

재정 지원 정책

1. 정책:

- NorthShore University HealthSystem(NorthShore)의 기본 목적은 NorthShore가 서비스를 제공하는 지역사회에 거주하는 개인과 가족의 필요에 효과적이고 효율적으로 충족시키는 양질의 건강 관리와 건강 관련 서비스를 제공하는 것입니다. 이 정책의 목적을 위해 NorthShore는 다음 비영리 병원과 관련이 있습니다: Evanston Hospital, Glenbrook Hospital, Highland Park Hospital 및 Skokie Hospital.
- NorthShore의 배려와 책임 의식의 가치에 따라, 재정 지원이 필요한 환자에게 이를 제공하는 것이 NorthShore의 정책입니다. 또한, 이 재정 지원 정책(FAP)의 목적은 NorthShore에서 제공한 응급 또는 의료상 필요한 치료에 대해 환자에게 재정 지원이 부여된다는 점에 따른 프레임워크를 제공하는 것입니다.
- 이 정책은 NorthShore에서 재정 상태로 인해 서비스 전액을 지불하기 불가능한 개인에게 재정 지원을 확대함에 따른 특정 기준 및 신청 과정을 확인합니다. 특정 개인은 무료로 서비스를 받을 수 있는 추정 수급 자격이 있음을 알아두십시오(섹션 4.E 참조).
- 이 정책은 NorthShore 병원에서 제공하는 모든 응급 및 의료상 필요한 치료에 적용됩니다. 이 정책은 병원 외부의 의료 서비스 제공자에게는 구속력이 없습니다. **FAP 별첨 1**에서는 이 정책의 일환으로 서비스가 보장되는 병원 시설에서 응급 또는 기타 의료상 필요한 치료를 제공하는 의료제공자 및 이 정책의 일환으로 서비스가 보장되지 않는 의료제공자의 목록에 대한 정보를 찾을 수 있습니다. 의료제공자의 서비스는 이 정책에 따라 재정 지원 수급 자격이 있는 것으로 밝혀진 경우에만 보장됨을 알아두십시오. **별첨 1**의 무료 종이 사본은 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance의 FAP 온라인의 일부로 또는 응급 부서 및 병원 등록 창구에서 요청에 따라 구할 수 있습니다. 무료 종이 사본 또한 우편을 통해 또는 (847) 570-5000번으로 전화하여 구할 수 있습니다.
- NorthShore는 환자에게 보험 프로그램 보장 제한에 대해 교육시키기 위한 노력을 기울이고 연방 응급 의료적 치료 및 적극적 노동법(EMTALA)의 의무를 만족한다면, 보험 프로그램을 통해 다른 의료제공자 장소에서는 보장되지만 NorthShore에서는 보장되지 않는 서비스를 이 정책에서 제외시킬 수 있습니다.
- 이 정책은 해당된다면 재정 지원 할인 금액을 계산하는 데 NorthShore가 사용한 기준, NorthShore에서 서비스를 제공하는 지역사회 안에서 이 FAP를 널리 발표하기 위해 취한 방법, NorthShore에서 재정 지원 수급 자격을 결정하기 위해 사용한 절차 및 재정 지원 신청 과정을 설명합니다. NorthShore가 미납 시 취할 수 있는 조치는 별도의 **청구 및 회수 정책**에 설명하였습니다. 그 정책은 NorthShore의 웹 사이트인 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에서 다운로드하거나 응급 부서 및 병원 등록 창구 또는 우편 또는 전화 (847) 570-5000번을 통해 무료 종이 사본을 구할 수 있습니다.
- 재정 지원 수급 자격이 되려면, 재정 지원 신청서(추정 수급 자격이 되지 않는 환자)를 작성하여 모든 필수 지원 문서와 함께 제출해야 합니다. 재정 지원 신청서는 재정 지원을 요청한 서비스에 대해 첫 번째 청구서가 송부된 날짜로부터 240일 이내에 제출해야 합니다. 예외는 추후 이 정책에서 설명된 대로 부여될 수 있습니다. 이 정책 내용 중 현재 효력이 있는 또는 앞으로 효력을 발생하게 되는 연방, 주 또는 지방 법 또는 규정보다 우위에 있는 것은 없습니다.
- NorthShore가 FAP 수급 자격을 결정하기 위해 합리적인 노력을 기울였는지를 판단하는 최종 권한은 NorthShore의 단일 비즈니스 사무실(Single Business Office)에 있습니다. 이 정책은 NorthShore의 배려와 책임의식 가치에 따라 NorthShore의 지역사회에 혜택을 주기 위한 것입니다. 이 FAP은 어떤 특정 환자에게 재정 지원을 제공하는 것이 아니며 계약상의 권리나 의무를 생성하는 것이 아닙니다. 이 FAP은 NorthShore의 자유 재량으로 갱신될 수 있습니다.
- 여기 명시된 정책 및 절차는 일리노이 주 규정 및 국세법 제501(r)절과 관련 지침을 준수하기 위한 것입니다.

2. 범위:

이 정책은 NorthShore 병원에서 제공하는 모든 응급 및 의료상 필요한 치료에 적용됩니다. 이 정책은 병원 외부의 의료 서비스 제공자에게는 구속력이 없습니다. FAP **별첨 1**에서는, 이 정책의 일환으로 서비스가 보장되는 병원 시설에서 응급 또는 기타 의료상 필요한 치료를 제공하는 의료제공자 및 이 정책의 일환으로 서비스가 보장되지 않는 의료제공자의 목록에 대한 정보를 찾을 수 있습니다. 의료제공자의 서비스는 이 정책에 따라 재정 지원 수급 자격이 있는 것으로 밝혀진 경우에만 보장됨을 알아두십시오.

3. 정의:

신청서 - 환자가 작성하게 되는 재정 지원 신청서를 의미합니다.

신청 기간 - 신청 기간 동안, NorthShore는 재정 지원 신청을 받고 처리합니다. 신청 기간은 개인에게 치료를 제공한 날짜에 시작하여 치료에 대한 첫 번째 청구서 날짜 후 240일째에 종료됩니다.

일반적으로 청구되는 금액(AGB) - 재정 지원 수급 자격이 있는 환자는 응급 또는 의료상 필요한 치료에 대해 보험이 있는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이상으로 비용이 청구되지 않습니다.

- 1) NorthShore AGB 비율은 "Look-Back" 방법을 사용하여 계산되며, 이는 Medicare 행위별 수가 총액과 민간 건강 보험회사에서 허용한 청구를 12개월 기간 동안 이들 청구에 대한 총 비용으로 나눈 것입니다. 재정 지원 수급 자격이 있는 환자에게 제공되는 할인은 환자가 AGB 이상 청구되지 않는지 확인하기 위해 AGB 비율 제한과 비교하여 검토됩니다.
- 2) AGB 비율은 FAP의 **별첨 2**에서 볼 수 있습니다.
- 3) 개정된 AGB 비율이 매년 계산되며 한 해가 시작된 후 120일째에 적용됩니다.

제공된 서비스 비용 - 초기 청구 당시 일상 및 통상적인 비용은 NorthShore에서 가장 최근에 제출한 Medicare 비용 보고서에서 채택한 청구 비용(병원의 "비용 대비 청구 비율"이라고도 함)에 병원의 비용 관계를 곱했습니다(감소했습니다). 비용은 매년 갱신됩니다.

선택 서비스 - 응급 치료를 필요로 하지 않는 상태를 치료하기 위한 서비스. 선택 서비스는 환자에게 유리하지만 긴급하지 않은 절차를 포함하며 의료상 필요한 서비스와 외모를 향상시키기 위해서만 수행되는 성형 및 치과 수술 등 의료상 필요하지 않은 서비스 또는 일반적으로 건강 보험 플랜으로 보장되지 않는 기타 선택적 절차를 포함합니다. 의료상 필요하지 않은 선택 서비스는 재정 지원 대상으로 고려되지 않습니다.

응급 서비스 - 즉각적인 치료를 받지 않는 경우 개인의 건강(또는 임신부에 관해 산모 또는 태아)을 심각한 위험에 놓이게 하거나 신체 기능에 심각한 장애 또는 신체 기관 또는 일부에 심각한 기능장애를 일으킬 것으로 합리적으로 예상될 수 있는 충분히 심각한 급성 증상이 있는 의학적 상태(중증 통증, 정신 장애 및/또는 약물 남용 증상 포함)에 대해 환자에게 제공된 서비스.

특별 징수 조치(ECA) - 법적 또는 사법처리를 필요로 하는 징수 조치로 부채를 다른 당사자에게 판매하거나 신용 기관이나 신용 조사 기관에 불리한 정보를 보고하는 등 기타 활동을 포함할 수도 있습니다. NorthShore는 ECA에 관여하지도 징수 회사가 ECA에 관여하는 것을 허용하지도 않습니다. NorthShore 회수 정책에 대한 추가 정보는 NorthShore의 **별도 청구 및 회수 정책**에서 볼 수 있습니다. 이 정책의 무료 종이 사본은 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에서 온라인으로 이용하거나 응급 부서 및 병원 등록 창구 또는 우편 또는 전화 (847) 570-5000번을 통해 무료 종이 사본을 얻을 수 있습니다.

가족 - 환자, 환자의 배우자/합법적 동성 배우자, 환자의 부모 또는 보호자(미성년자 환자의 경우), 환자 또는 환자의 소득세 신고서에 나오는 모든 부양가족 및 환자 또는 환자의 부모 또는 보호자 가구에서 살고 있는 모든 부양가족.

가족 소득 - 가족의 연간 수입 및 세금 전 모든 출처의 현금 수당 합계, 미국 국세청에 보고 가능한 자녀 양육비에 대해 이루어진 지급금은 제외. 가족 소득에는 수입, 실업 수당, 근로자 보상, 사회보장연금, 보조적 보장 소득, 공공 지원, 재향군인 수당, 유족 수당, 연금, 퇴직 소득, 이자, 배당금, 위자료, 자녀 양육비 및 기타 출처를 포함하며 이에 국한되지는 않습니다.

연방 빈곤 수준(FPL) - 개인이 빈곤 한계값에 있다고 생각되는 소득 수준. 이 소득 수준은 가족의 수에 따라 다릅니다. 빈곤 수준은 미국 보건복지부에서 매년 갱신하며 연방 관보에 발표합니다. 이 정책의 목적을 위해 이렇게

발표된 가이드라인에서 표시된 빈곤 수준이 총소득을 나타냅니다. 이 정책의 목적을 위해 사용된 FPL은 매년 갱신됩니다. FPL은 FAP의 **별첨 3**에서 볼 수 있습니다.

재정 지원 - 재정 지원이란 NorthShore의 FAP에서 정의한 대로 특정 재정 및 기타 자격 기준을 충족하는 환자에게 병원 환경에서 NorthShore가 제공한 의료상 필요한 또는 응급 건강관리 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 필요한 재원을 확보하는 데 도움을 주기 위해 NorthShore에서 제공하는 지원을 의미합니다. 자격이 있는 환자는 보험에 들지 않은 환자, 저소득 환자 및 부분 보험은 있지만 나머지 의료비의 일부 또는 전부를 지불할 수 없는 환자를 포함할 수 있습니다.

의료상 필요한 서비스 - 진단, 직접적인 치료 및 질병 치료를 위해 제공되고, 지역 내 우수 의료 행위 표준을 충족하며, Medicare 및 Medicaid 프로그램으로 보장되고 의료상 필요하다고 간주되며 주로 환자 또는 의사의 편리를 위한 것이 아닌 서비스 또는 공급품. 의료상 필요한 서비스에는 성형 수술 또는 사회, 교육 또는 직업 서비스 등의 비의료 서비스는 포함되지 않습니다.

일반 언어 개요 - NorthShore의 FAP 일반 언어 개요에는 다음을 포함합니다. 1) 자격 요건 및 제공되는 지원에 대한 간단한 설명, 2) 재정 지원 신청서를 얻을 수 있는 웹 사이트 및 실제 장소 목록, 3) FAP에 대한 무료 종이 사본을 얻을 수 있는 방법에 대한 지침, 4) 신청 과정에 도움이 필요한 경우 연락처 정보, 5) FAP 및 관련 문서의 언어 번역본 이용 가능성 및 재정 지원 수급 자격이 되는 것으로 결정된 환자는 응급 또는 의료상 필요한 서비스에 대해 AGB 이내로 청구될 것임을 확인하는 진술서.

추정 수급 자격 - 재정 지원 신청서를 작성하지 않고 보험이 없는 환자 편에서 재정 지원의 필요성을 입증하는 것으로 간주되는 특정 기준을 참조하여 이루어진 재정 지원 수급 자격 결정.

합리적 노력 - NorthShore는 FAP 일반 언어 개요를 제공함으로써 NorthShore의 FAP에 대해 환자에게 통지를 제공하고자 합리적인 노력을 할 것입니다. 또한, NorthShore는 환자에게 NorthShore의 FAP에 대해 알리기 위해 다음 단계를 취합니다.

- 1) **불완전한 신청서** - 환자 및/또는 환자의 가족원이 불완전한 재정 지원 신청서를 제출한 경우, NorthShore는 서면 통지를 제공하여 추가 정보나 문서가 필요함을 설명합니다.
- 2) **완료된 신청서** - 환자 및/또는 환자 가족원이 완료된 재정 지원 신청서를 제출한 경우, NorthShore는 환자가 적시에 재정 지원 수급 자격이 있는지 여부에 대한 결정을 문서화하고 그 결정(해당되는 경우 환자가 자격이 되는 지원 포함) 및 이러한 결정 이유를 서면으로 환자에게 알리는 서면 통지를 제공합니다. 이 통지에는 재정 지원 금액 비율(승인된 신청의 경우) 또는 거부 사유 및 해당되는 경우, 환자 및/또는 가족의 예상 지불액도 포함됩니다. 환자 및/또는 가족은 완료된 신청서 평가 기간 동안 계속 청구서를 받게 됩니다.
- 3) **환자 청구서** - NorthShore는 환자의 계정 및 지불액을 설명하는 일련의 청구서를 보냅니다. 환자 청구서는 환자가 이용 가능한 건강 보험 보장을 NorthShore에 알려야할 책임이 있다는 요청서를 포함하며, NorthShore의 FAP 통지서, 재정 지원 요청을 위한 전화번호 및 재정 지원 문서를 얻을 수 있는 웹 사이트 주소를 포함합니다.
- 4) **NorthShore 웹 사이트** - NorthShore의 웹 사이트는 재정 지원 신청 과정에 대한 설명과 함께 재정 지원이 이용 가능한지에 대한 안내문을 눈에 잘 띄는 장소에 게시합니다. NorthShore는 FAP 하에 보장되는 의료제공자와 보장되지 않는 의료제공자의 목록, 일반 언어 개요, 재정 지원 신청서, 청구 및 회수 정책과 함께 FAP를 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에 게시합니다. NorthShore는 응급 부서 및 접수 창구 또는 우편 및 전화 (847) 570-5000번으로 요청하시면 이들 문서의 무료 종이 사본을 제공합니다.

보험이 없는 환자 - NorthShore에서 제공한 건강 관리 서비스 지불을 위해 환자가 제공하거나 기타 출처로부터 확보한 문서 및 정보를 기반으로 NorthShore에서 결정한 대로, 건강 보험 정책에 따라 전체적으로 또는 부분적으로 보장되지 않고 공공 또는 민간 건강보험, 건강 수당 또는 기타 건강 보험 프로그램(제한 없이 민간 보험, Medicare 또는 Medicaid 또는 NorthShore. 범죄 피해자 지원 포함)의 수혜자가 아니고, 환자의 부상이 근로자 보상, 자동차 보험 또는 법적 책임 또는 기타 제3자 보험으로 보상이 되지 않는 환자.

긴급 서비스 - 생명을 위협하지는 않지만 치료 지연이 계속될 경우 환자의 건강 또는 웰빙을 위협할 수 있는 예상되지 않은 질병 또는 부상을 치료하기 위한 서비스.

4. 절차:

- A. **의사 소통:** 환자, 가족 및 더 넓게는 지역사회에 재정 지원 이용 가능성을 인식시키기 위해 NorthShore는 여러가지 조치를 취해 환자와 방문객들에게 본원의 재정 지원 이용 가능성을 알리고, 본원에서 서비스를 제공한 더 넓은 지역사회의 직원들에게 이 정책을 널리 통보합니다. 이러한 대책에는 다음을 포함합니다.
- i. **재정 상담:** NorthShore 환자는 병원 청구서 중 일부를 지불하는 데 어려움이 예상되는 경우 병원의 재정 카운셀러에게 정보를 구할 것을 권합니다. 저희 카운셀러들은 보험이 없거나 부분적으로만 보험을 들었거나 NorthShore에서 제공한 건강관리 서비스에 대한 지불과 관련하여 기타 재정적 어려움을 직면하고 있는 환자를 돕기 위해 모든 노력을 기울입니다. 카운셀러들은 다양한 정부 지원 프로그램의 수급 자격을 위해 환자를 선별하거나, 근로자 보상 또는 법적 책임 청구를 돕거나, 결제 계획의 연장된 시간을 설정하거나 환자의 재정 지원 신청을 도울 수 있습니다.
 - ii. **일반 언어 개요:** NorthShore의 FAP 일반 언어 개요의 종이 사본을 모든 환자에게 제공합니다. NorthShore는 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에서 온라인으로 이용 가능한 재정 지원 문서의 무료 종이 사본을 제공하거나 응급 부서 및 등록 창구에서 요청 시 제공해 드립니다. 무료 종이 사본 또한 우편을 통해 또는 (847) 570-5000번으로 전화하여 구할 수 있습니다.
 - iii. **번역 사본 이용 가능:** NorthShore는 이 FAP, 일반 언어 개요, 재정 지원 신청서 및 청구 및 회수 정책을 영어 및 NorthShore 병원에 영향을 받거나 접하게 될 가능성이 높은 1,000명 또는 인구의 5% 이하에서 구사하는 모든 기타 언어로 제공합니다. NorthShore는 NorthShore 웹 사이트 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에서 이용 가능한 재정 지원 문서의 무료 종이 사본을 제공하거나 응급 부서 및 등록 창구에서 요청 시 제공해 드립니다. 무료 종이 사본 또한 우편을 통해 또는 (847) 570-5000번으로 전화하여 구할 수 있습니다.
 - iv. **도움 안내판:** 모든 재정 지원 안내문은 일반 대중들이 쉽게 볼 수 있는 장소 장소 즉, NorthShore 응급 부서 및 환자 등록 창구를 포함하지만, 이에 국한되지 않는 장소에 분명하고 눈에 띄게 게시합니다. 안내문에는 재정 지원이 이용 가능하며 자세한 정보를 위해 재정 카운셀러에게 연락할 수 있는 전화번호를 표시합니다.
 - v. **안내 책자:** 안내 책자는 NorthShore 환자 액세스, 등록, 응급 부서 및 출납 장소에 배치되며 환자가 Medicare, Medicaid, All Kids, Family Care 등과 NorthShore의 재정 지원 프로그램 지원 방법에 대한 지침을 포함합니다. 재정 지원을 검토 또는 신청하는 데 도움이 되는 연락처 및 전화번호가 포함됩니다.
 - vi. **웹 사이트:** NorthShore의 웹 사이트는 재정 지원 신청 과정에 대한 설명과 함께 재정 지원 이용 가능성에 대한 안내문을 눈에 잘 띄는 장소에 게시합니다. NorthShore는 FAP 하에 보장되는 의료제공자와 보장되지 않는 의료제공자의 목록, 일반 언어 개요, 재정 지원 신청서, 청구 및 회수 정책과 함께 FAP를 NorthShore 웹 사이트 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에 게시합니다. NorthShore는 응급 부서 및 등록 창구에서 요청 시 이들 문서의 무료 종이 사본을 제공합니다. 무료 종이 사본 또한 우편을 통해 또는 (847) 570-5000번으로 전화하여 구할 수 있습니다.
 - vii. **환자 청구서:** 환자 청구서는 환자가 이용 가능한 건강 보험 보장을 NorthShore에 알려할 책임이 있다는 요청서를 포함하며, NorthShore의 FAP 통지서, 재정 지원 요청을 위한 전화번호 및 재정 지원 문서를 얻을 수 있는 웹 사이트 주소를 포함합니다.
- B. **수급 자격 결정:** 재정 필요성은 재정 필요성에 대한 개별 평가가 포함되어 있는 절차에 따라 결정됩니다. 이 절차는 아래에 설명되어 있습니다.
- i. 추정 수급 자격 결정은 아래 섹션 4E에서 설명한 기준에 따라 완료됩니다. 환자가 재정 지원에 추정 수급 자격이 되는 경우 재정 지원 신청은 필요하지 않습니다. 환자 또는 보증인은 선별 과정에 협조하고 추정 수급 자격을 결정하는 데 관련된 개인 또는 재정 정보 및 문서를 제공할 것으로 기대합니다.
 - ii. 환자 또는 보증인이 재정 필요성을 결정하는 데 관련된 개인 또는 재정 정보 및 문서를 제공하는 데 협조가 기대되는 재정 지원 신청 과정

- iii. 적절한 대체 지급 출처와 공공 및 민간 지급 프로그램을 통한 보장을 찾기 위해 그리고 이러한 프로그램에 환자가 신청하는데 도움을 주기 위한 NorthShore의 합리적 노력. 보장은 다음을 이용하여 추구될 수 있습니다.
 - a) 근로자 보상 또는 공공 책임 청구에 대해 이용 가능한 웹 사이트 및 연락처 정보
 - b) 경찰서에 구류된 환자의 이용 가능한 연락처 정보
 - c) 오픈 등록 시기 중 교환 건강 보험에 가입한 환자를 위한 Get Covered Illinois 웹 사이트
 - d) 건강 보험 보장, 공공 지원 보장, DHS 사회 서비스, 일리노이 주 건강한 여성 프로그램(Illionois Healthy Women's Program), 신장 서비스 및 빈곤가정에 대한 일시적 지원(TANF)에 대한 수급 자격 여부를 찾기 위한 CareNext tool(Passport OneSource의 일부)
 - e) 공공 지원 보장을 찾기 위한 주정부의 PACIS 및/또는 IES 데이터베이스
 - f) Illinois Link EBT 카드 웹 사이트를 통한 SNAP 검색 도구
 - g) 공공 지원 보장을 찾기 위한 Experian 자격 도구
 - h) 기타 적절한 제3자 출처
 - iv. 환자 또는 보증인의 지불 능력에 대한 정보를 제공하는 공개적으로 이용 가능한 데이터 출처의 사용(신용 점수 포함)(섹션 4G 참조)
 - v. NorthShore에서 제공된 이전 서비스에 대해 환자의 미수금 및 환자의 지불 또는 대손 이력 검토
 - vi. NorthShore에서 제공한 재정 지원 수준은 소득, 가족 수 및 FPL을 기준으로 합니다. FPL의 4와 6배 사이의 가족 소득이 있는 보험이 없는 집단에 대해 유일한 요구 조건은 일리노이 주 거주입니다. 보험이 없는 환자와 보험이 있는 환자 모두 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 그리고,
 - vii. 재정 지원에 대한 환자의 자격은 아래 표를 기준으로 하며 환자의 재정 상태, 정상 참작이 가능한 재정 상황 및 제3자 건강관리 수당 이용 가능성에 따라 다양할 수 있습니다. 수급 자격 가이드라인은 연방 정부에 의해 빈곤 수준 가이드라인이 발표된 후 매년 개정되며 가장 최근에 제출한 Medicare 비용 대비 청구 비율 또한 포함합니다. 아래 명시된 가이드라인을 초과하는 소득을 가진 가족은 지불 계획 대상에서 선별될 수 있습니다.
- C. **보험이 없는 환자의 재정 지원 수급 자격:** 연방 빈곤 수준을 바탕으로 다음 표는 재정 지원 수급 자격이 있는 보험이 없는 환자에게 제공되는 할인을 결정하는 데 사용됩니다. 재정 지원 수급 자격이 있는 환자에게 제공되는 할인은 환자가 AGB 이상 청구되지 않는지 확인하기 위해 AGB 비율 제한과 비교하여 검토됩니다.

FPL 계층	0%~200% FPL	201%~300% FPL	301%~400% FPL	401%~600% FPL
예상 환자 지불금	\$0 지불금/100% 상각	제공된 서비스 비용 100%	제공된 서비스 비용 100%	AGB 비율 (별첨 2 참조)
연간 최대 예상 환자 지불금	\$0 지불금/100% 상각	연간 가족 소득의 5%	연간 가족 소득의 10%	연간 가족 소득의 25%

- i. FPL는 FAP의 **별첨 3**에서 볼 수 있으며 각 병원의 AGB 비율은 **별첨 2**에서 찾아볼 수 있습니다.
- ii. NorthShore 병원비에 대한 예상 지불금은 가족 소득이 FPL의 2와 4배 사이인 환자에 대해 보험이 없는 환자 청구서의 병원 비용 대비 청구 비율의 100%까지 또는 가족 소득이 FPL의 4와 6배 사이인 환자에 대해 일반적으로 청구되는 금액까지 의료상 필요한 서비스에 대한 병원비를 감소시켜 결정됩니다. 개정된 비율이 매년 계산되며 한 해가 시작된 후 120일째에 적용됩니다. FPL 계층별 할인 비율은 **별첨 4**에서 볼 수 있습니다.
- iii. 일리노이 주 병원 비보험 환자 할인 법(210 ILCS 89/1)을 준수하여 2009년 4월 1일부터 유효하며 가족 소득이 FPL의 4~6배인 환자에 대한 재정 지원 수급 자격은 일리노이 주 거주 환자 및 \$300을 초과하는 의료상 필요한 치료비로 제한됩니다. 또한 이 법을 준수하여 NorthShore는 병원의 비용 대비 청구 비율의 135%에 대한 할인을 일반적으로 청구된 금액과 비교하였고 환자에게 더 후한 할인을 적용했습니다.

- D. **보험이 있는 환자의 재정 지원 수급 자격:** FPL을 바탕으로 다음 표는 재정 지원 수급 자격이 있는 보험이 있는 환자에게 제공되는 할인을 결정하는 데 사용됩니다. 환자는 의료상 필요한 서비스에 대해 환자의 건강 보험이 지불하고 남은 나머지 잔액(즉, 자기 부담 잔액)에 대해 재정 지원 심의를 요청할 수 있습니다. 보험이 있는 환자에 대한 재정 지원은 나머지 잔액이 \$300 또는 그 이상인 환자에게만 제한됩니다. 재정 지원 수급 자격이 있는 환자에게 제공되는 할인은 환자가 AGB 이상 청구되지 않는지 확인하기 위해 AGB 비율 제한과 비교하여 검토됩니다. FPL 계층별 할인 비율은 **별첨 4**에서 볼 수 있습니다. 가족 소득이 아래 명시된 가이드라인을 초과하는 가족은 지불 계획 대상에서 선별될 수 있습니다.

FPL 계층	0%~200% FPL	201%~400% FPL
예상 환자 지불금	\$0 지불금/100% 상각	AGB 비율 x 나머지 자기 부담 잔액

FPL는 FAP의 **별첨 3**에서 볼 수 있으며 각 병원의 AGB 비율은 **별첨 2**에서 찾아볼 수 있습니다.

- E. **추정 수급 자격:** 보험이 없는 환자는 아래 열거된 기준 중 하나의 존재 여부에 따라 재정 지원 수급 자격이 결정될 수 있습니다. 최소 하나의 기준이 입증된 후에는 다른 소득 증명은 요청되지 않습니다. 아래 목록은 환자의 가족 소득이 FPL의 두 배 이하인 상황을 대표하고 환자는 의료상 필요한 의료비의 100% 감소 자격이 있습니다. 보험이 없는 환자에 대한 추정 수급 자격 선별은 의료상 필요한 서비스를 받은 후 그리고 해당 서비스에 대한 청구서가 발행되기 전에 가능한 빨리 완료되어야 합니다. 가능성 있는 추정 수급 자격 상태를 알린 경우, NorthShore는 추정 수급 자격 검토 과정이 완료되는 동안 환자 청구서를 유보하게 됩니다. 또한, NorthShore는 정상 참작이 가능한 상황에서 개인의 추정 수급 자격을 사전 승인하기 위해 외부 자선 및 비영리 기관과 함께 작업할 수 있습니다. 이러한 기관의 예에는 연방 정부가 자격을 갖춘 진료소 또는 종교적인 비영리 기관이 포함됩니다.

i. 추정 자격 기준은 다음 프로그램 중 하나에 등록된 경우 입증됩니다.

- a) 여성, 유아 및 아동 영양 보충 프로그램(WIC)
- b) 보충영양지원프로그램(SNAP)
- c) 일리노이 주 무료 점심 및 아침 식사 프로그램
- d) 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)
- e) 빈곤가정에 대한 일시적 지원(TANF)
- f) 일리노이 주 주택 개발청의 주택 임대 지원 프로그램
- g) 저소득 재정 상태를 기준으로 평가하고 문서화하는 치료를 제공하는 조직화된 지역사회 기반 프로그램 또는 자선 건강 프로그램
- h) Medicaid 자격이 있지만 서비스 날짜에는 자격이 없었거나 비보장 서비스의 경우

ii. 추정 수급 자격 기준은 다음 생활 환경에 의해 입증될 수 있습니다.

- a) 의료 서비스 지원 승인 수령서
- b) 노숙자
- c) 재산 없이 사망
- d) 환자를 대신해 줄 사람이 없는 정신적 무능력
- e) 최근 개인 파산
- f) 형사 기관에 감금
- g) 종교 집단과의 연계 및 가난의 서약
- h) 가족 소득이 FPL의 두 배 이하임을 나타내는 독립된 제3자 보고 기관의 증거

iii. 추정 수급 자격을 증명하는 방법에는 다음을 포함합니다.

- a) 프로그램 등록 또는 기타 추정 수급 자격 기준의 전자 확인.
- b) 독립적인 전자 확인이 가능하지 않은 경우, 등록 증명 또는 기타 자격 기준이 요구됩니다. 다음 중 하나는 만족스러운 증명이 됩니다.

1. WIC 바우처
2. SNAP 카드, 등록 화면 증명서 인쇄, 또는 SNAP 승인 편지 사본
3. 서명과 함께 학교 또는 무료/할인 가격의 급식 및 수수료 면제 알림 편지

4. LIHEAP 수여 또는 승인 편지
5. 적십자, DHS 또는 HFS의 TANF 승인 편지
6. 주 또는 연방 정부 보조 주택 프로그램의 경우 임대료 영수증
7. 임대인으로부터의 임대료 조정 편지 또는 HUD 카드 또는 편지
8. 현재 일리노이 주 프로그램에 대한 수급 자격을 보여주는 카드 또는 수여증
9. 무상원조 기관(Grant Agency)의 내역서 또는 무상원조 편지
10. 개인 증명 또는 노숙자임을 확인하는 교회 또는 쉼터의 편지
11. 변호사, 그룹 홈, 쉼터, 종교 집단 또는 교회의 편지
12. 파산 신청에 포함된 채권자로서 NorthShore를 확인해주는 채무자의 채무 면제 통지서

F. *자격 타입라인:*

- i. 보험이 없는 환자의 경우 재정 지원 결정은 해결되지 않은 모든 자기 부담 잔액에 대해 소급적으로 그리고 환자의 추가 행동 없이 최소 6개월의 기간 동안 소급적으로 실시됩니다. 환자는 재정 지원 결정에 영향을 미칠 수 있는, 6개월 동안 발생한 환자의 재정 상황의 모든 물질적 변화를 해당 변화가 발생한지 30일 이내에 NorthShore에 알려야 합니다. 가족 소득의 물질적 향상을 밝히지 못한 환자의 경우, 물질적 향상이 일어난 후 NorthShore에서 제공한 모든 재정 지원이 무효가 될 수 있습니다. 보험이 없는 환자에 대한 추정 수급 자격 결정은 해결되지 않은 자기 부담 잔액 전액에 대해 소급적으로 실시될 수 있습니다.
- ii. 보험이 있는 환자의 경우 재정 지원 결정은 모든 해결되지 않은 자기 부담 잔액에 대해 소급적으로 실시됩니다. 보험이 있는 환자는 미래에 발생하는 모든 응급 및 의료상 필요한 치료에 대한 재정 지원을 다시 신청할 수 있습니다.

G. *재정 지원 수급 자격 결정에 대한 최종 선별:* 환자가 재정 지원에 대한 수급 자격이 있는 것처럼 보이지만 파일로 된 신청서가 없거나 추가 문서가 부족한 경우가 있습니다. 이러한 경우, 외부 기관의 데이터 및/또는 NorthShore의 미수급 지불/자산/대손 이력 또는 Evanston Hospital에서 NorthShore Community Health Center의 회원 자격이 보험 및 고용 상태를 확인하고 재정 지원 결정을 위한 소득을 추정하는 데 사용될 수 있습니다. NorthShore는 재정 상태가 제3자(예: 신용 점수)에 의해 확인된 환자에 대해 재정 지원을 승인합니다. 이러한 상황에서 재정 지원 조정은 환자 계정에 게시될 수 있으며 환자가 재정 지원 신청서를 제출할 필요가 없습니다. 제3자를 통한 재정 상태 확인은 Experian Payment Navigator 또는 기타 제3자 출처를 사용하여 수행될 수 있습니다.

H. *긴급 또는 의료상 필요한 서비스:* 재정 지원은 병원 환경에서 제공된 긴급 또는 의료상 필요한 서비스로 제한됩니다. 이 섹션에서 환자의 지불 능력에 관계없이 응급 의학적 질병의 치료에 관해 연방 또는 주 법률에 따라 NorthShore의 의무 또는 관행을 변경하기 위한 것은 없습니다.

I. *신청 과정*

- i. *신청 방법:* 재정 지원 신청서는 작성하여 지원 문서와 함께 제출되어야 합니다. 신청서의 무료 종이 사본은 NorthShore의 웹 사이트 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance에서 다운로드 받을 수 있습니다. 무료 종이 사본은 또한 응급 부서 및 병원 등록 창구에서도 구할 수 있습니다. 무료 종이 사본 또한 우편을 통해 또는 (847) 570-5000번으로 전화하여 구할 수 있습니다.
- ii. 신청자는 완료된 신청서와 지원 문서를 아래 열거된 NorthShore 주소로 송부하거나 병원 재정 카운셀러에게 가져올 수 있습니다. 환자는 중앙 등록 창구를 방문하고 재정 카운셀러와 상담을 요청하여 병원 재정 카운셀러를 찾을 수 있습니다. 신청 과정, 신청서 작성 도우미에 관한 질문 또는 제출된 신청 상태를 확인하려면, 병원의 재정 카운셀러가 병원에서 직접 도움을 드리거나 (847) 570-5000으로 전화하실 수 있습니다.

iii. *완료된 신청서 보내는 곳:*

NorthShore University HealthSystem
Patient Financial Services
P.O. Box 1006, Suite 330
Skokie, IL 60076-9877
팩스 (847) 982-6957
또는
병원 재정 카운셀러에게 가져오십시오

- iv. 재정 지원 또는 추정 수급 자격 심의 요청은 신청 기간 내에 다음 개인 중 누구에 의해서나 시작될 수 있습니다: a) 환자 또는 보증인, b) 환자 또는 보증인의 대리인, c) 환자/신청자를 대신한 NorthShore 대리인 또는 d) 환자의 담당 의사.
- v. 이 정책의 다른 곳에서 명시된 고려 사항에도 불구하고, 재정 지원 신청에 협력하고 전적으로 참여하는 것은 환자의 책임입니다. 여기에는 모든 이용 가능한 제3자 건강 보험에 대한 정보 제공, 정부 또는 다른 프로그램(예: Medicare, Medicaid, All Kids, FamilyCare, Affordable Care Act Health Insurance Exchange, 제3자 책임, 범죄 피해자 기금 등)을 통한 자금을 신청하거나 다른 재정 지원에 대한 환자의 자격을 결정하는 데 필요한 모든 문서 및 증명서를 시기 적절하고 솔직한 방식으로 제공하는 것이 포함됩니다. 이렇게 하지 못할 경우 환자의 재정 지원 신청 심의에 부정적인 영향을 미칠 수 있습니다. 환자는 설득력 있는 상황으로 NorthShore의 관심을 받은 경우가 아니라면 NorthShore의 요청 30일 이내에 정보, 증명서 및 문서를 제공하도록 요구됩니다. 추정 수급 자격의 경우를 제외하고, 재정 지원 신청서는 환자(또는 보증인/대리인)가 서명해야 합니다.
- vi. 재정 카운셀러는 재정 지원 신청 과정에서 신청자를 도울 수 있습니다. 환자가 사망하였고 책임 당사자가 확인이 되지 않은 경우 NorthShore 대리인은 요청서를 생성하고 이용 가능한 정보와 문서(예: Medicaid 스펠드다운(Spend Down) 양식, 부동산 문서 등)를 사용하여 신청서를 작성합니다.

J. 가족 소득:

- i. 환자는 이용 가능한 경우 가족 소득을 확인하는 데 다음 중 한 가지 또는 그 이상의 문서를 제공해야 할 수 있습니다. 환자의 가족 중 취업자가 한명 이상인 경우, 각자 다음 중 한 가지 또는 그 이상의 문서를 제출해야 합니다.
 - a) 가장 최근 제출한 연방 소득세 신고서 또는
 - b) 해당되는 경우 다음 문서:
 1. 가장 최근의 W-2 및 1099 양식
 2. 가장 최근 급여 명세서 2장(또는 해당되는 경우 실업 증명서, 사회보장연금 편지 등)
 3. 지난 2개월 동안 당좌 예금(checking), 저축 예금(savings), 양도성 예금증서(Certificate of Deposit) 등에 대한 입출금 내역서 사본
 4. 현금으로 지급받는 경우 고용 증명서
 5. 가족 소득에 대한 제3자의 기타 확인서
- ii. 추정 수급 자격의 경우를 제외하고 신청자는 신청 증명서에 서명해야 합니다. NorthShore는 나중에 신청자가 실질적으로 허위 정보를 제공했다는 증거가 입증되는 경우 결정이 철회되거나 수정될 수 있습니다.

K. **추가 문서:** 신청자는 이 FAP에 따라 달리 지원 받을 자격이 있는 금액과 같거나 더 많은 재정 지원 요청을 뒷받침하기 위해 재정적 어려움을 보여주는 자산, 비용, 소득, 미불 채무 또는 기타 상황에 관한 추가 문서를 제공하기로 선택할 수 있습니다. NorthShore는 신청자의 재무 상태가 이러한 소득 문서에 의해 적절하게 반영되지 않은 경우 신청자에게 추가 문서를 제출하도록 요청할 수 있습니다.

L. **수급 자격 통지:** NorthShore는 완전하게 완료된 재정 지원 신청서를 받은 후 45일 이내에 재정 지원 결정을 신청자에게 서면으로 알리기 위해 최선의 노력을 할 것입니다. 이 통지에는 재정 지원 금액 비율(승인된 신청의 경우) 및 해당되는 경우, 환자 및/또는 가족의 예상 지불액도 포함됩니다. 환자 및/또는 가족은 완료된 신청서 평가 기간 동안 계속 청구서를 받게 됩니다. 재정 지원 신청이 전체 또는 일부 거부된 경우 NorthShore는 그 결정에 대한 이유를 신청자에게 알리고 신청자에게 의문 사항이 있는 경우 연락할 연락처 정보를 제공합니다.

M. **불완전한 신청서:** 환자 및/또는 가족이 불완전한 신청서를 제출한 경우, NorthShore는 서면 통지를 제공하여 추가 정보나 문서가 필요함을 설명합니다.

N. **허위 또는 잘못된 정보:** 신청자가 의료비를 지불할 능력에 관하여 실질적으로 허위 또는 잘못된 정보를 의도적으로 제공했음이 밝혀진 경우, NorthShore는 신청자의 현재 또는 미래 신청을 거부할 수 있습니다. 악의 없이 허위 정보를 제공한 경우 NorthShore는 수정된 정보를 기반으로 결정을 내립니다. 재정 지원이 환자가 의도적으로 제공한 실질적 허위 정보를 근거로 이미 지불된 경우, NorthShore는 이전의 재정 지원 보조금을

무효시킬 수 있으며 이 경우 NorthShore는 환자로부터 지불해야 할 금액에 대한 지불을 받기 위한 모든 법적 권리를 보유합니다. 실질적으로 허위 정보의 제공이 의도된 것이 아닌 경우, NorthShore는 수정된 정보를 기반으로 결정을 수정합니다.

5. 첨부 문서:

- 별첨 1 - FAP 의료제공자/의사 목록
- 별첨 2 - 시설별 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 비율
- 별첨 3 - 연방 빈곤 수준(FPL) 가이드라인
- 별첨 4 - 재정 지원 할인 표

6. 분포:

행정 지침 매뉴얼

7. 정책 책임:

수석 부사장, 비즈니스 서비스

8. 참고문헌:

<u>내부</u>	<u>외부</u>
행정 지침 매뉴얼: 청구 및 회수 정책	보건복지(HHS)
행정 지침 매뉴얼: HIPAA P 정책(정보 관리)	연방 빈곤 가이드라인, 가장 최신 년도
행정 지침 매뉴얼: HIPAA 정책	병원 비보험 환자 할인 법(210 ILCS 89/1)
EMTALA 준수 매뉴얼: EMTALA 의료 선별 검사 정책	국세법 제501(r)절

9. 개정:

본 기관은 합리적인 통지와 함께 또는 통지 없이 법의 제약 조건 내에서 정책의 약관을 일방적으로 개정, 수정, 검토 또는 변경할 수 있는 권리를 가집니다.

10. 승인:

<u>Brian M. Washa</u> 서명	<u>수석 부사장, 비즈니스 서비스</u> 직위	<u>9/13/16</u> 날짜
<u>Gerald P. Gallagher</u> 서명	<u>최고 운영 책임자(COO)</u> 직위	<u>9/14/16</u> 날짜

11. 날짜:

개시일: 6/04 검토일: 9/16 효력일: 10/16 다음 검토일: 10/19

별첨 1
FAP 의료제공자/의사 목록

NorthShore Medical Group 의 모든 의사/의료제공자는 이 정책에 따라 보장됩니다. 이 정책에 따라 보장되지 않는 NorthShore 병원 시설에서 응급 또는 기타 의료상 필요한 치료를 제공하는 독립/비고용 의료제공자의 목록이 온라인으로 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 에서 별도의 문서에 제공됩니다. 별첨 1의 무료 종이 사본은 응급 부서 및 접수 창구와 우편 및 전화 (847) 570-5000 번으로 요청하면 받아볼 수 있습니다. 의료제공자 청구비에 대한 업데이트는 분기별로 이루어집니다.

별첨 2
일반적으로 청구되는 금액(AGB) 비율

재정 지원 수급 자격이 있는 환자는 응급 또는 의료상 필요한 치료에 대해 보험이 있는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이상으로 청구되지 않습니다. 병원 AGB 비율은 "Look-Back" 방법을 사용하여 계산되며, 이는 Medicare 행위별 수가 총액과 민간 건강 보험회사에서 허용한 청구를 12개월 기간 동안 이들 청구에 대한 총 비용으로 나눈 것입니다. 재정 지원 수급 자격이 있는 환자에게 제공되는 할인은 환자가 AGB 이상 청구되지 않는지 확인하기 위해 AGB 비율 제한과 비교하여 검토됩니다.

의료제공자	AGB %	할인 %
Evanston Hospital	33%	67%
Glenbrook Hospital	33%	67%
Highland Park Hospital	33%	67%
Skokie Hospital	33%	67%
NorthShore Medical Group	33%	67%

이 정책 사용을 위해, 각 시설의 AGB 비율은 매년 계산되며 그 해가 시작된 후 120일째 되는 날에 적용됩니다.

별첨 3 연방 빈곤 수준(FPL) 가이드라인

이 정책에서 참조한 빈곤 가이드라인은 연방 관보(Federal Register)에 게시된 대로 해마다 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)에서 발행된 것입니다. 현재 빈곤 가이드라인의 소득 임계값은 2016년 1월 21일에 발표되었습니다.

가족 수	FPL
1	\$11,880
2	\$16,020
3	\$20,160
4	\$24,300
5	\$28,440
6	\$32,580
7	\$36,730
8	\$40,890

8 인 이상의 가족 단위인 경우 FPL 을 결정하는 데 추가 인원 에 대해 \$4,160 을 추가합니다.

이 정책의 목적상 상기에 명시된 소득 수준이 으로 고려되나, 총소득 특정 조항에서는 특별 의료비에 대한 소득 조정을 허용합니다. 이 정책에서 사용하기 위해 연방 빈곤 소득 수준은 연방 정부에 의한 개정 및 발표 이후 매년 연방 관보에 갱신됩니다.

별첨 4
재정 지원 할인 표

보험이 없는 환자의 할인 표

다음은 보험이 없는 환자의 FPL 계층별 할인율입니다. 할인율은 응급 또는 의료적으로 필요한 치료 비용에 적용됩니다.

가족 수	0%~200% FPL	201%~300% FPL	301%~400% FPL	401%~600% FPL
	100% 할인 최대 소득	74% 할인 최대 소득	74% 할인 최대 소득	67% 할인 최대 소득
1	\$23,760	\$35,640	\$47,520	\$71,280
2	\$32,040	\$48,060	\$64,080	\$96,120
3	\$40,320	\$60,480	\$80,640	\$120,960
4	\$48,600	\$72,900	\$97,200	\$145,800
5	\$56,880	\$85,320	\$113,760	\$170,640
6	\$65,160	\$97,740	\$130,320	\$195,480
7	\$73,460	\$110,190	\$146,920	\$220,380
8	\$81,780	\$122,670	\$163,560	\$245,340
연간 최대 지불금	\$0 지불금/100% 할인	연간 가족 소득의 5%	연간 가족 소득의 10%	연간 가족 소득의 25%

보험이 있는 환자의 할인 표

다음은 보험이 있는 환자의 FPL 계층별 할인율입니다. 할인율은 응급 또는 의료적으로 필요한 치료에 대해 남은 자기 부담 잔액에 대해 적용됩니다.

가족 수	0%~200% FPL	201%~400% FPL
	100% 할인 최대 소득	67% 할인 최대 소득
1	\$23,760	\$47,520
2	\$32,040	\$64,080
3	\$40,320	\$80,640
4	\$48,600	\$97,200
5	\$56,880	\$113,760
6	\$65,160	\$130,320
7	\$73,460	\$146,920
8	\$81,780	\$163,560