

# 정책 재정지원

## 목차

1	목적 .....	Error! Bookmark not defined.
2	범위 .....	Error! Bookmark not defined.
3	정의 .....	Error! Bookmark not defined.
4	정책 .....	Error! Bookmark not defined.
4.1	재정지원 자격기준 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2	재정지원 신청 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3	재정지원 자격평가 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4	재정지원 거부에 대한 이의 제기 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.5	추정적 자격 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.6	환자 청구금액 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.7	징수 및 징수정책 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.8	환자 재정지원 프로그램 및 지역사회 내 커뮤니케이션 ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.9	규제 요건 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5	시행 및 예외사항 .....	Error! Bookmark not defined.
6	참고 .....	Error! Bookmark not defined.
7	부록 .....	Error! Bookmark not defined.1
7.1	부록 A: .....	111
7.2	부록 B: .....	111

이 정책은 Piedmont Healthcare 의 개략적인 안내서로서 제공됩니다. 각 환자의 상황에 의거한 모든 개별적인 임상판단 및 교육의 사용을 포함하지 않으며 이를 대신하지 않습니다.

## 1 목적

Piedmont Healthcare Corporation(PHC)는 존엄성과 경의, 공감을 바탕으로 모든 환자에 대한 동등한 수준의 진료를 위해 노력하고 있습니다. 이를 위해, 그리고 재정 상태로 인해 병원 진료비 지불 능력이 없는 환자를 고려하여, PHC는 아래에 명시된 정책의 시행에 있어 자격을 갖춘 환자에 대한 재정지원을 통해 병원 진료비 지불 능력이 없는 환자를 지원합니다. PHC가 이 정책을 공평하고 지속적으로 시행하려면 환자와 환자 가족이 시의적절한 정보를 제공해야 합니다. 이후 이 프로그램은 PHC 재정지원 프로그램(FAP)이라 칭합니다.

Affordable Care Act(ACA)에 의거하여, PHC의 재정지원 정책 하에서 재정지원 자격이 있는 모든 환자에게는 응급 또는 의학적 필요에 따른 진료에 있어 피보험 환자에 대한 일반 청구 금액(AGB)을 초과하는 금액이 청구되지 않습니다. Piedmont Healthcare를 통해, 그리고 이 정책 하에서, 재정지원 자격을 갖춘 모든 환자에게는 지원 제공기간 동안에 이루어진 의학적 필요에 따른 진료에 대한 비용이 청구되지 않습니다.

재정지원 정책에 포함되어 있는 상세사항:

- 재정지원 자격기준.
- 환자의 재정지원 신청방법.
- 재정지원 평가절차와 이의 제기절차, 추정적 자격.
- 각 PHC 시설이 서비스를 제공하는 지역사회 내 PHC 정책홍보 방법.
- PHC 내의 우리의 재정지원 정책 가맹 및 비가맹 의료 제공자 명단이 게재된 부록 A와 부록 B.
- 법률이 정하는 바에 의하여, PHC 병원과 고용된 의사는 진료비 지불능력에 관계없이 응급 상황에 처한 모든 환자에게 의료 서비스를 제공.
- PHC는 응급 의료 서비스, 환자 재정지원 및 자선진료와 관련하여 사회보장법(Social Security Act)의 Section 1867과 연방세법(Internal Revenue Code)의 Section 501(r)를 비롯한 연방 및 주 법과 규제를 준수.

## 2 범위

이 정책은 모든 Piedmont Healthcare 병원과 고용된 의사에게 적용됩니다.

## 3 정의

**일반청구금액(AGB)** – PHC 가 제공한 비용을 청구할 수 있는 서비스에 대해 Medicare 와 영리/관리의료업체가 통지한 평균 상환비율

**적격 서비스** – 이 정책 하에서 적격 서비스는 (1) 응급실 환경에서 제공되는 응급 의료 서비스, (2) 응급실이 아닌 환경에서 생명을 위협하는 상황에 대처하기 위해 제공되는 긴급 의료 서비스, 그리고 (3) 기타 의학적 필요에 따른 서비스(정의는 아래 참조)를 포함합니다.

**응급 진료** – 환자의 건강이 심각한 위험에 빠지는 상황, 신체기능의 심각한 손상 및/또는 장기나 신체 부위의 심각한 기능장애를 막는데 필요한 즉각적인 진료.

**특별징수조치** – 의료기관이 환자의 재정지원 자격여부를 평가하기 위해 합리적인 노력을 기울인 후에 진료비용 징수를 위해 사용할 수 있는 IRS 와 재무부가 규정한 징수조치 리스트. 이 정책의 4.7 항이 이 조치에 대해 상술하고 있으며 급여압류와 같은 법적/사법적 조치와 함께 신용평가/정보회사에 유해 정보를 통지하는 등의 조치가 포함됩니다.

**재정지원** – PHC 의 재정지원 기준을 충족하고 PHC 와 PHC 가 고용한 의사가 제공하는 의학적 필요에 따른 서비스에 대한 비용을 지불할 능력이 없는 무보험 환자에게 제공되는 의료 서비스.

**부담금 총액** – 계약상의 조정 및/또는 할인이 적용되기 전 환자 진료 서비스 제공에 대해 기관이 설정한 비율로 산정한 부담금 총액.

**보증인** – 환자의 진료비를 지불할 책임이 있는 자로서, 환자 또는 환자 외의 인물일 수 있습니다.

**가구** – 가구 규모는 일상적인 거주지로서 주거 단위를 점유하고 있는 모든 인물을 포함하며, 환자의 연방빈곤수준(Federal Poverty Level: FPL)을 평가하는데 사용됩니다. 가구 구성원은 반드시 당해 주택을 영구 거주지로 간주해야 합니다.

**의학적 필요에 따른 서비스** - 생명을 위협하거나 괴로움 또는 고통을 유발하거나 신체 장애 또는 기능장애를 야기하거나 장애를 유발 또는 악화시킬 위험이 있거나 일반적인 질병 또는 쇠약을 초래하는 상태의 발현 또는 악화를 진단, 완화, 억제, 치료 또는 예방하기 위해 환자에게 제공되는 서비스이며, 그 서비스를 요청하는 환자에게 있어 이보다 더욱 효과적이거나 비용이 크게 저렴한 서비스는 존재하지 않습니다.

비응급, 예방 및/또는 정기적인 서비스와 처치는 적격 서비스로 간주되지 않습니다. 적격 서비스에 포함되지 않는 기타 의료 서비스에는 미용성형처치, 불임치료 서비스, 해외 및 정밀 의료(executive health), 산업 의료 및 소매형(retail-type) 서비스, 그리고 독자적인 해외/패키지 가격책정 방식이 이미 설정되어 있는 기타 서비스가 포함됩니다. 이 리스트는 한정적이지 않으며 PHC는 언제든지 이를 수정할 수 있습니다.

의학적인 필요성과 관련하여 의문이 발생할 경우, 의학적인 치료가 시급하고/하거나 의학적으로 필요한지의 여부에 대한 최종 결정은 시설의 최고 의료 책임자가 내려야 합니다. PHC는 응급치료 및 적극적 처치대응에 관한 법(EMTALA)이 규정하는 모든 기준을 준수합니다.

**연방빈곤수준(FPL)** - 42 U.S.C.~9902(2)의 권한 하에서 미국 보건복지부가 연방 관보에 정기적으로 설정하는 해당 가구 소득기준.

**추정적 자격** - PHC가 재정지원 자격평가를 위해 환자 이외의 출처에서 입수한 정보를 사용할 수 있는 절차 및/또는 이전 자격평가 내용의 사용.

**무보험 환자** - 보험에 가입하지 않았거나 의료 서비스 제공자에 대한 금전적 채무의 해결에 제 3자의 지원을 받는 환자.

## 4 정책

PHC는 이 정책의 기준에 의거해 자격을 갖춘 환자에 대한 재정지원을 통해 진료비 지불능력이 없는 환자를 지원합니다.

### 4.1 재정지원 자격기준

가구 소득이 연방빈곤수준 가이드라인(FPL)의 300%이하인 무보험 환자는 아래의 표가 명시하는 바와 같이 재정지원(100% 할인)이 제공될 수 있습니다.

환자의 자격평가에 있어 PHC는 인종, 성별, 연령, 성적 지향성, 종교 또는 이민자 신분을 고려하지 않습니다.

2016 연방빈곤수준 가이드라인

가족/가구 구성원	빈곤 가이드라인
1	\$11,770
2	\$15,930
3	\$20,090
4	\$24,250
5	\$28,410
6	\$32,570
7	\$36,730
8	\$40,890

가족/가구 구성원이 8명을 초과할 경우, 초과 인원 1인당 \$4,160를 추가.

PHC는 조지아 주 메디케이드(Medicaid) 또는 사회보장국(Social Security Administration) 수당신청에 있어 외부 기관을 활용해 환자를 지원합니다. 환자 또는 환자의 보증인은 반드시 조지아 메디케이드 및/또는 SSI 신청절차를 따라야 합니다. 이에 협조하지 않을 경우, PHC 재정지원이 거부됩니다.

외부 기관 또한 재정지원 신청서 작성 및 제출을 지원할 수 있습니다. 조지아 메디케이드 및/또는 SSI 수당 적용에 대한 최종 결정이 PHC의 재정지원 제공에 대한 최종 결정보다 먼저 내려져야 합니다.

**4.2 재정지원 신청**

PHC의 정책은 재정지원 신청을 예외조항으로 처리합니다. 인구통계 및 신용기록의 전자검증을 통해 모든 환자를 심사하여 가족 소득, 가구 규모 및 지불성향을 평가합니다. 이와 같은 기준은 환자의 재정지원 자격평가에 사용됩니다. 전자심사 절차를 통해 승인을 받지 못한 환자는 서면 신청서와 모든 증빙서류를 제출할 수 있습니다.

서면 신청서 교부처:

1. <http://www.piedmont.org/patient-tools/bill-pay>
2. 모든 Piedmont Hospital 의 입원/등록 구역 현장
3. 고객 솔루션 센터(855-788-1212)에 전화로 요청
4. U.S.P.S. 우편을 통해 다음의 주소로 신청서 사본을 요청:

Customer Solutions Center  
Piedmont Healthcare  
2727 Paces Ferry Road  
Building 2, Fifth Floor  
Atlanta, GA 30339

모든 신청자는 반드시 신청서와 함께 아래의 정보를 포함해 가구 소득 증명서류를 제출해야 합니다. 재정지원 신청이 완료단계(즉 평가)까지 처리되려면, 신청서와 모든 관련 서류가 완전한 형태로 작성 및 제출되어야 합니다.

재정지원 신청 시, 다음 서류의 원본 또는 공인 사본이 있어야 합니다.

- 사진이 첨부된 신분증 - 주 정부가 발급한 운전면허증 또는 주 정부 발급 신분증, 여권, 사진이 첨부된 재외국민 신분증 또는 학생증 .
- 비자 또는 거주 외국인 신분증(Residence Alien Card) (해당될 경우)
- 거주 확인서 - 다음의 현주소가 기재된 서류 중 1-3 개에는 거주 여부가 명시되어야 합니다:
  - 전기요금, 가스요금, 수도요금, 전화요금과 같은 공공요금 고지서 1-3 개
  - 임대계약서
  - 현주소가 기재된 임대 영수증
  - 푸드스탬프 통지서
  - 유권자 등록카드
  - 거주지를 증명하는 기타 사업관련 서류: 신용카드 거래 명세서, IRS, Medicaid 통지서, 학교가 학생에게 발송한 서장, 케이블 TV 요금, 휴대전화 요금, 은행 잔액증명서, 모기지 대출 명세서, 주소가 기재된 수표 부분 등
  - 주의: 사서함은 거주지 증명이 되지 않습니다.

- 다음 중 하나가 소득 증명이 됩니다:
  - 현재 급여수표 부분(check stub) 3 부(환자와 파트너)
  - 노동부 임금 조사(WG-15) 실업 수당 청구
  - 저축한 돈으로 생활하는 경우 최근 3 개월간의 은행 잔액 명세서 사본
  - 회사 레터헤드에 개시일과 현재 고용 상태를 확인할 수 있고 시간당 수당, 각 급여 기간에 지급된 수당 총액 및 지급 빈도가 명시된 고용주가 발송한 서장
  - 환자가 실업 수당, Medicaid, 사회보장 장애 수당, 일반 부조 등을 수령하고 있음을 명시한 모든 결정서
  - 푸드스탬프 통지서 및 급여수표 부분
  - 무주택자 증명 또는 쉼터(shelter)가 발송한 공식 서장
  - 환자가 현재 수령하고 있는 지원을 명시한 기타 사업 서류
- 피부양자 인원 증명 - 다음 중 하나가 필요합니다.
  - 전년도 소득세 신고서(가장 최근의 것)
  - 환자에게 아동에 대한 법적 책임이 있음을 명시한 법정 후견인 증명서 또는 양육권 증명서와 같은 모든 결정서
  - 18 세 이하 아동 개개인의 출생증명서

환자에게 신청서 작성 또는 증빙서류 제출에 필요한 정보가 없거나 이를 어디서 얻어야 하는지 모를 경우, 우리의 재정 상담사에게 도움을 요청하십시오. 재정지원팀(855-788-1212)으로 문의하십시오.

적격 서비스의 경우, 최초의 PHC 통지서를 수령한 날로부터 245 일 이내에 반드시 신청서가 수령되어야 합니다. 위의 기준을 지키지 못할 경우 이는 재정지원 거부 사유가 됩니다. 신청서 작성이 완전하지 않고/않거나 구비 서류가 제출되지 않았을 경우, 이를 통지한 날로부터 역일 기준 30 일 이내에 필요한 정보를 반드시 제공해야 하며, 그렇지 못할 경우 신청이 거부됩니다.

#### **4.3 재정지원 자격평가**

재정지원 자격은 재정적 필요성의 개별 평가에 의거해 결정됩니다. 이 절차에는 신청절차가 포함되어 있으며, 환자 또는 환자의 보증인은 재정적 필요성 평가에 필요한 개인적 및 재정적, 기타 서류를 제공해야 합니다.

무보험 환자 또는 무보험 환자의 보증인이 소유한 소득 또는 재원이 적격 서비스에 대한 미지불 비용을 지불하기에 부족하다고 여겨질 경우, 환자 또는 그 보증인은 재정지원을 요청할 수 있습니다. 재정지원 적용 가능성은 본 정책의 자격기준에 의거합니다.

PHC는 작성이 완료된 재정지원 신청서와 모든 필수 증빙서류의 수령일로부터 역일 기준 30일 이내에 작성이 완료된 재정지원 신청에 대해 결정을 내립니다. PHC 재정지원이 승인되면 PHC는 전화 및/또는 서면으로 환자에게 자격 발효일을 통지합니다.

재정지원을 요청한 이에게 정보의 누락 또는 미흡이 통지됩니다. 영업일 기준 5일 이내에 작성이 미완료된 신청서 또는 누락된 필수 증빙서류를 명시한 통지서가 신청자에게 발송됩니다.

또한 재정지원이 거부된 환자에게는 결정이 내려진 날로부터 영업일 기준 5일 이내에 거부사유를 상설한 통지서가 발송됩니다. 이 때, 환자의 이의 제기 기간은 역일 기준 30일이며, 재정지원 승인을 얻기 위해 자신의 신청을 보완하는 모든 증빙 정보를 제공합니다.

#### 4.4 재정지원 거부에 대한 이의 제기

재정지원이 거부된 환자는 아래의 방법을 통해 고객 솔루션 센터에 연락을 취하여 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다.

1. 이메일: [assistance@piedmont.org](mailto:assistance@piedmont.org)
2. 고객 솔루션 센터(855-788-1212)에 전화로 이의를 제기
3. 다음의 주소로 U.S.P.S. 우편을 통해 이의를 제기:

Customer Solutions Center  
Piedmont Healthcare  
2727 Paces Ferry Road  
Building 2, Fifth Floor  
Atlanta, GA 30339

모든 이의는 수령일로부터 영업일 기준 10일 이내의 검토를 거친 후 영업일 기준 5일 이내에 신청자에게 최종 결정을 전화로 설명합니다. 또한 이후 영업일 기준 5일 이내에 신청자에게 서장이 발송됩니다.

재정지원 신청절차 또는 거부된 신청에 대해 지원을 담당하는 재정 상담사가 있습니다. PHC 재정 상담사는 모든 병원에 상주하고 있으며 환자가 고객 솔루션 센터(855-788-1212)로 문의할 수 있습니다.

#### 4.5 추정적 자격

상기의 4.3항이 명시한 공식적인 재정지원 신청에 대한 자격평가와는 별개로, 보험가입 상태와는 상관없이 제 3 자 심사 도구의 사용을 통해 제공된 증거에 의거해 환자에게 재정지원 자격이 있다고 추정할 수 있습니다(“추정적 자격”). 추정적 자격 하에서 재정지원 자격을 갖추려면, 환자의 연방빈곤수준이 300%를 초과해서는 안됩니다. 제 3 자 심사 도구를 통해 입수한 정보는 환자의 재정상태를 검증하는데 도움을 줄 것이며 재정지원 결정에 유일한 증빙서류 출처로서 활용될 수 있습니다.

추정적 자격을 통해 재정지원 자격을 갖춘 환자에게는 개인 계정 기준으로 서비스가 적용됩니다. 추정적 자격절차를 통해 재정지원 자격을 갖추지 못한 환자는 4.2항이 명시한 표준신청절차를 통해 신청할 수 있습니다.

#### 4.6 환자 청구금액

재정지원이 승인된 환자에게는 어떠한 경우에도 부담금 총액이 청구되지 않습니다. 무보험 환자의 경우, 적격 서비스에 있어 100%의 재정지원 할인이 부담금 총액에 적용됩니다. PHC 는 일반청구금액(AGB) 산정에 “룩백(look back)”방식을 사용합니다. AGB 산정과 관련해 추가 상세사항은 재정지원팀(assistance@piedmont.org)에서 요청에 따라 제공합니다.

#### 4.7 징수 및 징수정책

재정지원이 승인된 신청자는 8 개월의 승인 기간 범위에 속하는 미지불 계정과 관련된 모든 징수 조치에서 제외됩니다. PHC 는 재정지원이 승인된 어떤 계정도 징수대행사에 이관하거나 이를 신용평가기관에 통보하지 않습니다. PHC 청구 및 징수정책이 개괄한 바와 같이 8 개월의 승인 기간 범위에 속하지 않는 잔액 계정에 대해서는 정상적인 징수 조치가 이루어집니다. 상세한 사항은 해당 정책을 참고하십시오.

PHC 는 환자가 이 정책 하에서 재정지원 자격이 있는지의 여부를 판단하기 위해 먼저 합리적인 노력을 기울이며, 이와 같은 노력 없이 급여 압류, 주 거주지에 대한 유치권 또는 모든 환자/보증인에 대한 기타 법적 조치와 같은 특별징수조치를 시행하지 않습니다.

#### 4.8 환자에 대한 재정지원 프로그램 및 지역사회 내 커뮤니케이션

PHC 재정지원 프로그램 공고문은 응급실, 입원 및 등록 구역을 비롯한 각 Piedmont Healthcare 시설, 시설 구내에 위치한 환자 재정지원(Patient Financial Care) 부서, PHC 가 선정한 공공장소에서 배포됩니다. 추가적으로, 재정지원 프로그램 정보는 자기부담 잔액이 결정된 후 발급된 모든 환자 청구 명세서에 기재됩니다. 또한 우리는 입원서류와 함께 이해를 돕기 위해 평이하게 작성된 요약본을 제공합니다.

Piedmont.org 에는 PHC 의 재정지원 정책 전문이 게재되어 있으며 등록 및 입원 구역과 더불어 PHC 가 서비스를 제공하는 지역사회 내 기타 장소에 브로셔 형태의 요약본이 비치되어 있습니다.

PHC 가 서비스를 제공하는 지역사회 주민의 10% 이상이 제한적 영어 구사 능력 주민일 경우, 그 주민들의 일차 언어로 작성된 재정 지원 정책, 재정 지원 신청 및 이해를 돕기 위해 평이하게 작성된 요약본이 마련되어 있습니다.

#### 4.9 규제 요건

이 정책의 시행에 있어, PHC 는 이 정책에 의거해 시행되는 활동에 적용되는 모든 연방 및 주, 현지 법과 규범, 규제를 준수해야 합니다.

### 5 시행 및 예외사항

이 정책을 준수하지 않을 경우, 피고용인은 최대 해고, 제 3 자 업체 직원이나 학생, 자원봉사자는 최대 계약 또는 서비스의 종료를 포함하는 징계에 처해질 수 있습니다.

### 6 참고

EMTALA 정책  
청구 및 징수 정책  
재정지원 신청  
재정지원 워크시트

## 7 부록

### 7.1 부록 A:

Piedmont Healthcare 병원과 PHC 가 고용한 의사가 제공하는 치료에 더해, 기타 서비스 제공자가 제공한 응급 및 의학적 필요에 따른 진료 또한 이 재정지원 정책 하에서 적용대상이 될 수 있습니다.

### 7.2 부록 B:

PHC 의 재정지원 정책에 포함되거나 이를 준수하는 임상의 등재는 아래의 부서에 문의하십시오. 리스트는 6 개월 기준으로 업데이트됩니다.

Customer Solutions Center  
Piedmont Healthcare  
2727 Paces Ferry Rd.  
Building 2, Fifth Floor  
Atlanta, GA 30339