

Phụ lục A: BỆNH VIỆN SIBLEY MEMORIAL (CHỈ) CÁC ĐIỀU KHOẢN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỤ THỂ THEO QUY ĐỊNH CỦA DC

PHỤ LỤC A

(CHỈ) BỆNH VIỆN SIBLEY MEMORIAL

CÁC ĐIỀU KHOẢN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỤ THỂ THEO QUY ĐỊNH CỦA DC

MỤC ĐÍCH:

PHỤ LỤC này nhằm mục đích nêu rõ các điều khoản bổ sung áp dụng cho Bệnh viện Sibley Memorial trong việc tuân theo các yêu cầu chăm sóc không cần chi trả của District of Columbia như được mô tả trong Title 22, Chương 22-B44 của Quy định của Thành phố DC. Đối với những bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chí về điều kiện hội đủ để nhận dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả, Bệnh viện Sibley Memorial (SMH) sẽ cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua việc áp dụng điều chỉnh biểu phí biến đổi cho tổng chi phí theo Chính sách PFS035.

CHÍNH SÁCH:

SMH sẽ thực hiện nỗ lực thiện chí nhằm cung cấp các dịch vụ không cần chi trả ở mức tuân thủ hàng năm theo yêu cầu của mục 4404 của Chương 22-B44 trong Quy định Thành phố của District of Columbia, Title 22 “Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả”.

Trong mọi trường hợp, SMH sẽ không từ chối cung cấp các dịch vụ cấp cứu cho bất kỳ người nào dựa trên việc người đó không có khả năng chi trả cho các dịch vụ đó. SMH có thể cho một người đã nhận được các dịch vụ cấp cứu xuất viện hoặc có thể chuyển tiếp người đó sang một cơ sở khác khi, theo phán đoán hợp lý của nhân viên y tế phù hợp, hành động đó là thích hợp về mặt lâm sàng và vì lợi ích tốt nhất của bệnh nhân và bệnh viện.

SMH sẽ cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả theo Mục 4400.2 của Chương 22-B44 của Quy định Thành phố của District of Columbia, Title 22, “Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả” cho những người hội đủ điều kiện. Dịch vụ chăm sóc không cần chi trả sẽ được cung cấp dựa trên các quy tắc này hoặc các nghĩa vụ hợp đồng giữa Sibley và Chính quyền District of Columbia, tùy theo tiêu chuẩn nào cung cấp giá trị tính bằng tiền cao hơn.

Dịch vụ chăm sóc không cần chi trả được định nghĩa trong luật quản lý giấy chứng nhận nhu cầu (Bộ luật DC 44-401 trong phần các định nghĩa). Luật định nghĩa Chăm sóc Không cần Chi trả là chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho bệnh nhân mà cơ sở chăm sóc sức khỏe không được thanh toán. Thuật ngữ “Chăm sóc Không cần Chi trả” bao gồm nợ xấu và dịch vụ chăm sóc thiện nguyện, nhưng không bao gồm các khoản trợ cấp theo hợp đồng.

Nợ xấu có nghĩa là khoản phải thu dựa trên các dịch vụ y tế mà bác sĩ và bệnh viện cung cấp cho bất kỳ bệnh nhân nào mà cần phải thanh toán, nhưng được coi là không thể thu lại tiền sau khi tiến hành những nỗ lực truy thu hợp lý, và không phải là nghĩa vụ của bất kỳ đơn vị chính quyền liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào. Thuật ngữ nợ xấu không bao gồm hoạt động thiện nguyện.

Chăm sóc Thiện nguyện là các dịch vụ y tế mà bác sĩ và bệnh viện cung cấp cho những người không có khả năng chi trả các chi phí dịch vụ, đặc biệt là những người có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm dưới mức, nhưng không bao gồm những dịch vụ được xác định là được gây ra bởi hay được phân loại là nợ xấu.

TIÊU CHÍ VỀ ĐIỀU KIỆN HỘI ĐỦ ĐỂ ĐƯỢC CHĂM SÓC KHÔNG CẦN CHI TRẢ

Một người hội đủ điều kiện để được chăm sóc không cần chi trả nếu người đó không có khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và đáp ứng các yêu cầu sau:

1. Không được đòi hỏi hoặc nhận các dịch vụ không được đòi hỏi theo chương trình của bên thứ ba hoặc chính phủ;
2. Có mức thu nhập cá nhân hoặc thu nhập của gia đình hàng năm không vượt quá 200% Mức Chuẩn nghèo Liên bang (FPL, Federal Poverty Level); và
3. Yêu cầu các dịch vụ.

Điều kiện hội đủ về tài chính để được Chăm sóc Không cần Chi trả sẽ được tính theo một trong các phương thức sau:

1. Nhân với bốn (4) lần mức thu nhập cá nhân hoặc gia đình của người đó, nếu có, trong ba (3) tháng trước khi Yêu cầu Chăm sóc Không cần Chi trả; hoặc
2. Dùng mức thu nhập thực tế của cá nhân hoặc gia đình, nếu có, trong mười hai (12) tháng trước khi Yêu cầu Chăm sóc Không cần Chi trả.

SỐ TIỀN THƯỜNG ĐƯỢC LẬP HÓA ĐƠN

Số tiền thường được lập hóa đơn cho những cá nhân có bảo hiểm “AGB” sẽ được tính bằng “phương pháp nhìn lại (look-back method)”, được xác định là tất cả các yêu cầu thanh toán cho trường hợp cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết khác đã được Medicare và tất cả các công ty bảo hiểm y tế tư nhân trả đầy đủ cho bệnh viện, hợp thành các bên thanh toán chính đối với các yêu cầu thanh toán, trong mỗi trường hợp đều tính đến số tiền đã trả cho bệnh viện dưới hình thức là khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ. SMH sẽ tính tỷ lệ phần trăm AGB ít nhất hàng năm bằng cách xem xét tất cả các yêu cầu thanh toán đã được trả đầy đủ trong khoảng thời gian 12 tháng trước đó. Sau khi xác định, tỷ lệ phần trăm AGB sẽ được áp dụng không muộn hơn 45 ngày sau khi kết thúc thời hạn 12 tháng.

Những cá nhân hội đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ tài chính sẽ không cần phải trả nhiều tiền hơn cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết khác so với số tiền thường được lập hóa đơn cho những cá nhân có bảo hiểm đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc đó.

YÊU CẦU HÀNG NĂM VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC KHÔNG CẦN CHI TRẢ

Đối với mục đích của chính sách này và PHỤ LỤC, Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả được cung cấp tại SMH sẽ được tính như sau: Mức tuân thủ hàng năm:

1. Số tiền không ít hơn ba (3%) phần trăm chi phí vận hành hàng năm của SMH, trừ đi số tiền bồi hoàn SMH nhận được từ Titles XVIII và XIX của Đạo luật An sinh Xã hội (Medicaid và Medicare), không tính đến các khoản trợ cấp theo hợp đồng. Ngoài ra, SMH phải tuân theo bất kỳ nghĩa vụ nào đối với dịch vụ chăm sóc không cần chi trả theo yêu cầu của Đạo luật trong CON trước đó.
2. Nếu trong bất kỳ năm tài chính nào, SMH không đáp ứng được nghĩa vụ đối với chăm sóc không cần chi trả hàng năm, thì SMH sẽ nỗ lực cung cấp dịch vụ chăm sóc không cần chi trả với số tiền đủ để bù đắp số tiền thâm hụt trong năm tài chính đó hoặc trong những năm tiếp theo, theo kế hoạch tuân thủ được Cơ quan Phát triển Kế hoạch và Y tế Tiểu bang (sau đây gọi là SHPDA) phê duyệt nhưng không muộn hơn ba (3) năm sau năm phát sinh khoản thâm hụt.
3. Nếu SMH cung cấp dịch vụ chăm sóc không cần chi trả trong một năm tài chính với số tiền vượt mức tuân thủ hàng năm, SMH có thể yêu cầu Giám đốc sử dụng số tiền vượt mức này như một khoản tín dụng để bù vào số tiền thâm hụt hiện tại hoặc mức tuân thủ hàng năm cho bất kỳ năm tài chính tiếp theo nào. Để hội đủ điều kiện nhận được khoản tín dụng, giá trị tính bằng tiền vượt mức tuân thủ hàng năm phải được cung cấp theo các yêu cầu của chương này.

QUYẾT ĐỊNH BẰNG VĂN BẢN VỀ ĐIỀU KIỆN HỘI ĐỦ ĐỂ NHẬN ĐƯỢC DỊCH VỤ CHĂM SÓC KHÔNG CẦN CHI TRẢ

- SMH sẽ thông báo bằng văn bản về quyết định về điều kiện hội đủ để nhận Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả để đáp ứng mỗi yêu cầu Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả cho người yêu cầu dịch vụ chăm sóc. Phải gửi thông báo trực tiếp tại thời điểm yêu cầu Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả hoặc qua thư thông thường đến địa chỉ của người yêu cầu dịch vụ được cung cấp. Nếu người đó không thể trực tiếp nhận thông báo và không cung cấp địa chỉ, SMH có thể dán thông báo tại cơ sở của mình ở vị trí dễ nhìn thấy về trạng thái hội đủ điều kiện của người đó tại văn phòng hành chính của Sibley. SMH sẽ thông báo nội dung của quyết định bằng văn bản cho bất kỳ người nào mà SMH có lý do để tin rằng người đó không thể đọc được quyết định đó.
 - Phó Chủ tịch Cấp cao/Giám đốc Tài chính chịu trách nhiệm thực hiện chính sách này. Người đó sẽ lên kế hoạch việc phân bổ đáp ứng các yêu cầu của quy định và giám sát việc thực hiện. Phó chủ tịch Cấp cao/Giám đốc Tài chính sẽ chuẩn bị báo cáo cho SHPDA trong vòng 120 ngày sau khi kết thúc mỗi năm tài chính. Các tài liệu hỗ trợ cho quyết định của Sibley sẽ được công bố cho công chúng và được báo cáo cho SHPDA.
 - Phó chủ tịch Cấp cao/Giám đốc Tài chính sẽ lưu giữ những tài liệu đó trong năm (5) năm kể từ ngày nhập liệu cuối cùng cho một năm tài chính cụ thể. Chủ tịch và Thủ quỹ của Hội đồng sẽ được cung cấp thông tin định kỳ về việc tuân thủ chính sách của Sibley.
 - Nếu đơn đăng ký được nộp trước khi cung cấp dịch vụ, SMH sẽ đưa ra quyết định về điều kiện hội đủ để nhận được Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi yêu cầu đầy đủ về dịch vụ ngoại trú hoặc trước khi xuất viện để được cung cấp dịch vụ nội trú. Nếu đơn đăng ký được nộp sau khi SMH cung cấp dịch vụ ngoại trú hoặc sau khi bệnh nhân nội trú xuất viện, SMH sẽ đưa ra quyết định về điều kiện hội đủ trước khi hoàn tất chu kỳ thanh toán tiếp theo. Thông báo về quyết định thường sẽ được đưa ra trong vòng 5 ngày kể từ cuộc họp tiếp theo theo lịch của Ủy ban Hỗ trợ Cộng đồng. SMH có thể đưa ra quyết định về điều kiện hội đủ. Quyết định đó phải nêu những điều kiện mà người yêu cầu dịch vụ chăm sóc không cần chi trả phải đáp ứng để hội đủ điều kiện.
 - Mỗi quyết định bằng văn bản về điều kiện hội đủ để nhận được Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả sẽ được gửi ngay cho người nộp đơn. Mỗi quyết định về điều kiện hội đủ để nhận được Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả sẽ bao gồm các tuyên bố sau:
 - SMH sẽ, có điều kiện, hoặc sẽ không cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả;
 - Sẽ không có khoản phí nào cho Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả;
 - Ngày mà người đó yêu cầu dịch vụ chăm sóc;
 - Ngày đưa ra quyết định;
 - Thu nhập hàng năm của cá nhân hoặc gia đình, nếu có, và quy mô gia đình của người yêu cầu Dịch vụ Chăm sóc Không cần Chi trả;
 - Ngày mà các dịch vụ đã được hoặc sẽ được cung cấp; và
 - Lý do từ chối, nếu có.

THÔNG BÁO ĐƯỢC CÔNG BỐ VỀ NGHĨA VỤ CHĂM SÓC KHÔNG CẦN CHI TRẢ:

Trước khi bắt đầu năm tài chính, SMH sẽ công bố một thông báo về nghĩa vụ chăm sóc không cần chi trả của mình trên một tờ báo lưu hành rộng rãi tại District of Columbia. Sibley cũng sẽ gửi một bản sao thông báo đó cho SHPDA. Phó Chủ tịch Cấp cao/Giám đốc Tài chính chịu trách nhiệm công bố và gửi thông báo này. Thông báo sẽ bao gồm:

- Giá trị tính bằng tiền của dịch vụ chăm sóc không cần chi trả mà SMH dự định cung cấp trong năm tài chính hoặc tuyên bố về việc SMH sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc không cần chi trả cho tất cả những người không có khả năng thanh toán cho việc điều trị yêu cầu dịch vụ chăm sóc không cần chi trả;
- Một phần giải thích về khoản chênh lệch giữa số tiền của dịch vụ chăm sóc không cần chi trả mà SMH đề xuất cung cấp và mức tuân thủ hàng năm đối với Sibley, nếu có; và
- Một tuyên bố cho biết liệu SMH đã thanh toán hết tất cả các nghĩa vụ chăm sóc không cần chi trả còn tồn đọng từ các kỳ báo cáo trước đó hay chưa, hoặc một tuyên bố cho biết SMH sẽ thanh toán tất cả nghĩa vụ còn tồn đọng trong một thời gian cụ thể.

THÔNG BÁO ĐƯỢC DÁN VỀ VIỆC CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC KHÔNG CẦN CHI TRẢ:

Thông báo về việc cung cấp dịch vụ chăm sóc không cần chi trả cũng sẽ được dán ở nơi dễ thấy tại các địa điểm đăng ký bệnh nhân, Phòng Tiếp nhận, Phòng Kinh doanh và Khoa Cấp cứu. SMH sẽ dán thông báo sau:

1. “Theo luật của Quận Columbia, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe phải cung cấp dịch vụ cho tất cả mọi người trong cộng đồng. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này không được phép phân biệt đối xử với bất kỳ cá nhân nào vì lý do chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, ngoại hình, xu hướng tính dục, trách nhiệm gia đình, học vấn, đảng phái chính trị, khuyết tật thể chất, nguồn thu nhập, hoặc nơi cư trú hoặc kinh doanh, hoặc vì cá nhân đó được bảo hiểm theo một chương trình như Medicare hoặc Medicaid.”
2. “Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này cũng có trách nhiệm cung cấp một khối lượng dịch vụ hợp lý miễn phí hoặc giảm giá cho những người không có khả năng chi trả. Hãy hỏi nhân viên xem quý vị có đủ điều kiện để nhận các dịch vụ miễn phí hoặc được giảm giá hay không. Nếu quý vị cho rằng quý vị bị từ chối dịch vụ hoặc xem xét điều trị miễn phí hoặc giảm giá mà không có lý do chính đáng, hãy liên hệ với Văn phòng Tiếp nhận hoặc Văn phòng Kinh doanh của cơ sở y tế này, và gọi cho Cơ quan Lập kế hoạch và Phát triển Y tế Bang thông qua Tổng đài Toàn thành phố theo số 202-727-1000.”
3. “Nếu quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, Cơ quan Hoạch định và Phát triển Y tế Tiểu bang có sẵn các mẫu đơn.”

Thông báo này cũng sẽ bao gồm một bản tóm tắt về tiêu chí hội đủ điều kiện cần của Sibley để nhận được dịch vụ chăm sóc không cần chi trả. Thông báo đó sẽ được công bố bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha và bất kỳ ngôn ngữ nào khác là ngôn ngữ thông dụng của các hộ gia đình chiếm mười (10%) phần trăm hoặc hơn dân số của District of Columbia, theo số liệu mới nhất do Cục Thống kê Dân số công bố. Sibley sẽ truyền tải nội dung của thông báo đã được dán cho bất kỳ người nào mà Sibley có lý do để tin rằng người đó không thể đọc được thông báo.

THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN VỀ VIỆC CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC KHÔNG CẦN CHI TRẢ:

Trong bất kỳ giai đoạn nào trong năm tài chính mà SMH có sẵn dịch vụ chăm sóc không cần chi trả, SMH sẽ cung cấp thông báo bằng văn bản về tính khả dụng của các dịch vụ cho mỗi người đề nghị nhận dịch vụ từ bệnh viện cho bản thân mình hoặc thay mặt cho người khác. SMH sẽ cung cấp thông báo bằng văn bản này trước khi cung cấp dịch vụ, trừ trường hợp mà khi đó, tính chất khẩn cấp của dịch vụ khiến việc thông báo trước trở nên không thực tế. Trong trường hợp khẩn cấp, SMH sẽ cung cấp thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân hoặc cho người thân của bệnh nhân sớm nhất có thể. Thông báo đó phải được đưa ra chậm nhất là vào thời điểm xuất trình hóa đơn dịch vụ đầu tiên. Thông báo bằng văn bản riêng này phải cung cấp những thông tin sau:

1. “Theo luật của District of Columbia, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe phải cung cấp dịch vụ cho tất cả mọi người trong cộng đồng. Nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe không được phép phân biệt đối xử với bất kỳ cá nhân nào vì lý do chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, ngoại hình, xu hướng tính dục, trách nhiệm gia đình, học vấn, đảng phái chính trị, khuyết tật thể chất, nguồn thu nhập, hoặc nơi cư trú hoặc kinh doanh, hoặc vì cá nhân đó được bảo hiểm theo một chương trình như Medicare hoặc Medicaid.”
2. “Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này cũng có trách nhiệm cung cấp một khối lượng dịch vụ hợp lý miễn phí hoặc giảm giá cho những người không có khả năng chi trả. Hãy hỏi nhân viên xem quý vị có đủ điều kiện để nhận các dịch vụ miễn phí hoặc được giảm giá hay không. Nếu quý vị cho rằng quý vị bị từ chối dịch vụ hoặc xem xét điều trị miễn phí hoặc giảm giá mà không có lý do chính đáng, hãy liên hệ với Văn phòng Tiếp nhận hoặc Văn phòng Kinh doanh của cơ sở y tế này, và gọi cho Cơ quan Lập kế hoạch và Phát triển Y tế Bang thông qua Tổng đài Toàn thành phố theo số 202-727-1000.”
3. “Nếu quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, Cơ quan Hoạch định và Phát triển Y tế Tiểu bang có sẵn các mẫu đơn.”

Thông báo này cũng sẽ bao gồm một bản tóm tắt về tiêu chí hội đủ điều kiện của Sibley để nhận được dịch vụ chăm sóc không cần chi trả, địa điểm văn phòng mà bất kỳ người nào đề nghị dịch vụ chăm sóc không cần chi trả có thể yêu cầu dịch vụ chăm sóc không cần chi trả và nêu rõ về việc Sibley sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản về việc người đó có được nhận dịch vụ chăm sóc không cần chi trả hay không và ngày hay khoảng thời gian đưa ra quyết định.

ĐỊNH NGHĨA CỦA CỘNG ĐỒNG SMH:

SMH cung cấp các dịch vụ của mình, bao gồm các dịch vụ theo yêu cầu chăm sóc không cần chi trả theo luật định của District of Columbia, “cho tất cả mọi người trong cộng đồng”. Cộng đồng này mở rộng đến những người sinh sống hoặc làm việc trong khu vực dịch vụ của bệnh viện hoặc cần dịch vụ cấp cứu khi đến thăm trong khu vực dịch vụ. Những người yêu cầu dịch vụ tự chọn nhưng rõ ràng cư trú bên ngoài khu vực dịch vụ của bệnh viện sẽ bị loại khỏi Chương trình Hỗ trợ Cộng đồng. Khu vực dịch vụ của bệnh viện bao gồm District of Columbia và hầu hết Maryland và Virginia, với các dịch vụ hạn chế cung cấp cho cư dân của West Virginia, Delaware và Pennsylvania. Bệnh viện có thể yêu cầu người nộp đơn cung cấp tài liệu chứng minh việc tuân thủ định nghĩa cộng đồng của bệnh viện.

THAM KHẢO:

Sổ tay Chính sách Hỗ trợ Tài chính, Chung, Hỗ trợ Tài chính, PFS035 Ngày
có Hiệu lực: 07/15/2024 Trang 6 / 5

Phụ lục A: BỆNH VIỆN SIBLEY MEMORIAL (CHỈ) CÁC ĐIỀU KHOẢN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỤ THỂ THEO QUY ĐỊNH CỦA DC

Quy định của Thành phố DC, Title 22, Chương 22-B, 4404,4405 và 4406