ชื่อนโยบาย	นโยบายส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ - แผนกจัดการรายได้	รหัสนโยบาย	181
คำค้นหา	การเงิน, ความช่วยเหลือ, ไม่มีประกันสุขภาพ, ส่วนลด, ผู้ป่วย		
ส่วนงาน	แผนกจัดการรายได้ (RMD)		

I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพจะไม่ถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่เรียกเก็บจากบุคคลที่มีประกันสุขภาพสำหรับบริการเดียวกัน

นโยบายนี้เป็นไปตาม NH RSA 151:12-b ประมวลกฎหมายภาษาอากร มาตรา 501(r) และกฎหมายการคุ้มครองผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในราคาไม่แพงปี 2009 โดยอาจเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

II. ขอบเขตของนโยบาย

ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ “ส่วนลดของผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ” จะใช้กับบริการด้านการแพทย์ที่ Dartmouth Health (DH) ให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือสำหรับบริการทั่วไปที่ได้รับความคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ ยกเว้นบริการบางอย่าง

III. คำจำกัดความ

การประกันร่วม:
เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายร่วมสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างบริษัทประกันและผู้เอาประกันมีระบุไว้ในกรมธรรม์ของผู้เอาประกัน

การจ่ายเงินร่วม: ค่าบริการที่กำหนดไว้คงที่ชัดเจนที่ผู้สมัครแผนประกันสุขภาพจะต้องจ่ายสำหรับการใช้บริการทางการแพทย์เฉพาะที่ได้รับความคุ้มครองตามแผนดังกล่าว

ความรับผิดส่วนแรก: ยอดเงินที่ผู้เอาประกันจะต้องชำระตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพก่อนที่บริษัทประกันจะชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้

ค่าใช้จ่ายรวม:
ค่าใช้จ่ายโดยรวมในอัตราที่กำหนดไว้เต็มจำนวนขององค์กรสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย

บริการแบบแพ็กเกจ: บริการที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้รับความคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ และ DH ได้คำนวณส่วนลดให้จากค่าใช้จ่ายรวมแล้ว และต้องชำระเงินล่วงหน้า เช่น บริการด้านศัลยกรรม

บริการแบบชำระเงินล่วงหน้า: บริการที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ และผู้ป่วยต้องชำระเงินก่อนได้รับบริการ

ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ:
ผู้ป่วยไม่มีประกันสุขภาพหรือความช่วยเหลือจากภายนอกเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายให้

ส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ: ส่วนลดจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ “ค่าธรรมเนียมบริการ Medicare แบบย้อนหลัง ร่วมกับบริษัทประกันเอกชนผู้จ่ายเงิน” ตามที่อธิบายไว้ในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องภายใต้มาตรา 501(r) ของประมวลกฎหมายภาษีอากร จะใช้ส่วนลดนี้ก่อนออกบิลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย และก่อนที่จะปรับยอดจากความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ ส่วนลดนี้ไม่สามารถใช้กับการจ่ายร่วม การประกันร่วม มูลค่าความรับผิดส่วนแรก การจ่ายเงินล่วงหน้า หรือบริการแบบแพ็กเกจใด ๆ ที่ได้รับส่วนลดที่จำเป็นแล้ว หรือบริการที่ไม่เข้าข่ายได้รับความคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ จะคำนวณส่วนลดเป็นรายปีและปรับยอดให้เหมาะสมเมื่อถึงช่วงเริ่มต้นรอบปีงบประมาณใหม่

Dartmouth Health: ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกในระบบ Dartmouth Health (DH) ได้แก่ Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital และ Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหมดในรัฐนิวแฮมเชียร์และรัฐเวอร์มอนต์ ไม่ถือว่าเป็นสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิก

นโยบายนี้ใช้กับสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิกของ DH ที่ใช้ระบบ Epic

IV. คำแถลงนโยบาย

DH ยินดีรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ โดยจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามอัตราปกติที่ DH เรียกเก็บเป็นค่าบริการผู้ป่วยที่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพ DH จะคำนวณส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพจากค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด ก่อนออกบิลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยที่เป็นพลเมืองสหรัฐ ส่วนลดนี้ไม่สามารถใช้กับการจ่ายร่วม การประกันร่วม มูลค่าความรับผิดส่วนแรก การจ่ายเงินล่วงหน้า หรือบริการแบบแพ็กเกจใด ๆ ที่ได้รับส่วนลดที่จำเป็นแล้ว หรือบริการที่ไม่เข้าข่ายได้รับความคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ ผู้ป่วยที่ไม่มีสัญชาติสหรัฐและขอรับบริการที่ไม่เร่งด่วน จะไม่มีสิทธิได้รับส่วนลดสำหรับผู้ไม่มีประกันสุขภาพ

ผู้ป่วยที่ปฏิเสธจะเปิดเผยสัญชาติจะไม่มีสิทธิได้รับส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ

<u>วิธีการคำนวณเปอร์เซ็นต์ AGB ตามมาตรา 501(r):</u>

กฎระเบียบของ IRS ภายใต้มาตรา 1.501(r)-5 เกี่ยวกับการจำกัดวงเงินการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย กำหนดให้สถานพยาบาลคำนวณเปอร์เซ็นต์ (AGB) ตาม “ยอดเงินที่เรียกเก็บตามปกติจากผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ” สถานพยาบาลสามารถใช้วิธีการประเมินย้อนหลังเพื่อกำหนดฐานเปอร์เซ็นต์ AGB ในการเรียกค่าสินไหมสำหรับค่าบริการจาก Medicare ร่วมกับบริษัทประกันของเอกชน หรือจาก Medicare เพียงอย่างเดียว กฎระเบียบเหล่านี้ยังระบุไว้ว่าแผนประกันสุขภาพของบริษัทประกันสุขภาพเอกชนภายใต้ Medicare Advantage จะถือว่าเป็นแผนประกันสุขภาพของบริษัทประกันสุขภาพเอกชน และไม่ใช่ค่าบริการที่ Medicare จะจ่ายให้

สถานพยาบาลของ DH ที่กล่าวถึงข้างต้นจะพิจารณาฐานการคำนวณเปอร์เซ็นต์ AGB โดยใช้วิธีการดูย้อนหลังเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนค่าบริการจาก Medicare ร่วมกับบริษัทประกันสุขภาพเอกชนทั้งหมด จะใช้ระยะเวลาพิจารณาย้อนหลัง 12 เดือนในแต่ละปี เพื่อรวบรวมการเรียกเก็บค่าบริการรวมจาก Medicare และจากบริษัทประกันสุขภาพทั้งหมด รวมถึงข้อมูลรายได้สุทธิจากการให้บริการผู้ป่วยสำหรับหมวดหมู่เดียวกันเหล่านี้ เปอร์เซ็นต์ AGB จะคำนวณดังนี้

เปอร์เซ็นต์อัตราการเรียกเก็บที่มีประสิทธิผล = ผลรวมของค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยสุทธิที่ได้รับจาก Medicare FFS และบริษัทประกันสุขภาพเอกชน
อัตราเปอร์เซ็นต์ AGB ที่เรียกเก็บโดยรวมจาก Medicare FFS

และบริษัทประกันสุขภาพเอกชน = 100% - เปอร์เซ็นต์อัตราการเรียกเก็บที่มีประสิทธิผล

V. ข้อมูลอ้างอิง - ไม่มี

ผู้รับผิดชอบ:	ฝ่ายการเงินส่วนกลาง	**ผู้ติดต่อ:**	Kimberly Mender
อนุมัติโดย:	ประธานเจ้าหน้าที่ - ฝ่ายการเงิน; สำนักสนับสนุนนโยบาย - เฉพาะนโยบายระดับองค์กร; Mender, Kimberly; Naimie, Tina	**เวอร์ชัน**	8
วันที่อนุมัติในปัจจุบัน:	16/05/2021	**รหัสเอกสารเดิม:**	RMD 0081
วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:	16/05/2021		
นโยบายและระเบียบขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง:	นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการทางการแพทย์		
เครื่องมือช่วยงานที่เกียวข้อง:			