

부록 A: DC 규정에 대한 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(전용) 재정 지원 조항

부록 A

DC 규정에 대한 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(전용)

재정 지원 조항 목적:

본 부록의 목적은 DC 지자체 규정 제 22 조 44 장에 기재된 바에 따라 컬럼비아 특별구의 비보장 치료 요건을 준수하기 위해 Sibley Memorial Hospital 에 해당하는 추가 조항을 서술하는 것입니다. 비보장 치료의 자격 기준을 충족하지 않는 환자는 Sibley Memorial Hospital(SMH)가 정책 PFS035 에 따라 총금액에 대한 차등 사정 신청을 통해 재정 지원을 제공합니다.

정책:

SMH 는 컬럼비아 특별구 지자체 조항 제 22 조 “비보장 치료 제공”의 44 장 4404 항에서 요구하는 연간 준수 수준에서 비보장 의료 서비스를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울입니다.

어떠한 상황에서도 SMH 는 개인의 의료 서비스 지불 능력에 따라 응급 의료 서비스를 거부하지 않습니다. SMH 는 적절한 의료 관계자의 합리적인 판단하에 이러한 행위가 의학적으로 적합하며 환자 및 병원에 최선인 경우 응급 의료 서비스를 받은 사람을 퇴원시키거나 다른 시설로 이송할 수 있습니다.

SMH 는 컬럼비아 특별구 지자체 조항 제 22 조 “비보장 치료 제공”의 44 장 4400.2 항에 따라 대상자에게 비보장 치료를 제공합니다. 제공하는 비보장 치료는 이러한 규칙 또는 Sibley와 컬럼비아 특별구 행정부 간의 계약상 의무 중 더 높은 금액을 제공하는 표준을 따릅니다.

비보장 치료는 필요 증명에 관한 법률에 정의되어 있습니다(DC 조항 44-401 용어 정의 부분). 이 법에서는 비보장 치료를 의료 시설이 비용을 받지 않고 환자에게 제공한 의료 서비스 비용으로 정의합니다. “비보장 치료”라는 용어는 악성 채무 및 자선 의료를 포함하지만 계약 수당은 포함하지 않습니다.

악성 채무란 환자에게 제공된 의사 및 병원 의료 서비스에 따른 수취계정으로, 비용을 납부해야 하지만 합리적인 추심 노력에도 추심이 불가능하며 연방, 주, 지역 정부 기관의 채권이 아닌 것으로 간주됩니다. 악성 채무라는 용어에는 자선 의료가 포함되지 않습니다.

자선 의료란 의료 서비스 비용을 납부할 능력이 없는 사람 중에서도 특히 저소득이며 보험이 없거나 부족한 사람에게 제공되는 의사 및 병원 의료 서비스를 의미합니다. 단, 악성 채무로 인하였거나 악성 채무로 분류되는 의료

서비스는 제외합니다.

비보장 치료 자격 기준

개인이 의료 서비스에 대한 지불 능력이 없으며 다음의 요건을 만족하는 경우, 비보장 치료 대상입니다.

1. 보험이 없거나, 제삼자 보험사 또는 정부 프로그램에서 보장되지 않는 의료 서비스를 받은 경우

2. 연간 개인 또는 가계 소득이 연방 빈곤 수준(FPL)의 200% 이하인 경우
3. 서비스를 요청한 경우

비보장 치료의 재정 자격은 다음 중 하나의 방법으로 계산해야 합니다.

1. 비보장 치료 요청 전 삼(3) 개월간의 개인 또는 가계 소득(해당하는 경우)에 사(4)를 곱합니다.
2. 비보장 치료 요청 전 십이(12) 개월간의 개인 또는 가계 소득(해당하는 경우)을 이용합니다.

일반적으로 청구되는 금액

보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액인 “AGB”는 “재고 방식”을 이용하여 계산합니다. 병원에 Medicare 및 모든 민간 보험 업체가 함께 이러한 청구의 1 차 납부자로서 완전히 비용을 지불한 응급 및 기타 의학적 필수 치료에 대한 모든 청구로 정의하며, 각각의 경우에 공동 보험 또는 공제액의 형식으로 병원에 납부한 금액을 고려합니다. SMH 는 이전 12 개월간 완불한 모든 청구액을 검토하여 최소 연간 AGB 비율을 계산합니다. 결정된 후 AGB 비율이 12 개월 기간 마지막 날로부터 최대 45 일 이내에 시행됩니다.

재정 지원 대상 개인은 응급 또는 기타 의학적 필수 치료 시 이러한 치료가 보장되는 보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액보다 더 지불하지 않아도 됩니다.

비보장 치료 연례 요건

본 정책 및 부록의 목적에 따라 제공하는 SMH 비보장 치료는 다음과 같이 계산되어야 합니다. 연간 준수 수준:

1. SMH 의 연간 운영 비용의 삼 퍼센트(3%) 미만의 금액으로, 계약 수당과 무관하게 사회보장법(Medicaid 및 Medicare)의 제 XVIII 장 및 제 XIX 장으로 수령하는 환급금 미만의 금액. 아울러 SMH 는 이전 CON 의 법률에 따른 모든 비보장 치료 의무를 준수해야 합니다.
2. 회계 연도에 SMH 가 연간 비보장 치료 의무를 충족하지 못하는 경우, 주 의료 계획 및 개발 기관(이하, SHPDA)이 승인한 준수 계획에 따라 다음 해 또는 다음 수년간 부족액을 보충하기에 충분한 금액의 비보장 치료를 제공하기 위해 노력해야 합니다. 단, 부족액이 발생한 해로부터 삼(3) 년 이내여야 합니다.
3. SMH 가 회계 연도에 연간 준수 수준을 초과하는 금액으로 비보장 치료를 제공하는 경우, SMH 는 감독관이 초과 금액을 기존 부족액이나 이후 회계 연도의 연간 준수 수준에 대한 크레딧으로 적용하도록 요청할 수 있습니다. 크레딧 자격을 갖추려면, 이 장의 요건에 따라 연간 준수 수준 이상의 초과 달러 금액이 제공된 상태여야 합니다.

비보장 치료에 대한 서면 자격 결정

1. SMH 는 치료를 요청한 개인에게 비보장 치료의 개별 요청에 대해 비보장 치료의 자격 결정을 서면으로 고지합니다. 고지는 비보장 치료 요청 시 직접 제공하거나 요청한 의료 서비스를 받은 개인의 주소로 우송해야 합니다. 개인이 직접 고지를 받을 수 없고 주소를 제공하지 않은 경우 SMH 는 시설 내 잘 보이는 곳에 Sibley 행정 사무실에서 해당 인물의 자격 상태를 확인할 수 있다는 고지를 게시할 수 있습니다.

1. 선임 부대표/최고 재무 담당자는 이러한 정책을 시행할 책임이 있습니다. 이들은 규정 요건을 충족하는 할당 계획을 마련하고 시행 상황을 모니터링해야 합니다. 선임 부대표/최고 재무 담당자는 각 회계 연도 종료 후 120 일 이내에 SHPDA 용 보고서를 마련합니다. 공공 및 SHPDA 보고용으로 Sibley의 결정을 뒷받침하는 문서를 작성해야 합니다. 이러한 문서는 선임 부대표/최고 재무 담당자가 특정 회계 연도의 마지막 입력 날짜로부터 오(5) 년간 관리해야 합니다. 대표 및 재무 이사회는 Sibley의 본 정책 준수에 관해 주기적으로 보고를 받아야 합니다.

2. 신청서가 의료 서비스 제공 전에 제출되었다면 SMH는 외래 의료 서비스의 요청 완료일 또는 업무일 기준 오(5)일 이내 또는 입원 의료 서비스 퇴원 전에 비보장 치료 자격 결정을 내려야 합니다. SMH가 외래 의료 서비스를 제공한 후 또는 입원 의료 서비스 퇴원 후에 신청서를 제출한 경우, SMH는 다음 청구 주기가 끝나기 전에 자격 결정을 내려야 합니다. 일반적으로 결정 고지는 다음 예정된 지역사회 지원 위원회 회의로부터 5일 이내에 내려집니다. SMH는 조건부 자격 결정을 발행할 수 있습니다. 이러한 결정 시 비보장 치료를 요청하는 개인이 자격을 갖추기 위해 만족해야 하는 조건을 기재해야 합니다.
3. 각 비보장 치료의 서면 자격 결정은 신속하게 신청자에게 제공되어야 합니다. 각 비보장 치료의 자격 결정에는 다음의 내용이 포함되어야 합니다.
 1. SMH는 비보장 치료를 제공합니다/조건부로 제공합니다/제공하지 않습니다
 2. 비보장 치료에 대한 비용이 청구되지 않습니다
 3. 개인이 치료를 요청한 날짜
 4. 결정이 내려진 날짜
 5. 비보장 치료를 요청한 개인의 연간 개인 또는 가족 소득(해당하는 경우) 및 가족 규모
 6. 서비스가 제공되었던/제공될 날짜
 7. 해당하는 경우, 거부 사유

비보장 치료 의무 고지 게재:

회계 연도가 시작하기 전 SMH는 컬럼비아 특별구 일반 신문에 비보장 치료 의무의 가용성 고지를 게재합니다. Sibley는 이러한 고지를 SHPDA에도 제출합니다. 선임 부대표/최고 재무 담당자는 이 고지를 게재 및 제출할 책임이 있습니다. 고지에는 다음이 포함되어야 합니다.

1. SMH가 해당 회계 연도 중 제공하려는 비보장 치료의 달러 단위 금액 또는 비보장 치료를 요청하고 치료 지불 능력이 없는 모든 사람에게 SMH가 비보장 치료를 제공할 것이라는 내용
2. SMH가 제공하는 비보장 치료 금액과 Sibley의 연간 준수 수준 간 차이에 관한 설명(그러한 차이가 있는 경우)
3. SMH가 이전 보고 기간의 모든 미지불 비보장 치료 의무를 만족했는지 나타내는 내용 또는 SMH가 특정 기간 중 미지불 의무를 충족할 것이라는 내용

비보장 치료 가용성에 관한 고지 게시:

비보장 치료 가용성을 안내하는 고지도 환자 접수처, 접수 부서, 사무실, 응급 부서의 잘 보이는 곳에 게시해야 합니다. SMH는 다음의 고지를 게시해야 합니다.

1. “컬럼비아 특별구 법률에 따라 본 의료 기관은 관할 지역 내 모든 사람들이 의료 서비스를 이용할 수 있도록 해야 합니다. 본 의료 기관은 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 연령, 결혼 여부, 외모, 성 지향성, 가족 부양 상황,

대입 여부, 정치적 성향, 신체적 장애, 소득원, 거주지 또는 근무지, Medicare 또는 Medicaid 와 같은 프로그램의 보장 여부로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.”

2. “또한, 지불 능력이 없는 개인에게 무료 또는 감액된 금액으로 합당한 분량의 의료 서비스를 제공해야 합니다. 무료 또는 감액된 금액으로 의료 서비스를 받을 수 있는지 직원에게 문의하시기 바랍니다. 합당한 이유 없이 의료 서비스가 거부되었거나 무료 또는 감액된 금액의 치료의 대상으로 고려되지 않은 경우, 해당 의료 제공자의 접수처 또는 사무실에 문의하고 시 콜센터(202-727-1000 번)를 통해 주 의료 계획 및 개발 기관에 전화하십시오.”

3. “불만을 제기하려는 경우 주 의료 계획 및 개발 기관에서 양식을 받을 수 있습니다.”

이 고지에는 Sibley 의 비보장 치료 자격 기준의 개요를 포함해야 합니다. 이러한 고지는 영어와 스페인어 그리고 인구통계청이 발표한 최신 수치에 따라 컬럼비아 특별구 인구의 십 퍼센트(10%)에 해당하는 가구의 통상 언어로 게시해야 합니다. Sibley 는 이 고지를 읽을 수 없다고 판단되는 개인에게 게시된 고지의 내용을 알려야 합니다.

비보장 치료 가용성에 관한 서면 고지:

SMH 에서 비보장 치료를 이용할 수 있는 회계 연도 중 어느 때나 SMH 는 자신 또는 다른 사람을 대신하여 병원 의료 서비스를 찾는 개인에게 서비스를 이용할 수 있다는 서면 고지를 제공해야 합니다. SMH 는 의료 서비스의 긴급한 성격으로 인해 사전에 고지를 하는 것이 비현실적인 경우를 제외하고, 의료 서비스를 제공하기 전에 서면 고지를 제공합니다. 응급 상황에서 SMH 는 가능한 한 빠르게 환자나 가까운 가족에게 서면 고지를 제공해야 합니다. 이러한 고지는 의료 서비스의 첫 청구서를 제시하기 전에 전달해야 합니다. 개별 서면 고지는 다음을 제공해야 합니다.

1. “컬럼비아 특별구 법률에 따라 본 의료 기관은 관할 지역 내 모든 사람들이 의료 서비스를 이용할 수 있도록 해야 합니다. 본 의료 기관은 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 연령, 결혼 여부, 외모, 성 지향성, 가족 부양 상황, 대입 여부, 정치적 성향, 신체적 장애, 소득원, 거주지 또는 근무지, Medicare 또는 Medicaid 와 같은 프로그램의 보장 여부로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.”
2. “또한, 지불 능력이 없는 개인에게 무료 또는 감액된 금액으로 합당한 분량의 의료 서비스를 제공해야 합니다. 무료 또는 감액된 금액으로 의료 서비스를 받을 수 있는지 직원에게 문의하시기 바랍니다. 합당한 이유 없이 의료 서비스가 거부되었거나 무료 또는 감액된 금액의 치료의 대상으로 고려되지 않은 경우, 해당 의료 제공자의 접수처 또는 사무실에 문의하고 시 콜센터(202-727-1000 번)를 통해 주 의료 계획 및 개발 기관에 전화하십시오.”
3. “불만을 제기하려는 경우 주 의료 계획 및 개발 기관에서 양식을 받을 수 있습니다.”

이 고지에는 Sibley 의 비보장 치료 자격 기준, 비보장 치료를 찾는 사람이 비보장 치료를 요청할 수 있는 사무실 위치, Sibley 가 해당 인물이 비보장 치료를 받을지에 관한 서면 결정을 제공할 것이라는 내용과 결정 기한일 또는 기간에 관한 내용도 포함해야 합니다.

SMH 의 관할 지역 정의:

SMH 는 컬럼비아 특별구 법령 비보장 치료 요건에 따라 요구되는 의료 서비스를 비롯한 모든 서비스를 “관할 지역 내 모든 사람들이” 이용할 수 있도록 합니다. 이 지역은 병원 관할 지역 내에서 생활 또는 근무하거나 관할 지역 방문 중 응급 의료 서비스를 필요로 하는 사람들까지 해당됩니다. 명백하게 병원 의료 서비스 지역 외에 거주하며 선택적 의료 서비스를 요청하는 사람들은 명확하게 관할 지역 지원 프로그램에서 제외됩니다. 병원의 의료 서비스 지역은 컬럼비아 특별구 및 메릴랜드와 버지니아 대부분 지역을 포함하며 웨스트버지니아, 델라웨어, 펜실베이니아의 거주자에게 제한된 서비스가 제공됩니다. 병원은 신청자에게 병원의 관할 지역 정의 준수 여부를 증명하는 문서를

제공하도록 요청할 수 있습니다.

참고 문서:

DC 시 규정 제 22 조 4404, 4405, 4406 항