



환자 신용 및 추심 정책	RC-002
Penn State Health 수익 주기(Revenue Cycle)	효력 발생일: 2023년 11월

범위 및 목적 본 문서는 아래에 명시된 다음 Penn State Health(PSH) 부속 기관의 개인 및 절차를 대상으로 적용됩니다.

<input checked="" type="checkbox"/> Penn State Health 공유 서비스	Penn State College of Medicine
<input checked="" type="checkbox"/> Milton S. Hershey Medical Center	의료 그룹 – 학술 업무부(Academic Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center	의료 그룹 – 지역 사회 업무부(Community Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/> Holy Spirit Medical Center	Penn State Health Life Lion, LLC
<input checked="" type="checkbox"/> Hampden Medical Center	Pennsylvania Psychiatric Institute – 발효일 2023년 12월
<input checked="" type="checkbox"/> Lancaster Medical Center	

정책 명세서

규칙 준수, 환자의 만족, 효율성을 증진하는 방식으로 청구, 추심 및 회복 기능을 시행하기 위한 명확하고 일관된 지침을 제공하고자 합니다. Penn State Health(PSH) 수익 주기 부서는 진료비 청구서, 서면 서신 또는 전화를 이용하여 환자/보증인이 자신의 재정적 책임 및 이용할 수 있는 재정 지원 선택사항을 알리며 진료상 재정 문제가 지속하는 동안 투명성을 보장함과 더불어 환자 및 보증인의 미지불 계정 관련 문제를 처리하기 위해 온갖 노력을 기울일 것입니다. 이 정책은 내국세입법의 섹션 501(r) 및 2021 통합세출법(Consolidated Appropriations Act)에 포함된 “기습 청구 금지(No Surprises Act)”의 요건을 준수합니다.

등록, 청구 직원, 재정 상담 전문가에게 적용

정의

기관 배정: 외부 추심 기관은 악성 부채 상태의 계정을 추심할 목적으로 유지됩니다. 계정이 악성 부채 상태인 경우 1차 또는 2차 추심 기관이 성공적으로 추심 활동을 하지 못한 기간이 9개월 미만인 경우 회수 불능으로 간주하지 않습니다.

긴급 치료: 생명에 위협적이지 않거나 영구적인 손상을 야기할 것 같지는 않으나 즉각적인 치료와 진료가 요구되는 의료 상태에 놓인 환자에게 제공되는 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)가 정의한 바에 따라 다음을 피하기 위해 12시간 이내에 서비스가 제공되어야 하는 치료:

- 환자의 건강이 중대한 위험이 놓이거나 심각한 손상이나 기능 장애, 또는
- 본 문서에 정의된 바에 따라 긴급 서비스를 요구하는 질병 또는 부상의 발생 가능성.

보증인: 환자의 청구서에 재정적인 책임이 있는 사람. 환자가 성인 또는 보호자에게 소속되지 않은 미성년자인 경우 보통 자신이 보증인이 됩니다. 18세 미만의 아동은 보증인이 될 수 없습니다. 미성년자에게 제공된 모든 서비스 비용은 해당 미성년자가 법적으로 자립한 경우를 제외하고 양육권이 있는 보호자 또는 법적 보호자에게 청구됩니다.

비보장 또는 실험적 서비스/기술 – 다음에 해당하는 서비스 및 시술:

- 실험적/시험용 서비스 및 시술 – 일반적 용도로 승인되지 않았으나 안전 및 효능과 관련한 임상 시험의 조사 단계에 있는 의료 서비스, 시술 또는 약품. 실험적/시험용 서비스, 시술, 약품은 질병 또는 기타 상태의 진단 또는 질병의 관리, 완화, 치료 또는 예방을 위한 용도에 적합합니다.
 - 치료 계획서는 실험적/시험용 서비스 용도로 개발되었으므로 PSH 수의 주기 부서는 의료상 필수적인 치료에 관해 설명하기 위해 납부자 단체에 협조를 구할 것입니다.
- 비보장 서비스 또는 시술 – 환자의 의료 보험으로 보장되지 않는 의료 서비스 또는 시술.

선택적 서비스 또는 시술 – PSH 의료진의 판단에 따라 의료적으로 필요하지 않은 서비스 또는 시술.

서비스 날짜(Date of Service, DOS):

- 입원환자 DOS – 환자가 병원에서 퇴원하는 날.
- 외래환자/통원 DOS – 시술이 행해지거나 환자가 진료를 받은 날.

응급 의료 상태 – 그 자체로(극심한 통증 포함) 매우 심각한 급성 증상을 나타내는 의료 상태로 일반적 건강 및 의학 지식이 있는 분별력 있는 일반인이 보기에도 개인의 건강이(또는 임신한 여성의 경우 해당 여성 또는 태아의 건강) 중대한 위험, 신체 기능의 심각한 손상 또는 신체 기관 또는 일부의 심각한 기능 장애 등의 결과에 처한 위험한 상황에 대해 즉각적인 의료상의 주의가 부족할 것으로 합리적으로 예상되는 경우.

응급 처치: 긴급한 의료 상태에 놓인 환자 또는 다음으로 정의되는 환자에게 제공되는 처치:

- 그 자체로 매우 심각한 급성 증상을 나타내는 의학적 질환(예: 극심한 통증, 정신 질환 장애 및/또는 약물 남용 증상 등)으로 즉각적인 치료가 이뤄지지 않을 때 다음에 해당하는 결과가 일어날 것이라는 합리적인 예상이 가능한 경우:
 - 환자의 건강(또는 임신한 여성의 경우 해당 여성 또는 태아의 건강)이 심각한 위험에 처한 경우, 또는
 - 신체 기능의 심각한 손상, 또는
 - 신체 기관 또는 일부의 심각한 기능 장애.
 - 진통을 겪고 있는 임신한 여성의 경우, 출산 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 수 있는 시간이 충분하지 않거나 이송으로 인해 해당 여성 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있는 경우.

의료적으로 필요한 치료: 제공자가 신중한 임상적 판단을 통해 환자의 질환, 부상, 질병 또는 그 증상의 예방, 평가, 진단 또는 치료를 목적으로 환자에게 제공하는 의료 서비스를 의미합니다.

- 해당 의료 서비스는 일반적으로 허용되는 의료 행위 기준에 부합해야 합니다
 - 이러한 목적에 따라, “일반적으로 허용되는 의료 행위 기준”이란 일반적으로 관련 의학 커뮤니티의 인정을 받아 동료 심사를 통과한 의학 문헌에 간행된 신뢰할 만한 과학적 증거에 근거한 기준이나, 임상적 판단과 연관된 정책 사안에 명시되어 있는 기준과 부합한 경우를 의미합니다.

- 유형, 빈도, 정도, 부위 및 지속 기간이라는 관점에서 임상적으로 적절하고 환자의 질환, 부상 또는 질병에 대해 효과적이라고 간주되어야 합니다.
- 일차적으로 환자, 의사 또는 기타 의료 제공자를 위한 것이 아니고, 환자의 질환, 부상 또는 질병의 진단 또는 치료와 관련하여 최소한 이에 상응하는 치료 또는 진단 결과를 도출할 것으로 생각되는 대체 서비스 또는 일련의 서비스보다 더 많은 비용이 들지 않아야 합니다.
- 연구 또는 실험적이라고 간주되는 서비스, 품목 또는 절차는 사례별로 검토합니다.

일반 청구 금액(Amount Generally Billed, AGB) 정의: AGB 또는 총비용 한계는 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 501R 최종 규정에 따라 PSH가 툭백 방식으로 계산합니다. PSH는 이 방법을 사용하여 민간 건강보험회사와 Medicare에서 지급하는 모든 보험금의 평균 지급액을 계산합니다. 유자격 개인에게는 응급 또는 의료적으로 필요한 치료에 한해 일반 청구 금액 이상으로 청구하지 않습니다. PSH는 현재 AGB 계산 금액을 요청하는 환자에게 그 사본을 무료로 제공합니다. 이는 개인의 재정 지원 프로그램 (Financial Assistance Program, FAP)이 승인된 경우 100% 적용되는 자선 의료(재정 지원)와 혼동해서는 안 됩니다.

일차적 또는 특수 의료 서비스 – 상태가 안정된 후 또는 응급 의료 상태 이후 비응급 또는 비긴급 의료 서비스 또는 추가 진료를 받고자 병원에 도착한 환자에게 제공되는 서비스 또는 시술. 일차적 또는 특별 예약 서비스는 사전에 예약된 일차적 진료 서비스 또는 의료 시술을 의미합니다.

잔액 청구 – 기습 청구(Surprise Bills): 연방 법안인 기습 청구 금지에 따라, Penn State Health는 환자가 치료를 받은 Penn State Health 시설 또는 제공자가 건강 보험의 네트워크 소속이 아닐 때 발생하는 과도한 비용으로부터 환자를 보호하기 위해 노력합니다. 네트워크 외부 제공자 또는 시설에서 건강 보험에서 지불하기로 한 금액과 서비스에 대해 네트워크 외부 제공자 또는 시설에서 청구한 전체 금액 사이의 차액을 환자에게 청구하는 것을 “잔액 청구”라고 합니다. “기습 청구”는 예상치 못한 잔액 청구입니다. 기습 청구 금지는 환자가 네트워크 외부 제공자 또는 시설에서 응급 치료를 받거나 네트워크 외부 제공자가 네트워크 소속 병원에서 환자를 치료한 경우, 환자가 높은 금액의 청구서를 받지 않도록 보호합니다. Penn State Health 시설 또는 제공자가 네트워크 소속이 아닌 경우, Penn State Health는 보장된 응급 서비스 또는 안정화 후 서비스에 대한 잔액 청구를 하지 않습니다.

청구서 또는 명세서: 제공된 서비스에 대한 요금 청구서. 여기에서 환자 계정의 개별 청구액이 나열되는 등 활동의 요약 및 구체적인 청구 내용을 확인하실 수 있습니다.

진단 서비스 – 질병이나 질환의 원인을 결정하는 데 사용되는 서비스 또는 시술. 진단 진료는 현재의 문제를 관찰하거나 새로운 증상을 확인하거나 비정상적인 검사 결과에 대해 사후 관리를 하는 등 환자가 겪고 있는 문제에 대한 치료나 진단이 포함됩니다. 의료 제공자는 진단 서비스를 통해 환자의 질병의 심각성 또는 원인을 제공합니다.

환자의 책임: 재정상 책임이 있는 당사자가 환자 또는 환자의 보증인(납부자가 제삼자가 아닌 경우)인 경우 미납금에 대한 책임.

- 진료 지연 – PSH 는 제공되는 치료, 응급의료법(Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) 정책에 따라 제외되는 치료에 대해 합리적인 환자의 의무 노력을 반복해서 거부하는 환자들에 대해 비응급 서비스 또는 시술을 지연시킬 수 있습니다.

정책 및 절차 안내문

PSH는 인종, 모국어, 성별, 연령, 종교, 교육 수준, 고용 상태, 학생 여부, 성향, 관계, 보험 보장 여부, 사회 내 지위 및 기타 차별적 구별 요소와는 무관하게 환자 계정의 지불금을 지속적으로 추적할 것입니다.

모든 환자/보증인은 자신의 재정상 의무를 파악할 수 있는 합리적 시간(기간)과 소통할 기회를 제공받습니다. PSH는 비응급 상황에서 서비스 제공에 앞서 환자/보증인에게 재정 책임에 대해 알리기 위해 노력합니다. PSH는 선택적 서비스를 제공하기 전에 명백히 재정적 의무를 질 수 없거나 지지 않으려는 환자에 대해 (PSH 의료진의 판단에 따라) 비응급 진료를 지연 또는 취소할 수 있습니다. 환자에게는 **재정 지원 정책 – PFS-051/PFS-053**에 따라 재정 지원을 신청할 수 있는 기회가 제공됩니다.

재정적 의무를 진다는 것은 예외가 없는 재정의 지속성을 보장하는 데 필요한 모든 절차에 협조하고 따르겠다는 것을 의미하며, 다음을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다.

- 보험 증명 서류
- 정확한 신상 정보
- 해당하는 모든 부대 비용의 지불(예: 코페이먼트, 공동 보험, 공제액 및 비보장 청구액).
- PSH 재정 상담 전문가의 협조를 구해 제삼자 혜택 또는 재정 지원 확보.
- 이전 PSH 건강 진료 서비스에 대한 미지불 환자 잔액 해결.

재정적 책임을 위한 필수적 정보를 PSH에 제공하지 않는 경우, 잔액의 추가적 추심을 위해 개인의 계정이 외부 추심 기관에 회부되는 결과를 초래할 수 있음.

보험 청구:

환자의 의료 보험 보장은 환자, 보험 제공업체 및/또는 환자의 고용주 사이의 계약으로 구성됩니다. Penn State Health는 본 계약의 일부에 해당하지 않습니다. PSH는 적용되는 경우 기습 청구 금지를 준수합니다.

환자는 다음의 의무를 지게 됩니다.

- 이관이 진료실 방문에 필수적인지를 파악할 의무.
- 처방된 검사가 가입한 의료 보험으로 보장되는지를 판단하기 위해 보험 제공업체에서 확인할 의무.
- 수혜 일정을 결정하거나 코페이먼트 또는 공제액이 적용되는지 파악하기 위해 보험 제공업체에 문의할 의무.
- 기습 청구 금지 통지 및 동의 양식을 받고/또는 서명할 의무.
- 적합한 서류를 소지하여 예약 일정에 맞게 도착할 의무.
- 불리한 판결에 이의를 제기하기 위해 기업 사무소와 협력할 의무.

진료 제공 이후에(보호자/보증인이 제공하거나 확인한 정보나 다른 정보원으로 적절하게 입증된 정보에 근거하여) 자신에게 제공된 보험 또는 제삼의 납부자를 통해 환자의 보험금 청구 절차를 처리하기 위한 모든 합리적인 노력이 신속하게 이루어집니다.

- 기타 유효한 청구가 PSH의 실수로 인해 납부자에 의해 거부(또는 처리)되는 경우, 납부자가 청구액을 지불했을 때 PSH는 환자가 지불해야 하는 초과 금액을 환자에게 청구하지 않을 것입니다.
- 기타 유효한 청구가 PSH 관할 밖의 요인으로 인해 납부자에 의해 거부(또는 처리)되는 경우, 직원은 청구서 해결을 신속히 처리하기 위해 납부자와 환자를 통해 후속 조치를 적절히 취할 것입니다.
- 적절한 후속 조치를 취하고 나서도 문제가 해결되지 않은 경우, PSH는 환자에게 요금을 청구하거나 납부자 계약에 부합하는 다른 조치를 취할 것입니다.
- 환자의 주치의가 (i) 의료상 필수적인 치료가 아니라는 판단 하에 납부자가 서비스 보장을 거부하는 데 동의하지 않는 경우 (ii) 해당 서비스가 의학적으로 필요한 이유를 환자 기록에 문서화하고, (iii) 납부자와의 사전 승인 (해당하는 경우)에 대한 행정적인 노력을 모두 마친 경우 PSH는 보장되지 않는 서비스 또는 절차에 대해 환자에게 AGB 할인과 동일한 자기 부담 할인을 제공할 수 있습니다.

환자 청구:

납부자가 신청한 보험 청구 판결 이후 잔금은 수혜의 내용에 근거하여 환자(또는 보증인)에게 청구될 것입니다.

제3자 또는 보험 납부자 부재 시 환자에게 직접 요금이 청구됩니다. 이러한 환자는 자기 부담 환자로 간주합니다. PSH는 무보험 FAP 적격자 또는 FAP 자격이 없는 개인에게 응급 상태 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 위한 일반 청구금액(AGB) 이상의 금액을 청구하지 않습니다.

자기부담 환자는 PSH의 재정 지원 정책에 관한 정보를 제공받습니다. **재정 지원 정책 – PFS-051/PFS-053** 을 참조하십시오.

- PSH는 모든 보증인/보호자가 PSH가 제공하는 서비스 비용 지불에 대해 합리적이고 선의를 가지고 해결하려는 모든 노력을 다할 것으로 기대합니다.
- 또한, 보증인/환자는 PSH에 완전하고 정확한 신상 정보를 제공할 책임이 있습니다. 그렇게 하지 않을 경우, 특별 추심 조치를 취할 수 있습니다.

환자에게 기대되는 사항에 대한 지침은 아래에 제시되어 있습니다.

예약된 건강 의료 서비스에 대한 환자의 재정적 의무:

- 예약 또는 등록 기간에 환자가 의료 보험이 없거나 제한된 혜택을 받는 것으로 파악되는 경우, 계정이 재정 상담 전문가에게 이관됩니다.
 - 재정 내비게이터는 요청에 따라 모든 환자에게 금액 견적을 제공합니다.
 - 환자가 환자의 책임 견적에 대해 지불하지 못할 것으로 보이는 경우, 재정 상담 전문가는 해당 개인의 정부 프로그램 또는 재정 지원 자격 여부를 판단하기 위한 환자/보증인을 미리 선별할 수 있습니다.

- 정부 프로그램 또는 재정 지원 자격이 있다고 판정된 사람에게는 신청 방법에 관한 선택권이 주어집니다.
 - 해당하는 자는 신청서에 요청되는 필수 재정 관련 정보를 PSH에 제공해야 할 의무가 있습니다.
 - PSH의 재정 지원을 요청하는 모든 환자들은 지불 능력이 없다는 사실을 증빙할 모든 정보를 제공해야 할 의무가 있습니다.
- PSH에 비협조적이거나 지불 능력이나 재정 지원에 대한 필요성을 증빙하는데 필요한 정보를 제공하는 등의 도움을 줄 수 없는 환자들에 대해 의료상 필수적이지 않은 서비스 제공이 연기되거나 취소될 수 있습니다.
 - 의료상 필수 여부는 PSH 제공자와 의료진에 의해 판정됩니다. 본 서류의 용어 정의 부분 중 의료적으로 필요한 치료에 해당하는 부분을 참고하십시오.
 - 재정 상담 전문가는 의료 제공자에게 문의하여 환자의 의학적 상태와 즉각적 주의를 기울일 필요성에 관한 추가 정보를 제공하도록 요청할 것입니다. PSH 의료진들의 판정에 따라 의료상 필수적이라고 간주하지 않는 서비스만 연기 또는 취소되며, 이는 재정 위험 절차를 참고하십시오.
 - 재정 상담 전문가가 재정적 의무를 충족하기 위해 환자에게 적극적으로 협조하는 동안에도 PSH는 의료적으로 필요한 서비스를 계속 제공할 것입니다.
- 개인이 정부 프로그램 또는 재정 지원에 대한 자격 요건을 충족하지 못하는 경우, 월별 분납 계획안을 선택하실 수 있습니다.
- 필수 정보를 제공하지 않거나 월별 분납 계획안을 확립하지 않는 경우, 잔액의 추가적 추심을 위해 개인의 계정이 외부 추심 기관에 이관되는 결과를 초래할 수 있습니다.
- 외국에 주소를 둔 환자의 경우 – 비응급 시설에서 확인되는 외국 보험에 가입된 모든 환자를 대상으로 서비스를 받는 시점에 미지불 잔액을 추심하는 것은 Penn State Health의 정책으로, 응급 시설에서 환자를 관리하는 직원들은 제공된 모든 서비스에 대해 환자에게 진료비를 청구할 수 있도록 관련된 모든 정보를 수집할 것으로 예상합니다.

서비스 제공 이후 보증인 잔액과 자기 부담 잔액은 보증인에게 청구됩니다. 본 청구서 절차에 대한 지침은 다음과 같습니다.

청구 명세서

- 병원 및/또는 의사 진료 청구서는 최소 30 일을 주기로 4 차례 걸쳐 환자/보증인에게 발송됩니다.
- 모든 환자/보증인은 언제든지 자기 계정에 대해 항목이 표시된 청구서를 요청할 수 있습니다.
- 환자가 자신의 계정에 대해 이의를 제기하거나 청구 관련 서류를 요청하는 경우, 직원은 환자/보증인에게 신속히 응할 것이며 추심 계정을 이관하기 전 최소 30일 동안 계정을 보류할 것입니다.
- 수의 주기 담당자 또는 계약한 판매 업체는 추심을 시도하거나 재정 지원 기회를 확보하기 위해 청구서 청구 주기 동안 환자/보증인에게 (전화, 우편, 추심 통지서, 이메일 등을 통해) 연락을 하려고 노력할 수 있습니다. 추심 상의 노력은 청구

시스템에서 환자의 계정에 기록됩니다. 환자의 미지불 잔액과 관련하여 보증인/환자에게 연락하기 위해 모든 합리적인 노력을 기울이게 됩니다.

- 최종 청구서 메시지에는 통지서 수령일로부터 30일 이내에 미납금이 지불되지 않는 경우 계정이 외부 추심 기관에 이관될 수 있다는 사실이 나타나 있습니다.
- PSH 환자 재정 서비스 (Patient Financial Services) /판매자에 적극 협조한 환자나 보증인은 재정 지원과 관련한 PSH의 판결에 따라 해당 계정이 추심 기관에 전달되지 않습니다.
- 환자/보증인은 PSH 환자 재정 서비스/판매자 및 재정 지원 신청 절차에 적극적으로 협조하는 과정에서도 청구서를 계속 받게 됩니다.
- PSH는 501(r) 청구 및 추심 요건을 준수합니다.
- PSH는 기습 청구 금지 요건을 준수합니다.

PSH에서 제공된 서비스에 대해 지불하기 위해 선의를 가지고 합리적인 조치를 취하는 것은 환자/보증인의 의무입니다. 정부 지원 신청을 원하지 않거나, 재정 지원 자격에 해당하지 않거나, 소득 요건을 초과하고 서비스 지불에 대한 도움이 필요한 환자는 지불 계획을 요청할 수 있습니다. 지불 계획 수립에 대한 지침은 다음과 같습니다.

납부 플랜

- PSH는 환자/보증인이 청구 금액을 전액 납부하기 어려우며, 재정 지원 자격이 되지 않는 경우 지불 계획을 제공합니다.
- 지불 계획안은 미납 액수에 근거하여 PSH 관리자들의 판정에 따라 적당한 시간 (6-24 개월) 내에 문제를 해결하도록 요청을 받게 되며, 지불 계획안 지침을 참고하십시오.
- PSH 와의 공식적 지불 계획 수립을 시작하지 않은 개인은 추가 추심을 위해 외부 추심 기관으로 회부될 수 있습니다.
- 개인은 매달 정시에 납부를 해야 합니다.
- 환자/보증인이 합의된 월별 지불액을 청구일 30일 이내에 지불하지 않은 경우 계정은 연체됩니다. 연체된 계정은 추가 추심을 위해 외부 추심 기관에 회부될 수 있습니다.

환자/보증인 측에서 미납이 예상되거나 가구 소득이 변경된 경우 개인이 재정 지원을 신청할 수 있습니다. **재정 지원 정책 – PFS-051/PFS-053**을 참조하십시오.

- PSH는 환자 또는 보증인이 미납액 지불을 위한 합리적인 노력을 기울이지 않는 경우, 잔액에 대한 추가적 추심을 요청할 수 있습니다. 이는 상기 설명된 재정 지원 절차 또는 지불 계획을 완료하는 데 필요한 정보를 제공하지 않는 것을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다. 특별 추심 조치 절차에 대한 지침은 다음과 같습니다.

특별 회수 조치

- **외부 추심 기관** – PSH 수의 주기(Revenue Cycle) 부서의 책임은 환자의 재정 지원 자격 여부를 결정하기 위한 합리적인 노력을 하기 전에는 외부 추심을 위해 계정을 할당하지 않으며 특별 추심 조치도 하지 않는 것입니다.
 - 120/240 일 규칙 – 병원 시설에서 개인에게 FAP에 대해 고지해야 하는 120일 기간 및 병원 시설에서 개인이 제출한 신청서를 처리해야 하는 240일 기간.

PSH는 최초 비용 청구일로부터 최소 120일이 경과 시점에 종료되는 고지 기간 중에 해당 고지를 제공한다. 병원 시설은 FAP 자격 여부가 결정되지 않은 개인에 대해 최초 퇴원 후 비용 청구일로부터 120일이 경과하기 전에는 특별 추심 조치(extraordinary collection actions, ECAs)를 개시하지 않는다.

- 계정은 추심 기관에 회부될 때 조정됩니다.
- PSH에서는 환자가 FAP 신청서를 제출하면 신청서의 작성 완료 여부와 관계없이 환자에 대한 모든 ECA를 보류합니다.
- 환자/채무자와 지불 계약이 체결되지 않은 계정은 해당 기관에 배정된 후 730일(2년) 이내에 기관에서 PSH로 반환됩니다.
- PSH는 501(r) 청구 및 추심 요건을 준수합니다.
- **신용 보고** – 외부 추심 기관은 외부 신용 보고 기관에 계정을 보고할 수 있습니다. PSH와 외부 추심 기관은 추심 활동 모든 과정에 걸쳐 공정 부채 추심 관행법(Fair Debt Collection Practices Act) 및 연방 무역 위원회 전화 소비자 보호법(Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act) 및 501(r) 규정을 준수할 것입니다.
- **악성 보증인 주소(Bad Guarantor Address, BGA)** – PSH는 배달 불가를 이유로 미국우정공사(United States Post Office, USPS)에 의해 반송되는 모든 환자 명세서에 대응하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다. 가장 최근의 신상 정보에 BGA 지정이 포함된 계정은 배정하기 최소 120일 전에 추가 후속 조치를 위한 악성 부채로 외부 기관에 회부될 수 있으나 이러한 계정은 통지 요건을 충족시킬 때까지는 특별 추심 조치에 처해지지 않습니다. 본 정책의 목적은 501(r) 규정을 준수하는 것입니다.
- **변호사 배정** – 미납금 잔액 한도 및 지불 능력, 및/또는 보증인 또는 제 3의 납부자의 미지불 패턴에 근거한 특정한 경우, PSH는 환자의 잔액 추심을 위한 법적 조치를 취할 수도 있습니다.
 - 법적 조치를 위해 파악되는 계정은 추심 기관에 회부되는 악성 부채 계정과 별도로 구분해야 합니다.
 - PSH에서는 법적 조치가 권장되는 모든 환자에게 서면 고지를 발송합니다.
 - 법적 절차를 취하도록 권고되는 모든 계정은 30일 이내에 검토 및 평가가 이루어집니다. 평가 기간에 해당 계정은 유효한 매출 채권(Accounts Receivable, A/R) 상태를 유지하게 됩니다. 계정이 법률 기관에서 승인되면 이는 악성 부채로 분류됩니다.
 - 판결/유치권 법정 통지를 받게 되면 통지에 명시된 대로 계정에 적절한 조정이 이루어지며, 해당 계정은 문서화되고 통지서는 보관됩니다.
 - PSH에서는 환자가 FAP 신청서를 제출하면 신청서의 작성 완료 여부와 관계없이 환자에 대한 모든 ECA를 보류합니다.
 - PSH는 501(r) 청구 및 추심 요건을 준수합니다.
- **의사/환자 관계 종료** – PSH는 환자가 진료비 지불을 연체하는 경우 환자/의사 관계를 종료시킬 수도 있습니다. 환자는 의료적으로 필요한 치료 또는 응급 의료에 대해서는 퇴원 처리되지 않습니다. 병원장, 관리자 및 의사 모두가 환자 진료를 종료하겠다는 사실과 종료 단계에 대해 동의해야 합니다.
 - 진료비 지불 연체는 다음 사항을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다.
 - 지불 제공 능력이 있음에도 불구하고 미지불 또는 상당 금액 지불 미달. 재정 지원을 확보하거나 가능하면 합리적인 지불 계획을 세우는데 환자를 지원하기 위해 노력해야 합니다. 재정 지원 정책 – **PFS-051/PFS-053** 을 참조하십시오.

- 지원 확보 시에 해당하는 제삼의 납부자 프로그램에 등록시키려는 수의 주기 직원에게 협조 거부.
- **Medicare 비용 보고 상환 가능 악성 채권**– Medicare 악성 채권과 관련해 CMS 규제 요건(CMS Regulatory Requirements)에 명시된 지침 및 규정을 준수합니다.

관련 정책 및 참고문헌

PSH는 본 정책이 섹션 501(r)과 Medicare 악성 부채 관련 CMS 규제 요건에 따라 기습 청구 금지, 연방 관보에 제시된 지침과 규제에 부합되도록 하고자 합니다.

재정 지원 정책 – PFS-051/PFS-053

환자 퇴원 정책(135-MGM)

재정 위험 절차

지불 계획안 지침

승인

허가:	Paula Tinch, 전무 이사 및 최고 재무 책임자
승인됨:	Nicholas Haas, 수의 주기 담당 부사장

최초 등록 및 검토일

최초 등록일: 1/1/2008

검토일: 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

개정일: 01/05/2008, 6/10/11, 07/01/2016(교체: 환자 책임 추심 절차, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

2017년 Penn State Health 종합 정책으로 이전 – 다음 St. Joseph 정책은 Penn State Health 정책에 통합되었습니다.

- ADM-CRP-64 – 환자 신용 및 추심
 - 1-10 – 추심
 - 관리 #16 – 추심
- 1-3 – 환자 추심 악성 부채
- 1-4 악성 부채/자가 납부 해결
- 2-8 법적 계정 이관
- 3-2 판결/유치권
- St. Joseph 전문가 – 악성 부채 정책
- St. Joseph 전문가 – 외국 주소지를 가진 환자의 관리
- St. Joseph 전문가 – 수술 및 시술을 위한 재정 동의서
- Community Practice Medical Group (CPMG) – 자기 부담 추심

내용 검토 및 기고 담당자

병원 및 전문 수의 주기 운영 선임 이사, 환자 재정 상담 이용 관리자