

Tiêu đề Chính sách	Chính sách Giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm - Bộ phận Quản lý Doanh thu	ID Chính sách	181
Các từ khóa	tài chính, hỗ trợ, không có bảo hiểm, giảm giá, bệnh nhân		
Bộ phận	Bộ phận Quản lý Doanh thu (RMD)		

I. Mục đích của Chính sách

Đảm bảo rằng các bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền thường được lập hóa đơn cho những người có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó.

Chính sách này tuân thủ NH RSA 151:12-b, Mục 501(r) của Bộ luật Thuế vụ, Đạo luật 119 của Vermont và Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Giá Phải chăng năm 2009, đồng thời sẽ được sửa đổi định kỳ khi cần để duy trì sự tuân thủ.

II. Phạm vi Chính sách

Trong chính sách này, việc “giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm” áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp tại Dartmouth Health (DH) cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc cho các dịch vụ được bảo hiểm nói chung nhưng không được đài thọ cho một dịch vụ cụ thể.

III. Các định nghĩa

Đồng bảo hiểm: Tỷ lệ phần trăm chi phí chăm sóc sức khỏe được chia sẻ giữa công ty bảo hiểm và người được bảo hiểm theo quy định của chính sách cho người được bảo hiểm.

Đồng thanh toán: Một khoản phí cố định mà người đăng ký tham gia chương trình y tế phải trả cho việc sử dụng các dịch vụ y tế cụ thể được chương trình đài thọ.

Khoản khấu trừ: Số tiền mà người được bảo hiểm phải trả, theo quy định của chính sách bảo hiểm của họ, trước khi công ty bảo hiểm thanh toán các chi phí y tế.

Tổng Chi phí: Tổng các khoản phí theo mức giá đã thiết lập đầy đủ của tổ chức cho việc chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.

Dịch vụ Trộn gói: Các dịch vụ là tùy chọn đối với bệnh nhân, không được các công ty bảo hiểm đài thọ và đã được DH giảm giá cho tổng chi phí và yêu cầu thanh toán trước; ví dụ, dịch vụ thẩm mỹ.

Dịch vụ Thanh toán Trước: Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế và yêu cầu bệnh nhân thanh toán trước khi dịch vụ được cung cấp.

Không có Bảo hiểm: Bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc sự trợ giúp của bên thứ ba để giúp đáp ứng các nghĩa vụ thanh toán của mình.

Khoản giảm giá cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm: Khoản giảm giá dựa trên phương pháp “nhìn lại phí thanh toán riêng từng dịch vụ của Medicare cộng với các bên thanh toán tư nhân” như được xác định trong các quy định hiện hành để thực hiện mục 501(r) của Bộ luật Thuế Vụ. Khoản giảm giá này được áp dụng trước khi lập hóa đơn cho bệnh nhân và trước khi áp dụng bất kỳ điều chỉnh khoản hỗ trợ tài chính nào. Khoản giảm giá không áp dụng cho bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ, trả trước hoặc dịch vụ trọn gói nào đã phản ánh bất kỳ khoản giảm giá bắt buộc nào hoặc cho các dịch vụ được phân loại là không được tất cả các công ty bảo hiểm đài thọ. Mức giảm giá được tính toán hàng năm và được điều chỉnh tương ứng vào đầu năm tài chính.

Dartmouth Health: Trong chính sách này Các thành viên của Dartmouth Health (DH) là 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, và Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Tất cả các bệnh viện khác ở New Hampshire và Vermont Không được coi là các cơ sở Thành viên.

Chính sách này áp dụng cho các cơ sở thành viên DH sử dụng hệ thống Epic.

IV. Tuyên bố Chính sách

DH chấp nhận từ bệnh nhân không có bảo hiểm, để thanh toán đầy đủ, số tiền không vượt quá số tiền thường được lập hóa đơn (AGB) và DH nhận được đối với bệnh nhân có bảo hiểm y tế. DH áp dụng khoản giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm vào tổng chi phí gộp. Mức giảm giá này không áp dụng cho bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ, trả trước hoặc dịch vụ trọn gói nào đã phản ánh bất kỳ khoản giảm giá bắt buộc nào hoặc cho các dịch vụ được phân loại là không được tất cả các bảo hiểm đài thọ.

Phương pháp tính phần trăm AGB theo mục 501(r):

Các quy định của IRS theo Mục 1.501(r)-5, Hạn chế đối với các Khoản Phí, yêu cầu các cơ sở bệnh viện tính toán tỷ lệ phần trăm “số tiền thường được lập hóa đơn cho bệnh nhân có bảo hiểm” (AGB). Các cơ sở bệnh viện được phép sử dụng phương pháp hồi cứu để xác định tỷ lệ phần trăm AGB dựa trên các yêu cầu thanh toán theo cơ chế phí theo dịch vụ của Medicare cộng với tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân, hoặc chỉ dựa trên Medicare. Các quy định này cũng nêu rõ rằng các chương trình bảo hiểm y tế do các công ty bảo hiểm y tế tư nhân quản lý theo Medicare Advantage nên được coi là các chương trình của các công ty bảo hiểm y tế tư nhân chứ không phải chương trình thanh toán riêng từng dịch vụ của Medicare.

Các địa điểm DH được đề cập ở trên đã chọn để tính toán tỷ lệ phần trăm AGB tương ứng của họ bằng cách sử dụng phương pháp nhìn lại các yêu cầu thanh toán riêng từng dịch vụ của Medicare cộng với tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân. Sử dụng khoảng thời gian nhìn lại 12 tháng nhất quán hàng năm, tổng chi phí cho các yêu cầu thanh toán riêng từng dịch vụ của Medicare và tất cả các bên thanh toán tư nhân được tổng hợp, cùng với doanh thu ròng từ dịch vụ bệnh nhân cho các hạng mục tương tự này. Tỷ lệ phần trăm AGB được tính như sau:

$$\text{Tỷ lệ Thu hồi Hiệu quả (\%)} = \frac{\text{Tổng Doanh thu Thuần từ Dịch vụ Bệnh nhân của Medicare FFS \& Bên Thanh toán Tư nhân}}{\text{Tổng số FFS của Medicare \& Tổng số của người Thanh toán Tư nhân}}$$

Phí Phần trăm AGB = 100% - Phần trăm Tỷ lệ Thu phí Hiệu quả

V. Tham khảo - Không áp dụng

Bên sở hữu Chịu trách nhiệm:	Bộ phận Tài chính Doanh nghiệp	(Những) Người liên hệ:	Kimberly Mender
Người Phê duyệt:	Văn phòng Hỗ trợ Chính sách - Chỉ các Chính sách Tổ chức; Mender, Kimberly; Muhlen, John	Phiên bản số	11
Ngày Phê duyệt Hiện tại:	08/06/2026	ID Tài liệu Cũ:	RMD 0081
Ngày Chính sách Có hiệu lực:	08/06/2026		
Các Chính sách và Thủ tục Liên quan:	Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe		
Trợ giúp Công việc có Liên quan:			