



HƯỚNG DẪN VỀ CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC

Chương trình/Phòng: Tất cả các chương trình

Mã đơn bảo hiểm: FA.1.20

Chủ đề: Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu

Ngày hiệu lực: 08/18

Ngày sửa đổi: 01/23

CHÍNH SÁCH:

Việc xác định chính sách chương trình giảm phí theo thang đối chiếu (SFDP) phù hợp sẽ do Hội đồng Quản trị (HĐQT) điều hành quyết định.

MỤC ĐÍCH:

AltaPointe Health Systems cung cấp các dịch vụ y tế và dịch vụ hành vi cơ bản cho bệnh nhân, tùy theo khả năng chi trả của họ. Bệnh nhân có thu nhập hộ gia đình bằng hoặc dưới 200% so với Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang hiện hành có thể đăng ký chương trình giảm phí theo thang đối chiếu. Những bệnh nhân có bảo hiểm của bên thứ ba không chi trả hoặc chỉ chi trả một phần phí cho một số dịch vụ của trung tâm y tế cũng có thể đủ điều kiện tham gia chương trình giảm phí theo thang đối chiếu. Việc có đủ điều kiện hay không phụ thuộc vào các giới hạn pháp lý và hợp đồng của công ty bảo hiểm. Mọi dịch vụ trực tiếp và gián tiếp được cung cấp trong phạm vi dự án của AltaPointe, bất kể loại dịch vụ hoặc phương thức cung cấp; sẽ được cung cấp cho tất cả bệnh nhân tại trung tâm y tế bất kể khả năng chi trả. SFDP sẽ được áp dụng thống nhất cho tất cả bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đủ điều kiện sử dụng SFDP có bảo hiểm và không có giới hạn hợp đồng nào đối với Trung tâm, thì các khoản giảm giá cũng sẽ được áp dụng cho các khoản nợ của bệnh nhân bao gồm cả các khoản đồng thanh toán, khoản miễn thường và các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả. Bệnh nhân sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền họ phải trả theo loại giảm giá SFDP hiện hành.

Khoản thanh toán của bệnh nhân sẽ được xếp theo cấp bậc tùy theo vị trí của quy mô hộ gia đình và thu nhập của bệnh nhân trong Biểu phí Giảm phí theo Thang đối chiếu (xem tài liệu gửi kèm).

Một khoản phí danh nghĩa (tối thiểu \$20, tùy theo mức thu nhập), bao gồm tất cả các dịch vụ được cung cấp ngày hôm đó cho nhóm dịch vụ đó, do Hội đồng Quản trị (HĐQT) thiết lập, sẽ được tính cho những người được xác định là bằng hoặc dưới 100% Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang. Một khoản phí cố định do Hội đồng Quản trị (HĐQT) thiết lập sẽ được tính cho những người được xác định là trên 100% và bằng hoặc dưới 200% Hướng dẫn Chuẩn



Nghèo của Liên bang. Trung tâm Y tế có một khoản phí danh nghĩa được ấn định là một khoản phí danh nghĩa cố định và mang tính danh nghĩa theo quan điểm của bệnh nhân (tối thiểu \$20, tùy theo mức thu nhập). Trung tâm Y tế sẽ sử dụng các cuộc khảo sát bệnh nhân, ý kiến đóng góp của Hội đồng và các thông tin khác nếu cần thiết để ấn định mức phí danh nghĩa.

Tất cả các khoản phí của bệnh nhân cần được thanh toán tại thời điểm sử dụng dịch vụ. Tất cả các khoản giảm phí theo thang đối chiếu sẽ được Hội đồng Quản trị phê duyệt hằng năm.

Sẽ không có bệnh nhân nào bị từ chối dịch vụ do không có khả năng thanh toán.

Phí cho cả dịch vụ bắt buộc và dịch vụ bổ sung trong phạm vi dự án được phê duyệt sẽ dựa trên chi phí hợp lý và sẽ phù hợp với mức giá hoặc phí hiện hành tại địa phương. Phí dịch vụ sẽ được xem xét hằng năm hoặc khi cần thiết để đảm bảo tính bền vững của chương trình. Việc sửa đổi bảng phí phải được Hội đồng Quản trị phê duyệt.

Phí cho bất kỳ dịch vụ y tế nào yêu cầu vật tư hoặc vật liệu liên quan đến y tế (trừ các xét nghiệm bên ngoài) sẽ được bao gồm hoặc gộp vào phí dịch vụ và sẽ không được tính riêng. Bất kỳ xét nghiệm nào do phòng thí nghiệm bên ngoài làm sẽ được tính phí riêng biệt với lần thăm khám và được tính hóa đơn theo biểu phí theo thang đối chiếu đã được phê duyệt, ở mức bằng hoặc cao hơn mức giảm phí theo thang đối chiếu của Accordia, đối với các dịch vụ theo hợp đồng. Các xét nghiệm do nhân viên Trung tâm Y tế thực hiện theo CLIA sẽ được bao gồm trong phí đi kèm. Chi phí dịch vụ dịch thuật và chi phí nhờ thêm một kỹ thuật viên khác đọc kết quả xét nghiệm hình ảnh sẽ không được chuyển cho bệnh nhân và sẽ được coi là một phần của dịch vụ đi kèm.

Thông tin về các dịch vụ bổ sung như chương trình nhà thuốc 340b sẽ được cung cấp tại thời điểm phỏng vấn về tài chính.

Những cá nhân vượt ngưỡng 200% Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang sẽ phải tuân theo các thủ tục tự thanh toán, lập hóa đơn và thu nợ tiêu chuẩn của AltaPointe.

Tất cả các yếu tố của chính sách chương trình giảm phí theo thang đối chiếu, biểu phí giảm phí theo thang đối chiếu và tài liệu hỗ trợ đều phải tuân theo chính sách của AltaPointe về bảo mật cho bệnh nhân. Bệnh nhân sẽ được thông báo về các điều khoản bảo mật này.

QUY TRÌNH:

A. Biểu phí Giảm phí theo Thang đối chiếu

1. Biểu phí Giảm phí theo Thang đối chiếu (SFDS) sẽ được Hội đồng Quản trị xem xét và phê duyệt hàng năm dựa trên Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang được cập nhật nhằm nỗ lực đánh giá tính hiệu quả của chương trình giảm phí theo thang đối chiếu trong việc giảm bớt các rào cản đối với việc chăm sóc và sự phù hợp của chính sách đối với AltaPointe và cộng đồng của mình.

Quy trình cho nhân viên:

- a. Thông tin về Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu được cung cấp cho tất cả bệnh nhân khi đăng ký và có sẵn theo yêu cầu.
 - b. Đơn đăng ký Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu được hoàn tất để xác định thu nhập và quy mô hộ gia đình.
 - c. Đơn đăng ký sẽ được Nhân viên Lễ tân và/hoặc Người quản lý Thực hành đánh giá để xác định khả năng đủ điều kiện.
 - d. Bệnh nhân và gia đình (nếu có) được nhân viên tư vấn về khả năng đủ điều kiện được giảm phí theo thang đối chiếu dựa trên Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang
 - e. Bệnh nhân được yêu cầu mang theo xác minh thu nhập tại thời điểm đặt lịch hẹn. Nếu không xuất trình được tài liệu, bệnh nhân sẽ được đánh giá và được cung cấp phương tiện để gửi thông tin đó qua đường bưu điện đến Trung tâm Y tế để lưu hồ sơ. Bệnh nhân cũng có cơ hội quay lại cùng với thông tin càng sớm càng tốt.
 - f. Bản tự khai được ký như đã nêu.
 - g. Việc xác định cấp độ của Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu được thực hiện dựa trên thông tin do bệnh nhân cung cấp, giải thích cho bệnh nhân và trả lời các câu hỏi
 - h. Thông tin được nhập vào Hồ sơ Y tế Điện tử
 - i. Thông tin bổ sung được cung cấp cho bệnh nhân (bao gồm cả những thay đổi trong báo cáo, các khoản phí được bao gồm và thông tin nhà thuốc giảm giá 340B)
 - j. Khả năng đủ điều kiện của bệnh nhân sẽ được đánh giá và đánh giá lại định kỳ và ít nhất là hằng năm (bất kể tình trạng bảo hiểm). Tài liệu sẽ được cung cấp khi thích hợp.
 - k. Trung tâm Y tế sẽ đánh giá và đánh giá lại tất cả bệnh nhân về thu nhập và quy mô hộ gia đình phù hợp với chính sách chương trình giảm phí theo thang đối chiếu đã được Hội đồng Quản trị phê duyệt
 - l. Mọi câu hỏi về khả năng đủ điều kiện của bệnh nhân (ngoài các tình trạng bình thường) sẽ được chuyển đến Cơ quan quản lý để được hỗ trợ làm rõ.
2. Đào tạo nhân viên về việc thực hiện các chính sách của chương trình giảm phí theo thang đối chiếu và các thủ tục vận hành hỗ trợ sẽ được cung cấp hàng năm. Việc kiểm tra lấy mẫu các



đơn đăng ký giảm phí theo thang đối chiếu sẽ được tiến hành định kỳ để đảm bảo tuân thủ Chính sách Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu.

3. Việc xác định khả năng thanh toán của bệnh nhân phải tuân theo Biểu phí Giảm phí theo Thang đối chiếu đã được phê duyệt của Cơ quan đối với tất cả các bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ.
4. Mặc dù AltaPointe sẽ không yêu cầu bệnh nhân đăng ký bảo hiểm công hoặc tư, nhưng những bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức sẽ được hướng dẫn về các lựa chọn có sẵn cho họ dựa trên khả năng đủ điều kiện nhận bảo hiểm và/hoặc bảo hiểm của bên thứ ba. Nhân viên đăng ký sẽ ghi lại một cách thích hợp việc bệnh nhân không có khả năng thanh toán cho các dịch vụ và sẽ cung cấp SFDS.
5. Tất cả bệnh nhân sẽ được thông báo tại thời điểm đặt lịch hẹn và/hoặc khi đến quầy lễ tân về tình trạng sẵn sàng đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản giảm giá nào. Thông tin liên quan đến sự sẵn có của chương trình giảm phí theo thang đối chiếu cũng sẽ được đăng ở sảnh bằng tất cả các ngôn ngữ phổ biến trong cộng đồng và theo cách phù hợp với các trình độ văn hóa khác nhau. Nhân viên lễ tân sẽ thông báo cho bệnh nhân và các bên có trách nhiệm về yêu cầu đánh giá và thu phí.
6. Bệnh nhân mới và cũ muốn đăng ký chương trình giảm phí theo thang đối chiếu phải hoàn thành đơn đăng ký phí theo thang đối chiếu. Bệnh nhân cũng phải xuất trình bằng chứng thu nhập có thể chấp nhận được như tờ khai thuế, hai cuống séc, mẫu W2, v.v. Ngày ghi trên bằng chứng về thu nhập phải ở trong phạm vi 90 ngày kể từ ngày đăng ký chương trình giảm phí theo thang đối chiếu. Bệnh nhân có lựa chọn hoàn thành đơn đăng ký chương trình giảm phí theo thang đối chiếu. Bất kỳ bệnh nhân nào không hoàn thành đơn đăng ký chương trình giảm phí theo thang đối chiếu sẽ không đủ điều kiện được giảm giá.
7. Nhân viên đăng ký sẽ nhập thông tin về quy mô hộ gia đình và thu nhập vào hồ sơ y tế điện tử và thông báo cho bệnh nhân nếu họ đủ điều kiện tham gia chương trình giảm phí theo thang đối chiếu. Bằng chứng về thu nhập và đơn đăng ký đã điền đầy đủ thông tin sẽ được quét vào hồ sơ y tế điện tử của bệnh nhân.
8. Sự kết hợp giữa thu nhập hộ gia đình và số người trong hộ gia đình sẽ xác định mức giảm giá dựa trên biểu phí giảm phí theo thang đối chiếu đã được Hội đồng phê duyệt.
9. Cho mục đích xác định khả năng đủ điều kiện, một hộ gia đình được định nghĩa là một hoặc nhiều người sống cùng nhau, gộp thu nhập của họ lại nhằm mục đích chia sẻ chi phí trong gia đình. Phụ nữ mang thai được tính là 2 để xác định quy mô hộ gia đình.
10. **Thu nhập được xác định là** tổng thu nhập tiền mặt hiện tại từ tất cả các nguồn trước khi khấu trừ thuế thu nhập, thuế an sinh xã hội của nhân viên, phí bảo hiểm, trái phiếu, v.v. mà khách hàng, vợ/chồng và tất cả các thành viên khác trong gia đình đang kiếm được hoặc nhận tại thời

điểm đánh giá.

11. Cho mục đích xác định khả năng đủ điều kiện, thu nhập bao gồm những khoản sau:

- a) Việc làm (Tổng tiền lương)
- b) Phúc lợi hưu trí/lương hưu
- c) Trợ cấp an sinh xã hội/khuyết tật/hỗ trợ công
- d) Trợ cấp chính phủ
- e) Hỗ trợ nuôi con
- f) Thu nhập lãi
- g) Thu nhập cho thuê
- h) Trợ cấp thất nghiệp
- i) Bồi thường cho người lao động
- j) Hưu trí đường sắt
- k) Cấp dưỡng
- l) Phúc lợi cựu chiến binh
- m) Quyền lợi đình công
- n) Phân bổ quân sự
- o) Trang trại hoặc tự kinh doanh
- p) Nguồn thu nhập khác
- q) Các khoản thanh toán cho thời gian nghỉ có lương (PTO)

12. Được phép tự kê khai thu nhập; tuy nhiên, Trung tâm Y tế sẽ yêu cầu tài liệu bổ sung để hỗ trợ việc tự kê khai và đơn đăng ký sẽ được chuyển lên cấp Hành chính để xem xét. Các tài liệu bổ sung là không bắt buộc, nhưng rất khuyến khích. Bệnh nhân sẽ không bị từ chối do không thể cung cấp tài liệu bổ sung. Các tài liệu sau đây sẽ được cho phép:

- a) Thư xác nhận nếu nhận phiếu thực phẩm
- b) Bằng chứng chỉ có bảo hiểm kế hoạch hóa gia đình của Medicaid
- c) Nếu bệnh nhân không có thu nhập và được người thân hoặc bạn bè hỗ trợ thì cần phải có thư giải thích về những sắp xếp đó. Thư phải có chữ ký của (những) người hỗ trợ.

13. Các thủ tục sau đây sẽ được sử dụng để xác định tổng thu nhập hằng năm của hộ gia đình nhằm mục đích đánh giá, lập hoá đơn và thu phí:

1. Thu nhập hằng năm hiện tại, từ việc làm bán thời gian hoặc toàn thời gian hoặc thu nhập khác, mà bệnh nhân và tất cả các thành viên trưởng thành khác trong hộ gia đình nhận được được tính bằng cách nhân:

- a) Mức lương theo giờ với 2080 giờ (đối với việc làm bán thời gian, sử dụng số giờ dự kiến); hoặc
 - b) Mức lương hằng ngày với 260 ngày
 - c) Mức lương hằng tuần với 52 tuần; hoặc
 - d) Mức lương hằng tháng với 12 tháng
 - e) Mức lương hai tuần với 26 kỳ lương
2. Thu nhập từ các nguồn như công việc theo mùa vụ hoặc công việc khác có thời gian dưới 12 tháng, tiền hoa hồng, làm thêm giờ, tiền thưởng và trợ cấp thất nghiệp sẽ được tính là số tiền ước tính hằng năm của thu nhập đó trong 12 tháng tiếp theo. Dữ liệu lịch sử dựa trên 12 tháng qua có thể được dùng nếu việc xác định thu nhập dự kiến không thể được thực hiện một cách hợp lý.
14. Bệnh nhân sẽ phải trả toàn bộ phí cho đến khi xuất trình được tất cả tài liệu cho biểu phí giảm phí theo thang đối chiếu. Nếu tài liệu được xuất trình trong vòng 30 ngày, các khoản phí sẽ được giảm ở mức phù hợp. Vào thời điểm thăm khám đầu tiên, khách hàng có thể được cấp quyền tạm thời đủ điều kiện cho SFDS.
15. Bệnh nhân phải chứng nhận lại SFDS hằng năm vào lần thăm khám đầu tiên sau 12 tháng kể từ ngày đăng ký lần đầu. Bệnh nhân có thể được yêu cầu hoàn thành Đơn đăng ký Giám phí theo Thang đối chiếu mới tại thời điểm đánh giá lại khả năng đủ điều kiện.
16. Ngoại lệ chính sách: Trong trường hợp một cá nhân không cung cấp tài liệu được yêu cầu để xác định khả năng đủ điều kiện hoặc thể hiện việc không có khả năng thanh toán tại thời điểm sử dụng dịch vụ, thì những điều sau đây là những cân nhắc có thể hỗ trợ cho trường hợp ngoại lệ đối với việc cung cấp tính đủ điều kiện hoặc giảm giá tạm thời từ Cơ quan quản lý:
- a) Nhân viên y tế xác định rằng các dịch vụ này được yêu cầu khẩn cấp.
 - b) Nhà cung cấp dịch vụ của bệnh nhân, CMO, Giám đốc điều hành hoặc Người quản lý y tá thấy rằng có vẻ trạng thái tinh thần hoặc cảm xúc của bên chịu trách nhiệm ngăn cản khả năng cung cấp tài liệu được yêu cầu của họ. Trong những trường hợp như vậy, bệnh nhân phải có nhân viên xã hội, người quản lý hồ sơ hoặc thành viên gia đình có thẩm quyền pháp lý đi cùng để đưa ra quyết định.
 - c) Bệnh nhân được xác định rằng họ có các trường hợp ngoại lệ khác cần được phép khám (ví dụ: bệnh nhân là bệnh nhân thường xuyên có tài khoản cho thấy rằng họ đã liên tục thanh toán cho các lần thăm khám theo yêu cầu, nhưng lại vô tình quên tiền trong dịp này).
 - d) Cá nhân này là hội viên HMO được phân cho AltaPointe, có cuộc hẹn đầu tiên và không biết về khoản đồng thanh toán của mình.
17. Nếu một trường hợp khẩn cấp y tế được xác định, nó sẽ ngay lập tức được thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ y tế giám sát, CMO, Giám đốc điều hành hoặc Người quản lý y tá. Quyết định sẽ được đưa ra liệu có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm giá hay không, nếu có, ủy



quyền cung cấp dịch vụ chăm sóc đó sẽ được cấp bởi Giám đốc điều hành, Người quản lý y tá, CMO hoặc CFO và hồ sơ y tế điện tử hoặc phác đồ sức khỏe hành vi của bệnh nhân sẽ được ghi lại tương ứng.

18. Nếu không có điều kiện nào ở trên được đáp ứng, bệnh nhân sẽ có cơ hội đặt lại lịch khám của họ.
19. AltaPointe có một quy trình được thiết kế để định kỳ xem xét việc sử dụng Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu. AltaPointe sẽ sử dụng dữ liệu để đánh giá tỷ lệ bệnh nhân ở mỗi nhóm trả tiền tiếp cận các dịch vụ của trung tâm y tế. Dữ liệu này, cùng với các bản khảo sát về mức độ hài lòng của bệnh nhân, sẽ được đánh giá về tính hiệu quả của Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu trong việc giảm bớt các rào cản đối với việc chăm sóc. Tài khoản của bệnh nhân và các tài liệu liên quan cũng sẽ được xem xét để đảm bảo việc tuân thủ chính sách này. Việc xác định và thực hiện thay đổi sẽ được thực hiện khi cần thiết.
 - a. Dữ liệu về số lượt khám trung bình mỗi năm sẽ được đánh giá hàng năm để đánh giá tỷ lệ bệnh nhân thuộc mỗi mức chi trả giảm giá có thể tiếp cận các dịch vụ của trung tâm y tế.
 - b. Dữ liệu như được mô tả ở trên sẽ được đánh giá so với dữ liệu của (các) năm trước làm điểm chuẩn cho việc thay đổi.
 - c. Thông tin khác (khảo sát bệnh nhân, thông tin về sự hài lòng của bệnh nhân, v.v.) có thể được dùng để xác định mọi rào cản tài chính đối với việc chăm sóc cho từng loại phí theo thang đối chiếu.
 - d. Việc xác định các rào cản (tiềm năng hoặc thực tế) sẽ được giải quyết và các thay đổi sẽ được thực hiện theo chỉ định có sự chấp thuận của Hội đồng.

B. Giảm giá Nhà thuốc theo Thang đối chiếu 340B

Đơn vị y tế hợp quy sẽ đảm bảo rằng chỉ những bệnh nhân đáp ứng các yêu cầu của hướng dẫn về mức nghèo mới có thể nhận được thuốc 340B với mức giá chiết khấu từ một trong những nhà thuốc có hợp đồng với AltaPointe.

Hoàn cảnh:

AltaPointe cung cấp mức giá thuốc theo toa chiết khấu phù hợp với các yêu cầu và hướng dẫn của HRSA. AltaPointe đã thu thập thông tin thích hợp từ bệnh nhân để đảm bảo bệnh nhân đủ điều kiện hưởng mức giá chiết khấu tại nhà thuốc.

Lãnh đạo có trách nhiệm:

1. Giám đốc điều hành (CEO)
 - Chịu trách nhiệm với vai trò là người có thẩm quyền phụ trách việc tuân thủ và quản lý chương trình.
 - Chịu trách nhiệm chứng thực sự tuân thủ chương trình thông qua việc tái chứng nhận.
2. Giám đốc tài chính (CFO)
 - Chịu trách nhiệm với vai trò là người có thẩm quyền phụ trách việc tuân thủ và quản lý chương trình trong nhiều trường hợp.
 - Có khả năng chịu trách nhiệm chứng thực sự tuân thủ chương trình thông qua việc tái chứng nhận.
 - Tài khoản tiết kiệm và sử dụng quỹ để chăm sóc người nghèo theo thỏa thuận chăm sóc người nghèo.
 - Thường chịu trách nhiệm với vai trò là người liên hệ chính cho Chương trình 340B.
3. Giám đốc Y tế (CMO)
 - Người đại diện chịu trách nhiệm về việc tuân thủ 340B.
 - Người đại diện của Giám đốc điều hành hoặc Giám đốc tài chính chịu trách nhiệm quản lý Chương trình 340B để thực hiện đầy đủ và tối ưu hóa khoản tiết kiệm phù hợp, đồng thời đảm bảo rằng các quy trình và tuyên bố chính sách hiện hành được áp dụng để duy trì việc tuân thủ chương trình.
 - Duy trì sự hiểu biết về những thay đổi chính sách ảnh hưởng đến Chương trình 340B, bao gồm nhưng không giới hạn ở các quy tắc HRSA và những thay đổi về Medicaid. Theo dõi mọi thay đổi về khả năng đủ điều kiện/thông tin của phòng khám.

QUY TRÌNH:

1. Bệnh nhân sẽ cung cấp đơn đăng ký chương trình giảm phí theo thang đối chiếu và bằng chứng về thông tin thu nhập hộ gia đình.
2. Dựa vào thông tin được cung cấp, tỷ lệ giảm phí theo thang đối chiếu của bệnh nhân sẽ được tính toán.
3. Nếu ở mức bằng hoặc dưới 200% Mức Nghèo Liên bang (FPL), bệnh nhân sẽ đủ điều kiện được giảm giá thuốc theo toa. (Mức chiết khấu= chi phí thuốc 340B + phí hành chính + phí cấp phát được chiết khấu).
4. Dược sĩ sẽ sử dụng thông tin BIN, PCN và thông tin nhóm để xử lý đơn thuốc đúng cách và xác nhận đơn thuốc đó là của nhà cung cấp AltaPointe.
5. Hằng năm bệnh nhân sẽ được đánh giá xem có đủ điều kiện tham gia chương trình hay không.