

Naziv politike:	Politika diskontinuiranih pacijenata bez osiguranja - Sektor za upravljanje prihodima	ID br. politike:	181
Ključne riječi	finansijska, pomoć, neosiguran, popust, pacijent		
Odjel:	Odjel za upravljanje prihodima (RMD)		

I. Svrha politike

Osigurava da se neosiguranim pacijentima ne naplati ništa više nego što se naplati osobama koje imaju osiguranje koje pokriva tu skrb.

Ova politika je u skladu s pravilom NH RSA 151:12-b, odjeljkom 501(r) Poreznog zakonika i Zakonom o zaštiti pacijenata i pristupačnoj skrbi iz 2009. i prema potrebi će se periodično izmijeniti kako bi se održala usklađenost.

II. Opseg politike

Za potrebe ove politike “popust za neosigurane” se odnosi na usluge zdravstvene zaštite koje pružaju Dartmouth-Hitchcock(D-H) neosiguranim pacijentima ili na usluge koje su generalno pokrivene osiguranjem, ali nisu pokrivene za specifičnu uslugu.

III. Definicije

Suosiguranje: Postotak troškova zdravstvene zaštite koji se podijeli između osiguravajuće kompanije i osiguranika, na način definiran policom osiguranja.

Participacija: Fiksni iznos kojeg pretplatnici zdravstvenog osiguranja moraju plaćati za korištenje određenih zdravstvenih usluga pokrivenih osiguranjem.

Odbici: Iznos definiran policom osiguranja kojeg osigurana osoba mora plaćati prije nego osiguravajuća kompanija plati zdravstvene troškove.

Bruto troškovi: Ukupni troškovi prema tarifi koju je utvrdila organizacija za zdravstvenu zaštitu pacijenata.

Paket usluga: Usluge koje su za pacijenta opcionalne, ne pokrivaju ih osiguravajuće kompanije i koje su D-HH već odbili od bruto troškova te zahtijevaju plaćanje unaprijed; na primjer, kozmetičke usluge.

Usluge koje se plaćaju unaprijed: Usluge koje nisu zdravstveno neophodne i zahtijevaju uplatu od strane pacijenta prije nego se usluga pruži.

Neosigurani: Pacijent koji nema osiguranje ni pomoć od treće strane koja bi mu pomogla oko platnih obaveza.

Popust za neosigurane: Popust se temelji na metodu “ponovno razmatranje Medicare naknada za uslugu plus privatne uplatioce” u skladu s važećim pravilima implementiranim u odjeljku 501(r) Poreznog zakonika. Ovaj popust se primjenjuje prije izdavanja fakture za pacijenta i prije korekcije iznosa uslijed finansijske pomoći. Popust se ne odnosi na participaciju, suosiguranje, odbitke, uplate unaprijed ili paket usluge koje već odražavaju sve potrebne popuste, niti na usluge koje ne pokrivaju sve osiguravajuće kompanije. Popust se izračunava godišnje i podešava se u skladu s tim na početku fiskalne godine.

Dartmouth-Hitchcock Health: U svrhu ove politike, članovi sistema zdravstvenog osiguranja Dartmouth-Hitchcock (D-HH) su bolnica Alice Peck Day Memorial, medicinski centar u Cheshireu, Mt. bolnica i zdravstveni centar u Ascutneyu, New London bolnica, i Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Sve ostale bolnice u New Hampshireu i Vermontu smatraju se ustanovama koje nisu članice.

Od 11. maja 2019. ovo se pravilo primjenjuje na kliniku Dartmouth-Hitchcock, bolnicu Mary Hitchcock Memorial Hospital, Day Memorial Hospital Alice Peck i medicinski centar u Cheshireu.

Od maja 2020. ovo se pravilo primjenjuje i na bolnicu u New Londonu.

IV. Izjava o politici

D-HH prihvata od neosiguranih pacijenata, kao uplatu u cijelosti, iznos ne veći od onog koji D-H/CMC generalno fakturiše i prima od pacijenata koji su pokriveni zdravstvenim osiguranjem. D-HH primjenjuje popust za neosigurane na ukupne bruto troškove prije izdavanja fakture za pacijenta koji je državljanin SAD-a . Popust se ne odnosi na participaciju, suosiguranje, odbitke, uplate unaprijed ili paket usluge koje već odražavaju sve potrebne popuste, niti na usluge koje ne pokrivaju sve osiguravajuće kompanije. Pacijenti koje nemaju državljanstvo SAD-a i traže usluge koje nisu hitne, nemaju pravo na popust za neosigurane.

Pacijenti koji odbijaju izjasniti se o državljanstvu nemaju pravo na popust za neosigurane.

501(r) AGB Metodologija izračunavanja procenata:

Propisi IRS-a prema članu 1.501 (r) -5, ograničenja troškova, od bolničkih ustanova zahtijevaju da izračunaju njihov „iznos koji se obično naplaćuje pacijentima koji imaju osiguranje“ (AGB) procenat. Bolničkim ustanovama dopušteno je da se pomoću metode pregledanja bazira AGB postotak na zahtjevima Medicare naknade za uslugu plus svim privatnim zdravstvenim osigurateljima ili samo na Medicare. Ovi propisi dalje određuju da se planovi zdravstvenog osiguranja koje upravljaju privatnim zdravstvenim osigurateljima u okviru Medicare Advantage tretiraju kao planovi privatnih zdravstvenih osiguranika, a ne kao Medicare naknada za uslugu.

D-HH stranice navedene iznad, odlučile su svoje izračune postotka AGB-a temeljiti metodom povratnog pregleda na zahtjevima Medicare-ove naknade za uslugu plus svim

privatnim zdravstvenim osigurateljima. Koristeći dosljedni period povrata od 12 mjeseci iz godine u godinu, sabiraju se bruto troškovi za naknadu za uslugu Medicare i sve privatne obveznike, zajedno s neto prihodom od usluge pacijenata za iste kategorije. Procenat AGB izračunava se na sljedeći način:

$$\text{Postotak efektivne stope naplate} = \frac{\text{Ukupni prihod Medicare FFS-a i privatni platni neto prihod pacijenata}}{\text{Ukupne bruto naknade Medicare FFS-a i privatnih isplatielja}}$$

AGB procenat = 100% - efektivni procenat naplate

V. Reference - N/P

Odgovorni vlasnik:	Odjel korporativnih finansija	Kontakt(i):	Kimberly Mender
Odobрили:	Upravni odbor; glavni direktor za finansije; kancelarija za podršku u vezi politike - samo organizacijske politike; Mender, Kimberly; Naimie, Tina	Br. verzije	6
Trenutni datum odobrenja:	19.11.2019.	ID br. starog dokumenta:	RMD 0081
Datum kada politika stupa na snagu:	19.11.2019.		
Srodna pravila i postupci:	Finansijska pomoć za usluge zdravstvene zaštite		
Srodna pomagala za posao:			