CHÍNH SÁCH VÀ QUY TRÌNH CỦA SFHP

Duy trì chăm sóc cho hội viên mới đăng ký và hội viên bị ảnh hưởng khi nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng

Số chính sách và quy trình:	PR-19
Bộ phận:	Provider Network Operations
Người chịu trách nhiệm chính:	Director, Provider Network Operations
Lĩnh vực kinh doanh và chương trình bảo hiểm bị ảnh hưởng:	☒Medi-Cal ☒Medicare Advantage D-SNP ☒Healthy Workers HMO ☐Healthy SF ☐City Option ☐Tất cả lĩnh vực kinh doanh và chương trình bảo hiểm nêu trên

TUYÊN BỐ VỀ CHÍNH SÁCH

Để đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ và Duy trì chăm sóc (COC), San Francisco Health Plan (SFHP) cho phép hội viên mới đăng ký yêu cầu nhà cung cấp ngoài mạng lưới duy trì chăm sóc trong một số trường hợp nhất định. Chính sách này áp dụng khi hội viên mới đăng ký đang điều trị với nhà cung cấp chưa ký hợp đồng với SFHP hoặc khi hội viên hiện tại đang được chăm sóc cho một tình trạng đủ điều kiện nhưng nhà cung cấp đó lại chấm dứt hợp đồng với SFHP.

Mục tiêu cao nhất là giúp hội viên mới chuyển sang một nhà cung cấp thuộc nhóm y tế của hội viên một cách an toàn và nhanh nhất có thể. Chính sách này giúp đảm bảo tối ưu hóa và điều phối việc chăm sóc cho hội viên, bao gồm nhưng không giới hạn ở tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp cả trong và ngoài mạng lưới nhà cung cấp của SFHP. Chính sách này áp dụng cho việc cung cấp quyền lợi y tế và sức khỏe hành vi, nhưng không áp dụng cho thiết bị y tế lâu bền, dịch vụ vận chuyển, các dịch vụ phụ trợ khác và những dịch vụ không được chương trình quyền lợi của hội viên bao trả.

Đối với hội viên Care Plus D-SNP, SFHP tuân thủ các yêu cầu về duy trì chăm sóc của cả DHCS và DMHC.

QUY TRÌNH

Hội viên mới và hội viên hiện tại nhận được thông báo về quyền được duy trì chăm sóc trong Chứng từ bảo hiểm/Biểu mẫu công bố thông tin (EOC/DF). Hội viên được hướng dẫn gửi yêu cầu duy trì chăm sóc cho Bộ phận Dịch vụ khách hàng bằng lời nói hoặc

bằng văn bản. Yêu cầu bằng văn bản cần có tên hội viên, mã số hội viên, tên nhà cung cấp và phần mô tả về các dịch vụ mà hội viên đang nhận.

Mục tiêu cao nhất của SFHP là chuyển hội viên mới sang các nhà cung cấp thuộc nhóm y tế trong mạng lưới một cách an toàn và nhanh nhất có thể, đồng thời đảm bảo cân nhắc kỹ lưỡng những tác động lâm sàng có thể xảy ra đối với quá trình điều trị của hội viên khi thay đổi nhà cung cấp.

I. Tiếp nhận yêu cầu COC: Yêu cầu COC được tiếp nhận qua cuộc gọi đến Bộ phận Dịch vụ khách hàng hoặc Quan hệ nhà cung cấp, qua yêu cầu phê duyệt trước do nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi hoặc dưới dạng Yêu cầu miễn trừ y tế (MER) bị từ chối.

Bộ phận Dịch vụ khách hàng chuyển tiếp các yêu cầu COC của hội viên (thuộc Nhóm y tế được SFHP ủy quyền quản lý việc sử dụng dịch vụ) đến đúng Nhóm y tế được ủy quyền đó để xử lý.

Yêu cầu MER dành cho nhà cung cấp ngoài mạng lưới được xử lý như yêu cầu COC. Các yêu cầu bổ sung về MER được nêu trong PR-22: Hội viên bị từ chối yêu cầu miễn trừ y tế hoặc miễn trừ hủy đăng ký do trường hợp khẩn cấp.

II. Xử lý yêu cầu COC: SFHP bắt đầu xử lý yêu cầu COC trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu. Yêu cầu COC tiếp nhận qua cuộc gọi đến Bộ phận Dịch vụ khách hàng sẽ được nhập vào hệ thống Quản lý chăm sóc của SFHP để chuyển đến đúng bộ phận xử lý. Mỗi yêu cầu COC sẽ được hoàn tất trong thời hạn sau:

A. 30 ngày theo lịch kể từ ngày SFHP nhận được yêu cầu;
B. 15 ngày theo lịch nếu tình trạng bệnh lý của người thụ hưởng cần được chăm sóc kịp thời hơn, chẳng hạn như có lịch hẹn sắp tới hoặc nhu cầu chăm sóc cấp thiết khác; hoặc
C. Ba (3) ngày theo lịch nếu người thụ hưởng có nguy cơ bị tổn hại.

Khi nhận được yêu cầu COC qua điện thoại, Bộ phận Vận hành mạng lưới nhà cung cấp (PNO) sẽ liên hệ với nhà cung cấp ngoài mạng lưới để xem họ có đồng ý tiếp tục chăm sóc cho hội viên hay không. Nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới đồng ý, PNO sẽ hỗ trợ nhà cung cấp gửi yêu cầu phê duyệt trước cho Bộ phận Vận hành lâm sàng.

III. Hội viên **Medi-Cal mới đăng ký chuyển từ các chương trình Medi-Cal** khác (**DHCS COC)**: Hội viên được chỉ định mã hỗ trợ bắt buộc phải chuyển sang chương trình chăm sóc có quản lý có quyền tiếp tục điều trị với nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong tối đa 12 tháng sau khi tham gia chương trình chăm sóc có quản lý, nếu đáp ứng đủ các điều kiện sau:

A. Hội viên có mối quan hệ từ trước với nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc đã có lịch hẹn với họ. "Mối quan hệ từ trước" nghĩa là hội viên đã đến khám không

khẩn cấp với nhà cung cấp đó ít nhất một lần trong vòng 12 tháng trước khi tham gia chương trình chăm sóc có quản lý.

B. Nhà cung cấp sẵn sàng chấp nhận mức phí cao hơn giữa mức phí tiêu chuẩn theo hợp đồng của SFHP hoặc mức phí của Medi-Cal FFS
C. Nhà cung cấp không có vấn đề về chất lượng chăm sóc khiến họ không đủ điều kiện
D. Nhà cung cấp đã đăng ký tham gia chương trình Medi-Cal
E. Nhà cung cấp đồng ý cung cấp cho SFHP toàn bộ thông tin điều trị liên quan

Đối với các yêu cầu COC được phê duyệt, Bộ phận Vận hành lâm sàng sẽ thông báo cho hội viên 30 ngày theo lịch trước khi thời gian COC kết thúc về quy trình chuyển sang dịch vụ chăm sóc mới khi thời gian COC kết thúc.

Yêu cầu COC loại này được xem là hoàn tất hoặc đã đóng khi xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:

A. Các điều kiện trên đã được đáp ứng và hội viên đã nhận được thông báo về quyền tiếp tục sử dụng dịch vụ;
B. SFHP và nhà cung cấp ngoài mạng lưới không thể thống nhất về mức phí;
C. SFHP ghi nhận nhà cung cấp có vấn đề về chất lượng chăm sóc khiến họ không đủ điều kiện; hoặc
D. SFHP đã nỗ lực liên hệ nhưng nhà cung cấp ngoài mạng lưới không phản hồi trong vòng 30 ngày theo lịch.

IV. Hội viên có tình trạng đủ điều kiện (DMHC COC): Hội viên mới đăng ký tham gia Medi-Cal hay Healthy Workers HMO hoặc bất kỳ hội viên hiện tại nào thuộc các chương trình này đang nhận dịch vụ từ nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng đều có thể yêu cầu tiếp tục nhận các dịch vụ được bao trả. Yêu cầu này được chấp nhận nếu tại thời điểm hội viên đăng ký tham gia SFHP hoặc nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng, hội viên đang nhận dịch vụ từ nhà cung cấp đó để điều trị một trong các tình trạng sau:

A. Tình trạng cấp tính: dịch vụ được cung cấp trong thời gian mắc tình trạng cấp tính.
B. Tình trạng mãn tính nghiêm trọng: dịch vụ thuộc phạm vi bảo hiểm được cung cấp trong khoảng thời gian cần thiết để hoàn tất quá trình điều trị và sắp xếp chuyển sang nhà cung cấp khác một cách an toàn theo đúng thông lệ chuyên môn. Thời gian này do SFHP xác định sau khi trao đổi với hội viên và nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Thời gian cung cấp dịch vụ thuộc phạm vi bảo hiểm không kéo dài quá 12 tháng kể từ ngày đăng ký có hiệu lực hoặc kể từ ngày nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng.
C. Thai kỳ: dịch vụ được cung cấp trong suốt thai kỳ và 12 tháng ngay sau sinh.
D. Tình trạng sức khỏe tâm thần của người mẹ: dịch vụ được cung cấp trong tối đa 12 tháng kể từ ngày chẩn đoán hoặc từ khi kết thúc thai kỳ, tùy thời điểm nào muộn hơn.
E. Bệnh nan y: dịch vụ được cung cấp trong suốt thời gian mắc bệnh nan y và có thể kéo dài hơn 12 tháng.

F. Chăm sóc trẻ sơ sinh trong 36 tháng đầu đời (nếu trẻ sơ sinh là hội viên): dịch vụ không được cung cấp quá 12 tháng kể từ ngày hội viên (trẻ sơ sinh) đăng ký có hiệu lực hoặc kể từ ngày nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng.
G. Dịch vụ thuộc phạm vi bảo hiểm đã được phê duyệt: dịch vụ đã được phê duyệt trước đó như một phần của quá trình điều trị có hồ sơ ghi nhận, đồng thời được nhà cung cấp khuyến nghị và ghi nhận là sẽ diễn ra trong vòng 180 ngày kể từ ngày hội viên đăng ký SFHP có hiệu lực hoặc trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng.

V. Thời gian COC: Nếu một hội viên đủ điều kiện hưởng COC theo cả DHCS và DMHC, thời gian COC sẽ áp dụng khoảng thời gian dài hơn trong hai khoảng thời gian.

VI. Xem xét yêu cầu phê duyệt trước cho COC: Nhân viên Bộ phận Vận hành lâm sàng sẽ xem xét các yêu cầu phê duyệt trước cho COC theo đúng chính sách và quy trình của bộ phận, đồng thời đưa ra quyết định dựa trên chỉ định y tế và những tác động lâm sàng có thể xảy ra khi chấm dứt mối quan hệ giữa hội viên và nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Đối với hội viên Medi-Cal, các dịch vụ đã được một đơn vị Medi-Cal khác phê duyệt sẽ được SFHP xem là đã phê duyệt trong 90 ngày đầu tiên kể từ khi đủ điều kiện tham gia SFHP mà không cần gửi *yêu cầu* mới cho SFHP. Hội viên hoặc nhà cung cấp phải cung cấp cho Bộ phận Vận hành lâm sàng một bản sao giấy phê duyệt này và SFHP có thể xác minh tính xác thực của giấy phê duyệt nếu cần. Nếu muốn tiếp tục nhận dịch vụ COC sau 90 ngày đầu tiên kể từ khi đủ điều kiện, hội viên phải được SFHP đánh giá lại thông qua một *yêu cầu* phê duyệt mới. Bộ phận Vận hành lâm sàng chỉ phê duyệt những yêu cầu tiếp tục nhận dịch vụ nếu dịch vụ đó thuộc phạm vi Dịch vụ được bao trả theo các điều khoản trong chương trình quyền lợi của hội viên. Những yêu cầu COC có hiệu lực hồi tố sẽ được Bộ phận Vận hành lâm sàng xem xét tính cần thiết về mặt y tế. Bộ phận Thanh toán chi phí sẽ chi trả tương ứng. Hội viên sẽ nhận được thông báo bằng văn bản về quyết định của SFHP.

VII. Quy trình LOA: Khi nhận được yêu cầu phê duyệt trước, Bộ phận Vận hành lâm sàng sẽ xử lý theo quy trình nêu trong CO-22: Yêu cầu phê duyệt, cùng với các yêu cầu COC bổ sung dưới đây. Nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới chưa có thỏa thuận với SFHP, Bộ phận Vận hành lâm sàng sẽ bắt đầu quy trình Thư thỏa thuận (LOA) hiện hành. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải:

A. Chấp nhận mức phí của SFHP hoặc Medi-Cal (tùy theo mức nào cao hơn) trong suốt thời gian COC,
B. Không có vấn đề về chất lượng chăm sóc theo quy trình xét duyệt năng lực chuyên môn tiêu chuẩn của SFHP hoặc Nhóm y tế và
C. Thỏa mãn một trong hai tiêu chí sau:
    1. Đối với yêu cầu COC theo DHCS: đã có lịch hẹn với hội viên trong vòng 12 tháng trước khi hội viên tham gia SFHP hoặc
    2. Đối với yêu cầu COC theo DMHC: đã cung cấp dịch vụ điều trị cho hội viên đối với một trong các tình trạng nêu bên dưới (mục 4) tại thời điểm nhà cung cấp chấm dứt hợp đồng hoặc hội viên tham gia SFHP.

Nếu đáp ứng ba (3) điều kiện trên, Bộ phận Hợp đồng có thể ký LOA với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Có thể không cần LOA nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới chấp nhận mức phí của Medi-Cal.

Nếu không đáp ứng bất kỳ điều kiện nào ở trên, Bộ phận Dịch vụ khách hàng sẽ hỗ trợ hội viên chuyển sang dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải tuân thủ các điều khoản và điều kiện hợp đồng giống như tất cả những nhà cung cấp có hợp đồng không nhận mức phí trọn gói của SFHP khi cung cấp các dịch vụ tương tự, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc xét duyệt năng lực chuyên môn, quyền hành nghề tại bệnh viện, hoạt động cải thiện chất lượng, đánh giá đồng cấp và quản lý việc sử dụng dịch vụ. Các quyết định về quản lý việc sử dụng dịch vụ được ghi lại bằng văn bản hoặc trên hệ thống theo dõi trực tuyến được thiết kế riêng và được lưu trữ tại nơi an toàn. Các yêu cầu dịch vụ được giám sát theo quy định của Department of Health Care Services (DHCS), Department of Managed Health Care (DMHC) và National Committee for Quality Assurance (NCQA), cũng như Quy trình vận hành lâm sàng CO-22 của SFHP. Nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới không đồng ý tuân thủ hoặc không tuân thủ các điều khoản và điều kiện hợp đồng này, SFHP sẽ không cho phép nhà cung cấp đó tiếp tục cung cấp dịch vụ.

Bộ phận Hợp đồng và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải thống nhất bằng văn bản về phương thức thanh toán trước khi tiếp tục cung cấp dịch vụ. Mức phí thanh toán sẽ tương tự như mức SFHP đang áp dụng cho các nhà cung cấp hiện có hợp đồng và cung cấp dịch vụ tương tự (nhưng không tính phí trọn gói). Nếu SFHP và nhà cung cấp không thể thống nhất về điều khoản thanh toán, SFHP sẽ không cho phép nhà cung cấp đó tiếp tục cung cấp dịch vụ.

VIII. Phần chi phí hội viên tự chi trả: Trong thời gian tiếp tục sử dụng các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hội viên phải trả các khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ hoặc những khoản chi phí khác theo đúng mức mà hội viên phải trả khi sử dụng dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp của SFHP.

IX. COC đối với dịch vụ dược phẩm: Tham khảo chính sách và quy trình "Pharm-02: Pharmacy Prior Authorization" để biết các quy định về COC liên quan đến quyền lợi dược phẩm.

GIÁM SÁT

Mỗi tháng một lần, Bộ phận Vận hành lâm sàng sẽ chạy báo cáo ("Báo cáo chuyển tiếp COC ") về các hội viên Medi-Cal đang nhận dịch vụ COC và sắp hết thời gian COC. Bộ phận Vận hành lâm sàng sẽ gửi thư cho những hội viên đó để hỗ trợ họ chuyển sang dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới.

Mỗi tháng một lần, Bộ phận Hợp đồng sẽ chạy báo cáo ("Báo cáo theo dõi nhà cung cấp COC") về các hội viên đã gọi điện cho Bộ phận Dịch vụ khách hàng để yêu cầu

COC, nhằm đảm bảo nhà cung cấp ngoài mạng lưới đã gửi yêu cầu phê duyệt cho các dịch vụ mà hội viên yêu cầu. Bộ phận Hợp đồng sẽ liên hệ lại với bất kỳ nhà cung cấp ngoài mạng lưới nào chưa gửi yêu cầu phê duyệt trước cho các dịch vụ mà hội viên yêu cầu.

Các chính sách của những nhóm y tế được ủy quyền quản lý việc sử dụng dịch vụ sẽ được xem xét thông qua các đợt kiểm tra hàng năm do Bộ phận Vận hành lâm sàng và Đội ngũ giám sát ủy quyền thực hiện. Trong trường hợp một nhóm y tế không tuân thủ, Đội ngũ giám sát ủy quyền hoặc người được chỉ định sẽ thông báo bằng văn bản cho nhóm y tế đó về việc phải thực hiện biện pháp khắc phục, theo quy trình nêu trong PR-20: Thực hiện kế hoạch về biện pháp khắc phục.

ĐỊNH NGHĨA

Tình trạng cấp tính: tình trạng bệnh lý xuất hiện triệu chứng đột ngột do bệnh tật, chấn thương hoặc vấn đề sức khỏe khác cần được chăm sóc y tế kịp thời và diễn ra trong thời gian ngắn.

Chăm sóc trẻ sơ sinh: khoảng thời gian từ khi trẻ sinh ra đến 36 tháng tuổi.

Nhóm y tế được ủy quyền: nhóm y tế đã ký hợp đồng và hoạt động thay mặt cho SFHP. Nhóm y tế này có thẩm quyền thực hiện những chức năng mà SFHP thường sẽ thực hiện. Quyền này bao gồm quyền quyết định việc cần làm và cách thực hiện trong phạm vi đã thỏa thuận giữa SFHP và nhóm y tế.

Thư thỏa thuận (LOA): văn bản có tính ràng buộc theo hợp đồng, dùng để xác định các điều khoản của thỏa thuận cung cấp dịch vụ giữa hai bên.

Tình trạng sức khỏe tâm thần của người mẹ: tình trạng sức khỏe tâm thần có thể ảnh hưởng đến phụ nữ trong thời kỳ mang thai, giai đoạn quanh sinh/sau sinh hoặc xuất hiện trong thời kỳ mang thai, giai đoạn quanh sinh/sau sinh cho đến một năm sau sinh.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới: Nhà cung cấp không có hợp đồng còn hiệu lực với San Francisco Health Plan SFHP để cung cấp dịch vụ theo hợp đồng chương trình của hội viên.

Thai kỳ: ba tam cá nguyệt của thai kỳ và giai đoạn ngay sau sinh.

Nhà cung cấp: nhóm y tế, phòng khám hoặc cá nhân hành nghề y mà hội viên có thể lựa chọn hoặc được chỉ định để nhận dịch vụ chăm sóc ban đầu. Nhà cung cấp cũng bao gồm bệnh viện nơi hội viên bắt buộc phải nhận dịch vụ bệnh viện theo mối quan hệ

trong mạng lưới với nhóm y tế, phòng khám hoặc cá nhân hành nghề y mà hội viên được chỉ định hoặc lựa chọn.

Tình trạng mãn tính nghiêm trọng: tình trạng bệnh lý do bệnh tật hoặc vấn đề/rối loạn sức khỏe khác có tính chất nghiêm trọng, kéo dài mà không thể chữa khỏi hoàn toàn, trở nên nặng hơn trong thời gian dài hoặc cần điều trị liên tục để duy trì tình trạng thuyên giảm hay ngăn tình trạng trở nên xấu đi.

Bệnh nan y: tình trạng không thể chữa khỏi hoặc không thể hồi phục, có khả năng cao gây tử vong trong vòng một năm hoặc sớm hơn.

CÁC BỘ PHẬN/BÊN LIÊN QUAN ÁP DỤNG

Tuân thủ và vấn đề pháp lý
Giám sát ủy quyền
Dịch vụ y tế – Vận hành lâm sàng
Dịch vụ y tế – Cải thiện kết quả sức khỏe
Vận hành – Dịch vụ khách hàng
Vận hành – Quản lý điều kiện tham gia của hội viên

CHÍNH SÁCH, QUY TRÌNH VÀ TÀI LIỆU LIÊN QUAN KHÁC

1. CO-22: Yêu cầu phê duyệt
2. CT-01: Thư thỏa thuận
3. PR-18: Chấm dứt hợp đồng với nhóm y tế hoặc bệnh viện (chuyển giao toàn bộ hội viên)
4. PR-22: Hội viên bị từ chối yêu cầu miễn trừ y tế hoặc miễn trừ hủy đăng ký do trường hợp khẩn cấp
5. Sổ tay dành cho nhà cung cấp của SFHP

LỊCH SỬ SỬA ĐỔI

Ngày có hiệu lực:	12/2/2015
Ngày sửa đổi:	13/2/2019; 22/4/2020; 19/5/2022; 15/12/2022; 23/1/2025; 21/8/2025

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ luật Y tế và An toàn, Mục 1373.95, 1373.96
2. Hợp đồng DHCS/SFHP, Phụ lục A, Tài liệu đính kèm III, Mục 4.3 (Quản lý sức khỏe dân số và điều phối chăm sóc) và 5.2 (Mạng lưới và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc)
3. Bản sửa đổi SPD, tháng 4/2011

4. DHCS APL 23-022: Duy trì chăm sóc cho người thụ hưởng Medi-Cal mới tham gia chương trình chăm sóc có quản lý Medi-Cal từ chương trình Medi-Cal trả phí theo dịch vụ vào hoặc sau ngày 1/1/2023