

정책 제목	비보험환자 할인정책 - 수익관리부문	정책 ID	181
핵심어	재정, 지원, 비보험, 할인, 환자		
과	수익관리부문(RMD)		

I. 정책 목적

비보험환자에게는 언급한 진료의 수혜를 보장하는 보험에 가입한 환자에게 통상 청구한 금액 이상은 절대 부담시키지 않도록 합니다.

본 정책은 NH RSA 151:12-b, Internal Revenue Code(내국세법: IRC) 501(r)절 및 2009 년도 제정 Patient Protection and Affordable Care Act(환자보호 및 부담적정보험법 (오바마케어))를 준수하며, 준수 상태를 유지하기 위해 필요한 바, 정기적으로 변경됩니다.

II. 정책 범위

본 정책의 목적상 "비보험 할인"은 Dartmouth-Hitchcock Health(D-HH) 비보험 환자에게 또는 특정 서비스에 보장되지 않은 보험으로 통상 보장되는 서비스에 제공되는 보건의료 서비스에 적용됩니다.

III. 정의

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

기본의료비(공동부담금): 의료보험의 가입자가 해당 플랜으로 보장하는 특정 의료 서비스를 이용하는 비용으로 의료보험에 반드시 지불해야 하는 고정 수수료.

가입자 부담금(공제액): 해당 보험증권에 규정된 바와 같이 보험사가 의료비로 지급하기 전에 피보험자가 반드시 지불해야 하는 금액.

부담금 총액: 해당 기관에서 전면적으로 수립한 환자 건강관리 서비스 요율에 따른 부담금 총액.

포괄 서비스: 환자에게 선택적이며 보험사가 보장하지 않는 서비스, 그리고 D-HH가 부담금

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 제3자 지원이 없는 환자.

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

Dartmouth-Hitchcock Health: 본 정책의 목적을 위한 Dartmouth-Hitchcock Health System 회원 병원(D-HH)들로는 Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, 그리고 Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire(VNH)가 있습니다. New Hampshire 및 Vermont 소재 기타 모든 병원들은 비회원 시설로 간주합니다.

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

2020년 10월자로 본 정책은 또한 New London Hospital에도 적용됩니다.

IV. 정책 성명

D-HH에서는 비보험 환자의 전액 지불로서 건강보험으로 보장하는 환자를 대상으로 D-HH에서 통상 청구서를 발급하고 수납하는 액수 이하입니다. D-HH에서는 미국 시민권자 환자에게 청구서를 발급하기 전에 요금 총액의 합계에 대한 비보험 할인을 적용합니다. 이 할인은 일체의 기본의료비(공동부담금), 공동보험, 가입자부담금(공제액), 이미 필요한 할인 일체를 반영하는 사전 지불금이나 패키지 서비스, 또는 모든 보험들이 보장성이 없는 것으로 분류한 서비스에는 적용하지 않습니다. 미국 시민권이 없고 비응급 의료 서비스를 구하는 환자는 비보험 할인에 대한 수혜자격이 없습니다.

인쇄 사본은 참고용에 한합니다. 최신 버전용 전자식 사본을 참고하시기 바랍니다.

4의 2면

참고문헌 ID #181, 버전 #7

승인일자: 10/13/2020

환자가 시민권 신고를 거부하는 것으로 비보험 할인의 수혜자격이 되지 않습니다.

501(r) AGB 퍼센티지 산출 방법론:

섹션 1.501(r)-5에 따른 IRS 규정, Limitations on Charges(부담금 제한)편에서는 병원 시설의 “보험 가입 환자에게 일반적으로 청구된 금액”(AGB) 퍼센티지 산출을 요구합니다. 병원 시설들은 룡백 방법의 활용을 허용하여 Medicare 진료별 지불 외에도 모든 사설 건강보험사를 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 룡백 방법을 활용, 각각의 AGB 퍼센티지 계산 결과에 근거를 두기 위하여 선택하였습니다. 매년 지속적인 12개월 룡백 기간을 이용하여 동일한 카테고리의 환자 서비스 순익과 함께 Medicare 진료별 지불방식과 모든 사설 지불인을 더한 부담금 총액이 합산됩니다. AGB 퍼센티지는 다음과 같이 산출됩니다:

시행 중인 추심률 퍼센티지 = $\frac{\text{Medicare FFS \& Private Payors Net Patient Service Revenue(사설 지불인 환자 서비스 순익의 합계)}}{\text{Medicare FFS \& Private Payors Gross(사설 지불인 부담금의 합계)}}$

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

V. 참고문헌 - 해당 사항 없음

책임 주무부서:	법인 재정부문	연락처:	Kimberly Mender
승인자:	재단 이사회, 최고 책임자 - 재무 담당, 정책지원위원회(COPS), 정책지원실 - 조직정책 전담/Kays, Kieran/Mender, Kimberly/Naimie, Tina/Ten Haken, Jean/Willbarger, Kathryn	버전 #	7
현재 승인일자:	10/13/2020	구 문건 ID:	RMD 0081
정책 발효일자:	10/13/2020		
관련 정책 및 절차:	보건의료 서비스 정책에 대한 재정지원		
관련 직무 지침:			

인쇄 사본은 참고용에 한합니다. 최신 버전용 전자식 사본을 참고하시기 바랍니다.

참고문헌 ID #181, 버전 #7

승인일자: 10/13/2020