

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân Ngày 1 tháng 1 năm 2020

Mục Đích:

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân này trình bày tất cả các trường hợp mà bệnh nhân được nhận chiết khấu trên hóa đơn đối với dịch vụ được cung cấp tại cơ sở thuộc Partners HealthCare. Chính sách này gồm các chiết khấu dựa trên tình trạng bảo hiểm của bệnh nhân, chứ không xét đến tình hình tài chính của họ, và chiết khấu dựa trên tình hình tài chính của bệnh nhân, thường được xác định bằng cách xác minh thu nhập và/hoặc xét xem bệnh nhân có tham gia một chương trình bảo hiểm y tế do chính phủ tài trợ hay không.

Các đối tác liên kết với Partners HealthCare System nhận thấy rằng một số bệnh nhân bị hạn chế về phương thức và có thể không được tiếp cận bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ. Chính sách này được lập ra nhằm hỗ trợ các bệnh nhân không được bảo hiểm và bệnh nhân được bảo hiểm dưới mức nguồn lực tài chính giới hạn.

Định Nghĩa:

Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm: Bệnh nhân không có bất kỳ bảo hiểm y tế nào áp dụng trong một ngày cung cấp dịch vụ cụ thể hoặc khi bảo hiểm của họ không có hiệu lực đối với một dịch vụ cụ thể do giới hạn của mạng lưới, hết nguồn trợ cấp bảo hiểm hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm khác.

Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế: Dịch vụ được kỳ vọng một cách hợp lý để ngăn ngừa, chẩn đoán, ngăn chặn tình trạng xấu đi, cách ly, khắc phục hoặc chữa trị các tình trạng gây nguy hiểm tới tính mạng, khiến người bệnh khổ sở hoặc đau đớn, làm biến dạng hoặc rối loạn chức năng của cơ thể, đe dọa gây khuyết tật hoặc khiến tình trạng khuyết tật trở nên nặng hơn, hoặc dẫn đến việc bị ốm hoặc phải nhập viện. Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế bao gồm các dịch vụ điều trị nội trú và ngoại trú được cho phép theo Đề Mục XIX của Đạo Luật Bảo Hiểm Xã Hội.

Dịch Vụ Cấp Cứu: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát một tình trạng y tế, dù là về thể chất hay tâm lý, tự biểu hiện thông qua các triệu chứng có đủ mức nghiêm trọng, bao gồm đau dữ dội, mà một người có chuyên môn, người có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế có thể kỳ vọng một cách hợp lý rằng việc không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể dẫn đến hậu quả khiến sức khỏe của người đó hoặc một người khác lâm vào tình trạng nguy hiểm, làm tổn hại nghiêm trọng tới các chức năng của cơ thể hoặc gây rối loạn nghiêm trọng đối với chức năng của bất kỳ cơ quan hay bộ phận nào trên cơ thể hoặc, đối với một thai phụ, như được quy định rõ hơn trong phần 1867(e) (1) (B) của Đạo Luật Bảo Hiểm Xã Hội, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Thăm khám tầm soát y tế và điều trị các tình trạng y tế cấp cứu hay bất cứ dịch vụ nào khác được cung cấp trong khuôn khổ được yêu cầu theo **EMTALA** (42 USC 1395(dd)) sẽ được coi là Chăm Sóc Cấp Cứu.

Dịch vụ cấp cứu cũng bao gồm:

- Các dịch vụ được một chuyên gia y tế có giấy phép xác định là một trường hợp khẩn cấp;
- Chăm sóc y tế nội trú gắn liền với chăm sóc cấp cứu ngoại trú; và,
- Chuyển từ một bệnh viện chăm sóc cấp cứu khác sang một bệnh viện thuộc Partners (PHS) để cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú không sẵn có ở nơi khác.

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Dịch Vụ Khẩn Cấp: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi khởi phát một tình trạng y tế, dù là về thể chất hay tâm lý, tự biểu hiện thông qua các triệu chứng có đủ mức nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người có chuyên môn cho rằng việc không được chăm sóc y tế trong vòng 24 giờ có thể dẫn đến hậu quả khiến sức khỏe của bệnh nhân lâm vào tình trạng nguy hiểm, tổn hại tới các chức năng của cơ thể hoặc gây rối loạn đối với chức năng của bất kỳ cơ quan hay bộ phận nào trên cơ thể. Dịch vụ khẩn cấp được cung cấp cho các tình trạng không đe dọa tới tính mạng và không có rủi ro cao sẽ gây tổn hại nghiêm trọng tới sức khỏe của cá nhân.

Dịch Vụ Chọn Lọc: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế nhưng không thỏa mãn định nghĩa Dịch Vụ Cấp Cứu hay Dịch Vụ Khẩn Cấp. Thông thường, nhưng không loại trừ, bệnh nhân hẹn lịch trước cho những dịch vụ này.

Dịch Vụ Khác: Những dịch vụ mà bác sĩ lâm sàng xem xét không xác định được tính cần thiết về mặt y tế hoặc trường hợp điều kiện nhận dịch vụ của bệnh nhân có thể không thỏa mãn các định nghĩa chung về chương trình bảo hiểm để đáp ứng tiêu chí về tính cần thiết về mặt y tế cho dịch vụ. Dịch vụ này cũng bao gồm những dịch vụ mà nhiều chương trình bảo hiểm không coi là Cần Thiết Về Mặt Y Tế, bao gồm, nhưng không giới hạn: Phẫu Thuật Thẩm Mỹ, Thụ Tinh Trong Ống Nghiệm (IVF) hoặc Trị Liệu Sinh Sản Nâng Cao (ART), Dịch Vụ Nối Tắt Dạ Dày chưa được người trả xác định tính cần thiết về mặt y tế và Vật Dụng Tiện Nghi Cho Bệnh Nhân như chi phí liên quan tới các dịch vụ nội trú quá mức cần thiết đối với dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc bệnh nhân Nội Trú (nội trú hoặc nhập viện một phần) trong trường hợp không có bằng chứng rõ ràng cho tính cần thiết về y tế.

Nợ Xấu Medicare: Chi phí mà CMS/Medicare cho phép các bệnh viện yêu cầu chi trả cho các khoản đồng bảo hiểm và khấu trừ Medicare chưa thanh toán, với điều kiện số dư này được xử lý hoàn toàn cho mỗi chu kỳ xuất hóa đơn tự trả xác định hoặc có xác định bệnh nhân thuộc nhóm thu nhập thấp nhằm mục đích xác định số dư. Việc xác định điều kiện thu nhập thấp phải được dựa trên mức thu nhập của bệnh nhân và đánh giá tài sản khả dụng, việc này thường không tính đến phương tiện, nơi cư trú chính và tài khoản ngân hàng/séc tối thiểu của họ.

Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu: Dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại một Bệnh Viện phân loại là chăm sóc hậu cấp cứu, bao gồm dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health): Dịch vụ cần thiết về mặt y tế tập trung vào sức khỏe tâm lý và tinh thần của bệnh nhân và có thể được cung cấp trong nhiều môi trường chăm sóc.

Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân (PBS): Phòng chuyên trách về tất cả quy trình trong chu kỳ doanh thu tự trả của Partners HealthCare, bao gồm Dịch Vụ Khách Hàng, Thu Nợ, xử lý Nợ Xấu, tín dụng/hoàn tiền cho bệnh nhân và các quy trình có liên quan.

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Tuyên Bố Chính Sách:

Các đối tác liên kết với Partners HealthCare là đối tác được miễn thuế, có sứ mệnh cung cấp dịch vụ cho tất cả những người có nhu cầu chăm sóc y tế. Bệnh nhân cần dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp cứu sẽ không bị từ chối cung cấp những dịch vụ này dựa vào tiêu chí không có khả năng chi trả. Bệnh viện cung cấp dịch vụ Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu và Sức Khỏe Hành Vi thuộc Partners sẽ làm việc với những bệnh viện có nhu cầu tài chính để cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân muốn được chăm sóc tại cơ sở này. Tuy nhiên, để các đối tác liên kết với Partners HealthCare System tiếp tục cung cấp dịch vụ chất lượng cao và hỗ trợ nhu cầu của cộng đồng, mỗi một đối tác có trách nhiệm tìm cách nhanh chóng thanh toán cho dịch vụ trong trường hợp cho phép thu nợ và không xung đột với quy định của Khối Thịnh Vượng Chung MA hay quy định Liên Bang, bao gồm EMTALA.

Phạm Vi: Chính Sách này Áp Dụng Cho Các Đối Tượng Thuộc Partners HealthCare Sau Đây:

Các Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu

- Massachusetts General Hospital (MGH)
- Brigham and Women's Hospital (BWH)
- North Shore Medical Center (NSMC)
- Newton-Wellesley Hospital (NWH)
- Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
- Martha's Vineyard Hospital (MVH)
- Nantucket Cottage Hospital (NCH)
- Cooley Dickinson Hospital (CDH)
- Wentworth Douglass Hospital (WDH)
- Massachusetts Eye and Ear (MEE)

Behavioral Health Hospitals

- McLean Hospital (MCL)

Các Bệnh Viện Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu

- Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
- Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
- Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

Các Tổ Chức Bác Sĩ

- Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
- Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
- North Shore Physicians Group (NSPG)
- Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
- Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
- Nantucket Medical Group (NMG)
- Mass Eye and Ear Associates
- Wentworth Health Partners (WHP)

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Partners Community Physicians Organization (PCPO) – chỉ những tập đoàn sở hữu toàn bộ

Pentucket Medical Associates (PMA)

Mystic Health Care

Chăm Sóc Tại Nhà

Partners HealthCare at Home (PHH)

Lưu ý rằng các bác sĩ liên kết với những đối tác này mà không xuất hóa đơn “riêng” được khuyến khích, nhưng không bắt buộc phải, tuân thủ chính sách này. Chi tiết có thể được xem trên Danh Sách Liên Kết Nhà Cung Cấp thuộc Partners HealthCare.

Tổng Quan

Chính sách này đặt ra một chính sách chiết khấu bệnh nhân cho các bệnh viện thuộc Partners, các nhóm bác sĩ liên kết của họ và Partners HealthCare at Home. Trong một số trường hợp, các đối tượng thuộc Partners có thể tiếp tục đăng ký áp dụng chiết khấu hiện tại nằm ngoài chính sách này sau khi có phê duyệt của Giám Đốc Tài Chính (CFO) của đối tượng tại địa phương. Chính sách bao gồm một chương trình chiết khấu chung cho tất cả các bệnh nhân không được bảo hiểm, chương trình sẽ khả dụng nếu các thông số chiết khấu được đáp ứng mà không cần xét đến tình trạng tài chính của bệnh nhân. Những chiết khấu dựa trên tình trạng tài chính của bệnh nhân được bao gồm trong phần Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính (FAP).

Chương Trình Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm

Tất cả các Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu, Tổ Chức Bác Sĩ thuộc Partners và các đối tượng thuộc Partners HealthCare at Home cung cấp những khoản chiết khấu chi phí cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm, đối với hầu hết mọi dịch vụ. Chương trình này áp dụng cho bệnh nhân ở mọi mức thu nhập, không có điều kiện tài chính hoặc không cần đăng ký, tuy nhiên trong ngắn hạn bệnh nhân phải trả tất cả số dư chưa thanh toán thì mới đủ điều kiện.

Các trường hợp được miễn Chương Trình Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm

- Dịch vụ được phân loại vào nhóm “Dịch Vụ Khác” sẽ được miễn áp dụng chiết khấu này.
- Dịch vụ được cung cấp bởi bác sĩ xuất hóa đơn “riêng” thay vì thông qua một trong các nhóm bác sĩ sẽ được miễn áp dụng chiết khấu này.
- Tất cả các số dư sau khi xử lý bảo hiểm được miễn áp dụng chiết khấu này, bao gồm: đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ bảo hiểm.
- Các số dư do Hết Trợ Cấp chưa được người trả chiết khấu sẽ đủ điều kiện cho chiết khấu này. Các dịch vụ được người trả phân loại là không được bảo hiểm có thể sẽ đủ điều kiện nếu không bị đặc biệt loại trừ bởi chính sách này. Các dịch vụ sau đây được miễn áp dụng chiết khấu: phẫu thuật thẩm mỹ, dịch vụ chữa vô sinh, khiếu nại phương tiện cơ giới, khiếu nại trách nhiệm của bên thứ ba, dịch vụ phí cố định, chăm cứu, dịch vụ y tế từ xa, thăm khám qua mạng (thăm khám ảo), dịch vụ không cần thiết về mặt y tế khác hoặc dịch vụ đã áp dụng chiết khấu khác trong chi phí và những dịch vụ được xuất hóa đơn theo biểu phí tự trả chuyên biệt.

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Biểu Phí Chiết Khấu

Các Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu

Tất cả ngoại trừ WDH: 25%

WDH: 40%

Các Tổ Chức Bác Sĩ

Tất cả ngoại trừ WDH: 25%

WHP: 15%

Các trường hợp miễn chiết khấu: Dịch Vụ Nha Khoa MGPO

Spaulding Rehabilitation Network

Các trường hợp được miễn chiết khấu

- Dịch vụ tại Spaulding Rehabilitation - Brighton
- Liệu pháp cho bệnh nhân ngoại trú bao gồm Liệu Pháp Vật Lý, Nghề Nghiệp, Ngôn Ngữ hoặc Sức Khỏe Hành Vi SRH
- Đánh Giá Chuyên Khoa (ATEC, AAC, Lokomat)
- Điều Trị Chuyên Khoa (Lokomat, dịch vụ phiên dịch, điều trị phức tạp, điều trị cho ăn)
- Phí Kỹ Thuật Thăm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ
- Các thủ thuật hoặc xét nghiệm chẩn đoán tại phòng khám khác

Partners Health Care at Home: 25%

Partners Urgent Care: Được miễn – Dịch vụ tự trả được xuất hóa đơn theo biểu phí xác định từ trước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi – McLean Hospital

- Đã bao gồm – Dịch Vụ Tiếp Nhận Tâm Thần Nội Trú và Tâm Thần Ngoại Trú (không bao gồm các chương trình với chiết khấu khác): chiết khấu 25%
- Các Dịch Vụ Được Miễn
 - Phí Nội Trú kèm Nhập Viện Một Phần khi không được bảo hiểm chi trả dựa theo nhu cầu y tế. Các dịch vụ được xuất hóa đơn theo thang phí trượt ở các Mức thu nhập theo Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang sau đây:
 - Bằng hoặc dưới 100% FPG - 90%
 - Từ 100,1% đến 200% FPG - 75%
 - Từ 200,1% đến 300% FPG - 50%
 - Từ 300,1% đến 400% FPG - 25%
 - Chương Trình Dân Cư Áp Dụng Cho Tất Cả và Chương Trình Một Phần Áp Dụng Cho Tất Cả dựa theo trợ cấp sinh hoạt hàng ngày.
 - Các thủ thuật được chỉ định thực hiện cho bệnh nhân Ngoại Trú bao gồm: Neuropsychiatrics, Điều Trị TMS, CATS Program (Kiểm Tra Tâm Lý, Trạng Thái Thần Kinh Hành Vi, Kiểm Tra Tâm Lý Thần Kinh), Dịch Vụ Ketamine và Esketamine

Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Người ta có thể xác định Hỗ Trợ Tài Chính trước hay sau khi cung cấp dịch vụ căn cứ vào tình hình tài chính của bệnh nhân, loại dịch vụ được cung cấp, trạng thái bảo hiểm của bệnh nhân và phân loại chung của các dịch vụ được cung cấp. Dịch Vụ Khẩn Cấp sẽ luôn được cung cấp mà không cần đánh giá tình hình tài chính của bệnh nhân, tối đa bằng mức giới hạn theo yêu cầu của EMTALA. Chính sách này đề cập tới mọi dịch vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế. Tuy nhiên, chỉ có một số loại Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế sẽ đủ điều kiện nhận Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính, bao gồm:

- Dịch Vụ Cấp Cứu và Dịch Vụ Khẩn Cấp
- Dịch Vụ Chọn Lọc tại Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu nếu bệnh nhân đã thực hiện đầy đủ các trách nhiệm bệnh nhân của họ.
- Dịch Vụ Chọn Lọc tại Bệnh Viện Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu và Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi đủ điều kiện để được Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính nếu bệnh nhân đã thực hiện đầy đủ các trách nhiệm bệnh nhân của họ. Bệnh nhân thường được sàng lọc để giải quyết vấn đề tài chính tại những cơ sở Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu Và Sức Khỏe Hành Vi và có thể được hoãn nhập viện sau khi được thẩm định lâm sàng nếu có một cơ sở phù hợp hơn.
- Dịch Vụ Nha Khoa tại Wentworth Douglas Dental Center

Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính:

Trách Nhiệm của Bệnh Nhân

Bệnh nhân phải thực hiện trách nhiệm của mình để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu không thực hiện những trách nhiệm này, bệnh nhân sẽ không đủ điều kiện được xem xét.

Bệnh nhân có nghĩa vụ:

1. Mua và duy trì bảo hiểm nếu có phạm vi bảo hiểm phù hợp khả năng chi trả dành cho bệnh nhân từ một chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ (Medicaid/Medicare), bảo hiểm thương mại từ tổ chức tuyển dụng của họ hoặc từ ConnectorCare hay các chương trình tương tự theo Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Phù Hợp Khả Năng Chi Trả hay bất kỳ kế hoạch kế thừa/thay thế nào sau đó. Bệnh nhân có thể được yêu cầu nộp bằng chứng đã đăng ký bảo hiểm.
2. Khai báo đầy đủ về phạm vi bảo hiểm Bồi Thường Lao Động, Phương Tiện Cơ Giới hoặc Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba và hợp tác với các yêu cầu để được phạm vi bảo hiểm này xử lý yêu cầu bảo hiểm.
3. Gửi tất cả chứng từ theo yêu cầu để chứng minh thu nhập, tài sản và nơi cư trú, cần có chứng từ này để ghi danh tham gia bảo hiểm của tiểu bang hoặc để xác minh điều kiện nhận hỗ trợ tài chính PHS của họ một cách kịp thời.
4. Cập nhật thông tin nhân khẩu và bảo hiểm cho các đối tượng thuộc Partners HealthCare System thẩm định.
5. Thanh toán tất cả số dư theo khung thời gian đã thỏa thuận.

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

Các trường hợp miễn Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính

- Đối với bệnh nhân tới một cơ sở của Partners từ bên ngoài khu vực dịch vụ chính của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc mà một người bình thường có thể cho là cần thiết, thông thường họ sẽ không được cân nhắc cho Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính. Nghĩa vụ này bao gồm việc bệnh nhân phải biết tình trạng của mình và phải báo đó là một Trường Hợp Cấp Cứu trước khi tới cơ sở thuộc Partners để được chăm sóc. Các ví dụ về trường hợp ngoại lệ bao gồm chăm sóc sản khoa và các ngành chuyên môn mà bệnh nhân đã biết về tình trạng mà có cơ sở hợp lý để họ kỳ vọng nhận được sự chăm sóc cần thiết, bao gồm chăm sóc u bướu, dịch vụ tim mạch, dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và dịch vụ thần kinh.
- Quy định này không gồm các dịch vụ cấp cứu do tai nạn hoặc biến chứng từ một tình trạng đã tồn tại từ trước, khi mà một người bình thường sẽ không nghĩ rằng sẽ phải cần chăm sóc cấp cứu trước khi tới khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe ở một mạng lưới nhà cung cấp giới hạn mà Partners không tham gia và bệnh nhân đến để nhận dịch vụ đã có thể được cung cấp tại một cơ sở khác có tham gia chương trình bảo hiểm y tế của họ, hoặc trường hợp có hỗ trợ tài chính khác, khi đó, thông thường họ sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Điều này bao gồm các số dư nợ do bị từ chối vì không có sự giới thiệu, không được ủy quyền hay các dịch vụ ngoài mạng lưới.
- Dịch Vụ Khác được miễn áp dụng, bao gồm nhưng không giới hạn
 - Phẫu Thuật Thẩm Mỹ
 - Thụ Tinh Trong Ống Nghiệm (IVF)
 - Trị Liệu Sinh Sản Nâng Cao (ART)
 - Dịch Vụ Nối Tắt Dạ Dày chưa được người trả xác định tính cần thiết về mặt y tế
 - Vật Dụng Tiện Nghi Cho Bệnh Nhân, bao gồm các tiện nghi lưu trú cao cấp và lưu trú Nội Trú dựa vào yêu cầu của bệnh nhân và thường không được chương trình bảo hiểm y tế đài thọ
 - Dịch vụ không cần thiết về mặt y tế khác được xuất hóa đơn theo biểu phí tự trả xác định từ trước
 - McLean Hospital: Tất cả các chương trình Dân Cư Áp Dụng Cho Tất Cả không nộp yêu cầu cho các bên bảo hiểm y tế.

Điều Kiện Dịch Vụ cho Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính

- Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế thỏa mãn định nghĩa Dịch Vụ Cấp Cứu hoặc Dịch Vụ Khẩn Cấp sẽ được cân nhắc cho Hỗ Trợ Tài Chính, với điều kiện rằng bệnh nhân không có phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ, bao gồm bảo hiểm Phương Tiện Cơ Giới và Bồi Thường Lao Động.

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

- Các dịch vụ mà sẽ đủ điều kiện cho Hỗ Trợ Tài Chính trong một số trường hợp giới hạn bao gồm:
 - Dịch Vụ Chọn Lọc, chỉ khi:
 - Bệnh nhân là cư dân ở khu vực dịch vụ chính của Partners và đã đăng ký với tất cả chương trình của và không phải của chính phủ sẵn có. Đối với các cư dân MA, điều này thường được chứng tỏ qua việc họ đăng ký tham gia MassHealth Limited và/hoặc Massachusetts Health Safety Net (HSN). Trường hợp này thường áp dụng với những dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu, Sức Khỏe Hành Vi, Chăm Sóc Tại Nhà và Tổ Chức Bác Sĩ khi dịch vụ không đủ điều kiện để xuất hóa đơn cho HSN.
 - Dịch vụ tại một cơ sở Chăm Sóc Cấp Cứu mà diễn ra ngay sau, trong vòng 60 ngày, một Dịch Vụ Khẩn Cấp/Cấp Cứu và là dịch vụ chăm sóc theo dõi cho dịch vụ trước.
 - Bệnh nhân được sàng lọc tình trạng tài chính và quyết định xem liệu họ đã viện đến tất cả các tùy chọn bảo hiểm khả dụng và đã được xác định là không đủ điều kiện để nhận bảo hiểm hay chưa. Việc sàng lọc phải được thực hiện ít nhất 12 tháng một lần.
 - Dịch Vụ Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu và Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi, chỉ khi:
 - Quá trình sàng lọc trước dịch vụ xác định rằng chỉ có sẵn dịch vụ chuyên môn tại cơ sở của Partners
 - Cơ sở nhận chăm sóc bệnh nhân và hiểu rằng bệnh nhân bị giới hạn/không có nguồn lực để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc. Những bệnh nhân này thường đến từ khu vực dịch vụ chính của Partners và được đăng ký tham gia MassHealth Limited và/hoặc HSN, chứng tỏ họ có nguồn lực tài chính giới hạn.
 - Sức Khỏe Hành Vi (McLean Hospital): Một bệnh nhân xác định phát sinh chi phí đáng kể cho dịch vụ Chăm Sóc Chọn Lọc Cần Thiết Về Mặt Y Tế và bị xếp vào nhóm Không Được Bảo Hiểm trong quá trình trị liệu, khi đó người này sẽ được cân nhắc cho Hỗ Trợ Tài Chính hoặc là cho tới khi họ có thể lập lại bảo hiểm y tế của mình hoặc cho tới khi có thể chuyển dịch vụ chăm sóc của họ sang một đơn vị thích hợp. Bắt buộc phải có khuyến nghị từ nhà cung cấp của bệnh nhân liên quan tới tính cần thiết về mặt lâm sàng ngoài việc bệnh nhân phải đáp ứng quy trình Hỗ Trợ Tài Chính thông thường.

Điều Kiện Tài Chính/Thu Nhập cho Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính

Bệnh nhân chứng tỏ có nhu cầu tài chính, hoặc là do thu nhập giới hạn hoặc là do hóa đơn y tế của họ vượt xa so với thu nhập của họ, sẽ được cân nhắc cho chiết khấu. Đối với cư dân của Hoa Kỳ, Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang (FPG) phát hành gần nhất sẽ được sử dụng làm yếu tố quyết định chính. Đối với cư dân nước khác, người ta sẽ kết hợp giữa thu nhập và tài sản khả dụng để xác định mức chiết khấu sẵn có thích hợp. Trong mọi trường hợp, tổng thu nhập của gia đình sẽ được sử dụng để xác định điều này. Chiết khấu chỉ dựa vào thu nhập thường được giới hạn ở những bệnh nhân có thu nhập gia đình thấp hơn hoặc bằng 300% FPG.

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân Ngày 1 tháng 1 năm 2020

Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang – 1/2/2019

	150% FPG	250% FPG	300% FPG
Quy Mô Gia Đình = 1	18.375 \$	31.225 \$	37.470 \$
Quy Mô Gia Đình = 2	25.365 \$	42.275 \$	50.730 \$
Quy Mô Gia Đình = 3	31.995 \$	53.325 \$	63.990 \$
Quy Mô Gia Đình = 4	38.625 \$	64.375 \$	77.250 \$
Quy Mô Gia Đình = 5	45.255 \$	75.425 \$	90.510 \$

Bệnh nhân có thu nhập gia đình nhiều hơn 300% nhưng thấp hơn hoặc bằng 600% FPG vẫn có thể đủ điều kiện nếu họ có thể chứng tỏ rằng chi phí y tế hàng năm của họ vượt quá 30% thu nhập của họ trong kỳ 12 tháng gần nhất. Đối với những gia đình có thu nhập nhiều hơn 600%, ngưỡng xác định là hóa đơn y tế vượt quá 40% thu nhập của họ. Chi phí phải đã phát sinh trong vòng 12 tháng trước đó và được giới hạn ở những chi phí có thể đủ điều kiện làm chi phí y tế theo quy định của Sở Thuế Vụ Liên Bang Hoa Kỳ. Bệnh nhân mong muốn được cân nhắc cho chiết khấu theo chính sách này phải kịp thời cung cấp chứng từ theo yêu cầu để chứng minh thu nhập, tình trạng cư trú và các chi phí y tế đủ điều kiện của mình.

Sử Dụng Tài Sản khi Xác Định Hỗ Trợ Tài Chính

Thông tin về sử dụng tài sản khi xác định Hỗ Trợ Tài Chính được giới hạn tới những trường hợp sau:

- Bệnh nhân cư trú ngoài Hoa Kỳ (hoặc Canada)
- Bệnh nhân đã qua đời. Việc ra quyết định phải bao gồm bản đánh giá một bất động sản bất kỳ
- Bệnh nhân đã được xác định là không đủ điều kiện và đang yêu cầu được xem xét riêng theo các trường hợp đặc biệt.
- Bệnh nhân được đài thọ bởi Medicare (ngoại trừ những kế hoạch thay thế) và các số dư là khoản đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ. Việc ra quyết định về Nợ Xấu Medicare yêu cầu:
 - Thu nhập thấp hơn 201% FPG
 - Tài sản thấp hơn 10.000 \$ đối với thành viên gia đình thứ nhất và thêm 3.000 \$ cho mỗi một thành viên gia đình nữa, không bao gồm nơi cư trú chính hoặc xe đi lại chính.
 - Tuyên bố của bệnh nhân về việc họ không có khả năng sử dụng tài sản để thanh toán cho số dư chưa thanh toán của mình.

Phương Pháp và Tỷ Lệ Chiết Khấu

Theo IRS 501(r), các bệnh viện phải giới hạn chi phí tính cho bệnh nhân và dịch vụ đủ điều kiện theo Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính (FAP) của chúng tôi ở mức Số Tiền Tính Phí Thông Thường (AGB) đối với các hãng bảo hiểm Thương Mại và Medicare. Partners xác định AGB bằng cách trước tiên là chia tổng thanh toán cho tổng chi phí đối với tất cả các chương trình Thương Mại và Medicare tổng hợp trong năm tài chính trước đó để xác định Hệ Số Trả Trước (PAF) cho năm tài chính trước. Việc này thường được thực hiện vào Tháng 12 khi có dữ liệu chính xác nhất, trong đó tỷ lệ chiết khấu được cập nhật vào Tháng 1. Chiết khấu FAP tối thiểu

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân Ngày 1 tháng 1 năm 2020

cho năm tài chính hiện tại bằng nghịch đảo PAF của năm trước. Chiết khấu này sẽ giảm chi phí xuất hóa đơn cho bệnh nhân đủ điều kiện về mức không vượt quá AGB trong năm trước.

Ví dụ:

Tổng Thanh Toán từ Chương Trình Medicare và Thương Mại	200.000.000 \$
Tổng Chi Phí từ Chương Trình Medicare và Thương Mại	500.000.000 \$
PAF	40%
Chiết Khấu FAP Tối Thiểu Ròng	60%

Tỷ Lệ Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính Hiện Tại

Thu Nhập Gia Đình bằng % FPG	Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu và Tổ Chức Bác Sĩ	Bệnh Viện thuộc Spaulding Rehabilitation Network và Partners Health Care at Home	McLean Hospital	Wentworth Douglas Hospital
0 – 150%	100%	100%	100%	100%
150,1 – 250%	85%	85%	80%	100%
251 – 300%	70%	64%	60%	0%

Thu Nhập Gia Đình bằng % FPG	Hóa Đơn Y Tế bằng phần trăm thu nhập	Chiết Khấu cho Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu và Tổ Chức Bác Sĩ	Chiết Khấu cho Bệnh Viện thuộc Spaulding Rehabilitation Network và Partners Health Care at Home	Chiết Khấu cho McLean Hospital
301 – 600%	30%	70%	64%	60%
Trên 600%	40%	70%	64%	60%

Wentworth Douglas Dental Center

Bệnh nhân có thu nhập gia đình bằng hoặc ít hơn 300% FPG có thể sẽ đủ điều kiện để được chiết khấu hỗ trợ tài chính.

- Đồng lệ phí 35\$ cho mỗi lần thăm khám
- Một vài Dịch Vụ, bao gồm làm răng giả và mão răng sẽ có lệ phí cao hơn tối đa 50% chi phí buổi thăm khám đầu tiên và 50% chi phí khi lắp răng giả hay mão răng
- Giới hạn cho các cư dân của Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; South Berwick, ME.

Quy Trình Đăng Ký và Chiết Khấu

Bệnh nhân sẽ được khuyến khích đăng ký xin cân nhắc cho Hỗ Trợ Tài Chính trong mọi trường hợp mà họ đáp ứng các điều kiện cơ bản nêu trong chính sách này. Tất cả đơn đăng ký sẽ

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

được đánh giá, bao gồm các trường hợp mà tất cả điều kiện đều chưa được đáp ứng. Quy trình đăng ký có thể được tiến hành trực tiếp với Dịch Vụ Khách Hàng PBS, Thu Nợ PBS hoặc bằng cách liên hệ với Cố Vấn Tài Chính tại bất kỳ bệnh viện hay trung tâm y tế nào thuộc Partners. Chính sách này và tất cả các mẫu đơn đăng ký cũng có sẵn tại địa chỉ <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>. Trang web này cũng có thể được truy cập từ trang chủ của Partners HealthCare từ menu thả xuống dưới mục “For Patients” (Dành Cho Bệnh Nhân).

Thông thường, chỉ những đơn đăng ký đã hoàn thành đầy đủ mới được đánh giá cân nhắc và tất cả đơn đăng ký sẽ được gửi tới PBS để xin quyết định cuối cùng. Tất cả đơn đăng ký sẽ được sàng lọc để xác định liệu bệnh nhân có hoàn thành các nghĩa vụ của mình hay không, bao gồm nghĩa vụ mua bất kỳ phạm vi bảo hiểm sẵn có nào. Trạng thái của bệnh nhân cũng sẽ được xem lại để xác định xem liệu bệnh nhân có thể đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình của tiểu bang hay liên bang nào không. Nhân viên được chỉ định tại PBS sẽ xem xét tất cả đơn đăng ký, liên hệ với người nộp đơn để hỏi thông tin theo dõi và thông báo kết quả cho người nộp đơn. Đơn đăng ký thường sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày nộp đơn.

Chiết khấu được duyệt theo chính sách này sẽ được áp dụng khi xác định bệnh nhân hội đủ điều kiện. Bệnh nhân sẽ được đề xuất các kế hoạch thanh toán không tính lãi theo hướng dẫn hiện hành trong Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của PHS. Những hướng dẫn này yêu cầu thanh toán hàng tháng tối thiểu là 25 \$ với tiến độ thanh toán là một năm đối với số dư thấp hơn 1.000 \$ và hai năm đối với số dư lớn hơn. Tất cả các hoạt động thu nợ khác, bao gồm những hành động có thể được tiến hành trong trường hợp không thanh toán số dư, được quy định trong Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của PHS. Bạn có thể tham khảo chính sách này tại địa chỉ <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>.

Mối Quan Hệ Giữa Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Partners và Health Safety Net (HSN) Massachusetts

Khối Thịnh Vượng Chung của Massachusetts duy trì một chương trình mạng lưới an toàn giúp cung cấp một ít chi phí bảo hiểm tại Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu MA cho các cư dân của Massachusetts với thu nhập gia đình lên đến 300% Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo của Liên Bang (FPG), những người không đủ điều kiện tham gia chương trình MassHealth (Medicaid). Bảo hiểm HSN Đầy Đủ sẽ khả dụng cho mức 150% FPG và HSN Một Phần khả dụng cho mức từ 150% đến 300% FPG. Phạm vi bảo hiểm này có thể áp dụng bên cạnh các loại hình bảo hiểm khác (Medicare, Medicaid hoặc Thương Mại) và đóng vai trò như một mạng lưới an toàn cho những bệnh nhân được chỉ định vào nhóm Thu Nhập Thấp theo quy định của Massachusetts. Tất cả dịch vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế đều được áp dụng cho những bệnh nhân này, hoặc là miễn phí (HSN Đầy Đủ) hoặc là sau khi họ trả một khoản khấu trừ hàng năm (HSN Một Phần).

Tất cả Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu thuộc Partners, bao gồm các trung tâm y tế được bệnh viện cấp phép và bác sĩ hành nghề tại bệnh viện được chỉ định tham gia vào bảo hiểm này và tuân theo tất cả các quy định của HSN. Phạm vi bảo hiểm thường không bao gồm các khoản đồng thanh toán được xác định từ phạm vi bảo hiểm ban đầu trừ trường hợp có những khoản đồng thanh toán cho Medicare hoặc các kế hoạch thay thế của Medicare.

Tất cả các đối tượng thuộc Partners khác, được miễn tham gia HSN theo luật, sẽ sử dụng trạng thái được HSN chấp thuận của bệnh nhân làm tiêu chuẩn giả định để nhận Hỗ Trợ Tài Chính Partners. Chiết khấu phù hợp sẽ dựa trên chương trình HSN mà bệnh nhân đủ điều kiện tham

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

gia. Dựa trên sự chỉ định đó, các chiết khấu hỗ trợ tài chính sẽ được áp dụng theo cách phù hợp với những điều khoản khác trong chính sách này.

Chiết khấu hỗ trợ tài chính cho Dịch Vụ Chăm Sóc Hậu Cấp Cứu và Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi cũng có thể được áp dụng dựa trên xác định được đưa ra trong quá trình sàng lọc trước tài chính của bệnh nhân để được hưởng những dịch vụ dự kiến này.

HSN cũng bao gồm ba chương trình bổ sung (Confidential Services to Adults, Confidential Services to Minors và Medical Hardship) áp dụng cho bệnh nhân. Việc tham gia vào những chương trình này thường được hỗ trợ bởi cố vấn tài chính tại một trong các bệnh viện.

Chương trình Medical Hardship của áp dụng cho cư dân của MA có mức thu nhập cao hơn. Bệnh nhân nên đăng ký chương trình này khi chi phí phụ cho dịch vụ chăm sóc y tế chiếm một phần lớn trong thu nhập của họ, thường là hơn 30% thu nhập hộ gia đình của họ. Đơn đăng ký phải được lập bởi một Cố Vấn Tài Chính tại một bệnh viện chăm sóc cấp cứu. Mỗi đơn đăng ký có thể bao gồm các chi phí y tế phát sinh trong 12 tháng trước đó kể từ khi nộp đơn và giới hạn 3 đơn đăng ký trong một năm bất kỳ. Tất cả số dư tiếp tục được xem như số dư tự trả hợp lệ cho tới khi HSN phê duyệt đơn đăng ký. Việc này không chuyển đổi phạm vi bảo hiểm nói chung trong chương trình HSN. Thông thường, bệnh nhân sẽ được thông báo về chương trình khi họ gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng PBS hoặc Cố Vấn Tài Chính khi họ có số dư lớn và lo ngại về việc thanh toán hóa đơn. Với một số hoạt động tiếp cận chủ động thì sẽ do cả Cố Vấn Tài Chính, đối với số dư nội trú lớn, và Đại Diện Thu Nợ, đối với số dư bảo lãnh lớn, thực hiện. Cố Vấn Tài Chính cho Bệnh Nhân cố vấn cho tất cả bệnh nhân hoặc tiếp xúc với họ hoặc được giới thiệu tới gặp họ về khả năng áp dụng của chương trình và làm việc với bệnh nhân để hoàn thành đơn đăng ký và nộp đăng ký cho HSN.

Bệnh nhân có bảo hiểm duy nhất là của MassHealth Limited và/hoặc HSN thường được xếp vào nhóm Không Được Bảo Hiểm do những chương trình này không vận hành theo quy định bảo hiểm tiêu chuẩn. Số dư phải trả Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Cứu trong khoản khấu trừ HSN Một Phần sẽ đủ điều kiện cho Chiết Khấu Cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm.

Xem Xét Riêng

Bệnh nhân nên trình bày tình hình tài chính cụ thể của mình với Dịch Vụ Tài Chính Cho Bệnh Nhân tại bất kỳ bệnh viện nào thuộc Partners hoặc với Giải Pháp Thanh Toán cho Bệnh Nhân. Theo Chính Sách Tín Dụng & Thu Nợ của Partners, các đối tượng liên kết với Partners có thể tăng chiết khấu vượt mức quy định trong chính sách này trong trường hợp cụ thể để ghi nhận tính chất đặc biệt khó khăn về tài chính.

Phát Hành và Phân Phối Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân

Chính sách Hỗ Trợ Tài Chính Partners, mẫu đơn đăng ký và một bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu có sẵn tại địa chỉ <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>. Trang web này cũng có thể được truy cập từ trang chủ của Partners HealthCare từ menu thả xuống dưới mục "For Patients" (Dành Cho Bệnh Nhân). Trang web này có nhiều cách khác nhau mà bệnh nhân có thể đăng ký xin hỗ trợ, bao gồm một danh sách các địa điểm cố vấn tài chính cho bệnh viện ở bệnh viện và trung tâm y tế, một số điện thoại tổng đài và một địa chỉ

Chính Sách Chiết Khấu và Hỗ Trợ Tài Chính cho Bệnh Nhân **Ngày 1 tháng 1 năm 2020**

email. Trang web cũng báo cho bệnh nhân biết rằng không mất phí cho mẫu đơn đăng ký và hỗ trợ.

Bạn có thể tham khảo thông tin về chính sách và cách đăng ký ở tất cả các đối tượng thuộc Partners bằng cách liên hệ trực tiếp qua một số cách sau đây:

- Thông báo cỡ 11 x 17 dán ở quầy đăng ký và khu vực có mật độ qua lại cao khác
- Tập tài liệu bằng ngôn ngữ dễ hiểu quảng cáo về các phương án hỗ trợ tài chính Partners sẵn có, được trưng bày ở khu vực thực hành và Phòng Cấp Cứu
- Thông tin chung về sự sẵn có của dịch vụ hỗ trợ tài chính ghi trên tất cả bảng kê gửi cho bệnh nhân
- Các nguồn lực hỗ trợ cố vấn tài chính cho bệnh nhân áp dụng với bất kỳ bệnh nhân nào yêu cầu hỗ trợ, có thắc mắc cụ thể, hoặc muốn có mẫu đơn đăng ký. Tài liệu, bao gồm chính sách, đơn đăng ký và bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu có sẵn bằng tiếng Anh và các ngôn ngữ khác theo yêu cầu của quy định.
- Nhân viên của chương trình dành cho cộng đồng bệnh viện được giáo dục về FAP và được hướng dẫn thông báo cho các thành viên trong cộng đồng của mình về dịch vụ hỗ trợ tài chính sẵn có tại các địa điểm thuộc Partners.