

정책 제목:	비보험환자 할인정책 – Revenue Management Division(수익관리부)	정책 ID:	181
핵심어	재정, 지원, 비보험, 할인, 환자		
부서:	Revenue Management Division(수익관리부: RMD)		

I. 정책의 목적

비보험환자들에게 언급한 진료를 보장하는 보험을 가진 개인에게 통상 청구하는 금액 이상을 부담시키지 않도록 조치합니다.

본 정책은 NH RSA 151:12-b, Internal Revenue Code(내국세법: IRC) 501(r)절 및 2010 년도 제정 Patient Protection and Affordable Care Act(환자보호 및 부담적정보험법(오바마케어))의 요건을 준수하고 있으며, 준수상태를 유지하도록 필요에 따른 정기적 변경을 실시합니다.

II. 정책 범위

본 정책은 “비보험 할인”이 Dartmouth-Hitchcock Health(D-HH)에서 비보험환자에게 제공되는 건강관리 서비스나 보험으로 통상 보장하는 서비스이지만, 특정 서비스에는 비보장형일 경우, 이에 적용할 목적이 있습니다.

III. 정의

공동보험: 피보험자의 보험증권에서 정의한 바와 같이, 보험사와 피보험자 간에 공유되는 건강관리 비용의 퍼센티지.

본인부담금: 의료보험의 가입자가 해당 플랜으로 보장하는 특정 의료 서비스를 이용하는 비용으로 반드시 지불해야 하는 고정 수수료.

공제액: 해당 보험증권에 정의된 바와 같이 보험사가 의료비로 지급하기 전에 피보험자가 반드시 지불해야 하는 금액.

부담금 총액: 환자의 건강관리에 대한 기관의 전면적인 기성 요율로 산출한 부담금 총액.

패키지 서비스: 환자에게 선택적이며 보험사가 보장하지 않는 서비스, 그리고 D-HH 가 부담액 총액으로부터 이미 할인하고 선지급이 필요한 서비스, 예를 들면, 성형 서비스.

선지급 서비스: 의학적으로 필요하지 않으며 제공되고 있는 서비스에 앞서 환자가

지급해야 하는 서비스.

비보험: 자신의 지불 의무 이행(채무 변제)에 도움이 되도록 가입한 보험 또는 제 3 자 지원이 없는 환자.

비보험 할인: 할인은 Internal Revenue Code(내국세법)의 501(r)절을 구현하는 해당 규정에서 설명한 바와 같이 “록백 Medicare 서비스 수수료와 사설 지불인” 방법에 의거합니다. 이 할인은 환자에게 청구하기 전과 일체의 재정지원 조정분을 적용하기 전에 적용됩니다. 이 할인은 일체의 본인부담비용, 공동보험, 공제액, 이미 필요한 할인 일체를 반영하는 사전지불금이나 패키지 서비스, 또는 전체 보험사들이 보장성이 없는 것으로 분류한 서비스에는 적용하지 않습니다. 할인은 연차적으로 산출하며 회계연도 개시에 따라 조정됩니다.

Dartmouth-Hitchcock Health(다트머스-히치콕 헬스): 본 정책의 목적에 따라, Dartmouth-Hitchcock Health System(D-HH)은 Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital 및 Health Center, New London Hospital, 그리고 Visiting Nurse and Hospice(방문 간호사 및 호스피스) for Vermont and New Hampshire(VNH)로 구성됩니다. New Hampshire 주 및 Vermont 주의 다른 병원 전체가 비회원 시설로 간주됩니다.

2019년 5월 11일자로 본 정책은 Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital, 및 Cheshire Medical Center에 적용됩니다.

2020년 5월자로 본 정책은 또한 New London Hospital 에도 적용됩니다.

IV. 정책 성명

D-HH 에서는 건강보험으로 보장되는 환자의 경우에 통상 청구하고 수납하는 금액만을 비보험환자로부터 완βολ로 받습니다. D-HH 에서는 미국 시민권자인 환자를 상대로 청구하기 전에 부담금 총액에 대비하여 비보험 할인을 적용합니다. 이 할인은 일체의 본인부담비용, 공동보험, 공제액, 이미 필요한 할인 일체를 반영하는 사전지불금이나 패키지 서비스, 또는 전체 보험사들이 보장성이 없는 것으로 분류한 서비스에는 적용하지 않습니다. 미국 시민권자가 아니며 비응급 서비스를 모색하는 환자는 비보험 할인의 수혜자격이 되지 않습니다.

환자가 시민권자 지위를 밝히기를 거부하면, 비보험 할인의 수혜자격이 되지 않습니다.

501(r) AGB 퍼센티지 산출 방법론:

IRS 규정 1.501(r)-5 절 부담액의 제한편에서는 병원 시설들에게 “보험환자에게 통상 청구하는 금액”(AGB) 퍼센티지를 산출하도록 요구합니다. 병원 시설들은 록백 방법의 활용을 허용하여 Medicare 진료별 지불 외에도 모든 사설 건강보험을 더하거나, Medicare

단독으로 청구액에 AGB 퍼센티지의 근거를 둡니다. 이들 규정의 추가적인 기술 내용으로서, 사설 건강보험사가 Medicare Advantage(메디케어 어드밴티지)에 따라 관리하는 건강보험 플랜은 Medicare 진료별 지불방식이 아닌 사설 건강보험사의 플랜으로서 치료를 받아야 한다는 것입니다.

위에서 언급한 D-HH 사이트는 Medicare 진료별 지불방식에 모든 사설 건강보험사를 더한 청구액에 록백 방법을 활용, 각각의 AGB 퍼센티지 계산결과에 근거를 두기 위하여 선택하였습니다. 매년 지속적인 12 개월 록백 기간을 이용하여 동일한 카테고리의 환자 서비스 순익과 함께 Medicare 진료별 지불방식과 모든 사설 지불인을 더한 부담금 총액이 합산됩니다. AGB 퍼센티지는 다음과 같이 산출됩니다:

$$\text{시행 중인 추심률 퍼센티지} = \frac{\text{Medicare FFS 및 Private Payors Net Patient Service Revenue(사설 지불인 환자 서비스 순익)의 합}}{\text{Medicare FFS 및 Private Payors Gross Charges (사설 지불인 부담액 총액)의 합}}$$

AGB 퍼센티지 = 100% - Effective Collection Rate Percentage(시행 중인 추심률 퍼센티지)

V. 참고문헌 - 해당 사항 없음

책임관:	Finance Division Corporate(법인 재정부문)	연락처:	Kimberly Mender
승인자:	교육위원회, 최고책임자(CO) - 재정부, Office of Policy Support(정책지원실) - 조직정책에 한함, Mender, Kimberly, Naimie, Tina	버전 #	6
현재 승인일자:	11/19/2019	이전 서류 ID:	RMD 0081
정책 발효일자:	11/19/2019		
관련 정책 및 절차:	건강관리 서비스 정책의 재정지원		
관련 직무지침:			