

IDENT	PAS35B
Loại tài liệu	Chính sách
Hình thức áp dụng	Mạng CVPH/AHMC/ECH
Chức danh Chủ sở hữu	Giám đốc Tiếp nhận Bệnh nhân
Chức danh của Cán bộ Phê duyệt	Phó Giám đốc Chu kỳ Doanh thu Toàn hệ thống
Ngày hiệu lực	10/20/2024
Ngày rà soát tiếp theo	10/31/2025



TIÊU ĐỀ: Giới hạn về phí (AGB) & HFAL

MỤC ĐÍCH: Thiết lập chính sách và quy trình số tiền tính cho bệnh nhân đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính.

TUYÊN BỐ CHÍNH SÁCH: Theo quy định IRS 501r, University of Vermont Health Network – NY Partners sẽ giới hạn mức tính phí đối với những bệnh nhân đủ điều kiện theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi ở số tiền viện phí thường được lập hóa đơn (AGB) áp dụng cho bệnh nhân có bảo hiểm đối với dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác. Theo quy định của Tiểu bang New York, PHL 2807-k, các giới hạn bổ sung sẽ được áp dụng đối với bệnh nhân không có bảo hiểm

Chính sách áp dụng đối với các đơn vị thành viên UVMHN sau:

Champlain Valley Physicians Hospital
75 Beekman Street
Plattsburgh, NY 12901

Alice Hyde Medical Center
133 Park Street
Malone, NY 12953

Elizabethtown Community Hospital
75 Park Street
Elizabethtown, NY 12932

QUY TRÌNH:

1. University of Vermont Medical Health Network, NY Partners sẽ tính toán số tiền viện phí thường được lập hóa đơn cho bệnh nhân có bảo hiểm hằng năm và giới hạn theo mức đó, số tiền được lập hóa đơn cho bệnh nhân đối với các dịch vụ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. AGB sẽ được tính toán vào tháng Mười và sẽ áp dụng cho tất cả các dịch vụ được cung cấp trong năm tài khóa mới.
2. UVMHN NY Partners sẽ sử dụng phương pháp look-back (tính toán dựa trên dữ liệu thanh toán trước đây) để tính AGB và sẽ bao gồm cả các bên chi trả thuộc chính phủ và thương mại; cụ thể là Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage và các bên chi trả bảo hiểm thương mại/tư nhân.
3. Theo quy định của IRS, UVMHN NY Partners sẽ bao gồm tất cả các yêu cầu bồi thường được chấp thuận trong năm tài khóa trước, bao gồm cả các khoản chi phí mà bệnh nhân phải chịu trách nhiệm thanh toán. Các yêu cầu bồi thường được rà soát là những yêu cầu đã được thanh toán trong khoảng thời gian 12 tháng đó, không phải các dịch vụ đã được cung cấp trong khung thời gian này. Nếu một yêu cầu bồi thường chưa được hoàn tất vào ngày cuối cùng của giai đoạn 12 tháng thì sẽ không được tính vào việc tính toán của năm tài khóa này.
4. Khi tính toán số tiền viện phí thường được lập hóa đơn, chúng tôi bao gồm toàn bộ khoản chi phí mà công ty bảo hiểm chấp thuận cộng với phần chi phí mà bệnh nhân phải thanh toán. Điều này sẽ bao gồm các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khấu trừ.
5. Để bảo đảm chỉ bao gồm những khoản phí/dịch vụ có điều chỉnh được chấp thuận, UVMHN NY Partners sẽ giảm tổng số tiền được chấp thuận theo các điều chỉnh áp dụng do thiếu sự phê duyệt. Những khoản phí này không được bên chi trả chấp thuận và được điều chỉnh ở mức phí gộp.
6. Việc tính toán sẽ bao gồm toàn bộ số tiền được bên bảo hiểm chấp thuận, trừ đi các điều chỉnh hành chính do thiếu sự phê duyệt được áp dụng; số tiền này sau đó được chia cho tổng số phí gộp được lập hóa đơn cho các yêu cầu bồi thường đó.

7. Việc tính toán cho năm tài chính 2024 (từ ngày 1 tháng 10 năm 2023 – ngày 30 tháng 9 năm 2024) là số tiền tối thiểu sẽ được cấp cho những người đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính:

a. Champlain Valley Physicians Hospital:	64%
b. Alice Hyde Medical Center:	44%
c. Elizabethtown Community Hospital:	51%

8. Theo quy định của Luật Tiểu bang New York, bệnh nhân có bảo hiểm và không có bảo hiểm sẽ được hưởng mức giảm tối thiểu dựa trên phép tính HFAL được nêu dưới đây. Mặc dù không bắt buộc theo yêu cầu luật nhưng chính sách của chúng tôi sẽ áp dụng mức tỷ lệ kết hợp tốt nhất từ cả ba bệnh viện đối tác, điều chỉnh cho cả bệnh nhân không có bảo hiểm và bệnh nhân có bảo hiểm nhưng không đủ mức chi trả tại ba bệnh viện UVMHN ở New York.

Mức thu nhập	Khoản thanh toán
Dưới 200% FPL	Miễn toàn bộ chi phí
200%-300% FPL	Bệnh nhân không có bảo hiểm: Áp dụng biểu phí trượt, tối đa đến 10% số tiền mà Medicaid sẽ chi trả cho (các) dịch vụ đó. Bệnh nhân có bảo hiểm nhưng không đủ chi trả: Tối đa 10% số tiền mà bảo hiểm của bệnh nhân sẽ chi trả theo phần đồng chi trả của bệnh nhân.
301%-400% FPL	Bệnh nhân không có bảo hiểm: Áp dụng biểu phí trượt, tối đa đến 20% số tiền mà Medicaid sẽ chi trả cho (các) dịch vụ đó. Bệnh nhân có bảo hiểm nhưng không đủ chi trả: Tối đa 20% số tiền mà bảo hiểm của bệnh nhân sẽ chi trả theo phần đồng chi trả của bệnh nhân.

9. Cách tính tỷ lệ kết hợp cho AHMC, CVPH và ECH cho năm tài chính 2025 như sau:

a) Bệnh nhân có bảo hiểm

đủ điều kiện sẽ nhận được khoản hỗ trợ sau dựa trên FPL (không cần xác định tình trạng bảo hiểm chưa đầy đủ vì mức giảm đã vượt yêu cầu tối thiểu theo luật):

- < 250% của FPL được giảm 100% số tiền nợ sau bảo hiểm
- < 300% của FPL tối đa là 10% số tiền nợ sau bảo hiểm
- < 400% của FPL tối đa là 20% số tiền nợ sau bảo hiểm

b) Bệnh nhân không có bảo hiểm đủ điều kiện sẽ nhận được khoản hỗ trợ sau dựa trên FPL

- < 250% của FPL được giảm 100%
- < 300% của FPL được giảm 98%
- < 400% của FPL được giảm 96%

10. Đối với trường hợp phát hiện muộn về tính đủ điều kiện và để tuân thủ các quy định về vùng an toàn, tất cả các bệnh viện sẽ hoàn trả cho bệnh nhân bất kỳ khoản thanh toán nào vượt quá AGB đối với dịch vụ chăm sóc mà lẽ ra đã đủ điều kiện để được hỗ trợ trong vòng 240 ngày kể từ ngày phê duyệt đơn xin hỗ trợ. Lưu ý, các khoản thanh toán vượt mức có thể được áp dụng để bù trừ các số dư nợ khác đang tồn tại trước khi tiến hành hoàn trả cho bệnh nhân.

KẾ HOẠCH GIÁM SÁT:

Kiểm toán hàng năm

Rà soát tự động hóa EHR

ĐỊNH NGHĨA:

Điều chỉnh về quản lý hành chính: Một khoản điều chỉnh hoặc xóa bỏ các khoản phí trên một tài khoản, ví dụ: thiếu giấy phép, v.v.

Số tiền được chấp thuận: Khoản thanh toán tối đa mà một chương trình bảo hiểm sẽ chi trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm

Tổng phí: Toàn bộ số tiền được tính cho dịch vụ cung cấp trước khi áp dụng các điều chỉnh hoặc chiết khấu

Giới hạn về phí: Mỗi bệnh viện được miễn thuế phải giới hạn số tiền viện phí thường được lập hóa đơn đối với dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế được cung cấp cho bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính ở mức tương ứng với số tiền viện phí thường được lập hóa đơn cho bệnh nhân có bảo hiểm và không được sử dụng mức phí gộp.

Phương pháp look-back (tính toán dựa trên dữ liệu thanh toán trước đây): Xem xét hồi cứu tất cả các yêu cầu bồi thường đã được các công ty bảo hiểm chi trả trong năm tài chính trước đó.

CÁC CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN:

PAS1B Chương trình Hỗ trợ Tài chính

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

IRC § 501(r)(4):

IRC § 501(r)(5):

IRC § 501(r)(6):

NYS PHL§2807k

CHUYÊN GIA THẨM ĐỊNH:

Katherine A Peterson, AVP Revenue Cycle, AHMC/CVPH

Susan Vogelzang, Director Patient Accounting AHMC

Christine Cook, Director Patient Financial Services, ECH/PMC

Kirsten Pope, Director Internal Audit & Compliance, CVPH

Shannon Lonergan, AVP Patient Access, CVMC/ECH/PMC/UVMMC

CHỦ SỞ HỮU: Melissa LaMountain, Giám đốc Khu vực Patient Access

CÁN BỘ PHÊ DUYỆT: Phó Giám đốc Chu kỳ Doanh thu Toàn hệ thống