

서비스 지역: Corporate Business Services	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM 방침과 절차
제목: 재정 지원 프로그램 방침	
승인일: 09/20/2013	승인자: 이사회 재정담당 수석부사장
발효일: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital 및 Westerly Hospital	검토/개정일: 01/21/2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 7/15/2018, 1/1/2020
배포: MCN Policy Manager	방침 유형(I 또는 II): 유형 I
아래를 대체: 병원 서비스를 위한 Yale New Haven Hospital 재정 지원 프로그램 (NC:F-4) 병원 서비스를 위한 Bridgeport Hospital 재정 지원 프로그램 (9-13) 병원 서비스를 위한 Greenwich Hospital 재정 지원 프로그램 개요 Lawrence + Memorial Hospital 및 Westerly Hospital 병원 자선 케어, 재정 지원, 무료 침대 기금 규정	

목적

Yale New Haven Health System, YNHHS 는 환자들이 재정적 지원 없이 의학적으로 필요한 의료 서비스를 감당할 능력이 없을 수 있음을 인지합니다. YNHHS 는 당사의 강령에 일관되게, 응급조치 또는 다른 의학적으로 필요한 병원 서비스의 청구액을 정할 때 환자의 지불 능력을 신중히 고려합니다.

우리의 사명을 진척하기 위해, YNHHS 는 응급 치료 또는 다른 의학적으로 필요한 진료에 대한 지원을 위해 재정 지원 프로그램, FAP 를 정립하였습니다. FAP 의 목표는:

- (i) FAP 에 의거해 가용한 모든 재정 지원을 명기하고;
- (ii) 재정 지원 신청에 필요한 자격 기준, 신청 요건 그리고 신청 방법에 대한 명백한 정보를 제공하고;
- (iii) 응급 치료 또는 다른 의학적으로 필요한 진료에 대해 FAP 유자격 환자들에게 청구하는 금액이 무엇을 기준으로 산출되었는지 설명하고; 또한
- (iv) YNHHS 가 서비스를 제공하는 지역사회에 본 FAP 프로그램을 널리 알리고자 하는 YNHHS 병원의 방법을 설명합니다.

적용 범위

본 방침은 *YNHHS* 에 연계되고 허가받은 병원에 적용되며, Bridgeport Hospital("BH"), Greenwich Hospital("GH"), Lawrence + Memorial Hospital("LMH"), Yale-New Haven Hospital("YNHH") 그리고 Westerly Hospital("WH")도 이에 포함됩니다(각각 "병원"이라 표기).

방침

I. 범위와 제공자 목록

- A. **응급조치 또는 다른 의학적으로 필요한 진료.** *FAP* 는 병원으로부터 청구서를 받은, 입원 및 외래환자 서비스를 포함하는, 응급 치료 또는 다른 의학적으로 필요한 진료에 적용됩니다. *FAP* 가 적용되지 않는 경우는: (a) 독실 또는 개인 간호사; (b) 선택적 성형술과 같이 의학적으로 불필요한 서비스들; (c) 텔레비전이나 전화 수수료와 같은 기타 선택적 편의 수수료, 그리고 (d) 본 방침서에 명시되어 있지 않은 기타 할인과 감면입니다.
- B. **제공자 목록.** 병원에서 응급 치료 또는 다른 의학적으로 필요한 진료 제공자들의 목록은 https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf 에서 찾아 볼 수 있습니다. 이 목록은 제공자의 *FAP* 적용 여부를 알려줍니다. 만일 본 *FAP* 방침 적용 제공자가 아닐 경우, 그 제공자의 사무실에 연락해서 자체 재정 지원을 해 주는지 알아보고 그리한다면, 그 제공자의 재정 지원 방침이 적용되는 범위를 알아보는 것이 좋습니다.
- C. **EMTALA 준수성.** 병원은 그 방침에 따라 '응급 치료 및 노동법'(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act: EMTALA)을 준수해야 하는 동시에 개인으로 하여금 응급 치료 요청을 막는 것이 금지되어 있습니다.

II. 재정 지원 프로그램과 자격

재정 지원은 재정 지원 신청서를 제출하고 아래의 추가적인 자격요건을 충족하는 미국 시민과 거주민에게 제공됩니다.

- A. **무료 진료(Free Care).** 무료 진료 프로그램은 가족의 연간 총 소득이 연방 극빈자 지침(첨부 서류 1 참조)의 250% 이하인 병원 환자에게 제공됩니다. 병원의 재량권에 따라 주 정부 의료 지원에 대한 자격을 갖춘 환자는 최근 6개월 이내에 주 정부의 결정을 받아야 합니다.

더불어, *YNHHS* 는 BH, GH, 및 YNHH 를 대변하여 재정 지원을 신청하지 않았으나 수입이 연방 극빈자 지침의 250% 이하인 사람(즉, 무료 진료 유자격자)으로써 자기부담의 잔금이

Financial Assistance Programs Policy

있는 사람을 찾기 위해 제삼자 심사 도구를 사용합니다. 만약 이 절차를 통해서 그런 환자를 찾게 되면, 미지불된 병원 잔금은 자선(무료) 진료로 조절할 수 있습니다.

- B. 할인 진료(Discounted Care).** 만일 환자가 보험이 없고 가족의 연간 총 소득이 연방 극빈자 지침의 251%~550%인 경우, 병원에서는 병원의 **AGB**(아래의 III 조항과 첨부 서류 1에서 정의한 대로)에 맞춰 진료비를 할인합니다.
- C. 병원 침대 기금(Hospital Bed Funds).** 환자는 병원 환자에게 진료를 제공하기 위해 기부된 기금인 병원 침대 기금의 자격 대상일 수 있습니다. 병원 침대 기금 수혜자에 대한 특정 소득 한계는 없습니다. 자격 여부는 기금 추천인이 케이스 별로 결정하며 금전적 어려움이 바탕이 됩니다. 필수 재정 지원 신청서를 작성한 모든 환자들은 자동적으로 병원 침대 기금의 수혜 대상으로 고려됩니다.
- D. 기타 특정 병원의 국한된 재정 지원 프로그램:**
 - (i) Yale New Haven Hospital “나와 내 아기” 프로그램(Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program).** 이 프로그램은 Yale New Haven Hospital 환자들에게 마련된 것으로서, 산전 관리, 분만, 출산 그리고 일부 산후조리 서비스를 무료로 제공합니다. 환자가 뉴 헤이븐 카운티에 살고 있으며, 어떤 종류의 보험도 없고, 가족 소득이 연방 극빈자 수준의 2.5 배 미만이면 자격이 될 수 있습니다. 추가 정보나 신청서를 원하시면, Yale New Haven Hospital Women’s Center 에서 본원의 직원을 만나 보시거나, 203-688-5470 에 전화하시기 바랍니다.
 - (ii) Greenwich Hospital 외래환자 진료소(Greenwich Hospital Outpatient Clinic)**는 Medicare, Medicaid 보험이 있거나 Access Health CT 를 통한 보험이 있고 가족 소득이 연방 극빈자 수준의 4 배 미만인 환자에게 서비스를 제공합니다. 아울러, 진료소에서는 환자가 보험 가입 자격이 없고 Greenwich 주민이면서 가족 소득이 연방 극빈자 수준의 4 배 미만이면 할인 진료를 제공합니다. 추가 정보나 신청서를 원하시면 203-863-3334 에 전화하시기 바랍니다.

III. 청구액에 대한 제한 – FAP 유자격 환자에게 청구하는 금액

YNHHS 청구액의 100%가 안 되는 재정 지원의 경우, 본 방침서에 따라 재정 지원 자격이 되는 환자들에게 청구되는 금액은 병원이 보험에 가입된 환자에게 같은 진료를 위해 일반적으로 청구하는 금액(“AGB”)보다 더 많지 않습니다. YNHHS 는 회고 방식을 사용하고, 메디케어 수혜자 비용 부담액과 지난 회계 연도 중 각 병원에 대한 민영 보험사의 지급과 메디케어의 진료별 지불 요금에 기초하여, 매년 각 병원 별 AGB 를 산출합니다. YNHHS 는 각 병원에 따라 백분율로 할인을

Financial Assistance Programs Policy

적용하든지, 또는 **YNHHS** 환자에게 가장 유리한 백분율 할인 사용을 선택할 수도 있습니다. **AGB**는 본 문서의 첨부 서류 1에 설명되어 있습니다.

여기에서 사용되는 “일반적인 청구액”과 “회고 방식”은 국세청 조세법 규정 §501(r)(5)과 1.501(r)-5에서 설명된 의미를 가집니다.

IV. 지원 신청 방법

재정 지원 자격을 갖추려면, 환자는 반드시 재정 지원 필수 신청서(“신청서”)를 제출해야 합니다. 신청서는 (i) **FAP** 프로그램들과 자격 요건들, (ii) 자격 여부 판단을 위해 필요한 서류들, 그리고 (iii) **FAP** 지원 연락처의 정보 등을 알려줍니다. 또한 신청서는 (i) 병원이 각 신청서마다 서면으로 답신할 것이며, (ii) 환자들이 언제든지 **FAP**에 따라 재정 지원 신청을 다시 할 수 있으며, (iii) 매년 추가적인 무료 침대 기금이 마련될 수 있음을 명기합니다. **FAP**에 따라 병원은 **FAP**에서 요청했거나 신청서의 일부가 아닌 정보나 서류를 제공하지 않았다는 것을 근거로 재정 지원을 거부할 수 없습니다.

YNHHS 병원들은 자격 판단에 합리적인 노력을 기울일 것이며 재정 지원 자격 판단 결과를 해당 환자의 계정에 기록할 것입니다. 병원에서 환자가 **FAP** 자격이 있다고 결정하면 병원은:

- (i) **FAP** 유자격 환자로서 환자가 갚아야 할 금액과 그 금액이 산출된 방법을 보여주며, 진료의 **AGB**에 대한 정보를 얻는 방법을 알려주든지 설명하는 청구서를 제공하고;
- (ii) 환자가 진료를 위해 **FAP** 유자격 환자로서 개인적으로 지불할 책임이 있다고 결정된 금액보다 더 많은 금액을 지불한 경우, 그 차액이 \$5 불, 또는 **IRS**에서 책정한 금액 미만인 경우를 제외하고, 그 차액을 환불할 것이며;
- (iii) 예외적 추심 조치를 되돌릴 수 있는 합리적인 방법을 택할 것입니다.

V. 미납 – 법적 조치

병원(또는 추심 회사나 부채와 관련하여 조회한 다른 당사자)은 자기부담 계정의 재정적 책임을 가진 환자나 다른 사람(책임자)이 이 **FAP**에 의거해서 재정 지원 자격 여부를 결정하기 위한 합리적인 노력을 기울이기 전에 그리고 치료에 대한 첫 번째 퇴원 후 대금 청구서 발행 후에 120일이 경과하기 전에는 예외적 추심 조치(“**ECA**”)를 취하지 않을 것입니다. 모든 **ECA**는 시작되기 전에 반드시, 승인에 앞서 본 **FAP** 내에서 합리적인 노력 요건이 충족되었음을 확인해야 하는 **Corporate Business Services** 담당 부사장 또는 그에 의해 임명된 자의 승인을 받아야 합니다.

병원은 내부 운영 절차와 관행에 의한 미수금 대금 청구 주기를 따릅니다. 그런 절차와 관행의

Financial Assistance Programs Policy

일부로서, 병원은 적어도 환자들에게 병원의 **FAP**에 대해 진료가 제공된 날로부터 미수금 대금 청구 주기 동안(또는 법이 요구하는 기간 동안이나, 더 오랜 기간 동안) 다음의 방법을 통하여 계속 통지할 것입니다:

1. 모든 환자들에게 퇴원이나 입원 절차 도중 쉬운 말로 쓰인 **FAP**에 따른 재정 지원 개요와 신청서가 제공될 것입니다.
2. 자기부담 계정의 수금을 위해 적어도 서로 다른 세 건의 계정 명세서를 우편으로든지 이메일로 환자 및 다른 지불 책임자의 최근 주소로 보내야 하며; 책임자가 **FAP**에 의한 재정 지원 신청서를 작성 완료해서 제출하든지, 또는 완납을 한 경우 추가적인 계정 명세서를 보낼 필요가 없게 됩니다. 필수적인 세 건의 명세서 발송에서 최초 명세서와 최종 명세서 사이에는 적어도 60일이 지나야 됩니다. 책임자는 의료 서비스를 받을 때나 이사를 했을 때 정확한 주소를 제공할 의무가 있습니다. 만일 계정에 유효한 주소가 없으면, “합리적인 노력”을 기울였다고 판단합니다. 자기부담 계정의 모든 개별 환자 계정 명세서는 최소 다음을 포함합니다:
 - a. 명세서에 포함된 병원 서비스의 정확한 요약;
 - b. 그런 서비스의 요금;
 - c. 책임자가 납부해야 할 금액(또는, 그런 금액이 알려지지 않았으면, 최초 명세서의 시점에서 성심껏 추산한 금액); 그리고
 - d. 책임자에게 **FAP**에 따른 재정 지원이 마련이 되어 있음을 알리며 해당 부서의 전화번호와 문서의 복사본을 얻을 수 있는 웹사이트 주소를 포함하는 명백한 서면 통지.
3. 우편이든지 이메일로 보내는 명세서 중 적어도 하나는 책임자에게 **FAP**에 따라 재정 지원 신청을 하든지, 납부기일까지 지불해야 할 금액을 납부하지 않는 경우, 취해질 수 있는 **ECA**에 대해 알리는 서면 통지를 포함해야 합니다. 그런 명세서는 명세서에 나와 있는 만기일보다 최소 30일 전에 책임자에게 반드시 제공되어야 합니다. 이 명세서와 함께 쉬운 말로 쓴 요약문이 동봉됩니다. 책임자는 의료 서비스를 받을 때나 이사를 했을 때 정확한 주소를 제공할 의무가 있습니다. 만일 계정에 유효한 주소가 없으면, “합리적인 노력”이 기울여진 것으로 판단할 것입니다.
4. 우편으로든지 이메일로 명세서들을 보내는 동안 계정이 계속 미납 상태이면, 어떤 **ECA**

Financial Assistance Programs Policy

이든지 시작되기 전, 만약 마지막으로 알려진 전화번호가 있다면, 그 번호로 책임자에게 적어도 한 번은 구두 접촉을 시도할 것입니다. 모든 대화 중, **FAP**에 의한 재정 지원의 가용에 대해 환자나 책임자에게 알릴 것입니다.

5. 본 방침의 규정에 준수하는 한도 내에서 **YNHHS** 병원은 제공한 의료 서비스에 대한 수금을 위해 첨부 서류 2에 나열된 **ECA** 조치를 취할 수 있습니다.

VI. 방침 가용성

FAP의 복사본, 쉽게 요약한 **FAP**와 **FAP** 신청서는 <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>에서 보실 수 있습니다.

각 병원은 환자의 요청 하에, 무상으로 우편 혹은 **Hospital Emergency Department**와 모든 등록 장소에서 영어와, 병원이 보살피는 인구 중 1,000명 미만 또는 5% 이상을 차지하는 제한된 영어 구사 인구의 언어로 인쇄된 **FAP**의 복사본, 쉽게 쓰인 **FAP** 요약문, 그리고 **FAP** 신청서를 드리게 되어 있습니다. 마련된 언어의 목록을 위해 첨부 서류 3을 참고하시기 바랍니다.

활용할 수 있는 프로그램과 자격 기준에 대한 정보, **FAP**의 복사본과 **FAP** 신청서, 또는 청구와 수금 방침을 우편으로 보내 달라고 요청하기 위해서나, 영어가 아닌 다른 언어로 번역된 **FAP**의 복사본과 쉽게 쓰인 **FAP** 요약문, 또는 **FAP** 신청서가 필요하다면, 수신자 부담으로 (855) 547-4584 번으로 전화하여 **Corporate Business Services**에 연락하세요. 아울러, 환자들은 **Patient Registration**, **Patient Financial Services and Social Work/Case management**에 **FAP** 신청을 어떻게 시작하는지 문의할 수 있습니다.

FAP를 대중에게 널리 알리기 위한 더 많은 노력에는 일반에 보급되는 신문에 공지하는 것; 모든 청구명세서에 **FAP**에 관한 내용을 제공하는 것; 환자와 지불해야 할 금액에 대해 대화할 경우 항상 구두로 **FAP**에 대해 알리는 것; 그리고 오픈 하우스 또는 다른 정보를 제공하는 모임을 주최하는 것들이 포함됩니다.

VII. 운영 감독 위원회

YNHHS 수석 부사장이 위원장이 되고, 필요에 따라, **Corporate Business Services**, **Patient Financial Services**, **Patient Relations**, **Finance**, 그리고 의료진 각 부서의 대표들로 구성되는 운영 감독 위원회가 **FAP**를 감독합니다. 이 위원회는 최소 분기 별로 소집될 것입니다.

VIII. 주 법률 준수

Financial Assistance Programs Policy

각 병원은 코네티컷 일반법에 준거한 병원 보험 미소지 환자에 대한 법률, 로드 아일랜드 보건부 병원 개조에 따른 규제 및 규범(RI 규제)의 섹션 11.3 로드 아일랜드 주 전역 자선 진료 제공 기준, RI 규제 섹션 11.4의 주 전역 무보상 진료 제공 기준을 포함하나 이에 국한되지 않고 해당 주 법률을 준수해야 합니다.

참고 자료

국세청 조세법 규정 501(c)(3)

국세청 조세법 규정 501(r)

코네티컷 일반법 § 19a-673 et seq.

RI 규제 11.3 및 11.4

관련 방침

YNHHS 청구와 수금 방침(xx)

YNHHS EMTALA 정책: 의료 검진/안정화, 통화 및 착신 전환

Yale-New Haven Hospital 방침 – 무료 진료 기금의 분배 NC:F-2

그리니치 병원 외래 환자 센터 정책 및 절차

Financial Assistance Programs Policy

첨부 서류 1

연방 극빈자 지침의 250% 및 550%(FPG):

	가족 수	100%	250%	550%	
	1	\$ 12,760	\$ 31,900	\$ 70,180	
	2	\$ 17,240	\$ 43,100	\$ 94,820	
	3	\$ 21,720	\$ 54,300	\$ 119,460	
	4	\$ 26,200	\$ 65,500	\$ 144,100	
	5	\$ 30,680	\$ 76,700	\$ 168,740	
	6	\$ 35,160	\$ 87,900	\$ 193,380	
	무료 치료: 추가되는 각 가족 구성원별로 \$11,200 추가				
	할인된 치료: 추가되는 각 가족 구성원별로 \$24,640 추가				

일반적인 청구액 (AGB):

본 방침에 의거하여 재정 지원 자격이 있는 환자들은 다음과 같은 지원을 받습니다:

모든 YNHHS 병원:

연간 가족 소득	요금의 % 할인 비율	요금의 자기부담 % 비율
< or = 250% FPG	100%	0
> 250%-550% FPG	69%	31%

*역년 2020 년 AGB(요금의 백분율): BH 32.4%, GH 31.9%, LMH 39.9%, YNH 33.3% 및 WH 32.6%

2020 년 3 월 21 일 개정

첨부 서류 2

예외적 추심 조치

재산 선취권

개인 주택에 대한 선취권은 다음 같은 경우에 한해서 허용됩니다:

- a) 환자가 무료 침대 기금을 신청할 기회가 있었지만 그에 응하지 않았든지, 거절했든지 또는 그런 기금에 결격사유가 발견된 경우;
- b) 환자가 본인의 빚을 갚는 데 도움이 되는 병원의 재정 지원 방침에 따른 신청을 하지 않았든지, 또는 자격 미달이거나, 부분적 자격은 있으나, 자기부담액을 납부하지 않았을 경우;
- c) 환자가 지급 협정을 시도하지 않거나 혹은 동의하지 않거나, 또는 병원과 환자 사이에 합의된 지급 협정 사항을 준수하지 않는 경우;
- d) 계정 잔금 누계액이 \$10,000 이 넘고 선취권 대상이 되는 재산의 평가가치가 적어도 \$300,000 이 되는 경우; 또한
- e) 선취권이 개인 주택의 압류를 초래하지 않는 경우.

첨부 서류 3

제한된 영어 구사 대비 언어

알바니아어
아랍어
간체중국어
프랑스어
프랑스 크리올어 (아이티 크리올어)
독일어
그리스어
힌디어
이탈리아어
일본어
한국어
파슈토어
페르시아 다리어
페르시아 파시어
폴란드어
포르투갈어
포르투갈 크리올어 (카보베르데어)
러시아어
스페인어
스와힐리어
타가로그어
티그리냐어
터어키어
베트남어