

비제휴 기관(Out-of-Network) 혜택 비용에 관한 중요 공지

UnitedHealth Group 자회사에서 관리 또는 보장하는 특정 건강관리 플랜은 가입자를 위해 “비제휴 기관” 의료 및 외과 서비스 혜택을 제공합니다. 비제휴 기관 혜택으로 가입자는 UnitedHealthcare 와 제휴되어 있지 않은 의료기관의 의사와 기타 건강관리 전문가에게 의료 서비스를 받으실 수 있습니다. 가입자 또는 건강관리 전문가는 가입자가 청구를 지정하였는지 여부에 따라 UnitedHealth Group 자회사에 이러한 전문 서비스에 대해 지급받을 금액에 대한 청구서를 제출합니다. UnitedHealth Group 자회사는 가입자의 건강 플랜 조건에 따라 많은 경우에 다음 중 더 적은 금액을 지급할 것입니다.

- 비제휴 기관 서비스 제공자가 가입자에게 청구하는 실질적 비용, 또는
- “관례적으로 합당한 금액,” “일반적이고 관례적이며 합당한 금액,” “일반적으로 알려진 비용” 또는 이와 유사한 조건으로 이를 기준으로 지역에 따라 건강관리 전문가가 제공한 서비스에 대한 비용을 결정.

다음의 용어가 의미하는 것은 무엇인가?

“관례적으로 합당한 금액,” “일반적이고 관례적이며 합당한 금액,” 그리고 “일반적으로 알려진 비용”이란 용어는 건강 플랜에서 이용가능한 다양한 리소스에서 비제휴 기관 혜택에 대한 비용 지불을 위해 참고로 삼는 기준입니다. 이러한 리소스에는 전문가 서비스 또는 용품에 대한 비용에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 전문가 서비스 비용 지불에 이용되는 리소스는 관련 지역에 다른 건강관리 전문가가 청구하는 비용을 기준으로 합니다. 관련 지역이란 건강관리 서비스를 제공하는 지역을 포함하는 하나 이상의 세자리수 우편번호 (다음에서 설명하는 “지리적 우편번호(geozip)”라고도 함)입니다.

이러한 기준은 메디케어 요율만을 기준으로 환급금을 결정하는 플랜에는 적용되지 않습니다. 뿐만 아니라, UnitedHealth 자회사는

일반 병원 또는 외래 수술 센터와 같은 시설에서 제공된 서비스에 대해 이러한 기준을 적용하거나 의약품에 (아래 설명 참조) 대한 환급금을 결정하는 데 있어 다른 리소스를 사용합니다. 또한 가입자의 건강 플랜은 이러한 기준을 다르게 정의하거나 추가 기준을 포함할 수 있으며 이는 가입자 건강 플랜의 조건 또는 이를 규제하는 조건에 대한 플랜의 해석에 따릅니다. 따라서 가입자는 비제휴 기관 혜택에 대해 얼마를 환급받을 수 있을지를 평가할 때 항상 본인의 건강 플랜과 상담하여야 합니다.

이러한 조건이 가입자 본인에게 어떠한 영향을 주는가?

건강관리 전문가 또는 건강관리 제공자 그룹에서 수행하고 청구한 의료 및 수술 절차와 관련하여 귀하의 건강관리 플랜에서 “관례적으로 합당한 금액” 또는 위에 언급된 유사한 조건에 따라 지급되어야 하는 경우, **UnitedHealth Group**의 자회사는 해당되는 혜택에 대한 최대 지급 금액을 결정하는데 있어 **UnitedHealth Group**에 전적으로 속한 자회사인 **Ingenix, Inc.**에서 제공하는 요금표를 가장 일반적인 기준으로 합니다. **Ingenix**는 일반적으로 통용되는 건강관리 비용 시스템 데이터베이스(**Prevailing Healthcare Charges System database, “PHCS Database”**) 및 의료적 데이터 연구 데이터베이스(**Medical Data Research database, “MDR Database”**)라는 두 가지의 데이터베이스를 운영하고 있습니다. 이러한 데이터베이스에 포함된 정보는 **Ingenix**에서 매년 정해진 시기에 업데이트 및 발표를 하고 있습니다. “관례적으로 합당한 금액” 또는 이와 유사한 기준에 따라 건강관리 플랜을 관리하는 **UnitedHealth Group** 자회사는 의료 및 수술 서비스에 대한 전문가 비용 환급을 위해 이러한 데이터베이스 중 하나의 의료 또는 수술 모듈을 사용합니다. 이러한 데이터베이스의 의료 및 수술 모듈의 요금 정보를 기준으로 하게 되면 **UnitedHealth Group** 자회사가 가입자에게 제공할 수 있는 최대 지급 금액이 특정 전문 서비스를 제공한 의료기관에서 청구하는 비용보다 낮을 수 있습니다. 그럴 경우 전문가 비용과 **UnitedHealth Group**가 지급하는 비용의 차액을 가입자가 부담해야 하기 때문에 비제휴 의료 전문가 이용시 가입자가 부담해야 하는 “본인부담금(out-of-pocket)”에 영향을 미치게 됩니다.

Ingenix 요금표는 어떻게 작성되고 비용 지급 시 어떻게 사용되는가?

PHCS 데이터베이스는 민간 건강관리 서비스에 대한 건강관리 전문가의 실제, 각 진료별 지불(**fee-for-service**) 요금을 사용하거나 아래 설명된 대로 충분한 정보가 없을 경우 파생 비용 및 관련된 가치를 기준으로 서비스의 가치를 산출합니다. Ingenix 는 푸에르토리코 및 버진 아일랜드를 포함하여 전국의 보험회사와 기타 건강 플랜 관리자로부터 정보를 수집합니다. 이때 데이터 제공자에게 서비스 전문가가 청구하는 실제 비용만을 제출할 것을 요청합니다. 데이터 제공자는 제공한 비용 정보를 Ingenix 에서 얼마나 수용하고 사용하는지에 따라 PHCS 또는 MDR 데이터베이스에 대한 등록비 할인 혜택을 받게 됩니다.

Ingenix 는 청구된 비용 정보를 데이터 제공자로부터 수집하고 나면 PHCS 및 MDR 데이터베이스를 만들기 전 해당 정보를 검토합니다. 특히 Ingenix 는 (i) 오래되었거나 (ii) 불충분(절차코드, 우편번호 또는 청구된 비용과 같은 정보 누락)하거나 (iii) 잘못된 우편번호 또는 절차코드를 포함하거나 (iv) “범위”를 제공하기 위해 Ingenix 에서 마련한 최고 및 최저 비용을 벗어나서 청구된 정보는 제외합니다.

PHCS 데이터베이스는 Ingenix 과정을 거쳐 CPT 코드라고 알려진 의료적 절차코드 및 지리적 위치 (geozip)에 따라 계산된 금액을 제시합니다. PHCS 상품에 대해 Ingenix 데이터베이스에 9 개 이상의 실질 비용을 포함한 CPT 코드/geozip 조합이 이용되기 때문에 데이터베이스에는 이러한 비용을 50 번째, 60 번째, 70 번째, 75 번째, 80 번째, 85 번째, 90 번째 및 95 번째 “백분위수”에 기록합니다. 예를 들어 90 번째 백분위수는 Ingenix 가 CPT 코드/geozip 조합에 대한 PHCS 데이터베이스에서 기준으로 하는 비용의 90%에 상응하거나 이보다 높은 금액입니다. UnitedHealth Group 의 자회사는 PHCS 데이터베이스의 80 번째의 백분위수를 주로 기준으로 사용하나 플랜 제공자는 자신들의 플랜에 대해 다른 백분위수를 선택할 수 있습니다. PHCS 데이터베이스를 위한 데이터 수집에서 9 개 미만의 실질 비용을 포함한 CPT 코드/geozip 조합의 경우 PHCS 데이터베이스에는 백분위표에서 “파생비용”이라고 보고합니다. 파생비용 산출을 위해

Ingenix 는 관련 지역에서 유사하게 제공된 서비스에 대해 청구된 비용을 기준으로 계산합니다. 요금 데이터를 표준화하기 위해 난이도와 절차 비용을 기준으로 하는 절차코드에 할당되는 숫자인 “관련 가치”를 이용합니다. 절차가 더 복잡하고 비용이 더 많이 소요될 경우 관련 가치는 더 높고 반면 절차가 덜 복잡하고 비용이 덜 소요될 경우 관련 가치는 더 낮습니다. **PHCS** 데이터베이스에 대해 Ingenix 는 **UnitedHealth** 의 자회사가 아닌 회사 또는 **Relative Value Studies Incorporated**(<http://www.rvsdata.com/about.html>)의 관련 가치에 라이선스를 줍니다.

MDR 데이터베이스는 전적으로 파생상품으로 구성됩니다. Ingenix 는 **MDR** 데이터베이스를 생성하는 데 있어 자체 소유 관련 가치를 이용하며 **MDR** 데이터베이스 생성 시 이용하는 파생비용 방법론은 **PHCS** 데이터베이스에서 이용하는 것과 유사하기는 하지만 다릅니다.

PHCS 와 **MDR** 데이터베이스의 의료 및 수술 모듈은 현재 400 개의 다른 **Geozips** 에 걸쳐 8,000 개 이상의 코드를 포함하는 테이블을 포함하고 있습니다. 각 데이터베이스 공개는 각 모듈 공개 전 3~15 개월 사이의 12 개월 이동 창(moving window) 동안 서비스 데이터에 기여한 데이터를 이용하고 있습니다.

이러한 데이터베이스에 사용된 서비스와 상품 코드는 미국의료협회 (**American Medical Association, “AMA”**)에서 개발 및 지원하는 코딩 시스템인 현행 절차상 용어(**Current Procedural Terminology, “CPT”**) 또는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(**Centers for Medicare and Medicaid Services, “CMS”**)에서 개발 및 지원하는 건강관리 공동 절차 코딩 시스템(**Healthcare Common Procedure Coding System, “HCPCS”**)을 기준으로 합니다. 이러한 데이터베이스는 관련이 있는 (예: **PHCS** 의료 서비스 모듈과 **PHCS** 수술 서비스 모듈) 서로 다른 코드의 다양한 테이블을 취합하는 “모듈”로 나뉘어집니다. **PHCS** 데이터베이스에는 8 개의 다른 모듈이 있으며 **MDR** 데이터베이스에는 9 개의 모듈이 있습니다. **UnitedHealth** 자회사는 현재 건강관리 전문가 또는 건강관리 제공자그룹에서 수행하고 청구하는 전문 서비스에 대해 “관례적으로 합당한 금액” 또는 위에서 언급한 이와 유사한 기준에

따라 청구금을 환급할 때 **PHCS** 데이터베이스의 의료 및 수술 모듈만을 이용합니다.

Geozips 은 특정 **CPT** 코드에 대해 유사 지역별 데이터베이스의 테이블 총괄 및 표시를 위해 비용을 그룹 짓는데 이용됩니다.

Geozips 은 미국 우편번호의 첫 **3** 자리를 기준으로 하며 싱글 **3** 자리 우편번호지역 또는 **2** 자리 이상의 **3** 자리 우편번호지역 조합으로 할 수 있습니다. **Geozip** 이 우편번호 한 지역만 또는 한 지역 이상을 포함하는 것은 다음을 기준으로 합니다: **(i)** 각 **PHCS** 에서 공개한 제출된 비용 데이터 분석, **(ii)** 유효한 데이터 양, 그리고 **(iii)** 각 기본 **Geozip** 의 우편번호지역과 관련된 지리적 유사성. 특정 **Geozips** 을 구성하는 우편번호 지역은 매년 달라질 수 있습니다.

PHCS 백분위표의 예는 아래와 같이 제공됩니다.

CPT 코드	자세한 설명	50 번째	60 번째	70 번째	75 번째	80 번째	85 번째	90 번째	95 번째
45378	결장경 검사	\$764	\$783	\$859	\$887	\$907	\$939	\$1008	\$1105
71050	방사선 검사 (2 회 보기)	\$102	\$103	\$106	\$107	\$107	\$107	\$113	\$122
99211	의사 방문, 평가 및 관리, 최소 발생 문제	\$62	\$70	\$75	\$80	\$85	\$85	\$100	\$100

기존의 시스템을 대체하는 신규 데이터베이스

뉴욕주 법무장관 (“**NYAG**”)은 **PHCS** 및 **MDR** 의 소유권 및 사용과 요금의 공정성에 관련되어 이해가 상충됨에 따라 조사에 착수할 것을 제의했습니다. 2009년 1월 **UnitedHealth Group** 과 **NYAG** 간의 합의문에 따라 **PHDS** 와 **MDR** 데이터베이스는 폐쇄하고 새로운 독립적 데이터베이스 (“신규 데이터베이스”)를 구축할 예정입니다. 신규 데이터베이스는 **NYAG** 가 선정한 비영리 재단인 **FAIR Health, Inc.**가 소유하고 운영하게 될 것입니다. **FAIR Health** 에 대한 정보는 **NYAG** 웹사이트에서 찾아보실 수 있습니다. www.oag.state.ny.us

신규 데이터베이스가 실행되면 **FAIR Health** 는 연구목적과 건강보험사들이 비제휴 기관에 대한 비용을 계산하는 데 사용될 도구로서 이를 이용할 수 있도록 할 것입니다. 신규 데이터베이스가 이용가능할 때까지 **Ingenix** 는 **PHCS** 및 **MDR** 데이터베이스를 계속 관리, 발표할 것이고 **UnitedHealth Group** 자회사가 관리하는 건강 플랜은 비제휴 전문가 서비스 이용에 대해 “관례적으로 합당한 금액” 또는 위에서 언급한 이와 유사한 기준에 따라 환급할 때 지급 비용을 결정하기 위해 이 중 어느 한쪽의 데이터베이스를 계속 사용할 것입니다.

중요 예외사항

PHCS 또는 **MDR** 데이터베이스뿐만 아니라 신규 데이터베이스는 귀하의 건강 플랜이 “관례적으로 합당한 금액,” “일반적이고 관례적이며 합당한 금액,” “일반적으로 알려진 금액,” 또는 이와 유사한 조건에 따라 지급을 요하지 않는 경우 비제휴 기관의 의료 및 수술에 대한 전문가 서비스 혜택을 결정하는 데 사용되지 않습니다. 예를 들면 귀하의 플랜이 메디케어 요율만을 기준으로 지급을 규정하는 경우 **UnitedHealth Group** 과 **NYAG** 간의 합의에 의해 귀하의 플랜은 영향을 받지 않습니다.

환급 정책

UnitedHealth Group 자회사가 비제휴 기관 혜택에 대해 허용되는 금액 산출을 위해 **PHCS** 또는 **MDR** 데이터베이스를 사용하는 것과 상관없이 모든 자회사는 해당되는 혜택에 대해 지급하는 비용과 가입자의 본인부담금에 영향을 미치는 특정 지급 정책을 적용합니다. 예를 들어 복수 절차 정책(**Multiple Procedure Policy**)은 동일 날짜에 동일 건강관리 전문가에 의해 다수의 절차가 수행되는 경우 적용됩니다. 본 정책하에서 우선/주요 절차에 관해서는 허용되는 금액의 **100%**가 보장되고 **2** 차 절차에 대해서는 **50%**가 보장됩니다. 이후 모든 절차에 대해서는 귀하의 건강 플랜에 따라 허용되는 금액의 **25** 또는 **50%**가 보장됩니다. 그 이유는 의료적 그리고 외과적 서비스의 대부분이 이전 절차 및 이후 절차를 포함할 뿐 아니라 우선적 절차를 위해 수행되고 추가 절차에는 중복되지 않은 보통의 의료적/외과적 서비스(수술 전, 수술 중 및 수술 후 문서 기록과 같은)에 필수적인 일반적 서비스도 포함한다는 점을 고려하였기 때문입니다. 복수 절차

정책(Multiple Procedure Policy) 및 기타 지급 정책에 대한 설명이 필요하시면 다음의 웹사이트를 참고하시기 바랍니다.

<https://www.unitedhealthcareonline.com/b2c/CmaAction.do?channelId=0e22f2ccadd1c010VgnVCM100000c520720a>

의약품을 관리하는 의사

UnitedHealth 자회사는 건강관리 전문가 또는 건강관리 제공자 그룹이 관리하고 비용을 청구하는 의약품은 이러한 의약품이 가입자의 건강 플랜에서 커버하는 경우 환급금을 청구하기 위한 전문 서비스 또는 용품으로 간주합니다. UnitedHealth Group 자회사는 이러한 의약품에 대한 평균 도매가(Average Wholesale Price, "AWP")가 "관례적으로 합당한 금액" 또는 위에서 언급한 유사 기준과 같은 플랜 기준을 만족하는 금액으로 간주하기 때문에 이러한 의약품에 대한 비제휴 환급을 결정할 때 AWP 를 이용합니다.

UnitedHealth Group 자회사에서 간주하는 AWP 가치는 실제 미국 식품의약품국(Food and Drug Administration, FDA)에서 제조 및 판매를 승인한 모든 의약품을 포함하는 종합 데이터베이스에서 제공하고 있습니다. 이러한 데이터베이스는 독립 공급업체인 Thomson Reuters 에서 개발 및 관리하고 있으며 1,200 개가 넘는 제조업체와 판매업체에서 데이터를 수집하고 있습니다.

UnitedHealth Group 자회사는 건강관리 전문가 또는 건강관리 제공자 그룹이 관리하고 청구하는 의약품에 대해 다음 몇 가지 이유로 AWP 를 기준으로 환급하고 있습니다. AWP 는 환급에 대해 업계 기준이며 건강관리 전문가, 정부 및 매니지드 케어 회사에서 의약품에 대해 적절한 지급금으로 폭넓게 인정받고 있습니다. 뿐만 아니라 정부 연구에서 AWP 환급금이 일반적으로 의약품에 대해 건강관리 전문가가 지불하는 실제 금액보다 상당히 높은 것으로 나타났습니다. 결국, 이러한 의약품에 대해 건강관리 전문가가 지리적 지역에 따라 지불하는 금액은 전문가 서비스에 대한 지리적 지역에 따른 비용만큼 다른 차이가 나지 않으며 따라서 이러한 의약품 환급에 대한 전국 기준을 세우는 것이 적절하며 위에서 언급한 플랜 기준에 적합하게 됩니다.

용어 해설

허용되는 금액(Allowable amount) – 본 통지에 의해 보장되는 상황에서 사용되며 비제휴 혜택 청구에 대한 환급 받을 수 있는 달러 금액. 허용되는 금액을 결정하기 위한 기준은 건강 플랜에 따라 달라질 수 있으며 (가입자 건강 플랜의 조건에 따라) 본 통지서의 초반에 설명한 대로 서비스 제공자의 청구 금액 또는 “관례적으로 합당한 금액” 중 더 낮은 금액을 기준으로 할 수 있습니다. 본 금액은 공동보험(co-insurance) 또는 가입자의 디덕터블(deductible)로 인해 감소되어 가입자 또는 서비스 제공자에게 궁극적으로 지불된 금액과 다를 수 있습니다.

서비스 제공자 네트워크(Provider network) – 계약 조건에 따라 가입자에게 의료 서비스를 제공하기로 동의한 의사 또는 기타 건강관리 전문가.

비제휴 기관 혜택(Out-of-network benefits) – UnitedHealth Group 자회사와 계약을 맺지 않은 의사 및 기타 건강관리 전문가로부터 제공된 서비스 또는 용품에 대해 보장된 혜택.

본인부담금(Out-of-pocket cost) – 건강관리 서비스 요금 중 플랜 가입자가 부담해야 하는 일부 금액. 비제휴 의료 기관이 청구한 금액과 UnitedHealth Group 자회사가 해당 서비스에 대해 지불하는 금액 사이의 차액을 포함합니다.

일반적으로 통용되는 건강관리 비용 시스템 데이터베이스(**Prevailing Healthcare Charges System database, “PHCS Database”**) – UnitedHealth Group 에 전적으로 속한 자회사인 Ingenix, Inc.에서 만든 건강관리 전문가 요금에 대한 정보를 취합하는 2 가지 데이터베이스 중 하나.

MDR 데이터베이스(MDR database) – UnitedHealth Group 에 전적으로 속한 자회사인 Ingenix, Inc.에서 만든 건강관리 전문가 요금에 대한 정보를 취합하는 2 가지 데이터베이스 중 하나.

CPT 코드(CPT codes) – 의사 또는 기타 건강관리 전문가에 의해 수행된 서비스 및 절차에 관한 코드 및 설명. 각 서비스 및 절차는 5 자리 코드에 따라 식별됩니다. 의사 및 기타 건강관리

서비스 전문가는 비용 청구 시 **CPT** 코드를 사용합니다. **CPT** 코드는 미국의료협회(American Medical Association)에 의해 관리됩니다.

Ingenix – UnitedHealth Group 에 전적으로 속한 자회사(NYSE: UNH).

UnitedHealth Group – UnitedHealth Group 은 (NYSE: 건강관리 서비스를 향상시키기 위해 노력하고 있는 다각적 건강복지기업입니다. 미네소타주 미네아폴리스에 본사를 두고 있으며 **6** 개의 운영 회사 즉, **UnitedHealthcare, Ovations, AmeriChoice, OptumHealth, Ingenix, 그리고 Prescription Solutions** 를 통해 다양한 상품 및 서비스를 제공하고 있습니다. 또한 이러한 자회사들을 통해 전국적으로 **7** 천만 명이 넘는 가입자들에게 혜택을 제공하고 있습니다.

신규 데이터베이스(The New Database) – 뉴욕주 법무장관에 의해 선택된 비영리 재단인 **FAIR Health, Inc** 에 의해 소유, 개발 및 운영되는 새롭고 독립적인 데이터베이스.

뉴욕주 법무장관 – 가버너 **Andrew M. Cuomo** 가 조사 및 합의문 채택 당시 뉴욕주의 법무장관이었음. 더 많은 정보가 필요하시면 www.oag.state.ny.us 를 방문하시기 바랍니다.