

ชื่อนโยบาย	นโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้	รหัสนโยบาย	4834
คำค้นหา	เครดิต การติดตามหนี้ และหนี้เสีย		

I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

กำหนดแนวทางเกี่ยวกับโซลูชันด้านวงจรรายได้ Conifer (“Conifer”) เพื่อติดตามและจัดการเรื่องการชำระหนี้ของบัญชีผู้ป่วยในฐานะตัวแทนตามสัญญาข้อตกลงสำหรับ Dartmouth-Hitchcock Health

II. ขอบเขตของนโยบาย

นโยบายนี้ใช้กับพนักงานทุกคนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเครดิตและกระบวนการติดตามหนี้ และยอดคงค้างทั้งหมดที่เรียกเก็บผ่านทาง Dartmouth-Hitchcock Health นโยบายนี้ใช้กับสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิก D-HH ที่ใช้ระบบ Epic

III. คำจำกัดความ

หน่วยงานติดตามหนี้: บุคคลภายนอกที่ติดตามเรียกเก็บเงินที่ผิดนัดชำระหนี้

ลูกหนี้: ผู้ที่เป็นหนี้

ระดับการติดตามหนี้: ระดับการสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับบัญชีลูกหนี้ของผู้ป่วย ยังมีระดับการติดตามหนี้สูงขึ้นไปก็แสดงว่ามียอดคงค้างที่ใกล้การผิดนัดชำระหนี้มากขึ้น

การผิดนัดชำระหนี้: ยอดเงินที่ยังไม่ได้ชำระหนี้ตามเวลาการชำระเงินที่แจ้งไว้ในคำแถลง ยอดเงินที่ยังไม่มีการจ่ายเงินใด ๆ และยอดเงินที่ได้ถูกย้ายจากฝ่ายบัญชีลูกหนี้ไปยังตัวแทนในการทวงหนี้

ผู้ค้ำประกัน: ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีถือเป็นผู้ค้ำประกันตัวเอง (เว้นแต่จะระบุไว้เป็นอย่างอื่นโดยรัฐหรือศาล) ไม่ว่าผู้ป่วยจะทำประกันไว้กับบริษัทใดก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะถือว่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นผู้ค้ำประกัน

ECA: การติดตามหนี้แบบพิเศษ

Dartmouth-Hitchcock Health: ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกในระบบ Dartmouth-Hitchcock Health (DHH) ได้แก่ Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital และ Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหมดใน New Hampshire และ Vermont ไม่ถือเป็นสถานที่ปฏิบัติการที่เป็นสมาชิก

IV. คำแถลงนโยบาย

- D-HH พยายามรวบรวมข้อมูลการประกันสุขภาพล่าสุดของผู้ค้าประกันสำหรับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และตรวจสอบความคุ้มครองและการรับผิดชอบยอดเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองผ่านเครื่องมือตรวจสอบประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- จะต้องประมาณค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เช่น ยอดชำระแบบจ่ายรวมและยอดชำระแบบหักได้ และหาวิธีจัดการเรื่องการชำระเงินก่อนให้บริการหรือขณะให้บริการ
 - ผู้ป่วยสามารถเลือกจ่ายเงินค่าบริการที่ต้องจ่ายเองได้ ภายหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว
 - บริการบางรายการอาจต้องมีการชำระเงินล่วงหน้า (เช่น การศัลยกรรม เครื่องช่วยฟัง ฯลฯ)
- D-HH จะออกเอกสารเรียกเก็บเงิน และขอให้มีการชำระเงินเต็มจำนวนสำหรับยอดคงค้างที่ยังไม่ได้ชำระใด ๆ
- เรายอมรับการชำระเงินบางส่วนที่เป็นไปตามเกณฑ์การชำระเงินขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในระเบียบขั้นตอนของแผนงบประมาณ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก “ระเบียบขั้นตอนการจ่ายเงินงบประมาณและแผนการคืนสิทธิ์: แผนกการจัดการรายได้” (ลิงก์แสดงด้านล่าง)
- ยอดคงค้างอาจถูกย้ายไปที่สถานะการติดตามหนี้ เมื่อได้รับถูกประเมินแล้วว่าไม่สามารถเรียกเก็บได้ และในช่วงเวลาดังกล่าว ยอดคงค้างจะถูกโอนไปยังตัวแทนเรียกเก็บหนี้ ซึ่งจะถือเป็นยอดผัดนัดชำระ หรือยอดคงค้างที่อาจจัดเป็นหนี้เสีย

A. ยอดเงินแบบจ่ายเอง

- ยอดเงินแบบจ่ายเอง คือค่าบริการที่ถือเป็นส่วนความรับผิดชอบของผู้ค้าประกัน
- ซึ่งในเบื้องต้นรวมถึงและไม่จำกัดอยู่เพียงรายการต่อไปนี้
 - ยอดเงินในบัญชีสำหรับบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพ
 - ยอดเงินหลังจากได้รับการชำระจากประกันสุขภาพหรือบุคคลภายนอก รวมถึง
 - ค่าบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการที่ได้รับความคุ้มครองตามที่ระบุในแผนประกันสุขภาพของผู้ป่วย
 - การจ่ายเงินร่วม
 - การประกันแบบร่วมจ่าย
 - จำนวนเงินที่สามารถลดหย่อนได้
 - ผู้ค้าประกันที่ส่งบิลไปเรียกเก็บจากประกันสุขภาพของตนเอง และเลือกไม่ให้สิทธิ์นี้แก่ D-HH
 - รายการสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

B. โอนไปยังการชำระเงินด้วยตัวเอง

- เราจะโอนยอดเงินไปยังผู้ค้าประกัน และจัดส่งใบแจ้งยอด ก็ต่อเมื่อผู้จ่ายเงินจากภายนอกได้ชำระค่าบริการแล้ว ยกเว้นสำหรับในกรณีต่อไปนี้
 - D-HH ไม่ได้ได้รับความเห็นชอบจากผู้ชำระเงินในเรื่องการเรียกค่าสินไหม แม้ว่ามีความพยายามเรียกเก็บเงินหลายครั้งแล้ว
 - D-HH ได้รับแจ้งจากผู้ให้ประกันสุขภาพภายนอกว่า ผู้ค้าประกัน ไม่ตอบสนองต่อคำขอข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ความเห็นชอบการเรียกร้องค่าสินไหมดังกล่าว
 - ผู้ค้าประกันแจ้งข้อมูลการประกันสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
- ใบแจ้งยอดฉบับแรกที่ถูกออกให้แก่ผู้ป่วยจะระบุหมายเลขติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า และขอให้ผู้ป่วยแก้ไขข้อมูลประกันใด ๆ ที่ไม่ถูกต้อง

C. ใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินผู้ป่วย

- ผู้ค้าประกันจะได้รับใบแจ้งยอดต่าง ๆ ดังนี้
 - การส่งบิลเรียกเก็บเงินจากทางโรงพยาบาลที่ชัดเจน
 - บริการทั้งหมดของทางโรงพยาบาล และการนัดหมายกับแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมด
 - การส่งบิลเรียกเก็บเงินสำหรับการให้บริการของผู้ปฏิบัติงานทางวิชาชีพที่ชัดเจน
 - ค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ไม่รวมบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน แต่รวมบริการต้านทานตกกรรม)

- คำแนะนำทั่วไปในการจัดทำใบแจ้งยอดสำหรับบริการของโรงพยาบาลและคลินิก มีดังนี้
 1. โดยปกติจะมีการจัดทำใบแจ้งยอดทุกเดือน
 2. จะจัดส่งใบแจ้งยอดทั้งหมดจะส่งไปให้แก่ผู้ค้าประกัน โดยจะรวมการนัดหมายแพทย์หลายครั้งหรือใบแจ้งหนี้หลายใบไว้ในใบแจ้งยอดเดียวกัน
 3. ก่อนออกใบแจ้งยอด จะต้องพิจารณาจากการชำระเงินที่ประกาศไว้เพื่อกำหนดวันที่จัดทำใบแจ้งยอด และระดับการติดตามหนี้ครั้งถัดไป
 4. จะต้องชำระหนี้ขั้นต่ำตามแผนงบประมาณที่กำหนดเอาไว้ เพื่อที่จะไม่ถูกติดตามหนี้
 5. ผู้ค้าประกันที่ได้ชำระหนี้ขั้นต่ำตามเวลาที่กำหนดไว้ จะไม่ถูกโอนย้ายสถานะการติดตามหนี้ไปยังระดับถัดไป

D. การส่งต่อไปยังตัวแทนติดตามหนี้

- D-HH จะดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินหรือไม่ ก่อนใช้วิธีติดตามหนี้แบบพิเศษ (ECA) เช่น การแจ้งข้อมูลไปยังหน่วยงานรายงานข้อมูลเครดิต ต้องดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน (รวมทั้งความช่วยเหลือฉุกเฉิน ระยะสั้น) หรือไม่ ก่อนที่จะตัดสินใจโอนผู้ป่วยไปยังแผนกการติดตามหนี้ ข้อยกเว้นใด ๆ จะต้องได้รับอนุมัติจากประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน สำหรับข้อมูลการดำเนินงานเกี่ยวกับเกณฑ์ความช่วยเหลือด้านการเงิน โปรดดูที่ “นโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์” (ดูลิงก์ด้านล่าง) โดยได้จัดทำสำเนาข้อมูลต่าง ๆ ไว้ทางออนไลน์ หรือสามารถร้องขอได้จากสำนักงานบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วย หรืออาจขอให้จัดส่งทางไปรษณีย์ โดยติดต่อไปที่หมายเลข 844-808-0730
- D-HH จะไม่ใช้บริการตัวแทนติดตามหนี้ จนกว่าจะได้จัดส่งใบแจ้งรายการเรียกเก็บเงินฉบับแรกภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 120 วัน โดย D-HH จะส่งใบแจ้งเตือนให้ทราบอย่างน้อย 30 วันก่อนส่งหนังสือติดตามหนี้

E. การสงเคราะห์ทางการเงิน

D-HH อาจมอบหมายให้บุคคลภายนอกพิจารณาทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประเมินความจำเป็นด้านการเงิน การพิจารณานี้จะใช้แบบจำลองเชิงคาดการณ์ที่ได้รับการยอมรับในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ โดยใช้ฐานข้อมูลสาธารณะ แบบจำลองดังกล่าวจะใช้ข้อมูลสาธารณะเพื่อคำนวณคะแนนสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ และความสามารถทางการเงินซึ่งรวมถึง การประเมินรายได้ ทรัพย์สิน และสภาพคล่องทางการเงิน ชุดกฎเกณฑ์ของแบบจำลองนี้ ออกแบบมาเพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยจะมีการปรับเทียบกับการอนุมัติความช่วยเหลือด้านการเงินอื่น ๆ ที่ผ่านมาในระบบของ Dartmouth-Hitchcock Health

D-HH อาจใช้ข้อมูลจากแบบจำลองเชิงคาดการณ์เพื่อพิจารณาให้ความสงเคราะห์ทางการเงิน หากไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง ยอดค่าใช้จ่ายหลังหักเงินอุดหนุนจากแผน Medicare จะไม่สามารถขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์ได้

โรงพยาบาลจะใช้ระบบการคัดกรองเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน โดยไม่คำนึงถึงยอดค้างชำระสำหรับบัญชีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และเกิน 120 วันหลังจากจัดส่งใบแจ้งรายการ การแจ้งเตือนการติดตามหนี้ และก่อนนำส่งบัญชีไปยังตัวแทนการติดตามหนี้จากภายนอก เพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบกลับการแจ้งทางเลือกในการขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน บัญชีภาคทัณฑ์ที่เกินกรอบเวลาที่กำหนด มีสิทธิเข้าสู่กระบวนการคัดกรองเพื่อให้ความสงเคราะห์ทางการเงินได้

การสงเคราะห์ทางการเงินนี้ ไม่ได้ใช้เพื่อแทนที่กระบวนการ FAP ตามปกติ แต่จะใช้เพื่อเป็นความช่วยเหลือเพิ่มเติม และมีไว้สำหรับผู้ป่วยที่อาจไม่สามารถตอบสนองตามกระบวนการ FAP ปกติได้ โรงพยาบาลจะใช้ระบบคัดกรองทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนใช้วิธีจัดการหนี้เสีย เพื่อพยายามจัดอุปสรรคต่าง

ๆ สำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ และเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย
ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการสงเคราะห์ทางการเงินจะ ไม่ถูกโอน ไปยังตัวแทนผู้ติดตามหนี้เสีย
การเข้าร่วมในโปรแกรมนี้จะพิจารณาตามอัลกอริทึมการจัดอันดับคะแนนโดยใช้ข้อมูลสาธารณสุข
และโดยปกติแล้วจะไม่ใช้เกณฑ์คะแนนค่าธรรมเนียมแบบปรับได้
ไม่อนุญาตให้เสนอส่วนลดบางส่วนกับการสงเคราะห์ทางการเงินนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรเฉพาะกลุ่ม
รวมถึง

- ผู้เสียชีวิตที่ไร้ทรัพย์สิน หรือไม่มีครอบครัวที่สามารถติดต่อได้
- บุคคลเร่ร่อนไร้บ้าน
- บุคคลที่ห่างเหินจากครอบครัวและไม่มีใครคอยช่วยเหลือ
- ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนอง หรือไม่สามารถจัดการขั้นตอนตามปกติให้เสร็จสิ้นได้

การคำนวณคะแนนเพื่อพิจารณาการสงเคราะห์ทางการเงิน
จะรวมปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเข้ากับข้อมูลที่ไม่เกี่ยวกับข้อบกพร่องทางการเงิน
กระบวนการคัดกรองจะใช้ฐานข้อมูลสาธารณสุขที่มีข้อมูลดังต่อไปนี้

- ข้อมูลธุรกรรมการบริโภค
- ประวัติคดีในศาล
- การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน
- การเป็นเจ้าของบ้านและผู้เช่า
- ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางเศรษฐกิจในพื้นที่
- สถานะการจ้างงาน
- ข้อมูลด้านสาธารณสุขบริโภค
- ข้อมูลจากภาครัฐ
- เพิ่มข้อมูล (การล้มละลาย หมายเลขประกันสังคม หรือบุคคลที่เสียชีวิต)

การสงเคราะห์ทางการเงินจะไม่ใช้ข้อมูลรายงานจากสำนักงานเครดิต
และไม่ระบุถึงข้อมูลที่ละเอียดอ่อนในรายงานทางเครดิต
ข้อมูลที่ได้จะนำมาคำนวณหาคะแนนเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน ตั้งแต่ 0 (มีความจำเป็นอย่างยิ่ง) ถึง
1000 (มีความจำเป็นน้อยที่สุด) ข้อมูลนี้เป็นการคาดการณ์ความจำเป็นของผู้คำประกัน
โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทราบ รวมถึงแต่ไม่เพียงจำกัดเพียงรายได้ ทรัพย์สิน
และสภาพคล่องทางการเงิน

การระบุบัญชีของผู้มีสิทธิ

- จะมีการเพิ่มธงสถานะกำกับกับการออกบิลเรียกเก็บเงินไปยังบัญชีของผู้มีสิทธิ
- จะไม่พิจารณาสถานะภายใต้ Medicare
- จะใช้รหัสการปรับ EPIC เพื่อระบุบัญชีของผู้มีสิทธิ หากได้รับอนุมัติเงินสงเคราะห์
○ 5027 บริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อการสงเคราะห์หลังหักเงินประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ต่าง
ๆ
- 5026 บริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อการสงเคราะห์

F. นโยบายเครดิตสำหรับผู้ให้บริการ

- D-HH มีบัญชีลูกค้า/ผู้ให้บริการสามประเภทดังนี้
 - บัญชีเพื่อการศึกษาวิจัย
 - บัญชีลูกค้าเชิงพาณิชย์ (เช่น Hospice, SNF, City Accounts, Lab และอื่น ๆ)
 - บัญชีอาชีวอนามัยที่มีสัญญาการให้บริการที่นายจ้างกำหนดเป็นเงื่อนไขในการจ้างงาน
โดยนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- จะจัดทำใบแจ้งยอดประจำเดือน และกำหนดให้ชำระเงินภายใน 30 วันนับจากวันที่ออกใบแจ้งยอด
- จะไม่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบัญชีเหล่านี้
- บัญชีที่มีอายุเกิน 30 วันจะได้รับจดหมายระบุว่าเลยกำหนดชำระเงินแล้ว

และแจ้งว่าหากยังไม่ชำระเงินอาจต้องเสียดอกเบี้ยเพิ่มเติมที่อัตรา 1.5% ต่อเดือนสำหรับยอดคงค้างทั้งหมด

- D-HH สงวนสิทธิ์ในการโอนบัญชีที่ผิดนัดชำระทั้งหมดไปยังตัวแทนการติดตามหนี้

G. บัญชีล้มละลาย

- ศาลล้มละลายจะส่งหนังสือแจ้งกรณีการล้มละลายสองประเภท
 - หนังสือแจ้งการเริ่มต้นการยื่นคำร้อง
 - การปลดหนี้/การไม่อนุญาตให้ปลดหนี้ของลูกหนี้
- หลังจาก D-HH ได้รับแจ้งเรื่องการล้มละลายแล้ว การติดตามหนี้ทั้งหมดจะต้องสิ้นสุดลง
- D-HH ได้รับหนังสือแจ้งการเริ่มต้นกระบวนการชำระคำร้อง
 - ผู้ยื่นคำร้องอาจเป็นบุคคลเดียวหรือกระทำร่วมกันก็ได้ แต่ไม่รวมถึงบุตร
 - จะต้องระบุสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด และลงหมายเหตุกำกับแต่ละบัญชีว่ามีการยื่นขอล้มละลายอยู่ รวมถึงวันที่ของการยื่นคำร้อง
 - หากมีการโอนบัญชีใด ๆ ให้แก่ตัวแทนการติดตามหนี้จากภายนอก จะต้องทำหมายเหตุกำกับไว้สำหรับบัญชีดังกล่าว และตัวแทนได้รับทราบ รวมทั้งส่งสำเนาการยื่นคำร้องให้แก่ศาลล้มละลายเพื่อ เก็บไว้เป็นบันทึก
 - โดยจะรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ระบุในหนังสือแจ้งด้วย เพื่อวัตถุประสงค์ในการยื่นล้มละลาย
 - ต้องแก้ไขค่าใช้จ่ายล่าสุดทั้งหมดตามระดับชั้นทางการเงินของการล้มละลาย
- หลังจากมีคำวินิจฉัยเรื่องการล้มละลายแล้ว ศาลจะส่งหนังสือแจ้งว่าจะไม่อนุญาตให้ปลดหนี้หรือยอมให้ปลดหนี้ของลูกหนี้

ในกรณีที่ไม่อนุญาตให้ปลดหนี้ D-HH จะสามารถติดตามเรียกเก็บหนี้ต่อไปได้

- หาก D-HH ได้รับหนังสือแจ้งการปลดหนี้ หน่วยงานจะต้องปรับยอดคงค้างในระบบ Epic
- บัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวกับการล้มละลายจะต้องบันทึกผลการตัดสินใจไว้ด้วย
- ตัวแทนการติดตามหนี้จะได้รับหนังสือแจ้งพร้อมเอกสารสนับสนุนเพิ่มเติม

H. การฟ้องร้องเรียกค่าสินไหม

- D-HH จะลดการติดตามเรียกเก็บเงินยอดคงค้างที่ผู้ป่วยต้องชำระเอง หรือยอดคงค้างที่มีการยอมชำระค่าสินไหมสำหรับบัญชีที่มีการฟ้องร้อง เมื่อได้รับจดหมายการคุ้มครอง (LOP) จากทนายที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย ซึ่งระบุว่าคุณกรณีจะปกป้องผลประโยชน์ของ D-HH ตามข้อตกลงในการชำระเงินที่เกิดขึ้นตามมา
- หากข้อตกลงการชำระเงินถูกปฏิเสธ ยอดคงค้างจะถูกโอนกลับไปที่ผู้ชำระกันและจะมีการติดตามเรียกเก็บเงินต่อไป
- D-HH สงวนสิทธิ์การยื่นคำร้องเกี่ยวกับภาระในการรับผิดชอบ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของโรงพยาบาล

V. ข้อมูลอ้างอิง - N/A

เจ้าของผู้รับผิดชอบ:	แผนกจัดการรายได้	ผู้ติดต่อ:	Kimberly Mender
อนุมัติโดย:	คณะกรรมการทรัสต์ สำนักงานส่งเสริมนโยบาย (OPS); Jantzen, Daniel; Mender, Kimberly; Naimie, Tina	เวอร์ชัน	9
วันที่อนุมัติในปัจจุบัน:	30/03/2022	รหัสเอกสารเดิม:	RMD.0025
วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:	30/03/2022		
นโยบายและระเบียบขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง:	กระบวนการจ่ายเงินงบประมาณและแผนการคืนสิทธิ์: แผนกจัดการรายได้ นโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์		
เครื่องมือช่วยในการทำงานที่เกี่ยวข้อง:			