



BON SECOURS HEALTH SYSTEM

Chính sách/Quy trình

Tiêu đề: Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân	Ngày: 01/04//2016
	Thay thế cho phiên bản ngày: 12/01/2015
Danh mục: SYS.MIS.FAP	Được phê duyệt bởi: Ban lãnh đạo BSHSI

CHÍNH SÁCH

Chính sách của Bon Secours Health System, Inc. (“BSHSI”) là cam kết đảm bảo quyền tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho tất cả mọi người. BSHSI đối xử với tất cả bệnh nhân, cho dù có bảo hiểm hay không có bảo hiểm, bằng nhân phẩm, sự tôn trọng và tình thương yêu trong suốt quá trình tiếp nhận, cung cấp dịch vụ, xuất viện, lập hóa đơn và thu nợ. Chính sách này được soạn thảo với mục đích nhằm đáp ứng các yêu cầu trong Mục 501(r) của Bộ luật Doanh thu Nội bộ năm 1986, khi được sửa đổi, liên quan đến các chính sách hỗ trợ tài chính và chăm sóc y tế cấp cứu, giới hạn về chi phí với người đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, và các nỗ lực thanh toán và thu tiền hợp lý và phải được giải thích tương ứng.

PHẠM VI

Chính sách này được sử dụng tại tất cả các cơ sở chăm sóc khẩn cấp và phòng cấp cứu thường trực miễn phí của BSHSI.

ĐỊNH NGHĨA

Số tiền thường được lập hóa đơn (AGB) – Số tiền thường được lập hóa đơn có nghĩa là số tiền thường được tính vào viện phí cho các dịch vụ cấp cứu và cần thiết về y tế cho bệnh nhân có bảo hiểm cho các dịch vụ này. Chi phí cho bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính phải được giới hạn không quá số tiền thường được lập hóa đơn (“AGB”) cho những dịch vụ đó. Những chi phí này được dựa vào số tiền trung bình cho phép từ chương trình Medicare và các bên thanh toán thương mại cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về mặt y tế. Số tiền được phép bao gồm cả số tiền công ty bảo hiểm sẽ chi trả và số tiền cá nhân chịu trách nhiệm thanh toán riêng, nếu có. AGB được tính bằng cách sử dụng phương pháp tham chiếu ngược theo khoản 26 CFR §1.501(r).

Nợ xấu - Số dư tài khoản mà bệnh nhân hoặc người bảo lãnh nợ được chuyển thành không thể thu.

Thăm mỹ - Cuộc phẫu thuật có mục đích chính là cải thiện vẻ ngoài.

Bệnh viện có thi phần bất cân xứng (DSH) - Bệnh viện phục vụ số lượng lớn bệnh nhân có thu nhập thấp và nhận thanh toán từ Trung tâm Dịch vụ Medicaid và Medicare để trả chi phí cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân không có bảo hiểm.

Dịch vụ hợp lệ - Dịch vụ được các cơ sở của BSHSI cung cấp đủ điều kiện theo chính sách hỗ trợ tài chính này phải bao gồm:

- (A) Dịch vụ y tế khẩn cấp được cung cấp trong phòng cấp cứu.
- (B) Dịch vụ y tế không có lựa chọn được cung cấp nhằm ứng phó với tình huống đe dọa tính mạng trong phòng cấp cứu của bệnh viện
- (C) Dịch vụ cần thiết về mặt y tế.

Tình trạng y tế khẩn cấp - Tình trạng có biểu hiện là các triệu chứng cấp tính có đủ mức độ nghiêm trọng (bao gồm đau nặng) đến nỗi một người bình thường có kiến thức trung bình về thuốc và sức khỏe, có thể dự đoán là do thiếu sự quan tâm kịp thời về y tế dẫn đến:

- (A) Nguy cơ nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân đó hoặc, trong trường hợp phụ nữ mang thai, là sức khỏe của bà mẹ và thai nhi;
- (B) Suy yếu nghiêm trọng các chức năng của cơ thể; hoặc
- (C) Rối loạn nghiêm trọng cơ quan hoặc bộ phận cơ thể.

Thu nhập gia đình - Tổng số tiền mặt hoặc tương đương tiền mặt do cá nhân kiếm được hoặc được chu cấp. Các khoản không được coi là thu nhập là trợ cấp không bằng tiền mặt và viện trợ cứu tế của chính phủ, chẳng hạn như trợ cấp thực phẩm và nhà ở, và hỗ trợ giáo dục.

Định mức nghèo khó liên bang - Mức nghèo khó liên bang được chính phủ Hoa Kỳ sử dụng để xác định mức độ nghèo khó của bệnh nhân và gia đình cho mục đích của Chính sách này. Mức này được dựa trên thu nhập bằng tiền mặt hàng năm của gia đình, thay vì tổng phúc lợi, tiêu dùng hàng năm hoặc đánh giá riêng về khỏe mạnh. Định mức nghèo khó được cập nhật hàng năm trong tạp chí Đăng ký Liên bang do Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ phát hành có hiệu lực tại thời điểm ra quyết định.

Mức giá đồng loạt - Phí xác định trước cho các dịch vụ nhất định mà bệnh nhân chọn lựa, do bệnh nhân thanh toán tại thời điểm thực hiện dịch vụ.

Người bảo lãnh - Bệnh nhân, người chăm sóc hoặc tổ chức chịu trách nhiệm thanh toán cho hóa đơn chăm sóc sức khỏe.

Người chủ gia đình - Cá nhân được liệt kê trong tờ khai thu nhập là “Người chủ gia đình”.

Người vô gia cư - Người không có nhà cửa cố định, có thể sống trên hè phố; sống trong nhà tạm, lang thang, trong nhà hoặc xe cộ bỏ hoang; hoặc trong bất kỳ tình huống không ổn định hoặc không cố định nào khác. Một người có thể bị coi là vô gia cư nếu người đó “sống” cùng với hàng loạt bạn bè và/hoặc thành viên gia đình mở rộng trong hơn 90 ngày.

Thành viên gia đình (“Người phụ thuộc”) – Cá nhân “cư trú” trong nhà được ghi trên tờ khai thu nhập của Người chủ gia đình.

Nhà cung cấp y tế đủ điều kiện/Tổ chức hỗ trợ y tế - Nhà thầu có hợp đồng với BSHSI để sàng lọc bệnh nhân cho các chương trình của chính phủ và Hỗ trợ tài chính của BSHSI.

Dịch vụ y tế cần thiết - Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị ốm đau, thương tích, tình trạng, bệnh tật hoặc triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn thuốc được chấp nhận. Trong bất kỳ trường hợp nào, nếu tình trạng gây ra triệu chứng suy nhược hoặc tác dụng phụ, thì tình trạng đó được coi là cần thiết về mặt y tế để điều trị.

Dịch vụ không đủ điều kiện - Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách này:

- (A) Dịch vụ được cung cấp do kết quả của tai nạn. Các chi phí này chịu sự chi phối của các văn kiện pháp luật bắt buộc nhằm đảm bảo thanh toán của bên thứ ba có trách nhiệm, ngay cả khi những văn kiện này được ban hành sau khi phê duyệt tính đủ điều kiện ban đầu cho Chương trình Hỗ trợ Tài chính dành cho Bệnh nhân. Nếu có bên thứ ba chi trả, BSHSI sẽ thu số dư nợ từ bên thanh toán thứ ba. Nếu không có bên thứ ba chi trả, bệnh nhân có thể nộp đơn xin hỗ trợ tài chính.
- (B) Các thủ thuật tùy chọn không cần thiết về mặt y tế như thủ thuật phẫu thuật thẩm mỹ và có mức giá đồng loạt và bệnh nhân có bảo hiểm chọn không sử dụng bảo hiểm, thiết bị y tế lâu bền, chăm sóc tại nhà và thuốc kê đơn.

Các quy định điều chỉnh

Khi triển khai chính sách này, BSHSI sẽ tuân thủ mọi quy định, luật lệ khác của liên bang, tiểu bang, và địa phương có thể áp dụng cho các hoạt động được tiến hành theo chính sách này.

QUY TRÌNH

Nguyên lý cho quy trình này là BSHSI chủ động sàng lọc để xác định các cá nhân và thành viên gia đình có thể đủ điều kiện cho chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang, tiểu bang và địa phương hoặc chương trình Hỗ trợ Tài chính dành cho Bệnh nhân của Bon Secours (“FAP”). Việc áp dụng chính sách này cho bất kỳ bệnh nhân nào phụ thuộc vào việc hoàn thành thỏa đáng đơn xin nhận hỗ trợ tài chính kèm theo tất cả tài liệu cần thiết. Bất kỳ bệnh nhân nào từ chối hoàn thành một cách thỏa đáng đơn xin nhận hỗ trợ tài chính bao gồm tài liệu hỗ trợ đều không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo chính sách này (miễn là bệnh nhân đã nhận thông báo bắt buộc theo quy định ở Mục 501(r)).

BSHSI mong muốn tất cả bệnh nhân đều được sàng lọc cho chương trình bảo hiểm liên bang, tiểu bang hoặc địa phương trước khi được sàng lọc cho BSHSI FAP. Bệnh nhân nên phối hợp và cung cấp thông tin thích hợp và kịp thời cho BSHSI để nhận hỗ trợ tài chính. Các cá nhân có khả năng tài chính để mua bảo hiểm sức khỏe được khuyến khích nên làm như vậy, vì đó là cách đảm bảo tiếp cận tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe rộng hơn và vì lợi ích cá nhân tổng thể.

Trong những tình huống nhất định, luật hiện hành của tiểu bang có thể áp dụng các quy định khác hoặc bổ sung. Mục đích của chính sách này là đáp ứng cả các quy định của Liên bang và tiểu bang ở những bang đó. Theo đó, một số quy định nhất định chỉ áp dụng ở các bang như được ghi chú dưới đây.

1. Tiêu chí đủ điều kiện

Việc cấp hỗ trợ tài chính sẽ được dựa trên việc xác định nhu cầu tài chính theo cá nhân và không tính đến sắc tộc, tôn giáo, màu da, giới tính, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, xuất xứ quốc gia, xu hướng tình dục, nhận thức giới tính, thông tin di truyền, tình trạng thâm niên, khuyết tật hay các đặc điểm khác được pháp luật bảo vệ.

2. Số tiền tính viện phí cho bệnh nhân

FAP quy định hỗ trợ 100% cho các Dịch vụ đủ điều kiện cho bệnh nhân có bảo hiểm và không có bảo hiểm có tổng thu nhập gia đình hàng năm ở mức hoặc dưới 200% Định mức nghèo khó Liên bang (FPG) được điều chỉnh thường niên. BSHSI cũng cung cấp tỷ lệ chiết khấu cho bệnh nhân có tổng thu nhập gia đình ở khoảng từ 201% đến 400% FPG.

3. AGB

Cá nhân đủ điều kiện nhận FAP hoặc cá nhân không có bảo hiểm sẽ không bị tính viện phí nhiều hơn AGB cho các trường hợp chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế. BSHSI giảm phí cho bệnh nhân không có bảo hiểm không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Số tiền giảm được cung cấp cho những người này là AGB. AGB được điều chỉnh hàng năm theo mức giá thị trường và được dựa trên phương pháp tham chiếu ngược sử dụng Medicare và mức giá thương mại, bao gồm đồng thanh toán và giảm giá.

4. Trường hợp gia đình đủ điều kiện

Có những trường hợp bệnh nhân không có bảo hiểm có vẻ như đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính nhưng bệnh nhân không cung cấp tài liệu hỗ trợ cần thiết để đủ điều kiện. Trong những trường hợp đó, thu nhập ước tính của bệnh nhân và/hoặc số tiền Mức nghèo đói Liên bang có thể được cung cấp thông qua các nguồn khác, chẳng hạn như cơ quan tín dụng, cơ quan đó sẽ cung cấp đủ bằng chứng để chứng minh việc cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân. Trường hợp gia đình đủ điều kiện được xác định tùy theo từng tình huống và chỉ có hiệu lực trong tình huống chăm sóc đó.

5. Giai đoạn có hiệu lực

Bệnh nhân chỉ có thể nộp đơn đề nghị nhận hỗ trợ tài chính tối đa 240 ngày sau ngày lập hóa đơn đầu tiên. Nếu bệnh nhân được phê duyệt nhận hỗ trợ tài chính, mức chi trả của họ có hiệu lực trong 240 ngày trước và 240 ngày sau khi ký đơn. Bệnh nhân được phê duyệt nhận hỗ trợ tài chính hoàn trả lại phí dịch vụ trong khung thời gian phê duyệt 240 ngày sẽ được sàng lọc cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương mỗi lần đến khám. Chương trình hỗ trợ tài chính của BSHSI không phải là bảo hiểm.

Cả cư dân thường trú hoặc không phải cư dân đều đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Tuy nhiên, bệnh nhân ở Hoa Kỳ theo Visa sẽ được đánh giá nhận hỗ trợ tài chính tùy theo từng tình huống. Nếu bệnh nhân ở theo Visa được phê duyệt nhận hỗ trợ tài chính, khung thời gian phê duyệt sẽ chỉ cho tình huống chăm sóc đó, chứ không phải 240 ngày trước hoặc sau ngày ký đơn. Bệnh nhân bắt buộc phải cung cấp bản sao Visa và bất kỳ thông tin bảo hiểm, tài chính và/hoặc tài trợ.

6. Nhà cung cấp tham gia

Một số dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết về y tế được cung cấp bởi các nhà cung cấp không phải BSHSI, không phải nhân viên của BSHBI, có thể lập hóa đơn riêng cho dịch vụ y tế và có thể không áp dụng chính sách hỗ trợ tài chính này.

Chính sách này được Ban Giám đốc của BSHSI phê duyệt.

Để biết về Lập hóa đơn và Thu nợ, vui lòng xem chính sách Lập hóa đơn và Thu nợ của chúng tôi.