</b>	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 <b>재정 지원</b>	페이지	9/10
		교체일	2021/10/01

응급한 의학적 상태	<p>충분한 중증도의 급성 증상으로 자명한 의학적 상태로서, 여기에는 중증 통증 또는 즉각적인 의료적 관심의 부재 시 다음과 같은 결과를 합리적으로 예상할 수 있는 기타 급성 증상이 포함될 수 있습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 환자의 건강에 대한 심각한 위험</li> <li>2. 신체 기능의 심각한 장애</li> <li>3. 신체 기관이나 부위의 심각한 기능 장애.</li> <li>4. 임신한 여성 관련:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 분만 전 다른 병원으로 안전한 이송(전원)을 실현할 시간이 불충분할 경우.</li> <li>b. 전원이 환자나 태아의 건강과 안전에 위협을 제기할 수 있을 때.</li> <li>c. 자궁수축 또는 양막파열의 시작 및 지속의 증거가 있는 경우.</li> </ol> </li> </ol>
응급 서비스 및 치료(Emergency Services and Care)	응급한 의학적 상태가 존재하는지 파악하기 위한 의사 또는 준거 법률에 따라 허용되는 범위까지 다른 적합한 인력에 의한 의사의 감시 하의 건강검진, 검사 및 평가, 그리고 존재할 경우, 병원의 서비스 역량 내에서 그 응급한 의학적 상태를 완화 또는 제거하기 위해 필요한 의사에 의한 진료, 치료 또는 수술.
의학적으로 필요한 치료(Medically Necessary Care)	응급한 의학적 상태를 치료하기 위해 필요한 의학적 치료. 이 정책의 목적에 따른 의학적으로 필요한 치료에는 선택적 또는 미용 시술은 포함되지 않습니다.
의학적으로 필요한 입원(Medically Necessary Admission)	응급한 의학적 상태의 치료를 위한 병원 입원.
가족 수입(Family Income)	모든 가족 가구 구성원에 대해, 환자 및/또는 책임 당사자의 임금, 월급, 소득, 봉사료, 이자, 배당금, 법인 배분금, 임대 수입, 퇴직/연금 수입, 소셜 시큐리티 급여 및 미 국세청 정의에 따른 기타 수입 가족 가구 규모는 환자의 가족 수입을 결정할 때 사용됩니다.
가족 가구 규모(Family Household Size)	<p>환자 및 최소한으로, 다음의 개인으로 구성되는 가구 규모:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 배우자(환자와 배우자가 연방 또는 주 세금 신고서를 합산해서 제출할 것인지와 관계없이)</li> <li>2. 생물학적 자녀, 입양 자녀 또는 의붓자녀</li> <li>3. 환자가 연방 또는 주 세금 신고서에서 인적공제를 청구하는 사람.</li> </ol> <p>자녀인 환자의 경우, 가구 규모는 다음의 개인으로 구성됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 생물학적 부모, 입양 부모, 의붓부모 또는 후견인</li> <li>2. 생물학적 형제자매, 입양 형제자매 또는 의붓형제자매</li> <li>3. 환자의 부모나 후견인이 연방 또는 주 세금 신고서에서 인적공제를 청구하는 사람.</li> </ol>
증빙 문서(Supporting Documentation)	급여명세서, W-2s, 1099s, 산재보상, 소셜 시큐리티 또는 장애 수당 수여 서한, 은행 또는 중개소 거래 내역서, 세금 신고서, 생명보험 증권, 부동산 평가서 및 신용조회 보고서, 의료 채무 지원을 위한 보장 범위 설명서(Explanation of Benefits).
유자격 건강 플랜(Qualified Health Plan)	건강보험개혁법(Affordable Care Act)에 따라, 2014년부터 건강보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace)의 인증을 받은 보험 플랜은 필수 건강 혜택을 제공하고, 정립된 비용 분담 한도를 따르며(공제액, 코페이 및 자기 부담 최대 금액과 같이), 기타 요건을 충족합니다. 유자격 건강 플랜은 판매되는 각 마켓플레이스의 인증을 받게 됩니다.

 	Johns Hopkins Medicine 재정 지원 정책 안내서 일반	정책 번호	PFS035
		발효일	2022/08/08
	제목 재정 지원	페이지	10/10
		교체일	2021/10/01

**V. 참고문헌**

**JHHS 재정 정책 및 절차 안내서**

- 정책 제PFS120호 - 서명 당국: 환자재정서비스(Patient Financial Services)
- 정책 제PFS034호 - 분할 납부
- 정책 제PFS046호 - 자기 부담 추심

자선 치료 및 약성 채무, AICPA 의료 감사 가이드

메릴랜드주 규정집 COMAR 10.37.10.26, 이하 참조

메릴랜드주 보건법 일반(Maryland Code Health General) 19-214, 이하 참조

연방 관보 내 연방 빈곤 기준선(매년 업데이트)

**VI. 후원**

- 수익주기관리 VP(JHHS)
- PFS 운영 디렉터(JHHS)

**VII. 검토 주기**

이(2) 년

**VIII. 승인**

개정 이력:

- 3/19/21 - 보건옹호과 연락처 정보 추가,
- 5/15/23 - 보건 교육 및 옹호과 직함 및 링크 업데이트. '메릴랜드주 보험관리국(Maryland Insurance Administration)' 용어 삭제.

전자 서명	날짜
-------	----

## 부록 A: DC 규정 특정 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정) 재정 지원 조항

### 부록 A

#### DC 규정 특정 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정)

#### 재정 지원 조항

##### 목적:

이 부록의 목적은 DC 지자체 규정(DC Municipal Regulations) 표제 22 제44장에 설명되어 있는 컬럼비아 특별구의 무보수 치료 요건의 준수와 관련하여 Sibley Memorial Hospital에 적용되는 추가적인 조항을 진술하는 것입니다. 무보수 치료 수혜 자격 기준을 충족하지 못하는 환자에 대해, Sibley Memorial Hospital(SMH)은 정책 PFS035에 의거해 총비용에 차등제에 의한 조정의 적용 통해 재정 지원을 제공합니다.

##### 정책:

SMH는 컬럼비아 특별구 지자체 규정 표제 22 "무보수 치료의 제공" 제44장 섹션 4404에 규정된 연간 준수 수준에서 무보수 서비스를 제공하기 위해 신의성실의 노력을 다할 것입니다.

SMH는 어떤 경우에도 서비스 비용을 지불할 수 없다는 사실을 근거로 누구에게든 응급 서비스를 거부하지 않습니다. SMH는 적합한 의료진의 합리적인 판단에 따라 해당 행위가 임상적으로 적절하고 환자와 병원에 대한 최선의 이익에 부합한다는 경우 응급 서비스를 받은 사람을 퇴원시키거나 다른 시설로 전원할 수 있습니다.

SMH는 컬럼비아 특별구 지자체 규정 표제 22 "무보수 치료의 제공" 제44장 섹션 4400.2에 따라 자격이 되는 사람에게 무보수 치료를 제공합니다. 제공되는 무보수 치료는 이러한 규칙 또는 Sibley와 컬럼비아 특별구 정부 간 계약 의무 중 더 높은 달러 가치를 제공하는 기준을 토대로 합니다.

무보수 치료는 요구의 증명(certification of needs, CON)을 관장하는 법률에 정의되어 있습니다(용어 정의 섹션의 DC 규정 44-401). 해당 법은 무보수 치료를 의료 시설이 지불을 받지 않고 환자에게 제공한 의료 서비스의 비용으로 정의합니다. "무보수 치료(Uncompensated Care)"라는 용어는 악성 채무와 자선 치료를 포함하되 계약상의 비용은 포함하지 않습니다.

악성 채무는 환자에게 제공되고 그에 대한 지불이 기대되지만 합리적인 추심 노력 후 추심 불가할 것으로 간주되는 의사 및 병원 의료 서비스를 토대로 한 미수금 계정을 의미하며, 연방, 주 또는 지방 정부 단위의 의무는 아닙니다. 악성 채무라는 용어에 자선 치료는 포함되지 않습니다.

자선 치료(Charity Care)는 특히 저소득으로 보험이 없거나 충분하지 않은 사람 등 서비스의 비용을 지불할 수 없는 사람에게 제공된 의사 및 병원 의료 서비스를 의미하나, 악성 채무에 의해 유발되었다고 판단되거나 그렇게 분류되는 서비스는 제외됩니다.

##### 무보수 치료 수혜 자격 기준

어떤 사람이 의료 서비스에 대해 비용을 지불할 수 없고 다음의 요건을 충족하는 경우 그 사람은 무보수 치료 수혜 자격이 있습니다.

1. 제3자 보험사 또는 정부 프로그램에 의해 보장되지 않거나 또는 보장되지 않는 서비스를 받을 것.

2. 연간 개인 또는 가족 수입이 연방 빈곤 기준(FPL)의 200%를 초과하지 않을 것.
3. 서비스를 요청할 것.

무보수 치료의 재정 자격은 다음의 방식 중 하나로 계산합니다.

1. 무보수 치료 요청 이전 삼(3) 개월 동안 해당되는 대로 해당인의 개인 또는 가족 수입에 사(4)를 곱하거나
2. 무보수 치료 요청 이전 십이(12) 개월 동안 해당되는 대로 해당인 또는 가족의 실제 수입을 사용.

### 일반 청구 금액

보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액 "AGB"는 "룩백 방식"으로 계산하며 이는 그러한 청구의 일차 지급인으로서 Medicare와 모든 민간 건강 보험사를 합쳐서 병원에 전액 지불한 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대한 모든 청구로 정의되며, 각 케이스에서 공동보험료 또는 공제액의 형태로 병원에 지불된 금액을 고려합니다. SMH는 이전 12개월 기간 동안 전액 지불된 모든 청구 건을 검토하여 최소한 연례로 AGB 백분율을 계산합니다. 그렇게 결정된 AGB 백분율은 12개월 기간 후 늦어도 45일까지 이행됩니다.

재정 지원 수혜 자격이 있는 개인은 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 치료를 보장하는 보험이 있는 개인이 일반적으로 청구되는 금액을 초과해 지불할 것을 기대하지 않습니다.

### 무보수 치료 연간 요건

이 정책 및 부록의 목적으로, SMH에서 제공되는 무보수 치료는 다음과 같이 계산합니다.

연간 준수 수준:

1. SMH 연간 운영비의 삼 프로(3%) 이상 - 소셜 시큐리티 표제 XVIII 및 XIX(Medicaid 및 Medicare)로부터 수령하는 상환 금액(계약상의 비용은 무시). 또한, SMH는 이전 CON에서 해당 법에 따라 요구되는 일체 무보수 치료 의무를 준수해야 합니다.
2. 어떤 회계년도에 SMH가 연간 무보수 치료 의무를 충족하지 못할 경우에는 주 보건기획개발국(State Health and Planning Development Agency)(이하 SHPDA)에서 승인한 준수 계획에 의거해 그다음 해나 여러 해에 걸쳐, 결손이 발생한 연도로부터 삼(3) 년을 넘기지 않고 그러한 결손을 보상하기 충분한 금액으로 무보수 치료를 제공하기 위해 최선을 다해야 합니다.
3. SMH가 한 회계년도 동안 연간 준수 수준을 초과하는 금액으로 무보수 치료를 제공할 경우, SMH는 디렉터에게 초과 금액을 기존의 결손이나 일체 후속 회계년도에 대한 연간 준수 수준에 대한 공제로 적용해줄 것을 요청할 수 있습니다. 공제를 받으려면, 이 장의 요건에 따라 연간 준수 수준을 초과한 달러 가치를 제공한 상태여야 합니다.

### 무보수 치료 수혜 자격 서면 결정서

1. SMH는 각각의 무보수 치료 요청에 대해 치료를 요청한 사람에게 무보수 치료 수혜 자격에 대한 서면 통지서를 제공합니다. 통지서는 무보수 치료를 요청한 시점에 대면으로, 또는 서비스를 요청한 사람이 제공한 주소로 일반 우편을 통해 제공됩니다. 해당인이 통지서를 대면으로 수령할 수 없고 주소를 제공하지 않은 경우, SMH는 자체 시설에 잘 보이는 장소에 해당인의 수혜 자격 상태를 Sibley 행정실에서 확인할 수 있다는 고지서를 게시할 수 있습니다.
  1. 이 정책의 이행 책임은 선임 부사장/ 최고재무책임자에게 있습니다. 이들이 규정 요건을 충족하는 할당 계획을 작성하고 그 이행을 모니터링합니다. 선임 부사장/ 최고재무책임자는 각 회계년도 종료 후 120일 이내에 SHPDA에 보고서를 작성합니다. Sibley의 결정을 증빙하는 문서는 이용할 수 있도록 일반에 공개되고 SHPDA에 보고됩니다. 선임 부사장/최고재무책임자는 특정 회계년도에 대한 마지막 기입

- 일자로부터 오(5) 년 동안 해당 문서를 보관합니다. Sibley의 당 정책 준수에 대하여 정기적으로 사장과 이사회 회계 담당에게 정보가 제공됩니다.
2. 서비스의 제공에 앞서 신청서가 제출된 경우, SMH는 외래환자의 경우 완전한 요청 후 영업일 기준 오(5) 일 이내에, 입원환자 서비스의 경우 퇴원 전에 무보수 치료 수혜 자격을 결정해야 합니다. SMH에서 외래환자 서비스를 수행한 후, 또는 입원환자의 퇴원 후 수행한 후 신청서가 제출된 경우, SMH는 다음 청구 주기가 완료되기 전에 수혜 자격을 결정해야 합니다. 통상적으로, 다음으로 예정된 지역사회 지원 위원회(Community Assistance Committee) 회의로부터 5일 이내에 결정을 완료하고 통지합니다. SMH에서 조건부 수혜 자격 결정서를 발부할 수도 있습니다. 해당 결정서에는 무보수 치료를 요청하는 사람이 자격이 되기 위해 충족해야 할 조건이 진술되어야 합니다.
  3. 각각의 서면 무보수 치료 수혜 자격 결정서는 해당 신청자에게 지체 없이 제공되어야 합니다. 각 무보수 치료 수혜 자격 결정서에는 다음과 같은 진술이 담겨야 합니다.
    1. SMH는 무보수 치료를 조건부로 제공, 제공하지 않음,
    2. 무보수 치료에 대한 요금은 없음,
    3. 해당인이 치료를 요청한 날짜,
    4. 결정이 이루어진 날짜,
    5. 무보수 치료를 요청한 사람의 연간 개인 또는 가구 수입(해당하는 대로) 및 가족 규모,
    6. 서비스가 제공된, 또는 제공될 날짜,
    7. 해당하는 경우, 거부 사유.

### 무보수 치료 의무에 대한 고지 게시:

SMH는 회계년도 시작 전 컬럼비아 특별구에 전체적으로 유통되는 신문에 무보수 치료 의무 가용성에 관한 고지를 게시합니다. Sibley는 해당 고지서 사본도 SHPDA에 제출합니다. 이 고지서의 게시 및 제출 책임은 선임 부사장/최고재무책임자에게 있습니다. 고지서에는 포함되어야 할 내용은 다음과 같습니다.

1. 해당 회계년도 동안 SMH가 제공하고자 하는 무보수 치료의 달러 가치 또는 SMH가 무보수 치료를 요청하고 치료 비용을 지불할 수 없는 모든 사람에게 무보수 치료를 제공할 것이라는 진술,
2. SMH가 제공하기로 제안하는 무보수 치료 금액과 Sibley에 대한 연간 준수 수준 간의 차이가 있는 경우 이에 대한 설명 및
3. SMH가 이전 보고 기간의 모든 미결 무보수 치료 의무를 충족하였는지의 진술 또는 미결 의무가 있을 경우 이를 특정 기간에 충족할 것이라는 진술.

### 무보수 치료 가용성에 대한 고지 게시:

또한 무보수 치료의 가용성을 알리는 고지서를 환자 접수처, 입원처, 사업처 및 응급실 내 시야가 확실한 곳에 게시해야 합니다. SMH는 다음과 같은 고지서를 게시합니다.

1. "컬럼비아 특별구법에 따라, 당 의료 제공자는 지역사회 내 모든 사람에게 그 서비스가 제공되도록 해야 합니다. 당 의료 제공자는 인종, 피부색, 종교, 국적, 성별, 나이, 결혼 여부, 신체 외양, 성적 지향성, 가족 책임, 대학 입학, 정치적 소속, 신체장애, 수입원 또는 거주나 사업 장소 또는 Medicare 또는 Medicaid와 같은 프로그램의 보장을 받는 사실을 이유로 차별하지 못합니다."
2. "당 의료 제공자는 또한 비용을 지불할 수 없는 사람에게 합리적인 양의 서비스를 비용 부담 없이, 또는 할인된 요금에 제공해야 합니다. 본인이 무료로 또는 할인된 요금에 서비스를 받을 자격이 있는지 직원에게 문의하십시오. 본인이 합당한 사유 없이 무료로 또는 할인된 요금의 서비스 또는 치료에 대한 고려를 거부당했다고 생각되면, 당 의료 제공자의 입원처 또는 사업처에 연락하고 시 전역 콜센터(202-727-1000)를 통해 주 보건기획개발국(State Health Planning and Development Agency)에 연락하십시오."

3. "불만을 제기하시려면, 주 보건기획개발국에 양식이 마련되어 있습니다."

당 고지서에는 무보수 치료에 대한 Sibley의 수혜 자격 기준 요약이 포함되어야 합니다. 해당 고지서는 영어와 스페인어 및 미 통계국(Bureau of Census)에서 간행한 최신 수치에 따라 컬럼비아 특별구 인구의 십 퍼센트(10%) 이상 가구의 통상 언어인 기타 언어로 게시해야 합니다. Sibley는 Sibley 측에서 이 고지서를 읽을 수 없다고 생각할 이유가 있는 모든 사람에게 게시된 고지서의 내용을 소통해야 합니다.

### 무보수 치료 가용성에 대한 서면 고지서:

SMH에서 무보수 치료를 이용할 수 있는 회계년도의 일체 기간에, SMH는 스스로를 대리해, 또는 다른 사람을 대리해 병원으로부터 서비스를 받고자 하는 각 개인에게 당 서비스의 가용성에 대한 서면 고지서를 제공해야 합니다. SMH는 서비스의 응급성으로 인해 사전 고지가 비현실적인 경우를 제외하고, 서비스를 제공하기 전에 이 서면 고지서를 제공할 것입니다. 응급 상황에서 SMH는 현실적으로 가능해지는 대로 환자 또는 최근친에게 서면 통지서를 제공해야 합니다. 해당 고지서는 늦어도 서비스의 첫 청구서 제시 시까지 제공되어야 합니다. 이 개별 서면 고지서에는 다음이 포함되어야 합니다.

1. "컬럼비아 특별구법에 따라, 당 의료 제공자는 지역사회 내 모든 사람에게 그 서비스가 제공되도록 해야 합니다. 당 의료 제공자는 인종, 피부색, 종교, 국적, 성별, 나이, 결혼 여부, 신체 외양, 성적 지향성, 가족 책임, 대학 입학, 정치적 소속, 신체장애, 수입원 또는 거주나 사업 장소 또는 Medicare 또는 Medicaid와 같은 프로그램의 보장을 받는 사실을 이유로 차별하지 못합니다."
2. "당 의료 제공자는 또한 비용을 지불할 수 없는 사람에게 합리적인 양의 서비스를 비용 부담 없이, 또는 할인된 요금에 제공해야 합니다. 본인이 무료로 또는 할인된 요금에 서비스를 받을 자격이 있는지 직원에게 문의하십시오. 본인이 합당한 사유 없이 무료로 또는 할인된 요금의 서비스 또는 치료에 대한 고려를 거부당했다고 생각되면, 당 의료 제공자의 입원처 또는 사업처에 연락하고 시 전역 콜센터(202-727-1000)를 통해 주 보건기획개발국(State Health Planning and Development Agency)에 연락하십시오."
3. "불만을 제기하시려면, 주 보건기획개발국에 양식이 마련되어 있습니다."

이 고지서에는 또 Sibley의 무보수 치료 수혜 자격 기준 요약, 무보수 치료를 받으려는 사람이 무보수 치료를 요청할 수 있는 사무실의 위치와, Sibley는 해당인이 무보수 치료를 받을 수 있는지에 대해 서면 결정과 해당 결정이 내려질 날짜 또는 기간이 포함되어야 합니다.

### SMH 지역사회의 정의:

SMH는 컬럼비아 특별구 법정 무보수 치료 요건에 의해 요구되는 서비스를 포함해 자체 서비스를 "지역사회 내 모든 사람에게" 이용할 수 있도록 합니다. 이 지역사회는 병원의 서비스 지역 내에서 살거나 일하는 사람 또는 달리 서비스 지역 내를 방문 중 응급 서비스가 필요한 사람들까지 미칩니다. 구체적으로, 명백히 병원 서비스 지역 외부에 거주하며 선택적 서비스를 요청하는 이는 구체적으로 지역사회 지원 프로그램에서 제외됩니다. 병원의 서비스 지역은 컬럼비아 특별구와 메릴랜드주 및 버지니아주 대부분을 아우르며, 웨스트버지니아주, 델라웨어주 및 펜실베이니아주 주민에게 제한적인 서비스를 제공합니다. 병원은 신청자에게 병원의 지역사회 정의와의 부합을 입증하는 증빙 문서의 제공을 요청할 수 있습니다.

### 참고문헌:

DC 지자체 규정 표제 22 섹션 4404, 4405, 4406

FINANCE



JOHNS HOPKINS  
M E D I C I N E

**Johns Hopkins Medicine 재정  
지원 신청**

첨부된 양식을 작성해 아래에 표시된 증빙 문서와 함께 제출해 주십시오.

**포함할 양식:**

재정 지원 신청서(첨부)

**포함할 증빙 문서:**

1. 지난해 세금 신고서 사본. (결혼하였고 부부 별산으로 신고하는 경우, 두 신고서 사본을 모두 제출하십시오).
2. 지난 세(3) 차례 급여명세서, 고용주의 서신 또는 실직 상태 증빙.
  1. 소셜 시큐리티 수여 서한(해당하는 경우)
  2. 의료 지원 또는 소셜 시큐리티의 자격 결정서 사본.
3. 전화요금 청구서, BG&E 청구서 또는 임대료/모기지 지불 영수증 사본과 같이 신청서에 기재된 월 생활비 증빙.
4. 비납 의료비 사본.
5. 모든 의료보험카드 사본.
6. 신분증, 운전면허증, 출생증명서 또는 영주권(그린카드)과 같은 거주 증빙.

이상의 정보를 다음 주소로 우송해 주십시오.

**3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100  
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON  
BALTIMORE, MD 21211**







기타 재산

대략적 가치 \_\_\_\_\_  
총합 \_\_\_\_\_

**IV. 월 비용**

임대료 또는 모기지

공과금

자동차 지불금

신용카드

자동차 보험

건강 보험

기타 의료비

기타 비용

다른 미납 의료비 청구서가 있습니까?      예      아니요

어떤 서비스 비용입니까? \_\_\_\_\_

조율을 마친 납부 계획서가 있습니까? 월 지불금은 얼마입니까? \_\_\_\_\_

**의료 재정 곤란 지원 수혜 자격 관련:**

이 신청서 일자 전 역년 기준 십이(12) 개월간 가구 수입: \_\_\_\_\_

이 신청서 일자 전 역년 기준 십이(12) 개월간 Johns Hopkins에서 발생한 의료 채무(공동보험료, 코페이 또는 공제액 미포함):

서비스 날짜

지불해야 할 금액

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**추정적 재정 지원 수혜 자격 관련:**

1. 환자의 나이는? \_\_\_\_\_

2. 환자가 임신 상태입니까?

예 또는 아니요

3. 환자에게 자택에 거주하는 21세 미만 자녀가 있습니까?

예 또는 아니요

4. 환자가 맹인이거나 소득이 있는 고용으로부터 12개월 이상 동안 환자가 잠재적인 장애인입니까?

예 또는 아니요

5. 환자가 현재 SSI 또는 SSDI 급여를 받고 있습니까?

예 또는 아니요

6. 환자(및 결혼한 경우 배우자)에게 다음을 초과하는 현금으로 전환할 수 있는 총 은행 계좌 또는 자산이 있습니까?

예 또는 아니요

**가족 규모:**

개인:                      \$2,500.00

2인                         \$3,000.00

각 추가 구성원당 \$100.00를 추가하십시오

(예시: 4인 가족의 경우, 총유동 자산이 \$3,200.00 미만이면 "예"라고 답해야 합니다.)

7. 환자가 메릴랜드주 주민입니까?

예 또는 아니요

매릴린드 주민이 아닐 경우 환자가 거주하는 주는 어디입니까? \_\_\_\_\_

8. 환자가 노숙 중입니까?

예 또는 아니요

9. 환자가 WIC에 참여 중입니까?

예 또는 아니요

10. 해당 가구에 무료 또는 할인가 급식 프로그램에 해당하는 자녀가 있습니까?

예 또는 아니요

11. 해당 가구가 저소득 에너지 지원 프로그램에 참여 중입니까?

예 또는 아니요

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 12. 환자가 SNAP/푸드 스탬프를 받고 있습니까?   | 예 또는 아니요                 |
| 13. 환자가 Healthy Howard, Chase Brexton에 등록되어 있습니까?   | 예 또는 아니요                 |
| 14. Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access 또는 Proyecto Salud에서 환자를 SH에 의뢰했습니까? | 예 또는 아니요                 |
| 15. 환자가 현재 다음을 받고 있습니까?<br>의료 지원 약국만<br>QMB/SMLB  | 예 또는 아니요<br>예 또는 아니요     |
| 16. 환자가 고용되어 있습니까?<br>"아니요"인 경우, 실직 상태가 된 날짜.<br>COBRA 건강 보험 보장 자격이 있습니까?   | 예 또는 아니요<br><br>예 또는 아니요 |

제출된 모든 증빙 문서도 이 신청서의 일부가 됩니다.

귀하가 추가 재정 지원까지 확대되도록 요청하는 경우, JHM은 보충적인 결정을 내리기 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 이 양식에 서명함으로써, 귀하는 제공된 정보가 진실임을 확인하며 제공된 정보에 변경 사항이 있을 경우 변경으로부터 10일 이내에 JHM에 이를 알리는 데 동의합니다. 신청서에 기재된 모든 정보는 제 최선의 지식, 정보와 믿음에 따라 진실이며 정확합니다.

\_\_\_\_\_  
신청자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
환자와의 관계

## 부록 C: JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL 재정 지원 조항

### I. 목적

이 부록의 목적은 Johns Hopkins All Children's Hospital Pediatric Physician Services, Inc. 및 West Coast Neonatology, Inc.에 적용되는 추가적인 조항을 진술하는 것입니다.

### II. 범위

이 정책은 더 나아가 부록 B에 개관된 참여 기관의 라이선스 하에 운영되는 모든 위치에 적용됩니다. 이 모든 기관은 더 나아가 "제공자 의료 시스템(Provider Healthcare System)"이라 칭하며 모든 병원 시설과 지역 외래환자 센터를 포함합니다. 병원 자체에 더하여, 병원에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하며 어떤 제공자가 이 정책의 적용 대상이고 어떤 제공자는 적용 대상이 아닌지 특정하는 전체 제공자 명단은 병원 웹사이트 <https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance/Financial-Assistance-Provider-Listing>에 분기별로 업데이트됩니다.

### III. 정책 진술

1. a. 재정 지원 제공에 대한 약속: 제공자 의료 시스템(Provider Healthcare System)은 의료 요구가 있으나 보험이 없거나 불충분하거나 정부 프로그램 자격이 되지 않거나, 개인 재정 상황을 토대로 달리 의학적으로 필요한 치료 비용을 지불할 수 없는 사람들에게 재정 지원을 제공하고자 합니다. 제공자 의료 시스템 재정 카운슬러, 사업처 지정 대리인 또는 재정 지원을 제공할 권한을 가진 위원회가 개별 케이스를 심사하고 이 정책에 따라 재정 지원을 지원할 수 있을지 결정합니다.
- b. 응급 의료 치료 제공에 대한 약속: 제공자 의료 시스템은 이 정책에 따라 지원을 받을 자격이 있는지와 관계없이 개인에게, 차별하지 않고, 응급의학적 상태에 대한 치료를 제한합니다. 제공자 의료 시스템은 응급실 환자에게 응급한 의학적 상태에 대해 치료를 받기 전에 비용 지불을 요구하거나 응급 의료 치료의 제공을, 차별하지 않고, 방해하는 채무 추심 활동을 허용하는 것과 같이, 개인이 응급 의료 치료 추구를 포기하게 하는 행위에 관여하지 않습니다. EMTALA에 의거한 응급 전원을 포함해 응급 의료 서비스는 제공자 의료 시스템 EMTALA 정책에 따라, 모든 제공자 의료 시스템 환자에게 비차별적 방식으로 제공됩니다.

### IV. 절차

#### 1. A. 재정 지원 수혜 자격:

1. Johns Hopkins All Children's Hospital에서 다음의 의료 서비스는 재정 지원 대상이 아닙니다.
  - a. 미용 수술, 미용 치과 시술, 1인실 및 편의 항목 등, 의학적으로 필요하지 않거나 선택적인 서비스,
    - a. 어떤 서비스가 "선택적"인지 또는 "의학적으로 필요한" 것인지 의문이 생길 시 입원 의사 및/또는 제공자 의료 시스템에서 임명한 의료 어드바이저에게 상의합니다.
  - b. 선택적 자기 부담 환자로 등록된 환자에게 제공되는 서비스,

- c. 각 임상부서에서 지정한 특정 선택적 서비스, 이에 대해서는 어떤 재정 지원도 제공되지 않습니다.
- d. 환자의 보험에서 요구되는 네트워크 소속 시설이나 제공자에 의해 이러한 서비스를 제공할 수 있을 때 Medicare, Medicaid 또는 기타 제3자 지급인이 보장할 수 있는 비응급 서비스.

**B. Johns Hopkins All Children's Hospital에서 이용할 수 있는 재정 지원**

- 1. 자격 결정 시점에 발효 중인 연방 빈곤 기준(FPL)을 참고하여 결정된 재정 요구와 부합하는 환자의 경우 이 정책에 따라 자격이 되는 서비스를 이용할 수 있습니다. 가구 가족이 소유한 유동 자산이 \$10,000를 초과하지 않으며
  - a. FPL 200% 미만인 경우 총비용의 100%를 할인하여 치료를 받을 자격이 있습니다.
  - b. FPL 201%-300%인 경우 총비용의 85%를 할인하여 치료를 받을 자격이 있습니다.
  - c. FPL 301%~400%인 경우 총비용의 70%를 할인하여 치료를 받을 자격이 있습니다.

**C. Johns Hopkins All Children's Hospital의 일반 청구 금액**

- 1. 제공자 의료 시스템에서 재정 지원 수혜 자격이 있다고 결정한 환자에게는 연방법에서 규정한 대로 그 치료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 제공되는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대한 일반 청구 금액(AGB)을 초과하여 청구할 수 없습니다.
- 2. AGB는 제공자 의료 시스템에서 "룩백(look-back) 방식"을 사용하여 결정합니다.
- 3. AGB 계산 방식은 다음과 같습니다.
  - a. AGB는 특정 12개월 기간 동안 공동보험료, 코페이 및 공제액을 포함해, Medicare 행위별 수가제 및 모든 민간 보험사에 의해 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대해 제공자 의료 시스템에 전액 지불된 모든 과거 청구 건을 검토해 계산합니다.
  - b. 재정 지원 수혜 자격이 있는 개인에게 제공되는 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대한 AGB는 해당 치료에 대한 총비용에 1개 이상 AGB 백분율을 곱하여 계산합니다.
  - c. AGB 백분율은 Medicare 행위별 수가제 및 민간 보험사에서 지불한 특정 청구 건의 합계를 청구건에 대해 연결된 총비용으로 나눠 각 제공자 의료 시스템 기관에 대해 연례 계산합니다.
- 4. AGB 백분율은 해당 병원 시설이 AGB 백분율을 계산할 때 사용한 역년 기준의 12개월 기간 종료 후 제120일 차까지 적용됩니다.
- 5. 제공자 의료 시스템은 이 정책에 따라 재정 지원 수혜 자격이 있는 개인으로부터 총비용을 청구하거나 그 지불을 기대하지 않습니다

**D. 재정 지원 거부 자원:**

- 1. 재정 지원 신청이 거부될 경우, 환자는 신청 재고료를 요청할 권리가 있습니다. 재정 카운슬러 또는 피지명인이 재고료가 요청된 신청서를 최종 평가와 결정을 위해 재정 지원 평가 위원회에 전달합니다.

**E. Johns Hopkins All Children's Hospital 지역사회 내 환자들에 대한 재정 지원 계획의 소통:**

- 1. 제공자 의료 시스템은 연락 번호와 웹사이트 주소를 포함해, 제공자 의료 시스템으로부터 이용할 수 있는 재정 지원에 관한 공지를 다양한 방식으로 전파해야 하며, 이는 환자 청구서 내 고지문 게시, 응급실, 입원 조건(Conditions of Admission) 양식, 케어 센터, 입원 및 접수처, 병원 사업처, 제공자 의료 시스템에서 선택하는 곳에 고지서 게시를 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 제공자 의료 시스템 재정 지원 정책의 요약본을 접수 또는 퇴원 시 환자에게 제공하며 요청 시 모든 환자가 이용할 수 있습니다. 제공자 의료 시스템은 또 시설 웹사이트, 환자 접근 현장 및 제공자 의료 시스템에서 선택하는 대로 병원/제공자가 서비스를 제공하는 지역사회 내 기타 장소에 이 재정 지원 치료 정책 요약본을 게시 및 널리 홍보해야 합니다. 해당 고지서 및 요약 정보는 제공자 의료 시스템에서 서비스를 제공하는 인구가 구사하는 주요 언어들로 제공해야 합니다.
- 2. 제공자 의료 시스템은 자격이 되는 제공된 서비스에 재정 지원 정책이 적용되는지에 관한 결정을 포함하여, 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대한 제공자 의료 시스템 제공자들의 고지를 시설 웹사이트 내 게시 및 이 정책 내 포함을 포함하되 이에 국한되지 않고 다양한 방식으로 전파해야 합니다.

F. **추심 정책과의 관계:**

1. 미지급 시 제공자 의료 시스템이 취할 수 있는 조치에 관한 정보는 별도 자기 부담 추심 정책(PFS046)에 나와 있습니다. 일반 대중은 제공자 의료 시스템으로부터 이 별도 정책의 무료 사본을 받아보실 수 있습니다.
2. 자기 부담 추심 정책(PFS046)은 내외부 추심 관행에 대한 정책 및 절차를 규정합니다(추심 조치를 포함해 미지급 시 병원이 취할 수 있는 조치 포함). 당 정책은 환자가 재정 지원 수혜 자격을 충족하는 범위, 정부 프로그램이 또는 제공자 의료 시스템의 재정 지원을 신청하기 위한 환자의 신의성실한 노력 및 제공자 의료 시스템과의 납부 약정을 준수하려는 환자의 신의성실한 노력을 고려합니다. 재정 지원 수혜 자격을 충족하고 본인의 의료비 청구서를 해결하기 위해 신의성실을 다해 협력하는 환자의 경우, 제공자 의료 시스템은 납부 계획 연장을 제안할 수 있고 이는 외부 추심 기관에서 관리 및 모니터링할 수 있습니다.

V. **제공자 의료 시스템 정보**

웹사이트:

[www.hopkinsallchildrens.org/](http://www.hopkinsallchildrens.org/)

<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance>

VI. **부대 정보**

관련 문서:

- 정책 제RC008호 - 병원 서비스 요금의 요청
- 정책 제RC007호 - 환자 치료에 대한 상환
- 정책 제FIN008호 - 응급 의료 치료
- 정책 제PTCRE014호 - 응급 의료 치료 및 노동법(Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) 및 환자 평가 치료 또는 다른 병원으로 전원
- 정책 제SUPSR014호 - 사이니지, 안내문, 배너 및 아트워크(SUPSR014)  
소유권:

- Johns Hopkins All Children's Hospital 재정부서  
주제 전문가 직함/직책(해당하는 경우):
- 최고재무책임자, JHACH
- 선임 디렉터, 수익주기, JHACH