

ชื่อนโยบาย	นโยบายส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันคุ้มครอง - แผนกจัดการรายได้	รหัสนโยบาย	181
คำค้นหา	การเงิน, ความช่วยเหลือ, ไม่มีประกันคุ้มครอง, ส่วนลด, ผู้ป่วย		
ส่วนงาน	แผนกจัดการรายได้ (RMD)		

I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประกันคุ้มครองจะไม่ถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่มีการเรียกเก็บสำหรับบุคคลที่มีประกันคุ้มครองสำหรับบริการที่ได้รับ

นโยบายนี้เป็นไปตาม NH RSA 151:12-b, Internal Revenue Code Section 501(r) และ Patient Protection and Affordable Care Act ปี 2009 โดยอาจมีการปรับปรุงเนื้อหาเป็นครั้งคราวตามความเหมาะสมเพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

II. ขอบเขตของนโยบาย

ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ "ส่วนลดของผู้ที่ไม่มีประกันคุ้มครอง" จะใช้กับบริการด้านการแพทย์ที่จัดให้ที่ Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) โดยให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันคุ้มครองและสำหรับบริการที่โดยปกติมีประกันคุ้มครองแต่ไม่ได้รับความคุ้มครองเนื่องจากสาเหตุบางประการ

III. คำจำกัดความ

ประกันแบบจ่ายร่วม:

เปอร์เซ็นต์ของการจ่ายร่วมสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างบริษัทประกันและผู้เอาประกันมีระบุไว้ในกรมธรรม์ของ

ผู้เอาประกัน

การจ่ายเงินร่วม:

ค่าบริการที่กำหนดไว้คงที่ชัดเจนที่ผู้สมัครรับบริการของแผนบริการทางการแพทย์จะต้องจ่ายสำหรับการใช้บริการทางการแพทย์ที่เจาะจง

ที่อยู่ภายใต้แผนดังกล่าว

เงินหักจ่ายได้: ยอดเงินที่ผู้เอาประกันจะต้องชำระตามกรมธรรม์ประกันของตนเอง ก่อนที่บริษัทประกันจะจ่ายค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้

ค่าใช้จ่ายรวม:

ค่าใช้จ่ายโดยรวมในอัตราที่กำหนดไว้มาตรฐานขององค์กรสำหรับการจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย

บริการแบบแพคเกจ: บริการที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากบริษัทประกัน และมีการคำนวณส่วนลดแล้วโดย D-HH จากค่าใช้จ่ายรวม และต้องมีการชำระเงินล่วงหน้า เช่น บริการด้านศัลยกรรม

บริการแบบชำระเงินล่วงหน้า:

บริการที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์และต้องมีการชำระเงินโดยผู้ป่วยก่อนจัดบริการให้

ผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์คุ้มครอง: ผู้ป่วยไม่มีประกันหรือความช่วยเหลือจากภายนอกเพื่อช่วยแบ่งจ่ายค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์คุ้มครอง: ส่วนลดจะอ้างอิงภายใต้วิธีการ “ค่าธรรมเนียมบริการตามหลักเกณฑ์ของแผน Medicare แบบย้อนหลังร่วมกับหลักเกณฑ์ของบริษัทประกันเอกชนผู้จ่ายเงิน”

ตามที่ระบุในข้อบังคับที่เกี่ยวข้องภายใต้ Section 501(r) ของ Internal Revenue Code ส่วนลดนี้จะถูกคำนวณก่อนออกบิลเรียกเก็บเงินกับผู้ป่วยและก่อนที่จะปรับยอด

จากความช่วยเหลือทางการเงินใดๆ ส่วนลดนี้ไม่สามารถใช้ร่วมกับการจ่ายเงินร่วม ประกันแบบจ่ายร่วม เงินหักจ่ายได้ เงินชำระล่วงหน้า หรือบริการแบบจัดแพคเกจที่มีการคำนวณส่วนลดไว้แล้ว

หรือสำหรับบริการที่โดยปกติบริษัทประกันไม่ให้ความคุ้มครอง

ส่วนลดจะคำนวณเป็นรายปีและปรับยอดให้เหมาะสมเมื่อถึงช่วงเริ่มต้นรอบปีงบประมาณใหม่

Dartmouth-Hitchcock Health: ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกในระบบ Dartmouth-Hitchcock Health (DHH) ประกอบไปด้วย Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital และ Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหมดใน New Hampshire และ Vermont ไม่ถือเป็นสถานที่ปฏิบัติการที่เป็นสมาชิก

ตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2019 นโยบายนี้มีผลใช้กับ Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital และ Cheshire Medical Center

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2020 นโยบายนี้ยังมีผลใช้กับ New London Hospital ด้วย

IV. คำแถลงนโยบาย

D-HH ยินดีรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันคุ้มครอง โดยจะมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามอัตราปกติที่ D-HH เรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันคุ้มครอง D-HH

จะคำนวณส่วนลดให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันคุ้มครองโดยคำนวณจากค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดก่อนออกบิลเรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยสัญชาติสหรัฐอเมริกา ส่วนลดนี้ไม่สามารถใช้กับการจ่ายเงินร่วม ประกันแบบจ่ายเงินร่วม ยอดเงินหักจ่ายได้ การจ่ายเงินล่วงหน้า หรือบริการที่จัดแพคเกจไว้ใดๆ ที่คำนวณส่วนลดไว้แล้ว หรือบริการใดๆ ที่ถูกจำแนกเป็นบริการที่ไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้การประกันใดๆ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ถือสัญชาติสหรัฐอเมริกา และขอรับบริการที่ไม่เร่งด่วน จะไม่ได้รับสิทธิในส่วนลดสำหรับผู้ไม่มีประกันคุ้มครอง

ผู้ป่วยที่ปฏิเสธจะเปิดเผยสุขภาพจะไม่มิลิทธิได้รับส่วนลดสำหรับผู้ที่มีประกันคุ้มครอง

วิธีการคำนวณเปอร์เซ็นต์ AGB ตามข้อกำหนด 501(r):

ข้อบังคับของ IRS ภายใต้ Section 1.501(r)-5, Limitations on Charges

กำหนดให้สถานพยาบาลจะต้องคำนวณเปอร์เซ็นต์ (AGB)

“ยอดเงินที่เรียกเก็บตามมาตรฐานปกติกับผู้ป่วยที่มีประกัน”

สถานพยาบาลสามารถใช้วิธีการประเมินย้อนหลังเพื่อกำหนดฐานเปอร์เซ็นต์ AGB

สำหรับการเคลมค่าบริการตามหลักเกณฑ์ของแผน Medicare ร่วมกับวิธีการของบริษัทประกันของเอกชน หรือตามหลักเกณฑ์ของ Medicare เพียงอย่างเดียว

ข้อบังคับเหล่านี้ยังระบุไว้ว่าแผนประกันสุขภาพโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนภายใต้ Medicare Advantage

นั้นจะถูกพิจารณาเสมือนเป็นแผนประกันสุขภาพของบริษัทประกันสุขภาพเอกชน

และไม่ใช้ค่าธรรมเนียมบริการตามหลักเกณฑ์แผน Medicare

สถานที่ปฏิบัติการของ D-HH ที่อ้างอิงไว้ข้างต้นจะพิจารณาฐานการคำนวณเปอร์เซ็นต์ AGB

โดยใช้วิธีการดูย้อนหลังการเคลมค่าบริการ

ตามหลักเกณฑ์ Medicare รวมกับค่าใช้จ่ายที่จ่ายโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนทั้งหมด

ใช้ระยะเวลาพิจารณาย้อนหลังเท่ากันคือ 12 เดือน เพื่อรวบรวมค่าบริการรวมสำหรับค่าบริการตามหลักเกณฑ์ของ Medicare และส่วนที่บริษัทประกันจ่ายทั้งหมดรวมถึงข้อมูลรายได้สุทธิ

จากการให้บริการผู้ป่วยสำหรับหมวดหมู่เดียวกันเหล่านี้ เปอร์เซ็นต์ AGB จะมีการคำนวณดังนี้

เปอร์เซ็นต์อัตราเรียกเก็บที่มีประสิทธิผล

ผลรวมของค่าใช้จ่าย Medicare FFS

ธิผล =

บวกกับรายได้สุทธิจากบริการผู้ป่วยที่จ่ายโดยบริษัทประกันเอกชน

ผลรวมค่าใช้จ่าย Medicare FFS รวมกับค่าใช้จ่ายสุทธิของบริษัทประกัน

เปอร์เซ็นต์ AGB = 100% - เปอร์เซ็นต์อัตราเรียกเก็บที่มีประสิทธิผล

V. ข้อมูลอ้างอิง - N/A

เจ้าของผู้รับผิดชอบ:	ฝ่ายการเงินส่วนกลาง	ผู้ติดต่อ:	Kimberly Mender
อนุมัติโดย:	คณะกรรมการอำนวยการ; ประธานเจ้าหน้าที่ - ฝ่ายการเงิน; คณะกรรมการสนับสนุนด้านนโยบาย (COPS); สำนักสนับสนุนด้านนโยบาย - เฉพาะนโยบายระดับองค์กร; Kays, Kieran; Mender, Kimberly; Naimie, Tina; Ten Haken, Jean; Willbarger, Kathryn	เลขเวอร์ชัน	7
วันที่อนุมัติในปัจจุบัน:	10/13/2020	รหัสเอกสารเดิม:	RMD 0081
วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:	10/13/2020		
นโยบายและระเบียบขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง:	นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์		
เครื่องมือช่วยในการทำงานที่เกี่ยวข้อง:			