

ຊື່ນະໂຍບາຍ	ນະໂຍບາຍສ່ວນຫຼຸດສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນ - ໜ່ວຍງານບໍລິຫານລາຍໄດ້	ລະຫັດນະໂຍບາຍ	181
ຄໍາສໍາຄັນ	ການເງິນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ບໍ່ມີປະກັນ, ສ່ວນຫຼຸດ, ຄົນເຈັບ		
ພະແນກ	ໜ່ວຍງານຄຸ້ມຄອງລາຍຮັບ(RMD)		

I. ຈຸດປະສົງຂອງນະໂຍບາຍ

ກວດສອບໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າບັນດາຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນຈະບໍ່ຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຈ່າຍເງິນເກີນກວ່າຈໍານວນເງິນທີ່ຮຽກຮ້ອງຈາກບຸກຄົນທົ່ວໄປທີ່ມີປະກັນໄພຄຸ້ມຄອງການດູແລດັ່ງກ່າວ.

ນະໂຍບາຍນີ້ສອດຄ່ອງກັບ NH RSA 151:12-b, ປະມວນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການແກ້ບາງພາສີອາກອນ ມາດຕາ 501(r) ແລະ ກົດໝາຍຄຸ້ມຄອງຄົນເຈັບ ແລະ ປະກັນສຸຂະພາບ ປີ 2009 ແລະ ຈະມີການປ່ຽນແປງເປັນໄລຍະຕາມຄວາມຈໍາເປັນເພື່ອຮັກສາຄວາມສອດຄ່ອງ.

II. ຂອບເຂດຂອງນະໂຍບາຍ

ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງນະໂຍບາຍດັ່ງກ່າວນີ້, "ສ່ວນຫຼຸດທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ" ນໍາໃຊ້ກັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນ Dartmouth Health (DH) ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ ຫຼື ສໍາລັບການບໍລິການໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນກວມເອົາໂດຍບໍ່ປະກັນໄພແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການບໍລິການສະເພາະໃດໜຶ່ງ.

III. ຄໍານິຍາມ

ການປະກັນຮ່ວມ: ເປີເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການປິ່ນປົວທີ່ໃຊ້ຮ່ວມກັນລະຫວ່າງບໍລິສັດປະກັນໄພ ແລະ ຜູ້ຊື້ປະກັນຕາມທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນນະໂຍບາຍຂອງຜູ້ຊື້ປະກັນ.

ການຮ່ວມຈ່າຍ: ຄ່າທໍານຽມຄົງທີ່ທີ່ສະໜັກສະມາຊິກແຜນທາງການແພດຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການໃຊ້ບໍລິການທາງການແພດສະເພາະຂອງຕົນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນ.

ການຈ່າຍເທື່ອລະນ້ອຍ: ຈໍານວນເງິນທີ່ຜູ້ຊື້ປະກັນຕ້ອງຈ່າຍ, ຕາມທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນນະໂຍບາຍປະກັນໄພ, ກ່ອນທີ່ບໍລິສັດປະກັນໄພຈະຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຸດທິ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດທີ່ກໍານົດໄວ້ໃນອັດຕາເຕັມຂອງອົງກອນສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບ.

ບໍລິການແພດເກດ: ການບໍລິການທີ່ເລືອກໃຫ້ຄົນເຈັບ, ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍບໍລິສັດປະກັນໄພ, ແລະ ທີ່ໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດແລ້ວໂດຍ DH ຈາກຄ່າບໍລິການລວມ ແລະ ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຈ່າຍເງິນລ່ວງໜ້າ; ຕົວຢ່າງວ່າ, ການບໍລິການເຄື່ອງສໍາອາງ.

ບໍລິການດ້ານການຈ່າຍເງິນລ່ວງໜ້າ: ການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ ແລະ ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຈ່າຍເງິນໂດຍຄົນເຈັບກ່ອນ ກ່ອນທີ່ຈະມີການໃຫ້ບໍລິການ.

ການບໍ່ມີປະກັນ: ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກບຸກຄົນອື່ນເພື່ອຊ່ວຍໃນການຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລາວຕາມຂໍ້ຜູກມັດຕ່າງໆ.

ສ່ວນຫຼຸດສໍາລັບຜູ້ບໍ່ມີປະກັນ: ສ່ວນຫຼຸດຈະຂຶ້ນຢູ່ກັບວິທີ “ເບິ່ງຢ້ອນກັບໄປຍັງຄ່າທໍານຽມ Medicare ສໍາລັບການບໍລິການ ແລະ ຜູ້ຈ່າຍເງິນສ່ວນຕົວ” ຕາມທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ພາຍໃຕ້ຂໍ້ບັງຄັບທີ່ບັງຄັບໃຊ້ຕາມມາດຕາ 501(r) ຂອງປະມວນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍພາສີອາກອນ. ສ່ວນຫຼຸດນີ້ຈະນໍາມາໃຊ້ກ່ອນການຮຽກເກັບເງິນນໍາຄົນເຈັບ ແລະ ກ່ອນທີ່ຈະໃຊ້ການປັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນໃດໆ.

ສ່ວນຫຼຸດດັ່ງກ່າວນີ້ຈະບໍ່ຖືກນໍາໃຊ້ກັບການຊໍາລະຮ່ວມ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ການຈ່າຍເທື່ອລະໜ້ອຍ, ການຈ່າຍລ່ວງໜ້າ, ຫຼື ການບໍລິການແພດເກດໃດໜຶ່ງ ທີ່ມີການຫັກສ່ວນຫຼຸດທີ່ເຫັນວ່າຈໍາເປັນ ຫຼື ກັບການບໍລິການປະເພດອື່ນໆທີ່ຖືກຈໍາແນກວ່າບໍ່ຖືກກວມລວມໂດຍບໍລິສັດປະກັນໄພ.

ສ່ວນຫຼຸດຈະຖືກຄິດໄລ່ເປັນລາຍປີ ແລະ ຈະຖືກປັບຕາມຕອນເລີ່ມຕົ້ນຂອງງົບປະມານປີ.

Dartmouth Health: ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງນະໂຍບາຍນີ້ Dartmouth Health (DH) ສະມາຊິກລະບົບແມ່ນ ໂຮງໝໍ Alice Peck Day Memorial Hospital, ສູນປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Cheshire Medical Center, ຄລິນິກ Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. ໂຮງໝໍ ແລະ ສູນສຸຂະພາບ Ascutney Hospital and Health Center, ໂຮງໝໍ New London Hospital, ພະຍາບານຜູ້ເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບທີ່ບ້ານ ແລະ ບ້ານພັກສໍາຮອງສໍາລັບ Vermont ແລະ New Hampshire (VNH). ໂຮງໝໍອື່ນໆທັງໝົດໃນ New Hampshire ແລະ Vermont ຖືເປັນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ.

ນະໂຍບາຍດັ່ງກ່າວນີ້ຈະຖືກນໍາມາປະຕິບັດຕໍ່ກັບສາມະຊິກ D-HH ເພື່ອເປັນການເອື້ອອໍານວຍແກ່ການນໍາໃຊ້ລະບົບ Epic.

IV. ຄໍາຖະແຫຼງການນະໂຍບາຍ

DH ຍອມຮັບຈາກຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ, ເປັນການຈ່າຍເງິນເຕັມຈໍານວນ,

ຈໍານວນທີ່ບໍ່ມີຫຼາຍກ່ວາທີ່ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວໃບປິ່ນແລະໄດ້ຮັບໂດຍ DH

ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍປະກັນໄພສຸຂະພາບ. DH

ນໍາໃຊ້ສ່ວນຫຼຸດທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພຕໍ່ກັບຄ່າບໍລິການທັງໝົດກ່ອນການຮຽກເກັບເງິນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ.

ສ່ວນຫຼຸດນີ້ບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນຮ່ວມ, ການຈ່າຍເທື່ອລະໜ້ອຍ, ການຈ່າຍລ່ວງໜ້າ, ຫຼື

ການບໍລິການແພດເກດໃດໆທີ່ມີການຫັກສ່ວນຫຼຸດທີ່ຈໍາເປັນແລ້ວ, ຫຼື

ກັບການບໍລິການປະເພດອື່ນໆທີ່ຖືກຈໍາແນກວ່າບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍບໍລິສັດປະກັນໄພທັງໝົດ.

ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີສັນຊາດສະຫະລັດ ແລະ ກໍາລັງຊອກຫາການບໍລິການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນແມ່ນຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດນີ້.

ຄົນເຈັບທີ່ປະຕິເສດແຈ້ງສັນຊາດແມ່ນຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດນີ້.

501(r) ລະບຽບການຄິດໄລ່ເປີເຊັນ AGB:

ກົດຂໍ້ບັງຄັບຂອງກົມພາສີອາກອນພາຍໃຕ້ມາດຕາ 1.501(r)-5, ຂໍ້ຈໍາກັດຂອງຄ່າທໍານຽມ,

ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຕ້ອງຄິດໄລ່ເປີເຊັນຂອງ

“ຈໍານວນເງິນທີ່ຮຽກເກັບໂດຍທົ່ວໄປສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີປະກັນ” (AGB).

ສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ນໍາໃຊ້ວິທີເບິ່ງຢ້ອນກັບເພື່ອຄິດໄລ່ເປີເຊັນຂອງ AGB

ຈາກການຮຽກເກັບຄ່າບໍລິການຂອງ Medicare ສໍາລັບການບໍລິການ ລວມເຖິງບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບເອກະຊົນ, ຫຼື

Medicare ພຽງຢ່າງດຽວ.

ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ຍັງລະບຸເພີ່ມເຕີມວ່າແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ບໍລິຫານໂດຍບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບເອກະຊົນພາຍໃຕ້

Medicare Advantage ຄວນໄດ້ຮັບການປະຕິບັດເໝືອນກັບແຜນຂອງບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບເອກະຊົນ ແລະ

ບໍ່ແມ່ນຄ່າທໍານຽມ Medicare ສໍາລັບການບໍລິການ.

ສະຖານທີ່ DH ທີ່ອ້າງອີງຂ້າງເທິງໄດ້ເລືອກທີ່ຈະອີງໃສ່ການຄິດໄລ່ອັດຕາສ່ວນ AGB ຂອງເຂົາເຈົ້າໂດຍໃຊ້ວິທີການເບິ່ງຄືນກ່ຽວກັບການຮຽກຮ້ອງຄ່າບໍລິການ Medicare ບວກກັບຜູ້ປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນທັງຫມົດ. ການໃຊ້ໄລຍະເວລາການເບິ່ງຄືນຫຼັງ 12 ເດືອນທຸກປີ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂັ້ນຕົ້ນສໍາລັບຄ່າທໍານຽມ Medicare ສໍາລັບການບໍລິການ ແລະ ຜູ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວແມ່ນໄດ້ຮັບການຮອບຮອມ ພ້ອມກັບລາຍໄດ້ຄ່າບໍລິການຄົນເຈັບສຸດທິສໍາລັບພະເພດດຽວກັນນີ້. ເປີເຊັນຂອງ AGB ໄດ້ຮັບການຄິດໄລ່ດັ່ງນີ້:

$$\text{ອັດຕາສ່ວນເປີເຊັນການເກັບປະສິດທິພາບ} = \frac{\text{Total Medicare FFS \& Private Payors Net Patient Service Revenue}}{\text{ຄ່າບໍລິການທັງໝົດຂອງ Medicare FFS}}$$

ແລະສ່ວນໂຕຂອງຄ່າບໍລິການລວມ AGB = 100% - ອັດຕາສ່ວນການເກັບຄ່າທີ່ມີປະສິດທິພາບ

V. ເອກະສານອ້າງອີງ - ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ

ເຈົ້າຂອງກໍລະນີຜູ້ຮັບຜິດຊອບ:	ພະແນກການເງິນບໍລິສັດ	ຜູ້ຕິດຕໍ່:	Kimberly Mender
ອະນຸມັດໂດຍ:	ຫົວໜ້າ-ການເງິນ; ຫ້ອງການສະໜັບສະໜູນນະໂຍບາຍ- ນະໂຍບາຍການຈັດຕັ້ງເທົ່ານັ້ນ; ສາມະຊິກ, Kimberly; Naimie, Tina	ເວີຊັນ #	8
ວັນທີອະນຸມັດບັດຈຸບັນ:	05/16/2022	ລະຫັດເອກະສານເກົ່າ:	RMD 0081
ວັນທີທຶນນະໂຍບາຍມີຜົນບັງຄັບໃຊ້:	05/16/2022		
ນະໂຍບາຍ & ຂັ້ນຕອນການດໍາເນີນການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ%:	ນະໂຍບາຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບ		
ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ:			