

정책 제목	보험 미가입 환자 할인 정책 - 수익관리과	정책 ID	181
키워드	재정, 지원, 보험 미가입, 할인, 환자		
부서	수익관리과(RMD)		

I. 정책 목적

보험 미가입 환자에게 일반적으로 해당 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 청구되는 금액보다 더 많이 청구되지 않도록 함.

본 정책은 NHRSA 151:12-b, 내국세입법 501(r)항 및 2009년 환자 보호 및 부담 가능한 치료법을 준수하며 규정 준수를 유지하기 위해 필요에 따라 주기적으로 변경됩니다.

II. 정책 범위

본 정책의 목적을 위해 "보험 미가입 할인"은 Dartmouth Health(DH)에서 보험 미가입 환자에게 제공되는 의료 서비스 또는 일반적으로 보험이 적용되지만, 특정 서비스에 대해서는 적용되지 않는 서비스에 적용됩니다.

III. 정의

공동보험: 피보험자의 보험증권에 정의된 바에 따라서 보험 회사와 피보험자 간에 분담되는 의료 비용의 백분율.

본인 부담금: 의료 플랜 가입자가 플랜에서 보장하는 특정 의료 서비스를 이용하기 위해 지급해야 하는 고정 금액.

공제 가능 금액: 보험 회사가 의료비를 지급하기 전에 보험증권에 정의된 바에 따라 피보험자가 지급해야 하는 금액.

총 요금: 환자의 의료에 대해 기관에서 설정한 전체 요금의 총 비용.

패키지 서비스: 환자가 선택할 수 있고 보험 회사에서 보장하지 않는 서비스로, DH가 총 비용에서 이미 할인을 해주었고 선지급이 필요한 서비스(예: 성형 서비스).

선지급 서비스: 의학적으로 필요하지 않고 서비스가 제공되기 전에 환자가 지급해야 하는 서비스.

보험 미가입자: 지급 의무를 이행하는 데 도움이 되는 보험이나 제3자 지원이 없는 환자.

보험 미가입자 할인: 할인은 내국세입법 501(r)항을 시행하는 해당 규정에 설명된 바에 따라 "서비스 및 개인 지급인에 대한 록백 Medicare 수수료" 방법을 기반으로 합니다. 이 할인은 환자에게 청구하기 전 및 재정 지원 조정을 적용하기 전에 적용됩니다. 할인은 본인 부담금, 공동보험, 공제액, 선지급, 이미 필요한 할인이 반영된 패키지 서비스, 또는 모든 보험 회사에서 보장하지 않는 것으로 분류된 서비스에는 적용되지 않습니다. 할인은 매년 계산되며 회계 연도가 시작될 때 그에 따라 조정됩니다.

Dartmouth Health: 본 정책의 목적상 Dartmouth-Hitchcock Health 시스템의 회원(D-HH)은 Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, 및 Vermont and New Hampshire(VNH)의 방문 간호사와 호스피스입니다. 뉴햄프셔주와 버몬트주의 다른 모든 병원은 비회원 시설로 간주됩니다.

본 정책은 Epic 시스템을 이용하는 DH 회원 시설에 적용됩니다.

IV. 정책 성명

DH는 보험 미가입 환자로부터 건강 보험이 적용되는 환자에 대해 DH가 일반적으로 청구하고 받는 금액보다 크지 않은 금액을 전액 지급으로 받습니다. DH는 미국 시민인 환자에게 청구하기 전에 총 비용에 대해 보험 미가입 할인을 적용합니다. 이 할인은 본인 부담금, 공동보험, 공제 가능 금액, 선지급, 또는 패키지 서비스에 이미 필요한 할인이 반영되어 있거나 모든 보험이 적용되지 않는 것으로 분류된 서비스에는 적용되지 않습니다. 미국 시민권이 없고 응급이 아닌 서비스를 원하는 환자는 보험 미가입 할인을 받을 자격이 없습니다.

시민권 선언을 거부하는 환자는 보험 미가입 할인을 받을 자격이 없습니다.

501(r)항 AGB 백분율 계산 방법:

1.501(r)-5항, 요금에 대한 제한에 따른 IRS 규정에서는 병원 시설이 "보험에 가입한 환자에게 일반적으로 청구되는 금액"(AGB) 비율을 계산하도록 요구합니다. 병원 시설에서는 Medicare 행위별 수가제와 모든 민간 건강 보험사의 청구를 기반으로 하거나 Medicare 단독으로 AGB 비율을 기반으로 하는 록백 방법을 사용할 수 있습니다. 이들 규정에서는 또한 Medicare Advantage에 따라 민간 건강 보험 회사가 관리하는 건강 보험 플랜은 Medicare 행위별 수가제가 아닌 민간 건강 보험 회사의 플랜으로 취급되어야 한다고 명시합니다.

위에 언급된 DH 사이트에서는 Medicare 행위별 수가제와 모든 민간 건강 보험사의 청구에 대한 록백 방법을 사용하여 각각의 AGB 비율 계산을 기반으로 하는 것을 선택했습니다. 매년 일관되게 12개월 록백 기간을 사용하여 Medicare 행위별 수가 및 모든 개인 지급자에 대한 총 청구액과 이러한 동일한 카테고리에 대한 순 환자 서비스 수익이 집계됩니다. AGB 백분율은 다음과 같이 계산됩니다.

$$\text{유효 추심율 백분율} = \frac{\text{총 Medicare FFS 및 개인 지급자 순 환자 서비스 수익}}{\text{총 Medicare FFS 및 개인 지급자 총 청구액}}$$

$$\text{AGB 백분율} = 100\% - \text{유효 추심율 백분율}$$

V. 참고 문헌 - 해당 없음

보유 책임자:	기업 재무 부서	연락처:	Kimberly Mender
승인자:	최고책임자 - 재무, 정책지원실 - 조직 정책 전용, Mender, Kimberly, Naimie, Tina	버전 번호 #	8
현재 승인 날짜:	2022/05/16	기존 문서 ID:	RMD 0081
정책 발효 날짜:	2022/05/16		
관련 정책 및 절차:	의료 서비스에 대한 재정 지원 정책		
관련 직무 보조 도구:			