

서비스 분야: 기업 사무 서비스	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM 정책 및 절차
제목: 재무 지원 프로그램 정책	
승인일: 09/20/2013	승인자: YNHHS Board of Trustees
발효일: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital 및 Westerly Hospital	검토/수정일: 01/21/2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/2018, 6/15/2020
배포: MCN 정책 관리자	정책 유형(I 또는 II): 유형 I
대체: Yale New Haven Hospital 병원 서비스용 재무 지원 프로그램(NC:F-4) Bridgeport Hospital 병원 서비스용 재무 지원 프로그램(9-13) Greenwich Hospital 병원 서비스용 재무 지원 개요 Lawrence + Memorial Hospital 및 Westerly Hospital 자선 관리, 재무 지원, 무료 병상 기금 정책	

목적

Yale New Haven Health(“Yale New Haven Health” 또는 “YNHHS”)에서는 도움이 필요한 적격 대상자에게 재무 지원을 제공하여 의학적으로 필요한 진료를 제공하기 위해 노력합니다. 재무 지원 정책(“FAP”)의 목적:

1. FAP에서 어떤 재무 지원이 가능한지 설명합니다.
2. 재무 지원 자격이 있는 사람과 신청 방법을 설명합니다.
3. FAP 적격 환자의 경우 응급 상황 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대한 환자 의료비가 어떻게 산정되는지 설명합니다.
4. FAP에서 보장하거나 보장하지 않는 제공자를 파악합니다.
5. YNHHS에서 서비스를 제공하는 지역사회 내에서 FAP를 널리 홍보하기 위해 YNHHS 병원에서 진행한 단계를 설명합니다.
6. Yale New Haven Health 청구액의 미지급에 대해 어떠한 징수 조치를 취할 수 있는지 설명합니다.

적용

이 정책은 Bridgeport Hospital (“BH”), Greenwich Hospital(“GH”), Lawrence + Memorial Hospital (“LMH”), Yale New Haven Hospital(“YNHHS”) 및 Westerly Hospital(“WH”)(각각 “병원”)을 비롯한 YNHHS와 제휴한 각 면허 보유 병원에 적용됩니다.

정책

1. 책임 이사. YNHHS 재무부서 전무 또는 지명인이 YNHHS FAP 를 관장합니다.

2. 범위 및 제공자 목록

A. **응급 및 의학적으로 필요한 진료.** 이 FAP는 입원 및 외래 환자 서비스를 비롯해 병원에서 청구하는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진료에 적용됩니다. FAP에서는 다음이 제외됩니다: (a) 개인실 또는 개인 간호사, (b) 선택적 성형 수술 등 의학적으로 필요하지 않은 서비스, (c) TV 또는 전화요금 등 기타 선택적 편의 수수료와 (d) 이 정책에서 명시적으로 설명하지 않은 기타 할인 또는 비용 경감.

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

https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf

목록에는 제공자가 FAP를 통해 보장되는지 나와 있습니다. 제공자가 FAP를 통해 보장되지 않는 경우 환자는 제공자의 사무실에 전화해 제공자가 재무 지원을 제공하는지, 그리고 제공자의 재무 지원 정책이 보장하는 항목은 무엇인지 문의해야 합니다.

C. **EMTALA 준수.** 병원에서는 자체 정책에 따라 응급 의학 치료 및 분만법(EMTALA)을 준수해야 하며 개인이 응급 의료 요청을 주저할 수 있는 활동에 참여하는 것이 금지됩니다. 본 FAP에서는 EMTALA에 따라 응급 질환을 겪는 환자들을 치료해야 하는 병원의 의무를 제한하지 않습니다.

3. 재무 지원 프로그램

재무 지원은 미국에 거주하며 필요한 재무 지원 신청을 완료하고 아래 설명된 추가 자격 요건을 충족하는 사람이 이용할 수 있습니다. 모든 환자는 정부 및 사설 지원 프로그램을 비롯해 이용 가능한 모든 재무 지원을 조사해 보는 것이 좋습니다.

재무 지원은 사례별로 결정되며 재무적 필요성만 기준으로 합니다. 나이, 성별, 인종, 피부색, 출신 국가, 결혼 여부, 사회적 또는 이민 신분, 성적 지향, 성 정체성 또는 표현, 종교적 소속, 장애, 참전 또는 군복무 또는 법으로 금지하는 기타 모든 기준은 결정 시 고려하지 않습니다. 재무 지원 신청서에는 가구 규모와 소득을 확인하는 데 필요한 문서가 제시되어 있습니다. YNHHS 또는 병원에서는 재량에 따라 본 정책의 범위에서 벗어나는 재무 지원을 승인할 수도 있습니다.

- A. **무료 진료.** 총 연 가구 소득이 연방 빈곤선 기준 250% 이하(참고: 첨부 1)로 확인될 경우 무료 진료 자격에 해당할 수 있습니다(환자의 계정 잔액에 대한 100% 할인).
- B. **할인 진료.** 총 연 가구 소득이 연방 빈곤선 기준 251%~550%로 확인된 경우 첨부문서 1에 나온 대로 차등제에 따라 할인 자격에 해당할 수 있습니다. 보험에 가입한 환자의 경우 할인은 보험 또는 제3자 지급자의 비용 납부 이후 남아 있는 환자의 계정 잔액에 적용됩니다.
- C. **병상 기금.** 병원에서 기부받은 기금으로 병원 진료비를 지급할 수 없는 환자에게 의료를 제공하는 기금인 병상 기금을 통해 재무 지원을 받을 자격이 주어질 수도 있습니다. 자격 여부는 사례별 기준으로 판단하며 기부자 제한 사항과 해당하는 경우 기금 지명자의 지명을 고려합니다. 필요 재무 지원 신청서를 작성한 모든 환자는 자동으로 병상 기금의 고려 대상이 됩니다.
- D. **기타 병원별 재무 지원 프로그램.**
 - (i) **Yale New Haven Hospital 나와 아기(Me & My Baby) 프로그램.** 이 프로그램은 Yale New Haven Hospital 환자가 이용할 수 있습니다. 이는 출산 전, 출산과 분만 서비스 및 일부 출산 후 진료를 무료로 제공합니다. New Haven 카운티에 거주하고 의료 보험이 없으며 가구 소득이 연방 빈곤선의 2 1/2배 미만인 경우 자격 대상이 될 수 있습니다. 자세한 정보를 원하거나 신청서를 요청하시려면 Yale New Haven Hospital Women's Center의 담당자를 방문하시거나 203-688-5470번으로 전화해 주십시오.
 - (ii) **Greenwich Hospital 외래 클리닉**에서는 Medicare, Medicaid 또는 Access Health CT를 통해 제공되는 보험에 가입된 환자들과 소득이 연방 빈곤선 기준의 4배 미만인 가구에 서비스를 제공합니다. 또한 클리닉에서는 보험 자격 대상이 아닌 개인과 Greenwich에 거주하는 개인, 가구 소득이 연방 빈곤선의 4배 미만인 개인에 대한 할인 진료를 제공합니다. 자세한 정보를 원하거나 신청서를 받으시려면 203-863-3334번으로 전화해 주십시오.
- E. **의료 빈곤.** 기준을 충족하지 않지만 의료비가 가구의 소득 또는 자산의 특정 백분율을 초과하는 환자들에게도 재무 지원을 고려합니다.

4. 의료비 제한

본 정책에 따라 할인 진료에 대한 자격 대상이지만 무료 진료 자격은 없는 경우 해당 진료를 보장하는 보험에 가입된 개인에게 일반적으로 청구되는 금액("AGB") 이상의 비용을 환자에게 청구하지 않습니다.

A. 계산 방법. YNHHS는 Medicare 수혜 비용 공유 금액과 지난 회계연도에 대해 각 병원 시설에 청구액을 지급하는 모든 사설 의료 보험사를 비롯해 연방 세금 규제와 Medicare 행위별수가제 비율에 따라 각 병원에 “록백 방식”을 사용해 매년 AGB를 계산합니다. YNHHS에서는 병원의 백분율 할인을 적용하거나 YNHHS 환자에게 가장 유리한 백분율 할인을 사용할 수도 있습니다. AGB 할인은 첨부문서 1에 나와 있습니다.

5. 재무 지원 신청

A. 신청 방법. 재무 지원을 신청하려면 아래 나온 항목을 제외하고 재무 지원을 위한 YNHHS 신청서(“신청서”)를 작성해야 합니다. 신청서 받는 방법:

- (1) 온라인(www.vnhhs.org/financialassistance)으로 확인하거나 각 YNHHS 병원 웹사이트에서 받을 수 있습니다.
- (2) 모든 YNHHS 병원 환자 입원 또는 접수 구역에서 직접 받을 수 있습니다. 재무 지원에 대한 서명 및 서면 정보는 각 병원 응급실과 환자 접수 구역에서 확인할 수 있습니다.
- (3) 환자 재무 서비스부에 (855) 547-4584번으로 전화해 무료 사본을 요청하여 우편으로 받을 수 있습니다.

B. 신청서. 신청서에는 (i) 재무 지원 프로그램과 자격 요건, (ii) 자격 판단을 위한 서류 요건과 (iii) FAP 지원을 위한 연락처 정보가 설명되어 있습니다. 신청서에는 또한 (i) 병원에서는 각 신청서에 서면으로 응답하며 (ii) 환자들은 FAP에 따라 언제든지 재무 지원을 다시 신청할 수 있으며 (iii) 매년 추가 무료 병상 기금을 이용할 수 있다는 내용도 설명되어 있습니다. 병원에서는 FAP에 따라 FAP나 신청서가 신청의 일부로 요청하지 않는 정보 또는 서류를 제출하지 않았다는 점을 근거로 재무 지원을 거부할 수 없습니다.

C. FAP 자격 대상 환자. YNHHS 병원에서는 자격 여부를 판단하고 재무 지원 자격에 대한 모든 판단을 해당하는 환자 계정에 기록하기 위한 합리적인 노력을 기울입니다. 병원에서 환자가 FAP 자격 대상이라고 판단한 경우 병원에서는

- (i) 금액이 어떻게 결정되는지와 진료에 대한 AGB에 대한 정보를 얻을 수 있는 방법을 명시 또는 설명하는 것을 비롯해 FAP 자격 대상 환자로서 지급해야 할 금액을 표시한 청구 내역서를 제공합니다.
- (ii) 환자가 개인적으로 FAP 자격 대상 개인으로 지급해야 할 금액으로 결정된 금액을 초과하는 금액을 지불한 경우 이러한 초과 금액이 \$5 미만이거나 IRS에서 정한 기타 금액인 경우를 제외하고 이를 환불합니다.
- (iii) 과도한 징수 조치를 취소하기 위한 합리적인 조치를 취합니다.

D. 추정 자격. YNHHS에서는 다음 출처 또는 유사한 출처를 비롯해 재무 지원을 요청하는 개인이 아닌 다른 출처를 통해 획득한 환자의 상황 관련 정보를 근거로 본 정책에 따라 무료 또는 할인된 진료 자격을 결정할 수 있습니다.

(i) 각 병원을 대신해 YNHHS는 재무 지원을 신청하지 않았으나 소득이 연방 빈곤선(즉, 무료 진료 자격 대상)의 250% 이하이며 자가 지급 잔액이 있는 개인을 확인하는 데 도움이 되는 제3자 심사 도구를 사용합니다. 이 과정을 통해 환자를 확인하면 미지급된 병원비는 기부(무료) 진료로 조정될 수 있습니다.

(ii) YNHHS는 Yale University와 제휴하고 있으며 Yale School of Medicine의 학술적 의료 기관입니다. Haven Free Clinic을 비롯해 저소득 개인을 위한 Yale University 학생 운영 1차 의료 클리닉에서 서비스를 받는 보험 미가입 환자는 추가적으로 재무 지원 신청서를 신청할 필요 없이 YNHHS에서 재무부서 전무가 해당 개인이 클리닉의 환자라는 점을 허용 양식으로 확인받으면 무료 또는 할인 의료를 계속 받을 수 있습니다.

(iii) YNHHS에서는 이전 자격 결정 과정을 이용하여 해당 개인이 본 정책에 따라 다시 기부 진료의 자격 대상이 될 수 있음을 추정하여 판단할 수 있습니다.

6. YNHHS 징수 관행과의 관련성

병원(및 모든 징수 기관 또는 부채를 의뢰한 제3자)에서는 퇴원 후 진료에 대한 첫 청구 내역서 발급 후 120일 전, 그리고 자가 지급 계정(책임이 있는 개인)에 대해 재정적 책임이 있는 환자나 기타 모든 개인이 본 FAP에 따라 재무 지원 자격이 있는지 결정하기 위한 합리적인 노력을 기울이지 않고 과도한 징수 조치("ECA")를 진행하지 않습니다. 모든 ECA는 승인 전에 본 FAP의 합리적인 노력 요건을 충족하는지 확인할 재무부서 전무 또는 그 지명인이 승인해야 합니다.

병원에서는 내부 운영 과정 및 관행에 따라 AIR 청구 주기를 따릅니다. 이러한 과정 및 관행에 따라 병원에서는 최소한 진료를 제공한 날짜로부터 AIR 청구 주기 전반(또는 법률에 따라 의무화되는 이러한 기간 중 나중인 날짜)에 환자에게 FAP에 대한 고지를 전달합니다.

1. 모든 환자는 병원의 퇴원 또는 입원 과정의 일부로 FAP에 따라 쉬운 언어로 된 요약과 재무 지원을 위한 신청서 양식을 제공받습니다.
2. 자가 지급 계정의 징수에 대해 최소 세 가지의 별도 내역서를 환자 및 다른 책임이 있는 개인의 최신 주소 우편이나 이메일로 보냅니다. 단, FAP에 따른 재무 지원에 대해 책임이 있는 개인이 작성한 신청서를 제출하거나 전액을 지급한 후에는 추가적인 내역서를 발송할 필요가 없습니다. 필요한 세 번의 발송에서 첫 번째와 마지막 발송 사이는 최소 60일의 기간이 있어야 합니다. 서비스 당시 또는 주소 이전 시 올바른 우편 주소를 제출하는 것은 책임이 있는 개인의 의무입니다. 계정에 유효한 주소가 없는 경우 “합리적인 노력”에 대한 판단이 이루어집니다. 자가 지급 계정의 모든 단일 환자 계정 내역서는 다음을 포함하 나 이에 국한되지 않습니다.

- a. 내역서에서 보장하는 정확한 병원 서비스 요약
- b. 이러한 서비스에 대한 비용
- c. 책임이 있는 개인이 지급해야 하는 금액(또는 이러한 금액을 모르는 경우 최초 내역서 날짜를 기준으로 이러한 금액의 선의 추정치)

및

- d. 서류의 사본을 배부할 수 있는 부서 전화번호와 직통 웹사이트 주소를 비롯해 FAP에 따른 재무 지원의 이용 가능성에 대해 책임이 있는 개인에게 고지하고 정보를 전달하는 눈에 잘 띄는 서면 고지
3. 우편 또는 이메일 발송되는 내역서 중 최소 하나에는 책임이 있는 개인에게 책임이 있는 개인이 FAP에 따라 재무 지원을 신청하지 않을 경우 또는 청구 기한까지 금액을 지급하지 않을 경우 취해질 수 있는 ECA에 대한 정보를 제공하는 서면 고지가 포함되어야 합니다. 이러한 내역서는 내역서에 지정된 기한 최소 30일 전에 책임이 있는 개인에게 제공되어야 합니다. 이 내역서에는 쉬운 언어로 된 요약이 첨부됩니다. 서비스 당시 또는 주소 이전 시 올바른 우편 주소를 제출하는 것은 책임이 있는 개인의 의무입니다. 계정에 유효한 주소가 없는 경우 “합리적인 노력”에 대한 판단이 이루어집니다.
 4. 계정이 미지급 상태인 경우 일련의 우편 또는 이메일 내역서 발송 시, ECA 개시 전에 마지막으로 알려진 전화번호(있는 경우)로 최소 한 번은 책임이 있는 개인에게 연락하려는 구두적 노력을 해야 합니다. 모든 연락 시 환자나 책임이 있는 개인은 FAP에 따라 이용할 수 있는 재무 지원에 대한 정보를 받게 됩니다.
 5. 본 정책의 조항에 따라 적용을 받아 YNHHS 병원은 본 정책의 첨부 문서 2에 명시된 ECA를 진행하여 제공된 의료 서비스에 대한 비용을 지급받습니다.

7. 정책 이용 가능성

FAP의 사본, 쉬운 언어로 된 FAP와 FAP 신청서는 www.ynhhs.org/financialassistance에서 확인할 수 있습니다.

각 병원에서는 요청 시 무료로 FAP의 사본, 쉬운 언어로 된 FAP 요약 및 FAP 신청서를 우편이나 병원 응급실, 그리고 모든 접수 구역에 영어와 병원이 서비스를 제공하는 인구 중 1,000명 미만 또는 5% 이상을 차지하는 영어 능력이 제한적인 개인을 위한 주 언어로 된 이용할 수 있도록 해야 합니다. 언어 목록은 첨부 문서 3을 참조하십시오.

자격 여부 또는 이용할 수 있는 프로그램에 대한 정보나 FAP의 사본, 쉬운 언어로 된 FAP 요약, FAP 신청서 또는 청구 및 징수 정책을 우편 발송 요청하거나 FAP의 사본, 쉬운 언어로 된 요약이나 영어 이외 다른 언어로 번역된 FAP 신청서 양식이 필요한 경우 기업 사무 서비스부에 수신자

부담 전화 (855) 547-4584번으로 전화해 주십시오. 또한 환자들은 FAP 신청 과정을 시작하는 것에 대한 환자 등록, 환자 재무 서비스 및 사회 복지/케이스 관리를 요청할 수 있습니다. FAP를 광범위하게 공개하려는 추가적인 노력으로는 일반적으로 배부되는 신문에 고지를 게시하거나 청구 내역서에 FAP의 서면 고지를 제공하거나 지급액에 대해 환자와 구두 연락 시 FAP의 고지를 제공하거나 기타 공개 및 정보 세션을 주최하는 것이 포함됩니다.

8. 주 법률 준수

각 병원은 보험 미가입 환자로부터 병원의 징수를 주관하는 Connecticut 일반 조례, 병원 전환에 관련된 Rhode Island 보건부 규칙 및 규정 11.3항에 명시된 Rhode Island 기부 진료 제공에 대한 주 전역 표준("RI 규정"), RI 규정의 11.4항에 명시된 비보상 진료에 대한 주 전역 표준을 제한 없이 포함하여 관련 주 법률을 준수해야 합니다.

참고 문헌

Internal Revenue Code 501(c)(3)
Internal Revenue Code 501(r)
Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
RI Regulations 11.3 and 11.4

관련 정책

YNHHS 청구 및 징수 정책
YNHHS EMTALA 정책: 의료 심사/안정화, 대기 및 이송
Yale New Haven Hospital 정책 — 무료 진료 기금 분배 NC:F-2
Greenwich Hospital 외래 환자 센터 정책 및 절차

첨부 문서 1

재무 지원에 대한 연방 빈곤선(FPG) 및 차등제

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

2020년 1월 15일자의 FPG 금액은 다음과 같습니다. 이러한 금액은 변경될 수 있습니다. 본 정책에 따른 재무 지원 자격 대상 환자는 Yale New Haven Health Hospital에서 다음과 같은 지원을 받게 됩니다.

	FAP 이름	무료 의료	할인 의료	차등제 A	차등제 B	차등제 C
	보장 자격 여부	보험 가입 또는 미가입 환자	보험 미가입 환자	보험 가입 환자	보험 가입 환자	보험 가입 환자
	FAP 할인	100%	69%	35%	25%	15%
	총 소득 자격	0% - 250% FPL	251% - 550% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL
가구 규모	1	\$0 - \$31,900	\$31,901 - \$70,180	\$31,901 - \$44,660	\$44,661 - \$57,420	\$57,421 - \$70,180
가구 규모	2	\$0 - \$43,100	\$43,101 - \$94,820	\$43,101 - \$60,340	\$60,341 - \$77,580	\$77,581 - \$94,820
가구 규모	3	\$0 - \$54,300	\$54,301 - \$119,460	\$54,301 - \$76,020	\$76,021 - \$97,740	\$97,741 - \$119,460
가구 규모	4	\$0 - \$65,500	\$65,501 - \$144,100	\$65,501 - \$91,700	\$91,701 - \$117,900	\$117,901 - \$144,100
가구 규모	5	\$0 - \$76,700	\$76,701 - \$168,740	\$76,701 - \$107,380	\$107,381 - \$138,060	\$138,061 - \$168,740
가구 규모	6	\$0 - \$87,900	\$87,901 - \$193,380	\$87,901 - \$123,060	\$123,061 - \$158,220	\$158,221 - \$193,380

AGB 계산

AGB 퍼센트는 연단위로 계산합니다. 병원당 역년 2020 AGB(비용의 %): BH 32.4%, GH 31.9%, LMH 39.9%, YNHH 33.3% 및 WH 32.6%. 이에 따라 본 정책에 따라 2020년 할인 진료 자격 대상인 YNHHS 환자에게 가장 유리한 백분율 할인은 총 금액의 31%를 넘지 않습니다.

첨부 문서 2

과도한 징수 조치

재산 선취특권

개인 거주지에 대한 선취특권은 다음의 경우에만 허용됩니다.

- a) 환자가 무료 병상 기금을 신청할 기회가 있었으며 이러한 기금에 대해 응답하지 않거나 거부하거나 자격 없음으로 결정되었을 경우
- b) 환자가 환자의 미지급액 지급을 지원하는 병원의 재무 지원 정책에 따라 재무 지원을 신청하지 않거나 자격 대상이 아니거나, 일부 자격 대상이지만 책임 부분을 지급하지 않은 경우
- c) 환자가 지급 일정을 잡으려는 시도를 하지 않거나 합의하지 않거나 병원과 환자 간에 합의한 지급 일정을 준수하지 않는 경우
- d) 계정 잔액의 총액이 \$10,000를 초과하고 평가액의 최소 \$300,000로 재산이 선취 특권의 대상이 된 경우
- e) 선취특권이 개인 거주지 압류로 이어지지 않는 경우

첨부 문서 3

제한적인 영어 능력 언어

알바니아어
아랍어
중국어 간체
프랑스어
프랑스 크리올어 (아이티 크리올어)
독일어
그리스어
힌두어
이탈리아어
일본어
한국어
파슈토어
페르시아 다리어
페르시아 파르시어
폴란드어
포르투갈어
포르투갈 크리올어 (카보베르데)
러시아어
스페인어
스와힐리어
타갈로그어
티그리냐어
터키어
베트남어