

政策名稱	無保險患者折扣政策 - 收益管理部	政策號碼	181
關鍵字	財務、援助、無保險、折扣、患者		
科室	收益管理部 (RMD)		

I. 政策目的

確保無保險患者被收取的費用不會超過向有相關護理保險的人士一般收取的費用。

本政策符合 NH RSA 151:12-b、《國內稅收法》第 501(r) 條，以及 2009 年《患者保障和平價醫療法案》，並將出於確保合規的需要定期修訂。

II. 政策適用範圍

根據本政策目的，「無保險折扣」適用於向 Dartmouth Health (DH) 無保險患者提供的醫療護理服務，或有總體保險保障但承保範圍不包含特定服務的服務。

Dartmouth Hitchcock (DH)	DH 系統成員
<input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC) <input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Clinic (所有北部地點) <input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Clinic (Southern 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"/> 佛蒙特州和新罕布什爾州 Visiting Nurse and Hospice (VNH)

III. 定義

共同保險：按照被保險人保單的定義，由保險公司和被保險人共同分攤的醫療保健費用的百分比。

共付額：醫療計畫訂戶就其使用該計畫承保的具體醫療服務而須支付的固定費用。

自付額：被保險人按照其保單的定義，在保險公司支付醫療費用前必須承擔的費用。

總收費：服務機構為患者的醫療設定的全額收費率。

組合服務：由患者選擇但不屬保險公司承保範圍的服務，以及 DH 已從總費用折扣並需要預付費

的服務；例如，整形服務。

預付費服務：在醫療必要且患者在獲得服務前須付費的服務。

無保險：患者沒有保險或第三方援助，以幫助履行其付費義務。

無保險折扣：折扣是基於《國內稅收法》第 501(r) 條下適用規定所述的「追溯聯邦醫療保險費用加上私人付款人」。此折扣在向患者發出帳單之前以及進行任何財務援助調整之前實行。此折扣不適用於任何共付額、共同保險、自付額、預付款、或已予以折扣的組合服務、或被分類為所有保險公司不承保的服務。此折扣每年計算，並在每個年度初相應地調整。

Dartmouth Health：根據本政策，Dartmouth Health (DH) 系統成員包括 Alice Peck Day Memorial Hospital、Cheshire Medical Center、Dartmouth Hitchcock Clinic、Mt. Ascutney Hospital 和 Health Center、New London Hospital、Mary Hitchcock Memorial Hospital、Hampstead Hospital、Southern Vermont Medical Center (SVMC)、Valley Regional，以及佛蒙特州和新罕布什爾州的 Visiting Nurse and Hospice (VNH)。新罕布什爾州和佛蒙特州的所有其他醫院被視為非成員機構。

本政策適用於使用 Epic 系統的 DH 成員機構。

IV. 政策聲明

DH 接受無保險患者全額支付的款項不超過 DH 一般向由醫療保險保障的患者收取的款項。

DH 在向美國公民患者計費前，會在總收費的基礎上提供無保險保障的折扣。此折扣不適用於任何共付額、共同保險、自付額、預付款、或已予以折扣的組合服務、或被分類為所有保險均不承保的服務。沒有美國公民資格和尋求非緊急服務的患者不符合無保險折扣的資格。

患者拒絕申報公民資格的，不符合無保險折扣的資格。

501(r) AGB 百分比的計算方法：

《國內稅收法》在第 1.501(r)-5 條「收費限制」中要求醫院機構按照「一般向有保險保障的患者收取的費用」(AGB) 的百分比計算其費用。醫院機構獲准採用追溯的方法，在聯邦醫療保險付費服務的索賠加上所有私人健康保險公司或聯邦醫療保險的基礎上，按照 AGB 百分比進行計算。這些規定進一步列明，在聯邦醫療保險優惠計畫下由私人健康保險公司管理的健康保險計畫應被視為私人健康保險公司的計畫，而非聯邦醫療保險的付費服務。

DH 基於上述援引的規定，已選擇在聯邦醫療保險付費服務的索賠加上所有私人健康保險公司的基礎上，按照相應的 AGB 百分比進行計算。結合 12 個月的同比追溯期，其已制定聯邦醫療保險付費服務和所有私人付款人的總收費，以及這些同類患者服務收入淨額。AGB 百分比的計算方式如下：

实际收款百分比 = 联邦医疗保险总额 FFS 和私人付款人净额（扣除患者服务收入）
联邦医疗保险总额 FFS 和私人总收费

AGB 百分比 = 100% - 实际收款百分比

V. 參考資料 不適用

承辦人:	企業財務部	聯絡人:	Kimberly Mender
核准者:	政策支持办公室 - 仅限于组织政策; Mender、Kimberly; Muhlen, John	版本編號	10
目前核准日期:	2025 年 7 月 23 日	原文件編號:	RMD0081
政策生效日期:	2025 年 7 月 23 日		
相關政策與程序:	醫療服務的財務援助政策		
相關工作輔助:			