

별첨 A

재정 보조 자격이 부여된 대상자가 일반적으로 부담해야 하는 금액 계산

병원은 성형 및 선택적 절차를 제외한 서비스를 받은 Medicare로 보장되는 일반 청구 금액(AGB) 환자에 대하여 본 재정 보조 정책에 의거한 유자격 대상자가 부담해야 할 금액을 제한한다. 더불어, 병원은 유자격 환자의 재정 책임을 총 청구액 이하로 제한한다. 병원은 최소 연 1회 이상 정기적으로 AGB 계산을 업데이트하고 사용 방법을 재평가한다. AGB는 정책 발효일 최소 120일 전에 종료되는 기준 기간인 최근 12개월 말 현재, 또는 이후 매년 1월 1일을 기준으로 Medicare 환자들에게 제공된 모든 서비스를 근거로 한다. 현재 AGB 계산은 다음과 같다.

$$\text{Medicare 예상 상환 총액} / \text{Medicare 이용료 총액} = \text{AGB 퍼센티지}$$

(2016년 1월 1일부터 현행 AGB 16% 발효)

유자격 대상자의 금전적 책임은 아래와 같이 계산되며 환자의 책임에만 적용된다(환자를 대신하여 보험사 또는 기타 개체가 부담한 부분은 제외).

서비스 이용료 총액 X AGB 퍼센티지 = 환자의 금전적 책임 아래는 FAP 자격 퍼센티지와 최근 공표된 연방 빈곤 기준선(FPL) 가이드라인이다.

연 소득은	FAP 자격 %
FPL의 200% 이하	100% 또는 무료
FPL의 200% 이상 250% 이하	75%
FPL의 250% 이상 300% 이하	50%
300% ~ 350%	25%
350% 이상	0%

가족 또는 가구	빈곤 기준선 100%	빈곤 기준선 200%	빈곤 기준선 250%	빈곤 기준선 300%	빈곤 기준선 350%
구성원	연 소득	연 소득	연 소득	연 소득	연 소득
1	\$11,770	\$23,540	\$29,425	\$35,310	\$41,195
2	\$15,930	\$31,860	\$39,825	\$47,790	\$55,755
3	\$20,090	\$40,180	\$50,225	\$60,270	\$70,315
4	\$24,950	\$49,900	\$62,375	\$74,850	\$87,325
5	\$28,410	\$56,820	\$71,025	\$85,230	\$99,435
6	\$32,570	\$65,140	\$81,425	\$97,710	\$113,995
7	\$36,730	\$73,460	\$91,825	\$110,190	\$128,555
8	\$40,890	\$81,780	\$102,225	\$122,670	\$143,115
8인 이상 가족의 경우 추가 1인마다 합산	\$4,160	\$8,320	\$10,400	\$12,480	\$14,560

SOURCE: Federal Register, Vol. 80, No. 14, pp. 3236-3237

AGB는 병원 입원 및 외래 부서에서 받은 서비스에 적용된다.