

	NGÀY HIỆU LỰC HIỆN TẠI	NGÀY SỬA ĐỔI	HƯỚNG DẪN: Chính Sách Trung Tâm
			SỐ THEO DÕI CPM ____
TIÊU ĐỀ: CHÍNH SÁCH ĐỊNH GIÁ CÔNG BẰNG (BỆNH VIỆN & BÁC SĨ CẤP CỨU)			
THỰC HIỆN BỞI: Mọi phòng ban RCHSD và RCSSD đều chịu trách nhiệm, bao gồm bộ phận Chu Kỳ Doanh Thu, Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân, Tiếp Nhận Bệnh Nhân và Cố Vấn Tài Chính.			
<input checked="" type="checkbox"/> CHÍNH SÁCH/QUY TRÌNH <input type="checkbox"/> QUY TRÌNH TIÊU CHUẨN <input type="checkbox"/> KẾ HOẠCH <input type="checkbox"/> HƯỚNG DẪN			

1.0 MỤC ĐÍCH:

Để xây dựng Chính Sách Định Giá Công Bằng cho Bệnh Viện và Bác Sĩ Cấp Cứu (FPP) của Bệnh Viện Nhi Đồng Rady- San Diego (Bệnh Viện) và Quỹ Y Khoa Chuyên Gia về Nhi Đồng Rady San Diego (Quỹ Y Khoa). Bệnh Viện và Quỹ Y khoa được gọi chung là trong tài liệu này là "Tổ Chức Nhi Đồng Rady".

2.0 ĐỊNH NGHĨA:

“Số Tiền Thường Thu (Amounts Generally Billed, hay AGB)” nghĩa là phương pháp xem xét lúc trước do Tổ Chức Nhi Đồng Rady sử dụng để tính toán giới hạn về phí cho người tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

“Bản Mô Tả Lệ Phí” nghĩa là một biểu phí thống nhất do Tổ Chức Nhi Đồng Rady công bố với công chúng dưới dạng phí thanh toán gộp cho một dịch vụ hoặc khoản mục nhất định, bao gồm các nhóm liên quan tới chẩn đoán, không phụ thuộc vào bên trả tiền.

“Bác Sĩ Cấp Cứu” có nghĩa là một bác sĩ y tế là thành viên có giấy chứng nhận trong các Nhân Viên Y Tế Bệnh Viện và ký hợp đồng với Bệnh Viện để cung cấp dịch vụ y tế khẩn cấp trong phòng cấp cứu (emergency department, hay ED). "Bác Sĩ Cấp Cứu" không bao gồm bác sĩ chuyên môn được gọi tới phòng cấp cứu hoặc là nhân viên, hoặc có đặc quyền nhân viên, ở Bệnh Viện bên ngoài phòng cấp cứu.

“Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính” chương trình của Tổ Chức Nhi Đồng Rady được thiết kế để hỗ trợ Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện về Tài Chính để nhận Chiết Khấu Thanh Toán hoặc Chăm Sóc Từ Thiện với dịch vụ của Bệnh Viện và dịch vụ Bác Sĩ Cấp Cứu.

“**Tự Chi Trả**” nghĩa là bệnh nhân 1) lựa chọn thanh toán cho dịch vụ mà không dùng bảo hiểm của bên thứ ba hoặc 2) khoản nợ tài chính của bệnh nhân/Người Bảo Lãnh sau quyết định của Bên Chi Trả Thứ Ba.

“**Bệnh Nhân Tự Chi Trả**” là bệnh nhân không được bao trả bên thứ ba từ một công ty bảo hiểm y tế, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Medicare, hoặc Medicaid, và những người có thương tích không phải thương tích được bồi thường theo chương trình bồi thường cho người lao động, bảo hiểm xe hơi, hoặc các loại bảo hiểm khác do Bệnh Viện xác định và ghi nhận.

“**Người Không Được Bảo Hiểm**” nghĩa là Bệnh Nhân Tự Chi Trả mà không có bảo hiểm của bên thứ ba, cho dù người đó có đủ điều kiện nhận chăm sóc miễn phí hoặc chiết khấu theo Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Tổ Chức Nhi Đồng Rady hay không.

3.0 CHÍNH SÁCH:

Tổ Chức Nhi Đồng Rady có chính sách hỗ trợ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho trẻ em bằng cách xây dựng các thực hành định giá minh bạch cho Bệnh Viện và dịch vụ Bác Sĩ Cấp Cứu, tuân thủ quy định pháp luật của California và liên bang.

4.0 QUY TRÌNH:

4.1 Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính. Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ lập các văn bản chính sách và quy trình dễ hiểu liên quan tới chiết khấu thanh toán và chăm sóc từ thiện cho các bệnh nhân đủ điều kiện về tài chính. Có thể tìm được các văn bản đó trong chính sách của Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

4.2 Bản Mô Tả Lệ Phí/CDM. Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ:

4.2.1 Công bố bản sao văn bản hoặc điện tử của bản mô tả lệ phí (CDM hay "bảng phí") hiện tại tới công chúng bằng cách đăng trên trang web và/hoặc cung cấp phiên bản in hoặc điện tử tại Phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân (PFS) của bệnh viện.

4.2.2 Đăng thông báo rõ ràng và dễ đọc trong phòng cấp cứu (ED), PFS và văn phòng/kiosk/ô ghi danh mà công chúng có thể tiếp cận và phòng thanh toán rằng có thể xem CDM tại PFS.

4.2.3 Cùng với CDM, cung cấp thông tin về nơi lấy dữ liệu nghiên cứu về chất lượng và kết quả của bệnh viện và thông tin khảo sát của Ủy Ban Hỗn Hợp.

4.2.4 Cập nhật CDM hàng năm.

4.2.5 Theo yêu cầu của bất kỳ người nào, cung cấp bản sao danh sách phí bệnh viện trung bình tại California của Văn Phòng Hoạt Động và Phát Triển Y Tế Toàn Bang California (OSHDP).

4.2.6 Theo yêu cầu của bất kỳ người nào, cung cấp thông tin về Chương Trình

Hỗ Trợ Tài Chính của bệnh viện, người liên hệ liên quan tới chương trình, và đơn đăng ký, theo chính sách Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Tổ Chức Nhi Đồng Rady.

4.3 Ước Tính Chi Phí. Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ:

4.3.1 Theo yêu cầu của một Người Không Được Bảo Hiểm, trong giờ làm việc bình thường và không áp dụng cho dịch vụ cấp cứu, cung cấp văn bản ước tính số tiền yêu cầu một cá nhân phải trả cho dịch vụ và vật tư được dự tính một cách hợp lý là cần thiết để chăm sóc cá nhân đó.

4.3.2 Không giả định rằng một người sẽ đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính khi chuẩn bị văn bản ước tính chi phí dịch vụ. Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ sửa đổi bản ước tính chi phí nếu về sau người đó đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

4.3 Thông Báo Bắt Buộc. Vào ngày 1 tháng Bảy hàng năm, Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ nộp cho OSHPD:

- (a) bản sao CDM tại thời điểm ngày 1 tháng Sáu năm đó;
- (b) tính toán ước tính, cùng với tài liệu chứng minh, phần trăm thay đổi trong tổng phí do thay đổi giá cả trong thời gian 12 tháng bắt đầu từ ngày hiệu lực của CDM trước đó đã nộp cho OSHPD; và
- (c) danh sách các phí trung bình của 25 thủ thuật điều trị ngoại trú thường gặp tại thời điểm ngày 1 tháng Sáu năm đó.

4.4 Số Tiền Thường Thu. Trong mọi trường hợp Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ đảm bảo mức phí trong Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính được giới hạn ở "số tiền thường thu (AGB)" cho cá nhân được bao trả bảo hiểm.

4.4.1 Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ sử dụng phương pháp sau đây để tính toán AGB:

Áp dụng phương pháp xem lại (hồi tố) hàng năm, sau khi kết thúc năm tài khóa trước đó, đối với các yêu cầu bồi hoàn do Medicare cùng tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân khác thanh toán phí dịch vụ cho Bệnh Viện.

4.4.2 Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ áp dụng AGB theo chính sách Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

4.5 Chiết Khấu Chi Trả Nhanh. Tổ Chức Nhi Đồng Rady sẽ cấp cho mọi bệnh nhân Tự Chi Trả chiết khấu chi trả nhanh như sau:

4.5.1 Bệnh nhân phải nêu rõ họ là Người Tự Chi Trả theo quy định của Tổ Chức

Nhi Đồng Rady về Người Tự Chi Trả tại thời điểm cung cấp dịch vụ.

4.5.2 Sẽ áp dụng chiết khấu 25% đối với (các) mức CDM áp dụng. Đây gọi là "Tỷ Lệ Chiết Khấu Thanh Toán Nhanh".

4.5.3 Phải tiến hành thanh toán đầy đủ khi áp dụng Tỷ Lệ Chiết Khấu Thanh Toán Nhanh tại thời điểm cung cấp dịch vụ hoặc vào thời gian khác mà Tại thời điểm có thể đưa ra chiết khấu cho bệnh nhân/Người Bảo Lãnh.

5.0 BIỂU MẪU:

CDM, công bố tại địa chỉ <http://www.oshpd.ca.gov/chargemaster/>.

6.0 CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN:

Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính, CPM7-11
Thanh Toán & Thu Nợ, CPM ____

7.0 TÀI LIỆU THAM KHẢO:

California AB 774 (2007), AB 1503 - Chương 445 (2010), SB 1276 – Chương 758 (2014)–
Chính Sách Định Giá Công Bằng của Bệnh Viện(Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn 127400-
127446)

Mục 22, Bộ Luật Quy Định California, §§ 96005-96020, 96040-96050

Oshpd.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr

Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585& 128770

Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Vừa túi tiền

Bộ Luật Thuế Vụ phần 501(r)