

TIÊU ĐỀ: CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC CỦA CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TỪ THIỆN VÀ THANH TOÁN GIẢM GIÁ CỦA MẠNG LƯỚI Y TẾ SAN FRANCISCO	Phòng Dịch Vụ Tài Chính cho Bệnh Nhân
Tim Arnold, Phó Giám Đốc Phòng Kế Toán Bệnh Nhân Jenine Smith, Quản Lý Phòng Dịch Vụ Tài Chính cho Bệnh Nhân Glenn Levy, Phó Luật Sư Thành Phố	Ngày Phát Hành Bản Gốc: Ngày 14 tháng 12 năm 2006 Ngày sửa đổi: Ngày 8 tháng 3 năm 2007, ngày 12 tháng 9 năm 2007, ngày 14 tháng 12 năm 2007, ngày 22 tháng 6 năm 2008, ngày 1 tháng 6 năm 2009, ngày 15 tháng 7 năm 2009, ngày 1 tháng 4 năm 2011, ngày 1 tháng 4 năm 2012, ngày 1 tháng 4 năm 2014, ngày 1 tháng 1 năm 2015, ngày 15 tháng 7 năm 2016, ngày 1 tháng 12 năm 2017, ngày 3 tháng 8 năm 2019, ngày 1 tháng 1 năm 2023, ngày 1 tháng 1 năm 2024, ngày 22 tháng 5 năm 2024, ngày 1 tháng 1 năm 2025

I. MỤC ĐÍCH

Chính sách này nhằm xác định các nguyên tắc trợ cấp tài chính của Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện (Charity Care) và Thanh Toán Giảm Giá (Discount Payment) cũng như tư cách hội đủ tham gia Mạng Lưới Y Tế San Francisco (San Francisco Health Network, SFHN) theo các quy định của Dự Luật Hạ Viện (Assembly Bill, AB) AB774, AB1020, AB532 và AB2297 cũng như Dự Luật Thượng Viện (Senate Bill, SB) SB1276.

II. CHÍNH SÁCH

SFHN áp dụng chính sách tuân thủ mọi quy chế của liên bang, tiểu bang và địa phương để cung cấp trợ cấp tài chính thông qua Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện cho những bệnh nhân đủ điều kiện nhưng được xác định là không đủ điều kiện tham gia các chương trình của liên bang, tiểu bang và quận, đồng thời có tài khoản nợ tiền thanh toán cho các dịch vụ đã nhận, cũng như thông qua Chương Trình Thanh Toán Giảm Giá cho những bệnh nhân đủ điều kiện đã được sàng lọc cho các chương trình của liên bang, tiểu bang và quận, đồng thời có tài khoản nợ tiền thanh toán cho các dịch vụ đã nhận. Nếu bất kỳ quy chế nào, ở hiện tại hoặc trong tương lai, mâu thuẫn với chính sách này thì quy chế đó sẽ thay thế chính sách này.

III. PHẠM VI

Chính sách này áp dụng cho Bệnh Viện Đa Khoa và Trung Tâm Chấn Thương Zuckerberg San Francisco (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), Phòng Khám Ngoại Trú Chuyên Khoa, Phòng Khám Chăm Sóc Chính trong Cộng Đồng (Community Primary Care, CPC), Bệnh Viện và Trung Tâm Phục Hồi Chức Năng Laguna Honda (Laguna Honda

Hospital and Rehabilitation Center, LHH), Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health Services, BHS) và Ban Sức Khỏe Dân Số (Population Health Division, PHD) của Sở Y Tế Công Cộng San Francisco (San Francisco Department of Public Health, SFDPH). Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ không đủ điều kiện hưởng các gói hoặc chương trình giảm giá khác chẳng hạn như gói thai sản của bệnh viện, gói dịch vụ phá thai hoặc các chương trình theo gói khác được cung cấp cho bệnh nhân ở mức giá phổ thông kèm theo mức giảm giá đáng kể dưới mức giá của chính phủ và không hưởng thêm chính sách giảm giá nào khác. Mọi tài khoản mà bệnh nhân nợ tiền đều sẽ được cân nhắc.

Chính sách này cũng không áp dụng đối với phí bác sĩ trong trường hợp cấp cứu, nội trú, khoa quang tuyến và phòng thủ thuật được lập hóa đơn theo và đài thọ trong chính sách và thủ tục của Nhóm Thực Hành Lâm Sàng thuộc Đại Học California San Francisco (University of California San Francisco, UCSF), Dịch Vụ Doanh Nghiệp/kinh doanh với tư cách Nhóm Y Khoa của Bệnh Viện Đa Khoa San Francisco (San Francisco General Hospital, SFGH). Bác sĩ cấp cứu, theo định nghĩa trong Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn California Mục 127450, tức là người cung cấp dịch vụ y tế cấp cứu trong bệnh viện cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu, cũng phải giảm giá theo luật cho những bệnh nhân không được bảo hiểm hoặc bệnh nhân có chi phí y tế cao ở mức 400% Mức Nghèo Liên Bang (Federal Poverty Limit, FPL) trở xuống.

IV. LỊCH SỬ

- A. Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2007 đối với bệnh nhân ZSFG và ngày 17 tháng 9 năm 2007 đối với bệnh nhân thuộc diện CPC, SFHN đã cung cấp Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán có Giảm Giá để hỗ trợ những bệnh nhân không được bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đúng mức có thu nhập hạn chế lên tới 350% FPL và những người không hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Thanh Toán Phí Điều Chỉnh theo Vật Giá, các chương trình của chính phủ hoặc các bên thanh toán khác, bao gồm cả trường hợp bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán.
- B. Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 11 năm 2010, SFHN cung cấp Chương Trình Chi Phí Y Tế Cao Thảm Họa để hỗ trợ những bệnh nhân không được bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đúng mức mà không đủ điều kiện tham gia các Chương Trình Thanh Toán Phí Điều Chỉnh theo Vật Giá, Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Thanh Toán Giảm Giá với chi phí y tế vượt quá 120 phần trăm thu nhập hàng năm của hộ gia đình họ và những người a) không hội đủ điều kiện nhận các Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán Giảm Giá, Chương Trình Thanh Toán Phí Điều Chỉnh theo Vật Giá hoặc các chương trình chăm sóc từ thiện khác của chính phủ và b) những người không có bên thanh toán khác, bao gồm các khoản thanh toán mà họ có thể nhận được do bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán.

- C. Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2015, ZSFG đã sửa đổi chính sách này theo luật SB1276 quy định rằng:
1. Định nghĩa về người có chi phí y tế cao bao gồm những người được bệnh viện giảm giá nhờ bảo hiểm của bên thứ ba.
 2. Bệnh viện phải thương lượng với bệnh nhân về kế hoạch thanh toán, có cân nhắc đến thu nhập của gia đình bệnh nhân và các chi phí sinh hoạt thiết yếu.
 3. Bệnh viện phải xác định công thức thanh toán hợp lý, trong đó số tiền thanh toán hàng tháng không quá 10 phần trăm thu nhập của gia đình bệnh nhân, không bao gồm các khoản khấu trừ cho các chi phí sinh hoạt thiết yếu.
 4. Nếu bệnh viện và bệnh nhân không thống nhất được kế hoạch thanh toán, bệnh viện sẽ áp dụng công thức quy định là khấu trừ 60% chi phí sinh hoạt thiết yếu từ tổng thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân và sau đó tính 10% thu nhập còn lại để xác định số tiền thanh toán hàng tháng hợp lý. Bệnh viện sẽ cấp cho bệnh nhân giấy giới thiệu nhận hỗ trợ đến Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế theo số (888) 804-3536 hoặc Trung Tâm Người Tiêu Dùng Y Tế/Trợ Giúp Pháp Lý Vùng Vịnh theo số (855) 693-7285.
- D. Có hiệu lực từ ngày 3 tháng 8 năm 2019, chính sách này đã được sửa đổi theo Nghị Quyết Số 19-8 của Ủy Ban Y Tế của Thành Phố và Quận San Francisco, dẫn đến những thay đổi sau đây:
1. FPL đủ điều kiện tham gia Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện tăng thành 500 phần trăm,
 2. FPL đủ điều kiện tham gia Chương Trình Thanh Toán Giảm Giá đã được thay đổi để bao gồm tất cả các mức FPL,
 3. Xóa bỏ tiêu chí đủ điều kiện về chi phí y tế cao và
 4. Xóa bỏ chương trình Chi Phí Y Tế Cao Thảm Họa.
- E. Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2023, chính sách này đã được sửa đổi theo AB1020: Khoản Nợ Chăm Sóc Sức Khỏe và Lập Hóa Đơn Công Bằng cũng như AB532: Chính Sách Lập Hóa Đơn Công Bằng.
- F. Có hiệu lực từ ngày 22 tháng 5 năm 2024, chính sách này đã được sửa đổi để bao gồm các dịch vụ ngoại trú về Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa và Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện thông qua Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.

V. ĐỊNH NGHĨA

- A. Đối với các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân đủ điều kiện tài chính, “Trợ Cấp” nghĩa là khoản tín dụng tiền hoặc khoản giảm giá được áp dụng sau khi bệnh viện tính phí cho bệnh nhân, do bệnh nhân được xác định là

- không có khả năng tài chính để thanh toán khoản phí đó.
- B. “Trợ Cấp Tài Chính” nghĩa là cung cấp dịch vụ chăm sóc từ thiện hoặc thanh toán giảm giá cho bệnh nhân đủ điều kiện tài chính.
- C. “Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện Tài Chính” nghĩa là bệnh nhân không được bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đúng mức còn nợ tiền và đáp ứng các tiêu chí về tư cách hội đủ của chương trình Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Thanh Toán Giảm Giá.
- D. “Mức nghèo liên bang (Federal poverty level, FPL)” nghĩa là thước đo thu nhập mà Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ ban hành hàng năm trên Công Báo Liên Bang theo thẩm quyền thuộc tiểu mục (2) trong Mục 9902, Tiêu Đề 42 của Bộ Luật Hoa Kỳ. FPL dựa trên quy mô gia đình và thu nhập của bệnh nhân và được các bệnh viện sử dụng để xác định tư cách hội đủ nhận trợ cấp tài chính.
- E. “Bệnh Viện” nghĩa là các cơ sở thuộc Sở Y Tế Công Cộng của Thành Phố và Quận San Francisco sau đây: ZSFG, Phòng Khám Ngoại Trú Chuyên Khoa, Phòng Khám Chăm Sóc Chính trong Cộng Đồng, Bệnh Viện và Trung Tâm Phục Hồi Chức Năng Laguna Honda, Ban Sức Khỏe Dân Số của SFDPH và Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.
- F. “Bệnh Nhân” đề cập đến người được cung cấp dịch vụ hoặc bên bảo lãnh nếu họ là những đối tượng khác nhau.
- G. “Bên Bảo Lãnh” nghĩa là cá nhân hoặc tổ chức chịu trách nhiệm tài chính về việc thanh toán trên tài khoản của bệnh nhân.
- H. “Gia Đình Bệnh Nhân” có nghĩa như sau tùy theo độ tuổi của bệnh nhân:
1. Đối với người từ 18 tuổi trở lên, gia đình là vợ/chồng, bạn đời sống chung (theo định nghĩa trong Mục 297 của Bộ Luật Gia Đình) và trẻ em phụ thuộc dưới 21 tuổi hoặc bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật, phù hợp với Mục 1614(a) của Phần A của Tiêu Đề XVI trong Đạo Luật An Sinh Xã Hội, dù có sống ở nhà hay không.
 2. Đối với những người dưới 18 tuổi hoặc con cái phụ thuộc từ 18 đến 20 tuổi, gia đình là cha mẹ, người thân là người chăm sóc và trẻ em phụ thuộc khác dưới 21 tuổi hoặc bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật của cha mẹ hoặc người thân là người chăm sóc, phù hợp với Mục 1614(a) của Phần A của Tiêu Đề XVI trong Đạo Luật An Sinh Xã Hội, dù có sống ở nhà hay không.
- I. “Tự thanh toán” nghĩa là bệnh nhân không có bảo hiểm tài chính của bên thứ ba từ công ty bảo hiểm y tế, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Medicare hoặc Medicaid và chấn thương của họ không phải là chấn thương được bồi thường vì mục đích bồi thường cho người lao động, bảo hiểm ô tô hoặc bảo hiểm khác theo xác định và ghi chép của bệnh viện. Bệnh nhân tự thanh toán có thể bao gồm các bệnh nhân nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện.

- J. “Không được bảo hiểm” nghĩa là bệnh nhân không có nguồn thanh toán từ bên thứ ba cho bất kỳ phần chi phí y tế nào của bệnh nhân, bao gồm nhưng không giới hạn ở bảo hiểm thương mại hoặc bảo hiểm tư nhân khác, các chương trình quyền lợi chăm sóc sức khỏe do chính phủ tài trợ hoặc bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán và bao gồm bệnh nhân đã hết quyền lợi trong tất cả các nguồn thanh toán có thể có trước khi nhập viện hoặc được cung cấp dịch vụ.
- K. “Bảo hiểm không đúng mức” nghĩa là bệnh nhân có nguồn thanh toán từ bên thứ ba cho một phần chi phí y tế của bệnh nhân và phần còn lại áp dụng cho khoản tiền mà bệnh nhân còn nợ. Nội dung này không bao gồm những bệnh nhân được Medi-Cal/Medicaid đài thọ.

VI. THÔNG BÁO VỀ BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

- A. Thông báo về chính sách của bệnh viện về việc cung cấp trợ cấp tài chính cho những bệnh nhân đủ điều kiện tự thanh toán được cung cấp theo nhiều cách"
 - 1. Các thông báo được dán rõ ràng và dễ thấy ở những vị trí mà công chúng có thể đọc trong phòng chờ của phòng cấp cứu ZSFG, phòng chờ chăm sóc khẩn cấp, phòng chờ ngoại trú, sảnh chính của Bệnh Viện ZSFG và sảnh của Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi. Thông báo cũng được đăng trên trang web của bệnh viện tại địa chỉ <https://zuckerbergsanfranciscogeneral.org/> trong đó có sẵn đơn đăng ký chương trình Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán Giảm Giá để tải xuống.
 - a. Chính Sách và Đơn Đăng Ký Trợ Cấp Tài Chính (Tiếng Anh) được tải lên hai năm một lần bắt đầu từ ngày 01/01/2024 trên trang web Thông Tin Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Health Care Access Information, HCAI) của Chương Trình Lập Hóa Đơn Công Bằng Bệnh Viện HCAI tại địa chỉ <https://hcai.ca.gov/affordability/hospital-fair-billing-program/hospital-fair-pricing-policy-lookup/>.
 - b. Người nộp các chính sách này được ủy quyền hợp pháp để nộp các chính sách đó.
 - c. Các chính sách được nộp là bản sao y và chính xác các chính sách của bệnh viện.
 - 2. Văn bản thông báo sẽ được cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ trong Điều Khoản và Điều Kiện Nhập Viện đối với các trường hợp nhập viện nội trú, trong Sách Hướng Dẫn Bệnh Nhân ZSFG cấp cho các bệnh nhân nhập viện nội trú, trong Cẩm Nang cho Người Hưởng Bảo Hiểm Sức Khỏe Hành Vi và dưới dạng tài liệu phát tay cho bệnh nhân tại các phòng khám ngoại trú. Các thông báo này sẽ bao gồm thông tin sau đây:
 - a. Địa chỉ Internet của Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (<https://healthconsumer.org>) và tuyên bố rằng có những

- tổ chức sẽ giúp bệnh nhân hiểu về quy trình lập hoá đơn và thanh toán.
 - b. Thông tin về Covered California.
 - c. Thông tin về tư cách hội đủ giả định của Medi-Cal nếu bệnh viện tham gia vào chương trình tư cách hội đủ giả định.
 - d. Địa chỉ Internet cho danh sách các dịch vụ có thể mua của bệnh viện, theo yêu cầu của luật liên bang.
- B. Cổng thông tin hồ sơ sức khỏe điện tử cho bệnh nhân MyChart của SFDPH cung cấp thông tin về trợ cấp tài chính cũng như công cụ sàng lọc sơ bộ và cổng thông tin cho phép bệnh nhân gửi tin nhắn đến Phòng Dịch Vụ Tài Chính cho Bệnh Nhân để yêu cầu trợ cấp tài chính.
- C. Bảng kê thanh toán cho bệnh nhân bao gồm các thông tin về:
 1. Nhận hỗ trợ lập hóa đơn.
 2. Yêu cầu cấp hóa đơn được chia thành mục.
 3. Yêu cầu hỗ trợ về đơn đăng ký chăm sóc sức khỏe.
 4. Yêu cầu trợ cấp tài chính. Bảng kê thanh toán cuối cùng cho bệnh nhân cũng sẽ bao gồm đơn đăng ký chương trình Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán Giảm Giá.
 5. Liên hệ với Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế tại địa chỉ <https://healthconsumer.org/> và theo số (888) 804-3536, Trợ Giúp Pháp Lý Vùng Vịnh tại địa chỉ <https://baylegal.org/> và theo số (855) 693-7285.
 6. Các tài khoản quá hạn, chúng sẽ được giao cho Ban Thu Khoản Thanh Toán Doanh Thu Quá Hạn (Bureau of Delinquent Revenue, BDR) tại Phòng Thủ Quỹ và Nhân Viên Thu Thuế.

VII. CHƯƠNG TRÌNH VÀ HỖ TRỢ BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

- A. Nhân Viên Xác Định Tư Cách Hội Đủ về Khả Năng Tiếp Cận của Bệnh Nhân sẽ thu thập thông tin nhân khẩu học, tài chính và bảo hiểm của bệnh nhân để xác định xem bệnh nhân có bảo hiểm để đài thọ cho các dịch vụ hay không và xem bệnh nhân không được bảo hiểm hay bảo hiểm không đúng mức với bảo hiểm chỉ có một phần. Họ sẽ giới thiệu những bệnh nhân không được bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đúng mức để đặt lịch hẹn với Phòng Ghi Danh Tiếp Cận Dịch Vụ cho Bệnh Nhân của ZSFG hoặc BHS hoặc cố vấn tài chính tại phòng khám cung cấp các dịch vụ (nếu có).
- B. Cố Vấn Tài Chính về Khả Năng Tiếp Cận của Bệnh Nhân sẽ hỗ trợ bệnh nhân không được bảo hiểm và bảo hiểm không đúng mức trong quá trình sàng lọc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và đăng ký tùy thuộc vào chương trình hoặc gói mà bệnh nhân được xác định là hội đủ điều kiện sơ bộ.
- C. Các chương trình và gói có thể bao gồm:
 1. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).
 2. Chương Trình Điều Trị Ung Thư Vú và Cổ Tử Cung (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
 3. Dịch Vụ Trẻ Em California.

4. Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân California.
 5. Sức Khỏe Trẻ Em & Phòng Chống Khuyết Tật, Phương Thức Tiếp Cận Bảo Hiểm Y Tế.
 6. Covered California.
 7. Chương trình Every Woman Counts, Phát Hiện Ung Thư Vú và Cổ Tử Cung.
 8. Chương Trình Tiếp Cận Kế Hoạch Hóa Gia Đình, Chăm Sóc và Điều Trị.
 9. Medi-Cal, cung cấp bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp cho cư dân California có thu nhập hạn chế hội đủ điều kiện.
 10. Chương Trình Tư Cách Hội Đủ Giả Định của Medi-Cal tại Bệnh Viện, cho phép tiếp cận ngay các dịch vụ Medi-Cal tạm thời, miễn phí trong thời gian các cá nhân đăng ký Medi-Cal dài hạn.
 11. Chương Trình Healthy San Francisco.
 12. Chương Trình Gói Sản Khoa hỗ trợ chăm sóc tiền sản và sinh con tại ZSFG.
 13. Chương Trình Thanh Toán Phí Điều Chỉnh theo Vật Giá của Sở Y Tế Công Cộng.
 14. Tư Cách Hội Đủ Giả Định của Medi-Cal dành cho Người Mang Thai.
 15. Chương Trình Gói VIP chấm dứt thai kỳ.
- D. Khi Có Vấn Tài Chính về Khả Năng Tiếp Cận của Bệnh Nhân xác định rằng bệnh nhân không đủ điều kiện tham gia chương trình hoặc gói chăm sóc sức khỏe để đài thọ cho dịch vụ của mình, họ sẽ giới thiệu bệnh nhân đến Phòng Trợ Cấp Tài Chính Bệnh Nhân của ZSFG hoặc BHS để đăng ký các chương trình trợ cấp tài chính có thể giảm số tiền còn nợ của bệnh nhân.

VIII. CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

- A. Hiện có hai (2) chương trình trợ cấp tài chính là Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện và Chương Trình Thanh Toán Giảm Giá và cả hai chương trình đều yêu cầu những điều sau đây:
1. Bệnh nhân phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý trong việc cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập và bảo hiểm quyền lợi sức khỏe. Không cung cấp thông tin mang tính hợp lý và cần thiết có thể là yếu tố được cân nhắc trong quá trình đưa ra quyết định về tư cách hội đủ.
 2. Bệnh nhân và bên bảo lãnh nhận được khoản dàn xếp pháp lý, phán quyết hoặc khoản bồi thường từ bên thứ ba liên quan đến bất kỳ vụ kiện hay hành động pháp lý nào khác, bao gồm cả khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị y tế liên quan đến chấn thương, phải bồi hoàn cho Bệnh Viện chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đã được cung cấp, tối đa là số tiền hợp lý được hưởng cho mục đích đó.
 3. Những bệnh nhân nhận được séc thanh toán trực tiếp từ bảo hiểm của mình cho các dịch vụ do Mạng Lưới Y Tế San Francisco cung cấp phải từ bỏ toàn bộ các khoản thanh toán đó cho Phòng Kế Toán Bệnh Nhân của ZSFG hoặc BHS, tùy theo bên được áp dụng.

4. Các chương trình Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán Giảm Giá không thể áp dụng cho các dịch vụ đủ điều kiện hưởng các gói hoặc chương trình giảm giá, chẳng hạn như gói sản khoa của bệnh viện, gói dịch vụ phá thai VIP hoặc các chương trình theo gói khác được cung cấp cho bệnh nhân ở mức giá phổ thông với mức giảm giá thấp hơn đáng kể so với mức giá của chính phủ. Các chương trình này không được giảm giá thêm.
- B. Ngoài các điều kiện được liệt kê ở trên, chương trình Chăm Sóc Từ Thiện cũng yêu cầu những điều sau đây:
1. Bệnh nhân phải hợp tác trong quá trình nỗ lực đạt được và trao đổi thông tin với bất kỳ chương trình bảo hiểm thương mại hoặc chương trình bảo hiểm do chủ lao động tài trợ nào để thanh toán các dịch vụ của mình, bao gồm cả khiếu nại.
 2. Bệnh nhân phải hợp tác trong quá trình đăng ký chương trình của chính phủ hoặc gói của bệnh viện và phải nộp đơn đăng ký đã điền đầy đủ kèm theo thông tin xác minh bắt buộc để tổ chức đó đưa ra quyết định về tư cách hội đủ.
- C. Chương trình Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán Giảm Giá nằm trong cùng một đơn đăng ký nhưng có các yêu cầu khác nhau về tư cách hội đủ theo như mô tả trong các phần sau đây. Bệnh nhân phải cung cấp đơn đăng ký đã điền đầy đủ và tất cả thông tin xác minh bắt buộc trong vòng 30 ngày kể từ khi bắt đầu làm đơn đăng ký.
- D. Bệnh nhân có thể liên hệ với Phòng Trợ Cấp Tài Chính cho Bệnh Nhân thích hợp để được hỗ trợ bằng cách:
1. Gọi cho Phòng Trợ Cấp Tài Chính cho Bệnh Nhân của ZSFG theo số (628) 206-3275, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 11 giờ 30 trưa và từ 1 giờ chiều đến 5 giờ chiều.
 2. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Hội Viên của BHS theo số (888) 246-3333.
 3. Gửi tin nhắn ở phần yêu cầu trợ cấp tài chính trong tài khoản cổng thông tin bệnh nhân MyChart của bệnh nhân.
- E. Đơn đăng ký phải được gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ được liệt kê dưới đây cho phòng ban/cơ sở thích hợp:
1. Đơn đăng ký nhận dịch vụ chăm sóc do ZSFG, CPC hoặc PHD cung cấp phải được gửi qua đường bưu điện đến Zuckerberg San Francisco General Hospital Patient Financial Assistance Department 1001 Potrero Ave., Building 20, San Francisco, CA 94110.
 2. Đơn đăng ký nhận dịch vụ chăm sóc do BHS cung cấp phải được gửi qua đường bưu điện đến BHS Member Services Department, 1360 Mission St., 2nd Fl, San Francisco, CA 94103.

IX. CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TỪ THIỆN

- A. Yêu cầu về tư cách hội đủ đối với chương trình Chăm Sóc Từ Thiện là:
1. Tư cách hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện dựa trên thu nhập.

2. Thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân không được vượt quá 138% mức nghèo Liên Bang.
3. Để đủ điều kiện tham gia chương trình Chăm Sóc Từ Thiện, bệnh nhân phải hợp tác đầy đủ với các yêu cầu của chương trình để theo đuổi và hoàn tất bảo hiểm và trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba.
4. Bệnh nhân cũng phải hợp tác trong quy trình sàng lọc tư cách hội đủ và đăng ký Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm khác.
5. Khi có tư cách hội đủ điều kiện tham gia chương trình Chăm Sóc Từ Thiện, bệnh nhân sẽ được xóa bỏ toàn bộ số tiền còn nợ.

B. Xác Minh Thu Nhập

1. Bệnh nhân có thể cung cấp bất kỳ tài liệu nào sau đây để phục vụ mục đích xác minh thu nhập:
 - a. Cuống phiếu lương của ba (3) tháng gần nhất trước ngày nộp đơn hoặc bản sao đầy đủ của tờ khai thuế thu nhập cho năm gần nhất đối với tất cả các nguồn thu nhập. Tất cả thành viên trong hộ gia đình đủ điều kiện đều phải thực hiện bước xác minh này.
 - b. Tờ khai thuế gần đây, là tờ khai thuế ghi lại thu nhập của bệnh nhân trong năm đầu tiên bệnh nhân được lập hóa đơn hoặc 12 tháng trước thời điểm bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu.
 - c. Phiếu lương gần đây, là phiếu lương trong vòng 6 tháng trước hoặc sau thời điểm bệnh nhân được bệnh viện lập hóa đơn lần đầu.
2. Bệnh nhân có visa du học sinh có thể cung cấp mẫu đơn I-20 để xác minh.
3. Bệnh nhân không có nguồn thu nhập có thể xác minh và được chấp nhận sẽ được xác định là không hội đủ điều kiện.
4. Đối với những bệnh nhân đang tham gia chương trình của quận hoặc tiểu bang không đòi hỏi cho những ngày nhận dịch vụ được lập hóa đơn cho họ, họ có thể phải xác minh thu nhập theo cách thay thế như sau để đủ điều kiện tham gia chương trình trợ cấp tài chính.
 - a. Bệnh nhân được xác nhận đang tham gia Medi-Cal có thể thay thế việc xác minh thu nhập bằng tư cách hội đủ hiện tại trong chương trình Medi-Cal.
 - b. Bệnh nhân được xác nhận đang tham gia Healthy San Francisco có thể thay thế việc xác minh thu nhập bằng thông tin ghi danh hiện tại với Healthy San Francisco.
 - c. Bệnh nhân được xác nhận đang tham gia Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Quận (County Medical Services Program, CMSP) có thể thay thế thu nhập và tài sản bằng cách hội đủ hiện tại trong chương trình CMSP.
5. Thông tin do bệnh nhân cung cấp để xác minh tư cách hội đủ về thu nhập sẽ không được sử dụng cho các hoạt động thu nợ.
6. Bệnh nhân được xác định là không hội đủ điều kiện tham gia chương trình Chăm Sóc Từ Thiện do thu nhập vượt mức sẽ được đánh giá để tham gia chương trình Thanh Toán Giảm Giá.

X. CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ

A. Yêu cầu về tư cách hội đủ đối với chương trình Thanh Toán Giảm Giá là:

1. Tư cách hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Thanh Toán Giảm Giá dựa trên thu nhập.
2. Thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân có thể ở mức 139% FPL trở lên.
3. Không có giới hạn FPL nào để bệnh nhân hội đủ điều kiện. FPL của bệnh nhân sẽ quyết định số tiền được giảm giá.
4. Bệnh nhân cũng phải hợp tác trong quy trình sàng lọc tư cách hội đủ đối với Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm khác.
5. Khi đủ điều kiện tham gia chương trình Thanh Toán Giảm Giá, bệnh nhân sẽ được giảm trừ số tiền còn nợ.

B. Xác Minh Thu Nhập

1. Bệnh nhân có thể cung cấp một trong hai tài liệu sau đây để phục vụ mục đích xác minh thu nhập:
 - a. Tờ khai thuế gần đây, là tờ khai thuế ghi lại thu nhập của bệnh nhân trong năm đầu tiên bệnh nhân được lập hóa đơn hoặc 12 tháng trước thời điểm bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu.
 - b. Phiếu lương gần đây, là phiếu lương trong vòng 6 tháng trước hoặc sau thời điểm bệnh nhân được bệnh viện lập hóa đơn lần đầu.
2. Chính sách này cũng cho phép bệnh nhân cung cấp cuống phiếu lương của ba (3) tháng gần nhất trước ngày nộp đơn đăng ký hoặc tờ khai thuế thu nhập theo năm gần nhất đối với tất cả các thành viên hộ gia đình đủ điều kiện.
3. Bệnh nhân không có nguồn thu nhập có thể xác minh và được chấp nhận sẽ được xác định là không hội đủ điều kiện.
4. Đối với những bệnh nhân đang tham gia chương trình của quận hoặc tiểu bang không đòi hỏi cho những ngày nhận dịch vụ được lập hóa đơn cho họ, họ có thể phải xác minh thu nhập theo cách thay thế như sau để đủ điều kiện tham gia chương trình trợ cấp tài chính:
 - a. Bệnh nhân được xác nhận đang tham gia Medi-Cal có thể thay thế việc xác minh thu nhập bằng tư cách hội đủ hiện tại trong chương trình Medi-Cal.
 - b. Bệnh nhân được xác nhận đang tham gia Healthy San Francisco có thể thay thế việc xác minh thu nhập bằng thông tin ghi danh hiện tại với Healthy San Francisco.
 - c. Bệnh nhân được xác nhận đang tham gia Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Quận (County Medical Services Program, CMSP) có thể thay thế thu nhập và tài sản bằng tư cách hội đủ hiện tại trong chương trình CMSP.
 - d. Thông tin do bệnh nhân cung cấp để xác minh tư cách hội đủ về thu nhập sẽ không được sử dụng cho các hoạt động thu nợ.

XI. QUYẾT ĐỊNH ĐỐI VỚI ĐƠN ĐĂNG KÝ TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

A. Chấp thuận

1. Nếu được chấp thuận, bệnh nhân sẽ nhận được văn bản thông báo ghi rõ số tiền cuối cùng trong dư nợ tài khoản của mình sau khi áp dụng giảm giá.
2. Bệnh nhân sẽ được lập hóa đơn cho trách nhiệm thanh toán được giảm giá nếu dư nợ vẫn còn sau khi áp dụng giảm giá.

B. Từ chối

1. Nếu bị từ chối, bệnh nhân sẽ nhận được văn bản thông báo ghi rõ lý do từ chối.
2. Bệnh nhân sẽ tiếp tục được lập hóa đơn cho trách nhiệm thanh toán ban đầu trên tài khoản của mình.

XII. QUY TRÌNH DUYỆT XÉT KHIẾU NẠI

A. Bệnh nhân có thể yêu cầu khiếu nại về quyết định đối với tư cách hội đủ tham gia chương trình Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Thanh Toán Giảm Giá bằng văn bản ghi rõ lý do khiếu nại và kèm theo tài liệu xác minh để củng cố cho lý do khiếu nại đó trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi nhận được quyết định đối với đơn đăng ký.

B. Khiếu nại phải được gửi qua đường bưu điện đến:

1. Khiếu nại đối với đơn đăng ký nhận dịch vụ chăm sóc do ZSFG, CPC hoặc PHD cung cấp phải được gửi qua đường bưu điện đến Zuckerberg San Francisco General Hospital Patient Financial Assistance Department 1001 Potrero Ave., Building 20, San Francisco, CA 94110.
2. Khiếu nại đối với đơn đăng ký nhận dịch vụ chăm sóc do BHS cung cấp phải được gửi qua đường bưu điện đến BHS Member Services Department, 1360 Mission St., 2nd Fl, San Francisco, CA 94103.

C. Lý do khiếu nại và tài liệu xác minh hỗ trợ sẽ được xem xét theo yêu cầu về tư cách hội đủ của từng chương trình. Bệnh nhân có thể được yêu cầu cung cấp thông tin và/hoặc tài liệu xác minh bổ sung.

D. Bệnh nhân sẽ nhận được văn bản thông báo về quyết định khiếu nại.

XIII. HẠN MỨC DÀNH CHO BỆNH NHÂN

A. SFDPH cũng áp dụng Hạn Mức dành cho Bệnh Nhân đối với một số bệnh nhân nhất định. Chính sách Hạn Mức dành cho Bệnh Nhân giúp giảm bớt số tiền bệnh nhân còn nợ mà không cần đơn đăng ký hoặc hành động từ bệnh nhân hoặc bên bảo lãnh. Chính sách Hạn Mức dành cho Bệnh Nhân là số tiền tối đa được xác định trước mà bệnh nhân phải chịu trách nhiệm thanh toán cho các tài khoản ngoại trú và nội trú. Hạn mức này được áp dụng dựa trên các quy tắc hệ thống để xác định xem bệnh nhân và tài khoản có đủ điều kiện hay không. Khi bệnh nhân và tài khoản của họ đủ điều kiện, hệ thống sẽ thực hiện điều chỉnh để giảm số dư xuống Hạn Mức dành cho Bệnh Nhân.

B. Các bệnh nhân và tài khoản sau đây không đủ điều kiện hưởng Hạn Mức dành cho Bệnh Nhân và sẽ tiếp tục bị lập hóa đơn cho toàn bộ số tiền mà bệnh nhân còn nợ.

1. Các bệnh nhân nhận các dịch vụ được đài thọ theo khoản bồi thường cho người lao động hoặc nguồn thanh toán từ bên thứ ba.
2. Các bệnh nhân có tài khoản đã được giao cho Ban Thu Khoản Thanh Toán Doanh Thu Quá Hạn.
3. Các dịch vụ hội đủ điều kiện tham gia gói sản khoa hoặc gói VIP.
4. Các bệnh nhân đã nhận được tiền thanh toán trực tiếp từ bảo hiểm cho các dịch vụ của mình và chưa trao tiền thanh toán đó cho Mạng Lưới Y Tế San Francisco.
5. Bệnh nhân có tài khoản đã được giao cho đơn vị ký kết hợp đồng với Sở Y Tế Công Cộng (Department of Public Health, DPH), Health Advocates để được hỗ trợ về tư cách hội đủ và thu nhận bảo hiểm.

XIV. GIỚI HẠN THANH TOÁN DỰ KIẾN THEO AB1020

SFHN cũng giới hạn khoản thanh toán dự kiến cho các dịch vụ mình cung cấp cho bệnh nhân ở mức 400% FPL trở xuống, cho đến số tiền mà bệnh viện dự kiến sẽ nhận được từ Medicare.

XV. KẾ HOẠCH THANH TOÁN

- A. Các kế hoạch thanh toán được cung cấp tại bộ phận Kế Toán Bệnh Nhân, Phòng Dịch Vụ Khách Hàng của ZSFG, Phòng Dịch Vụ Hội Viên BHS hoặc Phòng Thủ Quỹ & Nhân Viên Thu Thuế của Thành Phố & Quận San Francisco, Ban Thu Khoản Thanh Toán Doanh Thu Quá Hạn (BDR) tùy thuộc vào tổ chức liên kết với tài khoản và điều kiện của kế hoạch thanh toán.
- B. Bệnh nhân có thể yêu cầu lập kế hoạch thanh toán từ Phòng Kế Toán Bệnh Nhân ZSFG hoặc Phòng Dịch Vụ Hội Viên BHS nếu (các) tài khoản chưa được giao cho BDR.
- C. Có thể lập kế hoạch thanh toán theo những cách sau đây:
 1. Bệnh nhân có thể tạo kế hoạch thanh toán của riêng mình trong cổng thông tin bệnh nhân MyChart.
 2. Bệnh nhân có thể liên hệ với Phòng Dịch Vụ Khách Hàng để được hỗ trợ lập kế hoạch thanh toán bằng bất kỳ cách nào sau đây:
 - a. Gửi tin nhắn trong tài khoản cổng thông tin bệnh nhân MyChart của mình
 - b. Gửi email đến một trong các địa chỉ sau đây:
 - i. Đối với dịch vụ chăm sóc do ZSFG, CPC hoặc PHD cung cấp: SFHNPatientFinancialServices@sfdph.org
 - ii. Đối với dịch vụ chăm sóc được cung cấp tại BHS: BHSMemberServices@sfdph.org
 - c. Gọi đến một trong các số điện thoại sau đây:
 - iii. Đối với dịch vụ chăm sóc do ZSFG, CPC, hoặc PHD cung cấp: (628) 206-8448, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 11 giờ 30 trưa và 1 giờ chiều đến 5 giờ chiều

iv. Đối với dịch vụ chăm sóc được cung cấp tại BHS:
(888) 246-3333

- D. Bệnh viện và bệnh nhân có thể quyết định các điều khoản của kế hoạch thanh toán. Bệnh viện phải xác định công thức thanh toán hợp lý, trong đó số tiền thanh toán hàng tháng không quá 10 phần trăm thu nhập của gia đình bệnh nhân, không bao gồm các khoản khấu trừ cho các chi phí sinh hoạt thiết yếu.
- E. Nếu bệnh viện và bệnh nhân không thống nhất được kế hoạch thanh toán, bệnh viện sẽ áp dụng công thức quy định là khấu trừ 60% chi phí sinh hoạt thiết yếu từ tổng thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân và sau đó tính 10% thu nhập còn lại để xác định số tiền thanh toán hàng tháng hợp lý. Bệnh viện sẽ cấp cho bệnh nhân giấy giới thiệu nhận hỗ trợ đến Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế theo số (888) 804-3536 hoặc Trung Tâm Người Tiêu Dùng Y Tế/Trợ Giúp Pháp Lý Vùng Vịnh theo số (855) 693-7285.
- F. Bệnh nhân có kế hoạch thanh toán quá hạn sẽ nhận được bảng kê thanh toán thông báo về các khoản thanh toán quá hạn và cần thực hiện thanh toán để hoàn thành các khoản thanh toán quá hạn cho tài khoản.
- G. Bệnh nhân có thể liên hệ với Văn Phòng Dịch Vụ Khách Hàng để yêu cầu thương lượng lại về kế hoạch thanh toán nếu đáp ứng được yêu cầu của phòng này.
- H. Tài khoản của những bệnh nhân yêu cầu lập kế hoạch thanh toán ít hơn hai mươi đô la Mỹ (\$20) mỗi tháng hoặc vượt quá mười hai (12) tháng dương lịch sẽ được giao cho BDR để được hỗ trợ về kế hoạch thanh toán. Tham khảo Phòng Thủ Quỹ & Nhân Viên Thu Thuế Thành Phố & Quận San Francisco, Ban Thu Khoản Thanh Toán Doanh Thu Quá Hạn, Chính Sách và Thủ Tục Thu Nợ của Bệnh Viện Đa Khoa Zuckerberg San Francisco.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Dự Luật Hạ Viện 1020: Khoản Nợ Chăm Sóc Sức Khỏe và Lập Hóa Đơn Công Bằng 2022
- Dự Luật Hạ Viện 532: Chính Sách Lập Hóa Đơn Công Bằng 2021
- Nhóm Thực Hành Lâm Sàng UCSF, Dịch Vụ Doanh Nghiệp/kinh doanh với tư cách Bên Bảo Lãnh Nhóm Y Khoa SFGH/AB1020 Chính Sách và Quy Trình
- Phòng Thủ Quỹ & Nhân Viên Thu Thuế Thành Phố & Quận San Francisco, Ban Thu Khoản Thanh Toán Doanh Thu Quá Hạn, Chính Sách và Thủ Tục Thu Nợ của Bệnh Viện Đa Khoa Zuckerberg San Francisco
- Dự Luật Thượng Viện 1276 Chăm sóc sức khỏe: chính sách lập hóa đơn công bằng 2014
- Dự Luật Hạ Viện 774 Bệnh viện: chính sách định giá công bằng 2007