

ชื่อนโยบาย :	นโยบายส่วนลดผู้รับการรักษาที่ไม่มีประกัน - ฝ่ายการบริหารรายได้	รหัสนโยบาย :	181
คำสำคัญ	การเงิน, ความช่วยเหลือ, ไม่มีประกัน, ส่วนลด, ผู้เข้ารับการรักษา		
แผนก :	ฝ่ายการบริหารรายได้ (RMD)		

1. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

ตรวจสอบให้แน่ใจว่า ผู้รับการรักษาที่ไม่มีประกัน จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่าจำนวนเงินที่เรียกเก็บจากบุคคลทั่วไปที่มีประกันครอบคลุมการดูแลดังกล่าว

นโยบายนี้สอดคล้องกับ NH RSA 151: 12-b, ประมวลกฎหมายสรรพากร มาตรา 501 (r) และกฎหมายประกันสุขภาพ ปี 2009 และจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ตามความจำเป็นเพื่อรักษาความสอดคล้อง

2. ขอบเขตของนโยบาย

สำหรับวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ “ส่วนลดผู้ไม่มีประกัน” นำไปใช้กับการบริการด้านการดูแลสุขภาพที่ให้บริการโดยผู้รับการรักษาที่ไม่มีประกันของ Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) หรือครอบคลุมสำหรับการประกันทั่วไป แต่ไม่ครอบคลุมสำหรับการบริการโดยเฉพาะ

3. คำนิยาม

การประกันร่วม : ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ใช้ร่วมกันระหว่างบริษัทประกันภัยและผู้เอาประกันตามที่กำหนดโดยนโยบายของผู้เอาประกัน

การร่วมจ่าย :

ค่าธรรมเนียมคงที่ที่ผู้สมัครสมาชิกแผนทางการแพทย์ต้องจ่ายสำหรับการใช้บริการทางการแพทย์เฉพาะของตนที่ครอบคลุมโดยแผน

การหักลดหย่อน : จำนวนเงินที่ผู้เอาประกันต้องจ่ายตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยก่อนที่บริษัทประกันจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ยอดค่าใช้จ่ายรวม : ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่กำหนดไว้ในอัตราเต็มขององค์กรสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้รับการรักษา

บริการแพคเกจ : บริการที่เลือกโดยผู้รับการรักษาที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจาก บริษัทประกันภัยและ D-HH ได้รับส่วนลดจากค่าใช้จ่ายขั้นต้นแล้วและต้องการการชำระเงินล่วงหน้า ตัวอย่างเช่น

บริการด้านศัลยกรรมตกแต่ง

บริการด้านการชำระเงินล่วงหน้า :

การบริการที่ไม่จำเป็นทางการแพทย์และกำหนดให้ต้องชำระเงินโดยผู้รับ
การรักษาก่อนที่จะมีการให้บริการ

การไม่มีประกัน : ผู้รับการรักษาที่ไม่มีประกันหรือไม่มีความช่วยเหลือจากบุคคลที่สามเพื่อช่วยใน
การปฏิบัติตามภาระผูกพันการชำระเงินของตน

ส่วนลดผู้ไม่มีประกัน : ส่วนลดจะขึ้นอยู่กับวิธีการ “Medicare
แบบมองย้อนกลับสำหรับบริการและผู้ชำระเงินส่วนตัว”

ตามที่อธิบายไว้ภายใต้ข้อบังคับที่บังคับใช้ตามมาตรา 501 (r) ของประมวลกฎหมายสรรพากร
ส่วนลดนี้จะนำมาใช้ก่อนการเรียกเก็บเงินผู้รับการรักษาและก่อนที่จะใช้การปรับความช่วยเหลือทางกา
รเงินใด ๆ ส่วนลดนี้ไม่นำไปใช้กับการร่วมจ่าย การประกันภัยร่วม ค่าหักลดหย่อน
การชำระเงินล่วงหน้า หรือบริการแพคเกจใด ๆ ที่มีการหักส่วนลดที่จำเป็นแล้ว
หรือกับบริการประเภทอื่น ๆ ที่ถูกจำแนกว่าไม่คุ้มครองโดยบริษัทประกันทั้งหมด
ส่วนลดจะคำนวณเป็นรายปีและปรับตามตอนเริ่มต้นรอบปีบัญชี

Dartmouth-Hitchcock Health : เพื่อวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิก Dartmouth-Hitchcock
Health System Members (D-HH) คือ โรงพยาบาล Alice Peck Day Memorial Hospital,
ศูนย์การแพทย์ Cheshire Medical Center, Mt. โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพ Ascutney,
โรงพยาบาลนิวลอนดอน,
และพยาบาลผู้ดูแลผู้รับการรักษาที่บ้านและบ้านพักรับรองสำหรับเวอร์มอนต์และนิวแฮมป์เชียร์ (VNH)
โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหมดในรัฐนิวแฮมป์เชียร์และรัฐเวอร์มอนต์ถือเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สมาชิก

ตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2019 เป็นต้นไป นโยบายนี้จะมีผลบังคับใช้กับ Dartmouth-Hitchcock
Clinic, โรงพยาบาล Mary Hitchcock Memorial, โรงพยาบาล Alice Peck Day Memorial
และศูนย์การแพทย์ Cheshire

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2013 เป็นต้นไป นโยบายนี้มีผลบังคับใช้กับโรงพยาบาลนิวลอนดอน

4. ค่าแกลงนโยบาย

D-HH

ยอมรับจากผู้รับการรักษาที่ไม่มีประกันเนื่องจากการชำระเงินเต็มจำนวนไม่เกินจำนวนเงินที่เรียก
เก็บโดยทั่วไปและได้รับจาก D-HH สำหรับผู้รับการรักษาที่ได้รับการประกันสุขภาพ D-HH
ใช้ส่วนลดที่ไม่มีประกันกับค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดก่อนที่จะเรียกเก็บเงินผู้รับการรักษาที่เป็นพลเมืองสหรัฐ
รัฐ ส่วนลดนี้ไม่นำไปใช้กับการร่วมจ่าย การประกันร่วม ค่าหักลดหย่อน การชำระเงินล่วงหน้า
หรือบริการแพคเกจใด ๆ ที่มีการหักส่วนลดที่จำเป็นแล้ว หรือกับบริการประเภทอื่น ๆ
ที่ถูกจำแนกว่าไม่คุ้มครองโดยการประกันทั้งหมด ผู้รับการรักษาที่ไม่มีสัญชาติสหรัฐ
และกำลังมองหาบริการที่ไม่ฉุกเฉินจะไม่ได้รับส่วนลดนี้

ผู้รับการรักษาปฏิเสธที่จะแจ้งสัญญาที่ไม่ได้รับสิทธิได้รับส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกันสุขภาพ

501 (r) ระเบียบวิธีการคำนวณร้อยละ AGB :

กฎข้อบังคับกรมสรรพากรภายใต้มาตรา 1.501 (r) -5, ข้อจำกัดของค่าธรรมเนียมที่กำหนดให้สถานพยาบาลต้องคำนวณร้อยละของ “จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับผู้รับการรักษาที่มีประกัน” (AGB) สถานพยาบาลได้รับอนุญาตให้ใช้วิธีการมองย้อนกลับเพื่อคำนวณอัตราค่าบริการ AGB จากการเรียกร้องค่าบริการ Medicare รวมถึง บริษัทประกันสุขภาพเอกชนหรือ Medicare เพียงอย่างเดียว กฎระเบียบเหล่านี้ระบุเพิ่มเติมว่าแผนประกันสุขภาพที่บริหารโดย บริษัทประกันสุขภาพเอกชนภายใต้ Medicare Advantage ควรได้รับการปฏิบัติเสมือนเป็นแผนของบริษัทประกันสุขภาพเอกชนและไม่ใช่ค่าธรรมเนียม Medicare สำหรับบริการ

สถานที่ของ D-HH ที่อ้างถึงข้างต้นได้เลือกที่จะคำนวณร้อยละ AGB ตามลำดับโดยใช้วิธีการมองย้อนกลับในการเรียกร้องค่าธรรมเนียม Medicare สำหรับบริการและประกันสุขภาพเอกชนทั้งหมด การใช้จ่ายระยะเวลาการมองย้อนหลัง 12 เดือนทุกปี ค่าใช้จ่ายขั้นต้นสำหรับค่าธรรมเนียม Medicare สำหรับบริการและผู้จ่ายส่วนตัวทั้งหมดได้รับการรวบรวมพร้อมกับรายได้ค่าบริการผู้รับการรักษาสุทธิ สำหรับ ประเภทเดียวกันนี้ ร้อยละของ AGB ได้รับการคำนวณดังนี้ :

$$\text{อัตราร้อยละการรวบรวมที่มีประสิทธิภาพ} = \frac{\text{Medicare FFS รวมและผู้ชำระส่วนตัว} + \text{รายได้ค่าบริการผู้รับการรักษาสุทธิ}}{\text{Medicare FFS รวม และ ผู้ชำระเงินส่วนตัวทั้งหมด}}$$

AGB Percentage = 100% - อัตราร้อยละการรวบรวมที่มีประสิทธิภาพ

5. เอกสารอ้างอิง - ไม่มีข้อมูล

เจ้าของกรณีผู้รับผิดชอบ :	ฝ่ายการเงินของบริษัท	ผู้ติดต่อ :	Kimberly Mender
อนุมัติโดย :	คณะกรรมการมูลนิธิ; ประธานเจ้าหน้าที่ - ฝ่ายการเงิน; สำนักงานสนับสนุนนโยบาย - นโยบายองค์กรเท่านั้น; Mender, Kimberly; Naimie, Tina	เวอร์ชันที่	6
วันที่ที่อนุมัติในปัจจุบัน :	19 พฤศจิกายน 2019	รหัสเอกสารเก่า :	RMD 0081
วันที่ที่นโยบายมีผลบังคับใช้ :	19 พฤศจิกายน 2019		
นโยบายและขั้นตอนการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง :	นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับการบริการสุขภาพ		
เครื่องมือช่วยงานที่เกี่ยวข้อง :			

