

담당 부서: 기업 업무 서비스(Corporate Business Services)	YALE NEW HAVEN HEALTH 정책 및 절차
제목: 재정 지원 프로그램(Financial Assistance Programs)	
발효일: 2025년 5월 1일	
승인자: YNHHS 이사회	
시스템 정책 유형(I 또는 II): 유형 I	

목적

YNHHS(Yale New Haven Health)는 응급 치료나 의학적으로 필요한 치료 비용을 지불하는 데 도움이 필요하고 자격을 갖춘 개인에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 재정 지원 정책((Financial Assistance Policy , FAP)의 목적은 다음과 같습니다.

- A. FAP 에서 제공하는 재정 지원의 종류를 설명합니다.
- B. 재정 지원 자격 요건 및 신청 방법을 안내합니다.
- C. FAP 적격 환자의 경우 응급 상황 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대한 환자 부담금이 어떻게 산정되는지 설명합니다.
- D. 제공자의 FAP 의 보장 대상 여부를 파악합니다.
- E. YNHHS 에서 서비스를 제공하는 지역사회 내에서 FAP 를 널리 홍보하기 위해 YNHHS 병원에서 진행한 단계를 설명합니다.
- F. Yale New Haven Health 의 진료비 미납 시 취해질 수 있는 징수 절차에 대해 설명합니다.

신청

이 정책은 Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital, Lawrence + Memorial Hospital, Yale New Haven Hospital, Westerly Hospital(이하 각각 '병원')을 비롯해 YNHHS 에 소속된 모든 허가받은 병원에 적용됩니다. 또한, 재정 지원 프로그램 후 Northeast Medical Group, Yale New Haven Health Urgent Care, Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut, Home Care Plus(각각 'YNHHS 병원 외 제공자')를 이용할 수 있습니다.

정책

- A. 책임 이사. YNHHS 수익 주기부서 전무 또는 그 지명인이 YNHHS FAP 를 총괄합니다.
- B. 범위 및 제공자 목록
 - 1. 응급 및 의학적으로 필요한 진료. 본 FAP 는 입원 및 외래 환자 서비스를 비롯해 병원 또는 YNHHS 병원 외 제공자에서 청구하는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진료에

재정 지원 프로그램 정책

적용됩니다. 단, FAP 에서 제외되는 항목은 다음과 같습니다. (a) 개인 병실 또는 개인 간호 서비스, (b) 선택적 성형 수술 등 의학적으로 필요하지 않은 서비스, (c) TV 또는 전화요금 등 기타 선택적 편의 서비스 요금, (d) 본 정책에서 명시적으로 설명하지 않은 기타 할인 또는 비용 감면 항목.

2. **제공자 목록.** 병원에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 제공자는 다음 페이지에서 확인할 수 있습니다.

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

목록에는 제공자가 FAP 보장 대상인지 여부가 명시되어 있습니다. 제공자가 FAP 를 통해 보장되지 않는 경우 환자는 제공자의 사무실에 연락해 제공자가 재정 지원 제공 여부 및 해당 상세 정책을 확인해야 합니다.

3. **EMTALA 준수.** 병원은 자체 정책에 따라 응급 의학 치료 및 분만법((Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA)을 준수해야 하며 개인이 응급 진료를 받는 것을 방해하거나 주저하게 하는 어떠한 행위도 금지됩니다. 본 FAP 에서는 EMTALA 에 따라 응급 질환을 겪는 환자들을 치료해야 하는 병원의 의무를 제한하지 않습니다.

C. 재정 지원 프로그램

1. **일반 자격 요건.** 다음 기준을 충족하는 환자의 경우 응급 치료 및/또는 기타 의료적으로 필요한 치료에 대해 개인 환자가 지불해야 할 금액에 대한 재정 지원 조정을 받을 자격이 있습니다(단, 제 3 자 지불인이 지불해야 할 금액은 해당되지 않음).

- (i) 보험 미가입자이며 적정부담보험법(Affordable Care Act)을 통해 제공되는 정부 의료 혜택 프로그램이나 적격 의료 플랜에 가입되어 있지 않은 경우 (ii) 보험이 부족한 보험 가입자
- 미국 거주자
- 본 정책에서 정한 소득 기준을 충족하는 자
- 필요한 서류와 함께 작성한 신청서를 제출하거나 아래 설명된 바와 같이 추정 자격에 대한 확립된 기준을 충족하는 자
- Medicaid 또는 기타 이용 가능한 제 3 자 지불 프로그램을 신청하는 데 협조하는 자

2. 소득 기준

- a. **무료 진료.** 가구의 총 연소득이 연방 빈곤선 기준 250% 이하로 확인된 경우(첨부 문서 1 참조), 무료 진료(환자 부담금에 대해 100% 할인) 대상이 될 수 있습니다.
- b. **할인 진료.** 가구의 총 연소득이 연방 빈곤선 기준 251~550% 사이로 확인된 경우 첨부 문서 1에 명시된 기준에 따라, 할인 혜택을 받을 수 있습니다. 보험에 가입한 환자의 경우 해당 할인은 보험사 또는 제 3 자 지급자의 비용 납부 이후 환자 본인이 부담해야 하는 잔여 진료비에 적용됩니다.

재정 지원 프로그램 정책

c. **의료 빈곤.** 위 소득 기준을 충족하지 않지만 의료비가 가구의 소득 또는 자산의 특정 비율을 초과하는 환자들에 대해서도 재정 지원 자격 여부를 고려할 수 있습니다.

3. **병상 기금.** 병원 진료비를 감당하기 어려운 환자에게 의료를 제공하도록 병원이 기부받은 무료 병상 기금을 통해 재정 지원을 받을 자격이 주어질 수도 있습니다. 이러한 기금은 적격 여부를 결정하는 전체 재정 지원 기금의 일부를 구성하며 기부자 제한 사항과, 해당되는 경우 기금 지명자의 지명 여부에 따라 지원 자격이 결정됩니다. 필요 재정 지원 신청서를 작성한 모든 환자는 자동으로 병상 기금의 고려 대상이 됩니다.

4. **기타 병원별 재정 지원 프로그램.** Greenwich Hospital 은 전 Greenwich Hospital 외래 1 차 진료 클리닉 환자였던 특정 개인에게 Greenwich Hospital 에서 입원 및 외래 서비스를 받는 데 필요한 재정 지원을 제공합니다.

차별 없는 재정 지원에 대한 결정은 Yale New Haven Health 에서 내립니다. 나이, 성별, 인종, 피부색, 출신 국가, 결혼 여부, 사회적 또는 이민 신분, 성적 지향, 성 정체성 또는 표현, 종교 소속, 장애, 참전 또는 군복무, 기타 법률상 차별이 금지된 모든 사유는 결정 시 고려하지 않습니다. YNHHS 는 재량에 따라 본 정책의 범위에서 벗어나는 재정 지원을 승인할 수도 있습니다.

D. 병원 서비스 요금 제한

본 정책에 따라 할인 진료 대상에 해당하지만 병원 서비스의 무료 진료 대상이 아닌 경우, 해당 진료에 대해 보험 적용을 받는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액((Amount Generally Billed, AGB) 을 초과하여 청구하지 않습니다.

1. **AGB 는 어떻게 계산되나요?** YNHHS 는 연방 세법 규정에 따라 “룩백 방식(Look-back method)”을 사용하여 전년도 회계연도 동안 각 병원에 청구금을 지급한 Medicare 및 민간 건강 보험사의 지급 금액을 기준으로, 각 병원별 AGB 를 매년 산정합니다. 이 계산에는 Medicare 수혜자의 행위별수가제 비율도 포함됩니다. YNHHS 는 병원별로 백분율 할인을 적용하거나 YNHHS 환자에게 가장 유리한 백분율 할인을 선택하여 적용할 수 있습니다. AGB 할인은 첨부 문서 1 에 명시되어 있습니다.

E. 재정 지원 신청

1. **신청 방법.** 재정 지원을 신청하려면 환자가 재정 지원을 위한 YNHHS 신청서(이하 '신청서')를 작성해야 합니다(신청서 예외 자격은 아래 참고) 신청서는 다음 경로를 통해 제공됩니다.

- 온라인(www.ynhhs.org/financialassistance) 또는 각 YNHHS 병원 웹사이트
- 직접 방문: 모든 YNHHS 병원의 입원 접수처 또는 등록 구역에서 직접 수령

재정 지원 프로그램 정책

- c. 우편 신청: 환자 재무 서비스부(Patient Financial Services)에 (855) 547-4584 번으로 전화하여 신청
2. **신청.** 신청서에는 (i) 재정 지원 프로그램과 자격 요건, (ii) 자격 판단을 위한 서류 요건과 (iii) FAP 지원을 위한 연락처 정보가 포함되어 있습니다. 신청서에는 또한 (i) YNHHS 는 각 신청서에 서면으로 응답하며, (ii) 환자는 FAP 에 따라 언제든지 재정 지원을 다시 신청할 수 있으며, (iii) 매년 추가 무료 병원 병상 기금을 이용할 수 있다는 내용도 안내되어 있습니다. YNHHS 에서는 FAP 에 따라 신청 과정에서 FAP 나 신청서에서 요청하지 않는 정보 또는 서류를 제출하지 않았다는 점을 근거로 재정 지원을 거부할 수는 없습니다.
3. **FAP 자격 대상 환자.** YNHHS 병원에서는 자격 여부를 판단하고 재정 지원 자격에 대한 모든 판단을 해당하는 환자 계정에 기록하기 위한 합리적인 노력을 기울입니다. 환자가 FAP 자격 대상자로 판단되면 YNHHS 는 다음 조치를 취합니다.
 - a. 해당 금액이 어떻게 결정되었는지와, 해당하는 경우 진료에 대한 AGB 정보를 확인할 수 있는 방법을 명시하거나 설명하는 등 FAP 자격 대상 환자가 부담해야 할 금액이 명시된 청구 내역서를 제공합니다.
 - b. 환자가 실제로 부담해야 할 금액을 초과하여 이미 납부한 금액이 있을 경우, 초과 금액이 \$5 이상(또는 IRS 에서 정한 기타 기준 금액 이상)이면, 해당 금액을 환불합니다.
 - c. 과도한 징수 조치를 취소하기 위한 합리적인 조치를 취합니다.
4. **추정 자격.** YNHHS 는 환자가 제공하지 않은 정보에 근거하여, 본 정책에 따라 무료 또는 할인 진료 자격 여부를 환자의 생활 상황에 대한 정보로 판단할 수 있습니다. 이러한 정보는 다음과 같은 출처 또는 유사한 출처를 포함합니다.
 - a. 각 병원을 대신해 YNHHS 는 재정 지원을 신청하지 않았으나 소득이 연방 빈곤선의 250% 이하(즉, 무료 진료 자격 대상)이며 자비 부담 잔액이 있는 개인을 확인하기 위해 제 3 자 심사 도구를 사용합니다. 이 과정을 통해 환자가 식별된 경우, 해당 환자의 미지급 병원비는 기부 진료(무료 진료)로 조정될 수 있습니다.
 - b. YNHHS 는 Yale University 와 제휴하고 있으며 Yale School of Medicine 의 학술적 의료 기관입니다. Haven Free Clinic 을 비롯해 저소득 개인을 위한 Yale University 학생 운영 1 차 의료 클리닉에서 서비스를 받는 보험 미가입 환자는 재정 지원 신청서를 작성할 필요 없이 YNHHS 에서 Revenue Cycle 부서 전무가 해당 개인이 클리닉의 환자임을 허용 가능한 양식으로 확인받으면 무료 또는 할인된 진료를 계속해서 받을 수 있습니다.

- c. YNHHS 는 이전에 결정된 자격 정보를 근거로, 해당 개인이 본 FAP 에 따라 다시 기부 진료의 자격 대상이 될 수 있음을 추정하여 판단할 수 있습니다.

F. YNHHS 추심 관행과의 관련성

YNHHS Hospital(및 병원이 부채를 회부한 모든 수금 대행사 또는 기타 당사자)은 치료하고 첫 번째 퇴원 후 청구서가 120 일이 경과하기 전까지는 특별 수금 조치((Extraordinary Collection Action, ECA)를 진행하지 않습니다. YNHHS 가 Revenue Cycle 전무 또는 그 지명자의 확인 및 승인에 따라 환자 또는 자비 부담 계정에 대한 재정적 책임이 있는 다른 개인(이하 '책임 있는 개인')이 본 FAP 에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는지 확인하기 위해 합리적인 노력을 기울이기 전까지 ECA 를 진행하지 않습니다.

병원은 내부 운영 절차 및 관행에 따라 미수금 회수 절차를 따릅니다. 해당 절차 및 관행에 따라 YNHHS 는 진료를 제공한 날짜부터 청구 주기 전반(또는 관련 법률에서 정한 기간 중 더 긴 기간)에 걸쳐 환자에게 다음과 같은 방법을 통해 FAP 에 대한 고지를 전달합니다.

1. 모든 환자는 병원의 입퇴원 과정의 일부로써 본 FAP 에 따라 쉬운 언어로 된 FAP 요약과 재정 지원 신청서 양식을 제공받습니다.
2. 추심 안내는 최소 60 일 동안, 환자 및 기타 책임 있는 개인의 최신 주소(우편 또는 이메일)로 최소 3 회 이상 개별적으로 발송됩니다. 단, 책임 있는 개인이 FAP 에 따른 재정 지원 신청서를 완전히 작성하여 제출하거나 진료비를 전액 납부한 경우, 이후 추가 청구서는 발송되지 않습니다. 환자 또는 책임 있는 개인은 서비스 당시 또는 주소 이전 시 올바른 우편 주소를 제출해야 합니다. 환자 계정에 유효한 주소가 없는 경우 YNHHS 는 본 FAP 에 따라 환자의 적격 여부를 확인하기 위해 '합리적인 노력'을 기울인 것으로 간주됩니다. 모든 단일 환자 계정 명세서에는 다음 항목이 포함됩니다.
 - a. 내역서에서 보장하는 병원 서비스의 요약
 - b. 해당 서비스에 대한 청구 금액
 - c. 책임 있는 개인이 납부해야 하는 금액(또는 정확한 금액을 모르는 경우 최초 내역서 발송일을 기준으로 한 선의의 추정 금액)
 - d. FAP 에 따른 재정 지원 가용 여부에 대한 눈에 잘 띄는 서면 고지(관련 부서의 전화번호 및 신청 서류 사본을 받을 수 있는 공식 웹사이트 주소 포함)
3. 우편 또는 이메일로 발송되는 청구 내역서 중 최소 하나에는 책임 있는 개인이 FAP 에 따라 재정 지원을 신청하지 않을 경우 또는 청구 기한까지 금액을 지급하지 않을 경우 YNHHS 가 취하는 ECA 에 대해 설명해야 합니다. 이러한 내역서는 내역서에 명시된 청구 기한 최소 30 일 전에 책임 있는 개인에게 제공되어야 하며, 쉬운 언어로 된 FAP 요약본이 함께 첨부되어야 합니다.

재정 지원 프로그램 정책

4. YNHHS 는 우편 또는 이메일로 청구 내역서를 발송하는 과정에서, 마지막으로 알려진 전화번호가 있는 경우, 책임 있는 개인에게 최소 한 차례 이상 전화 연락을 시도합니다. 모든 통화에서 환자 또는 책임 있는 개인은 FAP 에 따라 제공되는 재정 지원에 대한 안내를 받게 됩니다.
5. 본 FAP 조항에 따라 YNHHS 는 제공된 의료 서비스에 대한 비용을 회수하기 위한 조치로 첨부 문서 2에 명시된 ECA 중 하나를 진행할 수 있습니다.

G. 정책 이용 가능성

본 FAP 의 사본, 쉬운 언어로 작성된 FAP 요약본, FAP 신청서는 www.ynhhs.org/financialassistance에서 확인할 수 있습니다.

YNHHS 는 요청이 있을 경우, 본 FAP 의 종이 사본, 쉬운 언어로 된 FAP 요약본, FAP 신청서를 무료로 우편 발송하거나, 각 YNHHS 병원의 응급의료센터 및 모든 등록 지점에서 직접 제공해 드립니다. 서류 양식은 영어와 함께, YNHHS 병원이 서비스를 제공하는 인구 중 영어 능력이 제한된 인구가 1,000 명 이상이거나 전체 인구의 5% 이상인 경우(두 기준 중 더 적은 수 기준), 해당 인구의 주요 언어로도 제공됩니다. 언어 목록은 첨부 문서 3을 참조하십시오.

FAP 자격 요건이나 프로그램에 대한 정보가 필요하거나, FAP 사본이나 쉬운 언어로 된 FAP 요약본 또는 FAP 신청서, 청구와 추심 정책 등의 우편 발송을 원하거나, 영어 외 다른 언어로 번역된 FAP 사본이나 쉬운 언어로 된 요약본 또는 FAP 신청서 양식이 필요한 경우 기업 업무 서비스(Corporate Business Services) 부서에 수신자 부담 전화 (855) 547-4584 번으로 전화해 주십시오. 또한 환자들은 FAP 신청 절차를 시작하는 방법에 대해 환자 등록 부서(Patient Registration), 환자 재무 서비스 부서(Patient Financial Services), 사회 복지/케이스 관리 부서(Social Work/Case Management)에 문의할 수 있습니다.

FAP 를 광범위하게 공개하려는 추가적인 노력으로는 일반 대중에게 배부되는 신문에 공고문 게재 청구 내역서에 FAP 의 서면 고지 제공, 지급액에 대해 환자와 구두 연락 시 FAP 에 대해 고지, 오픈 하우스 및 기타 정보 세션 개최 등이 포함됩니다.

H. 주 법률 준수

YNHHS 는 보험 미가입 환자로부터 병원의 추심을 규제하는 코네티컷 일반 조례(Connecticut General Statutes), 병원 전환에 관련된 로드아일랜드 보건부 규칙 및 규정(Rhode Island Department of Health Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions, 이하 'RI 규정') 11.3 조에 명시된 기부 진료 제공에 대한 주 전역 표준, RI 규정 제 11.4 조에 명시된 비보상 진료에 대한 주 전역 표준, 그리고 뉴욕주 민사소송법(New York Civil Practice Law)에 따른, 의료 부채 추심을 목적으로 의료기관이 개인의 주거용 부동산에 재산 가압류를 설정하는 것을 금지하는 규정을 포함하되 이에 국한되지 않는 관련 주 법률을 준수해야 합니다.

재정 지원 프로그램 정책

참고 문헌

- A. Internal Revenue Code 501(c)(3)
- B. Internal Revenue Code 501(r)
- C. Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- D. RI Regulations 11.3 and 11.4
- E. NY Civil Practice Law Section 5.201(b)

관련 정책

청구 및 추심

EMTALA: 의료 심사/안정화, 대기 및 이송 요건

첨부 문서

- A. 첨부 문서 1: Federal Poverty Guidelines (FPG) & Financial Assistance
- B. 첨부 문서 2: Extraordinary Collection Actions
- C. 첨부 문서 3: Limited English Proficiency Languages

정책 개정 이력

A. 정책 시작일	2013년 9월 20일, 2017년 1월 1일(LMH 및 WH)
B. 대체	Yale New Haven Hospital 병원 서비스용 재정 지원 프로그램(NC:F-4) Yale New Haven Hospital 정책 – 무료 진료 기금 분배 NC:F-2 Bridgeport Hospital 병원 서비스용 재정 지원 프로그램(9-13) Greenwich Hospital 병원 서비스용 재정 지원 프로그램 개요 Lawrence + Memorial Hospital 및 Westerly Hospital 자선 관리, 재정 지원, 무료 병상 기금 정책 Greenwich Hospital Outpatient Center 정책 및 절차
C. 개정 승인	2015년 1월 21일, 2016년 9월 30일, 2016년 12월 16일, 2017년 6월 1일, 2018년 7월 15일, 2020년 6월 15일, 2023년 11월 30일, 2025년 2월 28일
D. 개정 없이 승인	2023년 1월 19일(첨부 문서 1 업데이트), 2024년 1월 24일(첨부 문서 1 업데이트), 2024년 7월 6일(첨부 문서 1 업데이트), 2025년 1월 30일(첨부 문서 1 업데이트)

재정 지원 프로그램 정책

첨부 문서 1

연방 빈곤 지침(FPG) 및 재정 지원

FPG 금액은 미 보건복지부에서 연방 공보에 정기적으로 업데이트합니다. 현재 FPG 금액은 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 에서 확인할 수 있습니다.

2026년 1월 29일 자의 FPG 금액은 다음과 같습니다. 이 금액은 변경될 수 있습니다. 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 수 있는 환자는 다음과 같은 지원을 받게 됩니다.

	FAP 명칭	무료 진료	할인 진료
	보장 자격 여부	보험 가입 또는 미가입 환자	보험 가입 또는 미가입 환자
	할인	100%	Bridgeport Hospital – 69% Greenwich Hospital – 68% Lawrence + Memorial Hospital – 72% Yale New Haven Hospital – 67% Westerly Hospital – 76% YNHHS 병원 외 제공자 – 65%
	총 소득 자격	0%~250% FPL	251%~550% FPL
가구 규모	1	\$0~\$39,900	\$39,901~\$87,780
	2	\$0~\$54,100	\$54,101~\$119,020
	3	\$0~\$68,300	\$68,301~\$150,260
	4	\$0~\$82,500	\$82,501~\$181,500
	5	\$0~\$96,700	\$96,701~\$212,740

AGB 퍼센트는 연단위로 계산합니다. 병원당 역년 2026 AGB(비용의 %):

Bridgeport Hospital 31.47%, Greenwich Hospital 32.57%, Lawrence + Memorial Hospital 28.52%, Yale New Haven Hospital 33.89%, Westerly Hospital 24.08%

첨부 문서 2

과도한 징수 조치

재산 선취특권

개인 거주지에 대한 선취특권은 다음의 조건을 충족하는 경우에만 허용됩니다.

- a) 환자가 무료 병상 기금을 신청할 기회가 있었으며 이러한 기금에 대해 응답하지 않았거나 신청을 거부했거나 자격 없음으로 결정된 경우,
- b) 환자가 환자의 미지급액 지급을 지원하는 시스템의 재정 지원 정책(FAP)에 따라 기타 재정 지원을 신청하지 않거나 자격 대상이 아니거나 일부 자격만 인정되었으나 본인이 부담해야 할 금액을 납부하지 않은 경우,
- c) 환자가 지급 일정을 수립하려는 시도나 합의를 하지 않았거나 시스템과 환자 간에 합의한 지급 일정을 준수하지 않는 경우,
- d) 계정 잔액의 총액이 \$10,000 를 초과하고 선취특권이 설정될 대상 부동산의 평가액이 최소 \$300,000 이상인 경우,
- e) 선취특권이 개인 거주지 압류로 이어지지 않는 경우,
- f) 뉴욕주 의료 서비스 제공자의 경우, 개인 거주지에 대한 선취특권은 설정할 수 없습니다.

첨부 문서 3

영어 미숙 사용자 대상 언어

알바니아어
아랍어
벵골어
중국어 간체
중국어 번체
페르시아어(아프가니스탄)
프랑스어
그리스어
구자라트어
아이티 크리올어
힌디어
이탈리아어
한국어
라오스어
파슈토어
폴란드어
포르투갈어(브라질)
포르투갈어(유럽)
러시아어
스페인어(미국)
타갈로그어
튀르키예어
우크라이나어
우르두어
베트남어