

Название политики	Политика предоставления скидок незастрахованным пациентам — Подразделение по управлению доходами	Номер политики	181
Ключевые слова	Финансовая, помощь, незастрахованный, скидка, пациент		
Отдел	Подразделение по управлению доходами (RMD)		

I. Цель политики

Обеспечить, чтобы незастрахованным пациентам не предъявлялись к оплате суммы, превышающие те, которые обычно предъявляются к оплате застрахованным пациентам за такое обслуживание.

Настоящая политика соответствует требованиям Обновленного свода законов штата Нью-Гэмпшир с аннотациями, п. 151:12-b раздела 501(г) Налогового кодекса США и Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании 2009 года. Политика будет периодически пересматриваться по мере необходимости для обеспечения соответствия.

II. Сфера применения политики

В целях настоящей политики «скидка для незастрахованных пациентов» применяется к медицинским услугам, оказываемым в системе Dartmouth Health (DH) незастрахованным пациентам, или же услугам, обычно покрываемым страховкой, но не покрываемым в случае какой-то конкретной услуги.

Dartmouth Hitchcock (DH)	Участники системы здравоохранения DH
<input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC) <input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Clinic (все северные филиалы) <input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Clinic (южное отделение CGP) <input checked="" type="checkbox"/> Hampstead Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> Alice Peck Day Memorial Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Cheshire Medical Center/D-H Keene <input checked="" type="checkbox"/> Mt. Ascutney Hospital and Health Center <input checked="" type="checkbox"/> New London Hospital Association <input checked="" type="checkbox"/> Visiting Nurse and Hospice of VT/NH (VNH)

III. Определения

Сострахование. Процент стоимости медицинских услуг, совместно оплачиваемый страховой компанией и застрахованным лицом, как определено в страховом полисе.

Доплата: Фиксированная плата, которую лица, имеющие план медицинского страхования, должны платить за пользование конкретными медицинскими услугами, покрываемыми планом.

Франшиза: Сумма, подлежащая оплате застрахованным лицом, определенная в страховом полисе, до начала оплаты медицинских расходов страховой компанией.

Полная стоимость услуг: Общая сумма, начисленная к оплате за оказанные пациенту медицинские услуги по полным ставкам, установленным в соответствующей организации.

Пакетные услуги: Услуги, оказываемые по выбору пациента, не покрываемые страховыми компаниями, исключенные DH из общей суммы оплаты и требующие предоплаты; например, косметические услуги.

Заранее оплачиваемые услуги: Услуги, не являющиеся необходимыми по медицинским показаниям и требующие оплаты пациентом до их оказания.

Незастрахованный: Пациент, у которого нет страховки или помощи третьих сторон для выполнения своих обязательств по оплате.

Скидка для незастрахованных пациентов: Скидка основана на методе «ретроспективного анализа оплаты Medicare плюс частные плательщики», который описывается в соответствующих нормах по применению раздела 501(г) Налогового кодекса США. Данная скидка применяется до выставления счета пациенту и до перерасчета в связи с финансовой помощью. Данная скидка не применяется ни к каким доплатам, сострахованию, франшизам, предварительно оплаченным или пакетным услугам, которые уже отражают все необходимые скидки, или к оплате услуг, которые классифицируются всеми страховыми компаниями как не имеющие страхового покрытия. Эта скидка рассчитывается каждый год и корректируется соответствующим образом в начале налогового года.

Dartmouth Health: Для целей настоящей политики участниками системы здравоохранения Дартмут (DH) являются Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hampstead Hospital, Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional, а также Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Все остальные больницы в Нью-Гэмпшире и Вермонте не считаются членами системы.

Эта политика применяется к учреждениям-участникам DH, использующим систему Epic.

IV. Заявление о принципах политики

DH принимает от незастрахованных пациентов в качестве полной оплаты сумму, не превышающую ту, которая обычно предъявляется к оплате и получается DH от пациентов, имеющих медицинскую страховку. DH применяет скидку для незастрахованных пациентов к полной сумме оплаты до выставления счета пациенту, являющемуся гражданином США. Данная скидка не применяется ни к каким доплатам, сострахованию, франшизам, предварительно оплаченным или пакетным услугам, которые уже отражают все необходимые скидки, или к оплате услуг, которые классифицируются всеми страховыми компаниями как не имеющие страхового покрытия. Пациенты, не являющиеся гражданами США и желающие получить услуги, не относящиеся к неотложной помощи, не вправе претендовать на скидку для незастрахованных пациентов.

Пациенты, отказывающие указать свое гражданство, не вправе претендовать на скидку для незастрахованных пациентов.

Методика расчета процента АGB согласно п. 501(r):

Согласно правилам Налоговой службы, предусмотренным в п. 1.501(r)-5 («Ограничение сумм к оплате»), больничные учреждения должны рассчитывать процент «сумм, обычно предъявляемых к оплате пациентам, имеющим страховку» (AGB). Больничным учреждениям разрешается использовать ретроспективный метод для расчета процента АGB исходя из требований оплаты услуг Medicare и всех частных медицинских страховых компаний или только Medicare. Эти правила также требуют, чтобы планы медицинского страхования, предоставляемые частными медицинскими страховыми компаниями по программе Medicare Advantage, рассматривались как планы частных медицинских страховых компаний, а не как оплата услуг Medicare.

Указанные выше учреждения DH рассчитывают соответствующие проценты АGB ретроспективным методом на основе требований оплаты услуг Medicare и всех частных медицинских страховых компаний. С использованием последовательного 12-месячного ретроспективного периода в годовом исчислении общие суммы к оплате платных услуг Medicare и всех частных плательщиков компилируются, вместе с чистой выручкой от оказания услуг пациентам по тем же категориям. Процент АGB рассчитывается следующим образом:

Фактический коэффициент взыскания =
$$\frac{\text{чистая выручка от оказания услуг пациентам, оплачиваемая Medicare и всеми частными плательщиками}}{\text{общая сумма, предъявляемая к оплате за платные услуги Medicare и всем частным плательщикам}}$$

Процент АGB = 100 % – фактический коэффициент взыскания

V. Ссылки Неприменимо

Ответственные лица:	Корпоративный финансовый отдел	Контактное лицо:	Кимберли Мендер (Kimberly Mender)
Кем утверждается:	Отдел поддержки внедрения политики — относится только к организационным политикам; Кимберли Мендер; Джон Мюлен	Редакция №	10
Текущая дата утверждения:	23.07.2025	Старый номер документа:	RMD0081
Дата вступления политики в силу:	23.07.2025		
Соответствующие политики и процедуры:	Политика оказания финансовой помощи в сфере медицинских услуг		
Связанные инструкции по исполнению:			