

## 부록 A: DC 규정에 특정되는 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정) 재정 보조 조항

### 부록 A

#### SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정)

#### DC 규정에 특정되는 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정) 재정 보조 조항

##### 목적:

본 부록의 목적은 DC 자치 규정 타이틀 22, 챕터 22-B44에 설명되어 있는 컬럼비아 특별구의 무보상 치료 요건을 준수하기 위해 Sibley Memorial Hospital에 적용되는 추가 조항을 명시하는 것입니다. 무보상 치료 자격 기준을 충족하지 못한 환자의 경우, Sibley Memorial Hospital(SMH)은 정책 PFS035에 따라 총 청구액에 소득에 따른 차등 조정을 적용하여 재정 보조를 제공할 것입니다.

##### 정책:

SMH는 컬럼비아 특별구 자치 규정 타이틀 22, 챕터 22-B44 "무보상 치료 조항"의 섹션 4404에 규정된 연간 준수 수준에서 무보상 서비스를 제공하기 위해 성실하게 노력할 것입니다.

SMH는 어떠한 경우에도 서비스 비용을 지불할 수 없다는 이유로 응급 서비스 제공을 거부하지 않습니다. SMH는 적절한 의료진의 합리적인 판단에 따라 해당 조치가 임상적으로 적절하고 환자와 병원에 최선이라고 판단되는 경우, 응급 서비스를 받은 대상이 퇴원시키거나 다른 시설로 이송할 수 있습니다.

SMH는 컬럼비아 특별구 자치 규정 타이틀 22, 챕터 22의 섹션 4400.2, "무보상 치료 조항"에 따라 무보상 치료를 제공합니다. 제공되는 무보상 치료는 이러한 규정 또는 Sibley 및 컬럼비아 특별구 정부 사이의 계약상 의무 중 더 높은 금액을 명시한 기준에 근거합니다.

무보상 치료는 필요 증명(Certificates of Needs)에 관한 법률에 정의되어 있습니다(정의 섹션의 DC 코드 44-401). 이 법률에서 무보상 치료란 의료서비스 시설이 비용을 받지 않고 환자에게 제공하는 의료서비스 비용으로 정의합니다. "무보상 치료"라는 용어는 불량 채무 및 자선 치료를 포함하지만 계약상의 비용은 포함하지 않습니다.

불량 채무는 환자에게 제공한 의사 및 병원 의료서비스에 근거한 미수금 계정으로서, 지불이 기대되지만, 합리적인 회수 노력에도 불구하고 회수할 수 없는 것으로 간주되며, 연방, 주 또는 지방 정부 단위의 의무가 아닌 미수금을 의미합니다. 불량 채무라는 용어는 자선 치료를 포함하지 않습니다.

자선 치료란 서비스 비용을 지불할 수 없는 사람, 특히 저소득층, 무보험자 및 보험이 충분하지 않은 대상에게 제공되는 의사 및 병원 의료서비스를 의미하지만, 불량 채무로 인해 발생하거나 분류되는 서비스는 제외합니다.

## **무보상 치료 자격 기준**

의료서비스 비용을 지불할 수 없고 다음 요건을 충족하는 경우 무보상 치료를 받을 자격이 있습니다.

1. 제 3자 보험사 또는 정부 보험에 따라 보장을 받지 못하거나 보장이 적용되지 않는 서비스를 받는 경우
2. 연간 개인 또는 가족 소득이 연방 빈곤 수준(FPL)의 200%를 넘지 않는 경우
3. 서비스를 요청하는 경우

무보상 치료에 대한 재정적 자격은 다음 방법 중 하나로 산정합니다.

1. 무보상 치료 요청 전 3개월 동안의 개인 또는 가족 소득(해당 하는 경우)에 4를 곱한 금액, 또는
2. 무보상 치료 요청 전 12개월 동안의 개인 또는 가족 소득(해당 하는 경우).

## **일반 청구 금액**

보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액인 "일반청구금액(Amounts Generally Billed, AGB)"은 룩백 방식(look-back method)을 사용하여 계산되며, 이는 Medicare 및 모든 민간 의료 보험사와 같이 이러한 청구의 일차 지불자를 모두 합쳐 병원에 전액 지불한 응급 및 기타 의학적 필수진료에 대한 모든 청구로 정의되며, 각 케이스에서 공동보험금 또는 공제액 형태로 병원에 지불한 금액을 각각 고려합니다. SMH는 이전 12개월 동안 전액 지불된 모든 청구를 검토하여 최소 매년 AGB 비율을 계산합니다. AGB 비율이 결정되면, AGB 비율은 12개월 기간이 종료된 후 늦어도 45일 이내까지 적용됩니다.

재정을 보조 받을 자격이 있는 개인은 응급 치료 또는 기타 의학적 필수진료에 대해 해당 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인의 일반청구금액보다 더 많은 비용을 지불하지 않을 것입니다.

## **무보상 치료 연간 요건**

본 정책 및 부록의 목적에 따라, SMH가 제공하는 무보상 치료는 다음과 같이 산정됩니다.

연간 준수 수준:

1. 사회보장법(Medicaid 및 Medicare)의 타이틀 18 및 19에 따라 받은 환급액을 제외한 SMH의 연간 운영 비용의 3% 이상의 금액으로 계약상의 비용은 고려하지 않습니다. 또한 SMH는 이전 CON에 따라 법률에서 요구하는 일체의 무보상 치료 의무를 준수해야 합니다.
2. 회계연도에 SMH이 연간 무보상 치료 의무를 충족하지 못하는 경우, 주 보건기획개발국(State Health Planning and Development Agency, 이하 SHPDA)이 승인한 준수 계획에 따라 다음 연도 또는 그 이후 연도에도 부족분을 충분히 만회할 만한 금액에 해당하는 무보상 치료를 제공하기 위해 노력해야 합니다(단, 부족분이 발생한 연도로부터 3년 이내에 시행해야 함).
3. SMH이 회계연도 중 연간 준수 수준을 초과하는 금액의 무보상 치료를 제공한 경우, SMH는 이사에게 초과 금액을 기존 부족분 또는 이후 회계연도의 연간 준수 수준에 대한 크레딧으로 적용하도록 요청할 수 있습니다. 크레딧으로 적용받으려면 연간 준수 수준을 초과하는 금액이 본 챗터에서 명시한 요건에 따라 제공되어야 합니다.

## **무보상 치료 자격에 대한 서면 결정서**

부록 A: DC 규정에 특징되는 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정) 재정 보조 조항

1. SMH는 무보상 치료 요청에 대한 응답으로 이를 요청한 각 개인에게 서면으로 자격 결정 통지를 제공합니다. 통지는 무보상 치료를 요청한 시점에 직접 대면으로 전달되거나 서비스를 요청한 당사자의 주소로 일반 우편을 통해 전달됩니다. 당사자가 직접 통지를 받을 수 없고 주소를 제공하지 않은 경우, SMH는 해당 당사자의 자격 상태는 Sibley 행정 사무실에서 확인할 수 있다는 안내문을 해당 시설의 눈에 잘 띄는 곳에 게시할 수 있습니다. SMH는 서면 결정서를 읽을 수 없다고 믿을 만한 이유가 있는 사람에게서 서면 결정 내용을 전달해야 합니다.
  1. 선임 부사장/최고 재무 책임자는 이 정책을 실행할 책임이 있습니다. 책임 당사자는 규정의 요건을 충족하는 재정 계획을 마련하고 시행을 감찰해야 합니다. 선임 부사장/최고 재무 책임자는 매 회계연도 종료 후 120일 이내에 SHPDA에 보고할 준비를 합니다. Sibley의 결정을 뒷받침하는 문서는 대중에게 공개되고 SHPDA에 보고해야 합니다. 선임 부사장/최고 재무 책임자는 이러한 문서를 특정 회계연도의 마지막 기재일로부터 5년간 보관해야 합니다. 회장 및 이사회 재무 담당자는 Sibley의 정책 준수 여부에 대해 정기적으로 보고를 받아야 합니다.
  2. 서비스를 제공하기 전에 신청서가 제출된 경우, SMH는 외래 환자 서비스에 대한 전체 요청이 접수된 후 영업일 기준 5일 이내 또는 입원 환자 서비스의 경우 퇴원 전에 무보상 치료에 대한 자격 여부를 결정해야 합니다. SMH가 외래 환자 서비스를 제공한 후 또는 입원 환자가 퇴원한 후 신청서가 접수된 경우, SMH는 다음 청구 주기가 완료되기 전에 자격 여부 결정을 내려야 합니다. 일반적으로 자격 통지는 커뮤니티 보조 위원회(Community Assistance Committee)의 예정된 다음 회의일로부터 5일 이내에 진행됩니다. SMH는 조건부 자격 결정을 내릴 수 있습니다. 이러한 결정에는 무보상 치료를 신청한 당사자가 자격을 얻기 위해 충족해야 하는 조건이 명시되어 있습니다.
  3. 무보상 치료 자격에 대한 각 서면 결정은 신청자에게 즉시 제공되어야 합니다. 무보상 치료 자격에 대한 각 결정은 다음 진술을 포함해야 합니다.
    1. SMH는 조건에 따라 무보상 치료를 제공하거나 제공하지 않을 것임
    2. 무보상 치료에 대한 비용 청구는 없음
    3. 해당인이 치료를 요청한 날짜
    4. 결정이 내려진 날짜
    5. 무보상 치료를 요청한 사람의 연간 개인 또는 가족 소득(해당하는 경우) 및 가족 규모
    6. 서비스가 제공되었거나 제공될 날짜
    7. 거부 사유(해당하는 경우)

**무보상 치료 의무 공지 게시:**

회계연도 시작 전 SMH는 컬럼비아 특별구에서 유통되는 일반 신문에 무보상 치료 의무에 대한 공지를 게시할 것입니다. 또한 Sibley는 이러한 공지를 SHPDA에도 제출합니다. 선임 부사장/최고 재무 책임자는 해당 공지의 게시 및 제출에 대한 책임이 있습니다. 공지는 다음을 포함해야 합니다.

1. SMH가 회계연도 동안 제공하고자 하는 무보상 치료의 달러 가치 또는 무보상 치료를 요청하는 치료비를 지불할 수 없는 모든 대상에게 무보상 치료를 제공하겠다는 진술서
2. SMH가 제공하겠다고 제안하는 무보상 치료의 금액과 Sibley의 연간 준수 수준 간의 차이(있는 경우)에 대한 설명
3. SMH가 이전 보고 기간에 이행하지 않은 무보상 치료 의무를 이행했는지 여부를 나타내는 진술서 또는 특정 기간 동안 미이행 의무를 이행할 것임을 나타내는 진술서

### **무보상 치료 이용 가능 여부에 대한 공지 게시:**

무보상 치료 이용 가능 여부를 알리는 공지는 환자 접수처, 입원 담당부서, 비즈니스 사무실 및 응급실의 잘 보이는 곳에도 게시해야 합니다. SMH 는 다음 공지를 게시할 것입니다.

1. "컬럼비아 특별구 법에 따라, 해당 의료서비스 제공자는 커뮤니티의 모든 사람들에게 의료 서비스를 제공해야 합니다. 이 의료서비스 제공자는 인종, 피부색, 종교, 국적, 성별, 나이, 결혼 상태, 외모, 성적 지향, 가족적 책임, 대학 입학, 정치적 입장, 신체 장애, 소득원, 거주지나 사업장, 또는 Medicare 나 Medicaid 와 같은 프로그램에 가입되어 있다는 이유로 사람을 차별할 수 없습니다."
2. "이 의료서비스 제공자는 또한 비용을 지불할 수 없는 사람들에게 무료 또는 할인 가격으로 합리적인 양의 의료 서비스를 제공해야 합니다." 직원에게 무료 또는 할인 가격으로 의료 서비스를 받을 수 있는지 문의하시기 바랍니다. 정당한 이유 없이 무료 또는 할인 가격 치료나 의료 서비스를 거부당했다고 생각되면 해당 의료서비스 제공자의 입원 담당부서나 비즈니스 사무실에 연락하고, 202-727-1000 번으로 시 전체 콜센터를 통해 주 보건기획개발국에 전화하십시오."
3. "불만을 제기하고 싶은 경우, 주 보건기획개발국에서 양식을 받으실 수 있습니다."

해당 공지는 Sibley 의 무보상 치료 자격 기준에 대한 요약도 포함해야 합니다. 이러한 공지는 영어 및 스페인어, 인구조사국(Bureau of Census)에서 발표한 가장 최근 수치에 따라 컬럼비아 특별구 인구의 10% 이상이 사용하는 가구의 일반적인 다른 언어로 게시되어야 합니다. Sibley 는 게시된 공지의 내용을 읽을 수 없다고 판단할 만한 이유가 있는 대상에게 공지 내용을 전달해야 합니다.

### **무보상 치료 이용 가능 여부에 대한 서면 고지:**

SMH 에서 무보상 치료를 이용할 수 있는 회계연도 중 SMH 는 본인 또는 다른 사람을 대신하여 병원에서 서비스를 이용하려는 각 개인에게 서비스 이용 가능 여부에 대한 서면 고지를 제공해야 합니다. SMH 는 서비스를 제공하기 전에 이 서면 고지를 제공해야 합니다(단, 서비스의 응급한 특성으로 인해 사전 공지가 비현실적인 경우 제외). 응급 상황에서 SMH 는 가능한 한 빨리 환자 또는 가까운 친척에게 서면 고지를 제공합니다. 이러한 고지는 늦어도 첫 번째 서비스 청구서를 발행하기 전에 제공되어야 합니다. 해당 개별 서면 고지는 다음 내용을 포함해야 합니다.

1. "컬럼비아 특별구 법에 따라, 해당 의료서비스 제공자는 커뮤니티의 모든 사람들에게 의료 서비스를 제공해야 합니다. 이 의료서비스 제공자는 인종, 피부색, 종교, 국적, 성별, 나이, 결혼 상태, 외모, 성적 지향, 가족적 책임, 대학 입학, 정치적 입장, 신체 장애, 소득원, 거주지나 사업장, 또는 Medicare 나 Medicaid 와 같은 프로그램에 가입되어 있다는 이유로 사람을 차별할 수 없습니다."
2. SMH 는 또한 비용을 지불할 수 없는 사람들에게 무료 또는 할인 가격으로 합리적인 양의 의료 서비스를 제공해야 합니다. 직원에게 무료 또는 할인 가격으로 의료 서비스를 받을 수 있는지 문의하시기 바랍니다. 정당한 이유 없이 무료 또는 할인 가격 치료나 의료 서비스를 거부당했다고 생각되면 해당 의료서비스 제공자의 입원 담당부서나 비즈니스 사무실에 연락하고, 202-727-1000 번으로 시 전체 콜센터를 통해 주 보건기획개발국에 전화하십시오."
3. "불만을 제기하고 싶은 경우, 주 보건기획개발국에서 양식을 받으실 수 있습니다."

**부록 A: DC 규정에 특정되는 SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL(한정) 재정 보조 조항**

또한 이 고지에는 Sibley 무보상 치료 자격에 대한 기준 요약, 무보상 치료를 요청하고자 하는 경우 이를 요청할 수 있는 사무실의 위치가 기재되어 있어야 하며, Sibley 가 해당 대상자가 무보상 치료를 받을 수 있는지 여부를 서면으로 결정한다는 진술 및 결정이 내려질 날짜 또는 기간을 명시해야 합니다.

**SMH 커뮤니티의 정의:**

SMH 는 컬럼비아 특별구 법령에 따라 요구되는 서비스를 포함한 본원의 서비스를 "커뮤니티 내 모든 대상에게" 제공합니다. 이 커뮤니티는 병원 의료 서비스 지역에 거주하거나 근무하는 사람, 또는 서비스 지역을 방문하는 동안 응급 서비스가 필요한 사람까지 확대됩니다. 특별히 커뮤니티 보조 프로그램에서 제외되는 대상은 병원의 서비스 지역 밖에 거주하는 것이 분명한 대상이 선택적 서비스를 요구하는 경우입니다. 병원의 서비스 지역은 컬럼비아 특별구 및 메릴랜드주와 버지니아주 대부분을 포함하며, 웨스트 버지니아주, 델라웨어주 및 펜실베이니아주 거주자에게는 제한된 서비스가 제공됩니다. 병원은 신청자에게 신청자가 병원의 커뮤니티 정의를 따르고 있음을 증명하는 서류를 제출하도록 요청할 수 있습니다.

**참조:**

DC 자치 규정(Municipal Regulations) 타이틀 22, 챕터 22-B, 4404,4405, 4406