

CƠ SỞ: Phoenixville Hospital	
SỐ TAY HƯỚNG DẪN: Tổ chức (Quản lý)	THƯ MỤC: Các Quyền và Trách nhiệm của Cá nhân
TIÊU ĐỀ: Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân	CHỦ SỞ HỮU TÀI LIỆU: Giám đốc phụ trách Quyền tiếp cận của Bệnh nhân
NGƯỜI QUẢN LÝ TÀI LIỆU: Phó Chủ tịch Chu trình Doanh thu	TỪ KHÓA:
NGÀY GỐC: Tháng 9 năm 2017	(CÁC) NGÀY SỬA ĐỔI: THÁNG 10 NĂM 2020

PHẠM VI:

Làm đơn xin vào Bệnh viện Phoenixville và các đơn vị trực thuộc của bệnh viện. Chính sách này không áp dụng cho các bác sĩ không có hợp đồng đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cho các bệnh nhân Bệnh viện Phoenixville.

MỤC ĐÍCH:

Để đảm bảo các thủ tục tiêu chuẩn được thiết lập và thực hiện trong toàn Bệnh viện Phoenixville liên quan đến việc xác định và hỗ trợ liên tục những bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính. Bệnh viện Phoenixville được chỉ định là một tổ chức từ thiện theo Bộ Luật Thuế Vụ (IRC) Mục 501(c) (3). Để tuân theo Mục 501(r) của IRC, cần phải thiết lập và công bố rộng rãi chính sách hỗ trợ tài chính của tổ chức. Mục đích của chính sách này là xác định và phục vụ các bệnh nhân có nhu cầu về tài chính, cũng như nâng cao nhận thức về hỗ trợ tài chính sẵn có trong toàn bộ hệ thống y tế và cộng đồng.

CHÍNH SÁCH:

Là một phần trong sứ mệnh của Bệnh viện Phoenixville về cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân văn, dễ tiếp cận, chất lượng cao và tiết kiệm chi phí, chúng tôi công nhận rằng không phải tất cả bệnh nhân đều có khả năng như nhau trong việc thanh toán cho các dịch vụ y tế. Bệnh viện Phoenixville sẽ công bố rộng rãi hỗ trợ tài chính sẵn có cho cộng đồng thông qua website của hệ thống y tế, các sổ tay và tham gia vào các nhóm vận động trong cộng đồng. Các Tư vấn viên Tài chính sẽ hướng dẫn bệnh nhân và gia đình về các nguồn lực sẵn có và sẽ cung cấp hỗ trợ trong việc nộp đơn xin hỗ trợ tài chính và thủ tục phê duyệt để đảm bảo tất cả bệnh nhân tiếp tục có cơ hội tiếp cận sự chăm sóc mà họ cần.

CÁC ĐỊNH NGHĨA:

Số tiền thường được tính (AGB): Theo Mục 501(r)(5)(A), bệnh viện phải giới hạn chi phí được tính cho cấp cứu hoặc các hình thức chăm sóc y tế cần thiết khác cho các cá nhân đủ điều kiện được nhận hỗ trợ FAP của bệnh viện (cá nhân đủ điều kiện nhận FAP). Số tiền giới hạn không được lớn hơn số tiền thường được tính của bệnh nhân có bảo hiểm đối với hạng mục chăm sóc đó. AGB được tính bằng phương thức tiền cứu dựa trên mức phí của Medicare cho các loại hình dịch vụ.

EMTALA (Đạo luật Điều trị Y tế Khẩn cấp và Chuyển da Lâm bồn): Yêu cầu pháp lý của Liên bang quy định rằng bệnh viện chấp nhận các khoản thanh toán từ Medicare để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những bệnh nhân đến khoa cấp cứu để được điều trị, bất kể quốc tịch hay tình trạng pháp lý ở Hoa Kỳ hoặc khả năng chi trả cho các dịch vụ của bệnh nhân đó ra sao.

Quy định về Mức Nghèo đói Liên bang (FPL): Những quy định này được công bố hàng năm trong sổ sách Liên bang và được sử dụng để xác định đường cơ sở cho mức độ nghèo đói. Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ công bố thông tin thống kê này.

Hỗ trợ Tài chính: Chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân mà không kỳ vọng được thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc, dù là toàn bộ hay một phần, được xác định bởi việc bệnh nhân mất khả năng tài chính để chi trả.

Người bảo lãnh: Người chịu trách nhiệm pháp lý và trách nhiệm tài chính đối với việc thanh toán hóa đơn của bệnh nhân.

Dịch vụ chi phí cao: Vì mục đích của chính sách này, các dịch vụ chi phí cao được định nghĩa là những không chỉ giới hạn ở các dịch vụ được tạo ra bởi các bộ phận chi phí cao như dịch vụ chiếu chụp cao cấp, tim mạch, các dịch vụ phẫu thuật, nhập viện theo lịch trình, các dịch vụ hô hấp cũng như các dịch vụ trị liệu ngoại trú.

Thành phần hộ gia đình: Được xác định bởi mức thuế theo quy mô hộ gia đình. Quy mô hộ gia đình bao gồm nhưng không giới hạn ở người khai thuế, vợ/chồng của người khai thuế và những người phụ thuộc trong tờ khai thuế.

Thu nhập hộ gia đình: Thu nhập của những người sinh sống trong hộ gia đình, bao gồm nhưng không giới hạn ở tiền lương, tiền lãi, cổ tức, phúc lợi an sinh xã hội, phúc lợi cựu chiến binh, lương hưu và thu nhập của vợ/chồng. Vì mục đích hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính, các ví dụ về thu nhập bị loại trừ là trợ cấp tạm thời phúc lợi cho các gia đình nghèo (TANF), các phúc lợi chương trình trợ cấp dinh dưỡng bổ sung (SNAP), các phúc lợi của chương trình trợ cấp năng lượng nhà ở thu nhập thấp (LIHEAP) và các phúc lợi trợ cấp theo thời tiết.

Medicaid: Một chương trình chung của liên bang và tiểu bang để trợ giúp chi phí y tế cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế: Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và vật tư cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị một căn bệnh, thương tích, tình trạng, bệnh tật hoặc các triệu chứng đáp ứng được các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận.

Các bệnh nhân được giả định là hội đủ điều kiện: Những bệnh nhân được giả định là hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính căn cứ vào hoàn cảnh sống như vô gia cư, không có thu nhập hoặc hội đủ điều kiện cho chương trình hỗ trợ tài chính trước đó.

Bệnh nhân có bảo hiểm không đầy đủ: Những bệnh nhân có phạm vi bảo hiểm dẫn đến trách nhiệm tài chính của bệnh nhân cao trong việc chi trả các hóa đơn y tế của họ.

Bệnh nhân không có bảo hiểm: Những bệnh nhân không có bảo hiểm bao trả cho các nhu cầu y tế của họ.

THỦ TỤC:

1) Xây dựng nhận thức về lựa chọn Hỗ trợ Tài chính dành cho Bệnh nhân

Chính sách Hỗ trợ Tài chính hiện hành và đơn xin hỗ trợ tài chính bằng tiếng Anh và Tây Ban Nha được cung cấp tại <https://towerhealth.org/locations/phoenixville-hospital/billing/financial-assistance>. Ngoài ra, Tower Health duy trì, và cập nhật, ít nhất mỗi quý một lần, một danh sách tất cả các nhà cung cấp (được xác định theo tên, nhóm/tổ chức hành nghề, phòng khoa bệnh viện hoặc loại dịch vụ) cung cấp chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế

tại Bệnh Viện Phoenixville trong đó nêu rõ nhà cung cấp nào nằm trong hoặc không nằm trong chính sách Hỗ Trợ Tài Chính dành cho Bệnh Nhân này. Danh sách nhà cung cấp này có sẵn trực tuyến tại địa chỉ trang web sau đây của Bệnh Viện Phoenixville:

<https://www.towerhealth.org/providers/>. Phí cho các dịch vụ được cung cấp bởi các bác sĩ không phải là nhân viên của Bệnh Viện Phoenixville không nằm trong chính sách hỗ trợ tài chính này.

- a) Các cuốn sách được in bằng tiếng Anh và Tây Ban Nha sẽ được cung cấp ở các tiền sảnh và khu vực chờ trong Bệnh viện Phoenixville. Những cuốn sách này cung cấp nội dung tóm tắt dễ hiểu về chương trình hỗ trợ tài chính, cùng thông tin liên hệ của các nhân viên Bệnh viện Phoenixville sẽ hỗ trợ bệnh nhân làm thủ tục nộp đơn. Những cuốn sách này cũng được phát cho bệnh nhân ở các điểm đăng ký trong Bệnh viện Phoenixville. Những bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc thể hiện là không có khả năng chi trả tại thời điểm nhận dịch vụ sẽ được cung cấp cuốn sách này. Các bệnh nhân cấp cứu trong những tình huống này được cung cấp cuốn sách khi họ ra viện.
- b) Các bảng kê hóa đơn của bệnh nhân cho các dịch vụ Bệnh viện Phoenixville có chứa hướng dẫn và chỉ dẫn về tình trạng sẵn có của chương trình hỗ trợ tài chính. Ngoài ra, mặt sau của bảng kê hóa đơn là đơn xin hỗ trợ tài chính.
- c) Bệnh viện Phoenixville sẽ làm việc chặt chẽ với các chương trình vận động trong cộng đồng. Tình trạng sẵn có của chính sách hỗ trợ tài chính Bệnh viện Phoenixville sẽ được chia sẻ với những cơ quan này.

2) Xác định các bệnh nhân cần Hỗ trợ Tài chính cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế:

- a) Là kết quả của quá trình xác minh bảo hiểm cho các dịch vụ tài chính dành cho bệnh nhân của Bệnh viện Phoenixville, sẽ có cơ hội để xác định các bệnh nhân không có bảo hiểm và bệnh nhân không được bảo hiểm đầy đủ. Các nhân viên tư vấn tài chính của Bệnh viện Phoenixville sẽ hỗ trợ những bệnh nhân này làm thủ tục nộp đơn xin Medicaid.
- b) Những bệnh nhân bị từ chối bảo hiểm Medicaid, hoặc những bệnh nhân được sàng lọc và xác định là không đáp ứng được các tiêu chí của bảo hiểm Medicaid, sẽ được xem xét vào chương trình Hỗ trợ Tài chính dành cho Bệnh nhân.
- c) Các dịch vụ tài chính dành cho bệnh nhân của Bệnh viện Phoenixville sẽ sử dụng các nguồn lực sẵn có đủ điều kiện để xác định phạm vi bảo hiểm và các phúc lợi sẵn có cho tất cả các bệnh nhân. Với những bệnh nhân đã được sắp xếp lịch, việc xác minh phạm vi bảo hiểm sẽ diễn ra trước khi bệnh nhân tiếp nhận tất cả các dịch vụ chi phí cao (ví dụ như MRI, chụp CT, các thủ thuật phẫu thuật, dịch vụ tim mạch). Các bệnh nhân đã được sắp xếp lịch nhận được những dịch vụ không được định nghĩa là chi phí cao, cũng như các bệnh nhân không theo lịch trình, sẽ được xác minh phạm vi bảo hiểm tại thời điểm nhận phòng. Là kết quả của quá trình xác minh phạm vi bảo hiểm, các bệnh nhân có thể được yêu cầu chi trả số tiền còn nợ của bệnh nhân đã được xác nhận trước khi nhận phòng. Các bệnh nhân cấp cứu nội khoa sẽ được xác minh bảo hiểm sau thời điểm khám sàng lọc y tế, theo quy định của EMTALA.
- d) Chính sách tính toán và thu phí của Bệnh viện Brandywine quy định thủ tục tính phí và thu phí đối với bệnh nhân không có bảo hiểm và truy thu các khoản chưa thanh toán. Mức phí không bảo hiểm là 25% trên tổng AGB và được áp dụng tại thời điểm thực hiện thanh toán lần đầu. Chính sách tính toán và thu phí độc lập của Bệnh viện Brandywine được đăng tải trực tuyến trên trang web của Bệnh viện. Cá nhân có thể gửi email đến địa chỉ call.center@towerhealth.org hoặc gọi 484-628-5683 để nhận bản sao bằng văn bản miễn phí.

3) Xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính

- a) Các bệnh nhân đang cần, hoặc đã nhận được các dịch vụ cần thiết về mặt y tế và những người chứng minh được là không có khả năng chi trả cho các dịch vụ, sẽ được xem xét vào chính sách hỗ trợ tài chính.
- b) Những bệnh nhân thăm khám từ nước ngoài và cần các dịch vụ khẩn cấp hội đủ điều kiện để được xem xét nhận hỗ trợ tài chính. Tuy nhiên, những bệnh nhân thăm khám ở Hoa Kỳ với mục đích nhận được sự chăm sóc không khẩn cấp thường không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
- c) Các bệnh nhân sẽ được yêu cầu cung cấp thông tin xác minh thu nhập hộ gia đình cùng với tên của những người sống trong hộ gia đình, theo yêu cầu của thủ tục nộp đơn. Thông tin này được sử dụng để xác định hộ gia đình rơi vào mức nào trong Quy định về Mức Nghèo đói Liên bang (FPL). Danh mục FPL sẽ xác định số tiền đóng góp của bệnh nhân hoặc người bảo lãnh vào hóa đơn y tế của họ như được trình bày trong biểu đồ dưới đây:
- d) Tiền trợ cấp được phân bổ cho từng hạng mục FPL và được tính toán dựa trên tỷ lệ phần trăm được phân bổ của Mức Phí Medicare cho Dịch vụ Chăm sóc Y tế. Đối với bệnh nhân vượt quá 400% mức FPL thì mức phí không bảo hiểm sẽ được áp dụng.

Danh mức FPL	Trợ cấp	Chi trả tối đa của bệnh nhân cho một lần gặp/thăm khám
= < 200% FPL	trợ cấp hỗ trợ tài chính 100%	\$0
từ 201% lên tới 250% FPL	trợ cấp 90% theo tỷ lệ MCR FFS	\$300
từ 251% lên tới 300% FPL	trợ cấp 80% theo tỷ lệ MCR FFS	\$500
từ 301% lên tới 350% FPL	trợ cấp 70% theo tỷ lệ MCR FFS	\$1.000
từ 351% lên tới 400% FPL	trợ cấp 50% theo tỷ lệ MCR FFS	\$2.000

- e) Bệnh nhân cũng có thể được coi là hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính căn cứ vào hoàn cảnh hiện tại của họ. Bệnh viện Phoenixville sẽ sử dụng tất cả các nguồn lực sẵn có để xác minh khả năng hội đủ điều kiện giả định. Ví dụ: các tài nguyên xác minh điện tử, thư quản lý từ các thành viên gia đình hoặc nơi cư trú, và/hoặc mô tả của chính bệnh nhân về hoàn cảnh sống hiện tại của họ sẽ được xem xét. Những bệnh nhân đáp ứng được khả năng hội đủ điều kiện giả định sẽ nhận được hỗ trợ tài chính 100%.
- f) Bệnh nhân được khuyến khích bắt đầu nộp đơn xin hỗ trợ tài chính càng sớm càng tốt trong quy trình tiếp cận chăm sóc y tế. Bệnh viện Phoenixville càng sớm biết về nhu cầu tài chính, cơ hội kết nối thành công bệnh nhân với các nguồn lực tiềm năng như Medicaid hoặc các chương trình bảo hiểm hoặc hỗ trợ khác sẽ càng lớn. Mặc dù điều lý tưởng là bắt đầu thủ tục càng sớm càng tốt, bệnh nhân vẫn hội đủ điều kiện để yêu cầu xem xét hỗ trợ tài chính vào bất kỳ thời điểm nào trong chu trình thanh toán và truy thu. Nếu đơn xin hỗ trợ tài chính được bắt đầu khi tài khoản đang trong quá trình truy thu, hoạt động truy thu sẽ dừng lại cho đến khi quyết định về khả năng hội đủ điều kiện được đưa ra.

- g) Bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính sẽ trả phí ít hơn mức phí gộp cho mọi loại hình chăm sóc không thuộc diện cấp cứu và không thuộc diện cần thiết về mặt y tế của bệnh viện.
- h) Các quyết định liên quan đến khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được đưa ra trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh. Các đơn chưa hoàn chỉnh sẽ được xem xét và những nỗ lực liên hệ với bệnh nhân/người bảo lãnh để yêu cầu thêm thông tin bổ sung sẽ được thực hiện. Một thư xác nhận bằng tiếng Anh hoặc Tây Ban Nha, và một bảng kê hóa đơn sửa đổi của bệnh nhân, sẽ được gửi đến cho bệnh nhân mô tả kết quả quyết định. Bảng kê hóa đơn sửa đổi sẽ xem xét xem bệnh nhân có chi trả quá mức hay không trong khi xác định số tiền đến hạn. Khi hỗ trợ tài chính được phê duyệt, thư xác nhận sẽ có vai trò là một phương tiện xác định khung thời gian được bao trả theo quyết định hỗ trợ tài chính. Thư xác nhận sẽ bao gồm tên của người liên hệ để bệnh nhân giữ lại làm tài liệu tham khảo và là nguồn thông tin để giải đáp những thắc mắc bổ sung.
- i) Nếu hỗ trợ tài chính không được phê duyệt, các thư bằng tiếng Anh và Tây Ban Nha sẽ được gửi đi trong đó mô tả lý do của quyết định đó, cũng như thông tin về các tùy chọn thanh toán khác. Nếu bệnh nhân muốn kháng cáo quyết định đã được đưa ra, các chỉ dẫn về thủ tục kháng cáo cũng sẽ được cung cấp.
- j) Những bệnh nhân hoặc người bảo lãnh không đồng ý với kết quả của quyết định về khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ có cơ hội kháng cáo quyết định này. Giám đốc phụ trách Quyền tiếp cận của Bệnh nhân, Phó Chủ tịch Chu trình Doanh thu và nếu cần thiết, Phó Chủ tịch Cấp cao và Giám đốc Tài chính sẽ chịu trách nhiệm xem xét đơn kháng cáo.

HƯỚNG DẪN:

QUY ƯỚC CỦA NHÀ CUNG CẤP:

GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO:

Nhóm Quản lý Quyền tiếp cận của Bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm phổ biến thông tin hàng năm về những kỳ vọng nằm trong chính sách này. Các nhân viên mới phụ trách quyền tiếp cận của bệnh nhân sẽ được đào tạo như là một phần trong định hướng ban đầu của họ.

THAM KHẢO:

PHÊ DUYỆT CỦA HỘI ĐỒNG/ỦY BAN:

BÃI BỎ:

Nội dung của tài liệu này thay thế tất cả các chính sách/thủ tục/quy ước/hướng dẫn, bản ghi nhớ trước đây và/hoặc các nội dung trao đổi thông tin khác gắn liền với tài liệu này.