

CHÍNH SÁCH VÀ QUY TRÌNH	
TIÊU ĐỀ: Gian Lận, Lãng Phí và Lạm Dụng	
BỘ PHẬN SOẠN CHÍNH SÁCH: Tuân Thủ	SỐ CHÍNH SÁCH: CMP05
(CÁC) BỘ PHẬN PHẢI TUÂN THỦ CHÍNH SÁCH: Chọn (các) bộ phận chịu trách nhiệm về việc tuân thủ toàn bộ hoặc một phần của chính sách hoặc quy trình được nêu	
1) ☒ Tất Cả Các Bộ Phận 2) ☐ Sức Khỏe Hành Vi (BH) 3) ☐ Quản Lý Quyền Lợi (BA) 4) ☐ Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc (CM) 5) ☐ Yêu Cầu Bảo Hiểm (CLMS) 6) ☐ Thị Trường Cộng Đồng & Sự Tham Gia của Hội Viên (MAR) 7) ☐ Tuân Thủ (CMP/HPA) 8) ☐ Cấu Trúc (CFG) 9) ☐ Quản Lý Hợp Đồng Với Nhà Cung Cấp (CONT) 10) ☐ Văn Hóa & Ngôn Ngữ (CL) 11) ☐ Dịch Vụ Khách Hàng (CS)	12) ☐ Cơ Sở Vật Chất (FAC) 13) ☐ Tài Chính (FIN) 14) ☐ Nhân Sự (HR) 15) ☐ Công Nghệ Thông Tin / Hệ thống Cốt Lõi (CNTT) 16) ☐ Dược Phẩm (PH) 17) ☐ Mạng Lưới Nhà Cung Cấp (PRO) 18) ☐ Cải Thiện Chất Lượng (QI) và Công Bằng Y Tế (HE) (Than Phiền (GRV)/Chất Lượng Công Bằng Y Tế (HEQ)/Quản Lý Sức Khỏe Cộng Đồng (PHM)/Quản Lý Chất Lượng (QM) 19) ☐ Quản Lý Hoạt Động Sử Dụng (UM)
LOẠI SẢN PHẨM: ☒ Medi-Cal	Số Chính Sách Thay Thế: Không áp dụng

I. MỤC ĐÍCH

Mục đích của chính sách này là đảm bảo rằng Health Plan of San Joaquin và Mountain Valley Health Plan (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe”) tuân thủ mọi luật pháp quy định hoạt động của mình, tiến hành kinh doanh theo các tiêu chuẩn pháp lý và đạo đức, ngăn chặn gian lận, lãng phí và lạm dụng (FWA) tài sản tổ chức của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, đồng thời tuân thủ Mục 6032 của Đạo Luật Giảm Thâm Hụt Ngân Sách năm 2005 để giảm thiểu tổn thất tài chính do các yêu cầu bảo hiểm sai sự thật gây ra.

II. CHÍNH SÁCH

A. Bảo Vệ Tài Sản:

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe nghiêm cấm các hành vi FWA đối với tài sản của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe. Quy định cấm này bao gồm cả những nỗ lực và âm mưu thực hiện các hành vi này cũng như hành vi hỗ trợ, tiếp tay hoặc che giấu các nỗ lực và âm mưu đó. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe khuyến khích hành vi tránh FWA và khuyến khích trách nhiệm giải trình của tổ chức.

B. Chuyên Viên Phụ Trách Phòng Chống Gian Lận:

1. Giám Đốc Tuân Thủ (CCO) kiêm vai trò Chuyên Viên Phụ Trách Phòng Chống Gian Lận chịu trách nhiệm xây dựng, triển khai và đảm bảo tuân thủ Chương Trình Phòng Chống Gian Lận của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe. CCO phải báo cáo trực tiếp cho Tổng Giám Đốc Điều Hành (CEO) và Ủy Ban.

C. Báo Cáo Trường Hợp Đơn Lẻ Qua Phương Thức Điện Tử cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS):

1. Khi phát hiện hoặc được thông báo về các trường hợp FWA đáng ngờ, dù do chính Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới hay nhà cung cấp trong mạng lưới báo cáo, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe đều phải gửi báo cáo sơ bộ tới DHCS trong vòng mười (10) ngày làm việc.
2. Sau khi hoàn tất quá trình điều tra, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi cho DHCS một báo cáo toàn diện nêu chi tiết kết quả thu được, hành động đã thực hiện và tất cả các tài liệu liên quan chứng minh cho các hành động này.

D. Báo Cáo Tổng Hợp Qua Phương Thức Điện Tử cho DHCS:

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải cung cấp cho DHCS báo cáo hàng quý, trong đó nêu rõ tình hình của tất cả các cuộc điều tra sơ bộ đang diễn ra và đã hoàn tất liên quan đến FWA.
 - a. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải nộp báo cáo này trong vòng mười (10) ngày làm việc sau khi kết thúc mỗi quý dương lịch.
 - b. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải cung cấp thông tin cập nhật và hồ sơ có sẵn theo yêu cầu từ DHCS.
2. Khi phát hiện các khoản thanh toán vượt mức do nghi ngờ có hành vi FWA, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi báo cáo tới DHCS trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi phát hiện hoặc thu hồi các khoản thanh toán quá vượt này.¹
3. Trong báo cáo thường niên gửi DHCS, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có trách nhiệm báo cáo tất cả các khoản thu hồi từ khoản thanh toán vượt mức, tổng hợp

¹ APL 23-011 – Xử Lý Các Khoản Thu Hồi Phần Thanh Toán Vượt Mức Cho Nhà Cung Cấp Do Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Có Quản Lý Thực Hiện

vào Mẫu Tính Tỷ Lệ (RDT), như được nêu trong CLMS14 – *Thanh Toán Vượt Mức Cho Dịch Vụ: Thu hồi*.²

E. Tính Bảo Mật của Cuộc Điều Tra:

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải nỗ lực hết khả năng để đảm bảo tôn trọng, tính bảo mật và quyền riêng tư trong suốt quá trình điều tra và giải quyết các sự cố được báo cáo. Thông tin liên quan đến cuộc điều tra chỉ được chia sẻ cho người cần biết và có thể được bảo vệ theo đặc giũa quyền luật sư và thân chủ.
2. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe coi tất cả thông tin được chia sẻ bởi DHCS, các cơ quan Tiểu Bang và Liên Bang khác, cũng như các chương trình chăm sóc có quản lý của Medi-Cal khác liên quan đến FWA là thông tin bảo mật cho đến khi các thủ tục tố tụng hình sự chính thức được công khai. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe chỉ sử dụng thông tin này để tiến hành điều tra các hoạt động FWA đáng ngờ và để thực hiện các nỗ lực khác nhằm đảm bảo tính liêm chính của chương trình. Nếu Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cần chia sẻ thông tin mật này với nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới, thì các tổ chức Bên Thứ Ba này cũng phải cam kết giữ bí mật.

F. Phối hợp với Cơ Quan Thực Thi Pháp Luật:

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe hợp tác với Division of Medi-Cal Fraud and Elder Abuse (Cục Chống Gian Lận và Lạm Dụng Người Cao Tuổi Medi-Cal, DMFEA), Bộ Tư Pháp Hoa Kỳ, U.S. DOJ và/hoặc bất kỳ tổ chức thực thi pháp luật nào khác trong quá trình điều tra hoặc truy tố, bao gồm việc cung cấp hồ sơ và bố trí nhân viên khi được yêu cầu.
2. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe yêu cầu các nhà thầu phụ và nhà thầu phụ cấp dưới phải tuân thủ chính sách này và cam kết của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe về việc hợp tác đầy đủ với các chỉ thị từ các cơ quan thực thi pháp luật đã nêu. Quy định này bao gồm buộc các nhà cung cấp, nhà thầu, nhà thầu phụ và nhà thầu phụ cấp dưới bị ảnh hưởng phải tuân thủ quy định, đồng thời đảm bảo họ hợp tác trong các cuộc điều tra và truy tố như đã nêu trong chính sách Biện Pháp Khắc Phục và Trừng Phạt của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe.
3. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải cung cấp hướng dẫn về cách tuân thủ trong các cuộc điều tra hoặc hành động pháp lý của DMFEA và/hoặc U.S. DOJ, bao gồm việc chia sẻ các hướng dẫn này với các nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới và nhà cung cấp trong mạng lưới.

G. Yêu Cầu của Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật (FCA) Liên Bang:

² 42 CFR 438.608(d)(3)

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe định nghĩa Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật là luật liên bang, coi việc bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào cố tình lập hồ sơ sai sự thật hoặc nộp yêu cầu bảo hiểm sai sự thật liên quan đến bất kỳ chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang nào, bao gồm bất kỳ kế hoạch hoặc chương trình nào cung cấp quyền lợi y tế, dù trực tiếp hay không, thông qua bảo hiểm hay cách khác, được Chính Phủ Hoa Kỳ hoặc bất kỳ hệ thống chăm sóc sức khỏe tiểu bang nào tài trợ trực tiếp, toàn bộ hoặc một phần, là hành vi phạm tội.
2. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe duy trì chính sách này như một công cụ để hướng dẫn lực lượng lao động, nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới và nhà cung cấp trong mạng lưới về Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật liên bang.
3. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cũng yêu cầu Lực Lượng Lao Động, nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới và nhà cung cấp trong mạng lưới phải tham gia hoặc xác nhận hoàn thành khóa đào tạo về FWA, bao gồm khóa đào tạo về đạo luật xử lý yêu cầu bảo hiểm sai sự thật, hàng năm và trong vòng 30 ngày đầu sau khi được tuyển dụng.
4. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe áp dụng luật và quy định liên quan đến Người Tố Giác. Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật Liên Bang bảo vệ những nhân viên đã báo cáo (Người Tố Giác) trường hợp vi phạm theo Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật trước các hành vi phân biệt đối xử, quấy rối, đình chỉ hoặc chấm dứt hợp đồng lao động do báo cáo hành vi gian lận tiềm ẩn. Nhân viên nào báo cáo hành vi gian lận và vì vậy bị phân biệt đối xử có thể được:
 - a. Nhận gấp đôi số lương còn nợ cộng lãi suất
 - b. Phục chức mà không mất thâm niên
 - c. Bồi thường mọi chi phí hoặc thiệt hại họ đã phải chịu.
5. Để tuân thủ các quy định trong Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) của Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như chính sách Người Tố Giác và Nạn Nhân trong Vụ Tội Phạm trong Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe không được đe dọa, uy hiếp, ép buộc, phân biệt đối xử hoặc thực hiện hành động trả đũa khác đối với hội viên, bác sĩ, nhân viên của chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc bất kỳ cá nhân hay tổ chức nào khác vì đã báo cáo các vấn đề về đạo đức hoặc trường hợp vi phạm đáng ngờ đối với các yêu cầu theo luật pháp và quy định, các yêu cầu về chứng nhận hoặc vì thực hiện các quyền của họ theo luật liên bang hoặc tiểu bang, bao gồm các biện pháp bảo vệ theo Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật đối với người tố giác.

H. Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật của California (CA FCA):

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe tuân thủ luật pháp và quy định trong CA FCA, đây là một cơ chế dân sự tương tự như Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật liên bang nhưng nghiêm ngặt hơn Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật Liên Bang.
 - a. CA FCA cho phép Tổng Chưởng Lý Tiểu Bang thực thi luật dân sự để thu hồi gấp ba mức thiệt hại và hình phạt dân sự đối với bất kỳ cá nhân nào cố tình lập hoặc sử dụng bản kê khai hay giấy tờ sai sự thật để lấy tiền hoặc tài sản từ Tiểu Bang hay trốn tránh trách nhiệm trả tiền hoặc chuyển tiền hay tài sản cho Tiểu Bang.
 - b. CA FCA cũng cho phép “Người Tố Giác” nhận tỷ lệ phần trăm bồi thường cao hơn và được tham gia ngay cả khi vụ kiện là do Bộ Tư Pháp (DOJ) hoặc Văn Phòng Tổng Chưởng Lý (OAG) khởi tố.
 - c. Theo FCA dân sự của CA, mỗi lần một vật dụng hoặc dịch vụ được lập hóa đơn gửi đến Medicare hoặc Medi-Cal đều được tính là một yêu cầu bảo hiểm và mức phạt là từ \$10,000 cho một yêu cầu.
 2. Theo CA FCA, hình phạt hình sự cho hành vi nộp yêu cầu bảo hiểm sai sự thật bao gồm phạt tù và phạt tiền.
- I. Thu Hồi Tiền DHCS:
1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe hiểu rằng nếu Văn Phòng Tổng Chưởng Lý, DMFEA hoặc US DOJ thu hồi được tiền do truy tố một nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới, theo Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật Liên Bang hoặc California, thì số tiền đó hoàn toàn thuộc về DHCS. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe từ bỏ mọi quyền lợi đối với khoản tiền đó.
- J. Thông Báo Giải Quyết:
1. Bất kỳ cách giải quyết hoặc giải pháp nào cho vấn đề tranh chấp liên quan đến FWA giữa Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và các nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đều phải có một điều khoản bằng văn bản thông báo rằng DHCS, DMFEA hoặc U.S. DOJ không bị ràng buộc theo cách giải quyết đó và có thể thực hiện các hành động tiếp theo đối với các bên liên quan.

III. QUY TRÌNH

A. Phương Thức Báo Cáo

1. Để tuân thủ Bộ Quy Tắc Ứng Xử và Đạo Đức của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải báo cáo

ngay lập tức các hành vi đáng ngờ là FWA. Phải báo cáo các hành vi đáng ngờ là FWA cho một hoặc nhiều bên sau đây:

- a. Thông qua Liên Kết có tiêu đề “Report an Incident” (Báo Cáo Sự Cố) trong Share Point của Bộ Phận Tuân Thủ.
 - b. Gửi đến bất kỳ thành viên nào trong đội ngũ quản lý của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe
 - c. Gửi đến Giám Đốc Tuân Thủ hoặc bất kỳ nhân viên nào trong Bộ Phận Tuân Thủ
 - d. Gửi đến đại diện phòng Nhân Sự
 - e. Thông qua Đường Dây Nóng Báo Cáo Ẩn Danh
2. Đầu Mối về FWA là bước xác định ban đầu về cáo buộc chưa có căn cứ liên quan đến hoạt động gian lận tiềm ẩn.

B. Xác Định và Nguồn Thông Tin:

1. Theo cam kết của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe nhằm phát hiện hành vi FWA đối với tài sản của tổ chức, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe thu thập Đầu Mối từ các hoạt động sau:
 - a. Chủ động khai thác dữ liệu bằng phần mềm và thủ công để xác định các thói quen thanh toán bất thường dựa trên một bộ tiêu chí lựa chọn dữ liệu được xác định trước.
 - b. Các mối lo ngại xác định được trong quá trình kiểm tra.
 - c. Báo cáo ẩn danh.
 - d. Thông tin do Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe tiết lộ.
 - e. Các nguồn báo cáo bên ngoài khác bao gồm nhưng không giới hạn ở: hội viên, thành viên trong cộng đồng, nhân viên hiện tại và trước đây của Bên Thứ Ba.
2. Các thành viên trong Đội Ngũ Quản Lý của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có trách nhiệm thiết lập các biện pháp kiểm soát nội bộ phù hợp để phát hiện FWA liên quan đến tài sản do họ quản lý hoặc kiểm soát.

C. Thông Tin Cần Có:

1. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ điều tra tất cả Đầu Mối về FWA nhận được trong vòng 3 ngày làm việc kể từ khi xác định và thu thập các thông tin sau, tối thiểu bao gồm:
 - a. Các bên liên quan, bao gồm họ tên đầy đủ của cá nhân, tổ chức, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email (nếu có).

- b. Các mã định danh như số nhận dạng của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, Mã Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc Gia (NPI), ID yêu cầu bảo hiểm và/hoặc số giấy phép.

- c. Tóm tắt vấn đề được báo cáo.

D. Điều tra các Đầu Mối về FWA và Chuyển Đổi Thành Vụ Án:

1. Trong vòng 7 ngày làm việc kể từ khi xác định, tất cả các Đầu Mối sẽ được đánh giá để xác định xem có đủ bằng chứng để tiến hành điều tra sơ bộ hay không hay sẽ đóng Đầu Mối do rủi ro thấp, không đủ thông tin hoặc không phải là FWA. Nếu có đủ bằng chứng hoặc thông tin để tiến hành điều tra toàn diện, Vụ Án FWA sẽ được mở và một cuộc điều tra FWA toàn diện sẽ được tiến hành.
2. Đầu Mối được hình thành trong các Vụ Án FWA sẽ được báo cáo cho DHCS trên biểu mẫu MC609 trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày Đầu Mối ban đầu được tiếp nhận vào Đơn Vị Đảm Bảo Tính Liêm Chính của Chương Trình.
3. Thời gian Điều Tra Sơ Bộ của một Vụ Án bắt đầu từ ngày Đầu Mối được chuyển thành Vụ Án và hoàn thành trong không quá 30 ngày. Điều này có nghĩa là đôi khi phải gửi báo cáo MC609 trước cả khi quá trình Điều Tra Sơ Bộ hoàn tất. Trong trường hợp này, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ gửi bản tóm tắt điều tra trên MC609 với thông tin cập nhật tính đến ngày báo cáo MC609.
4. Sau đây là những hành động điều tra phải hoàn tất trong quá trình Điều Tra Sơ Bộ:
 - a. Trích xuất và phân tích dữ liệu
 - b. Xác minh giấy phép và xác nhận không nằm trong danh sách bị loại trừ của liên bang và tiểu bang.
5. Đơn Vị Đảm Bảo Tính Liêm Chính của Chương Trình thuộc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ thực hiện các hoạt động bổ sung sau đây, nếu có thể, trong quá trình điều tra. Các hoạt động điều tra bổ sung này thường được tiến hành sau khi quá trình Điều Tra Sơ Bộ hoàn tất.
 - a. Phỏng vấn – nhà cung cấp, hội viên, hội viên cũ, nhân viên cũ và những người khác.
 - b. Kiểm tra hồ sơ y tế để xác định khoản thanh toán vượt mức.

- c. Kiểm tra hồ sơ y tế để xác minh xem các dịch vụ được cung cấp cho hội viên có đúng theo hóa đơn không.
- d. Khảo sát.
- e. Rà soát dịch vụ trước khi thanh toán.
- f. Tăng cường giám sát trong khoảng thời gian nhất định.

E. Biện Pháp Khắc Phục đối với Trường Hợp Vi Phạm FWA:

1. Để tuân thủ các quy định trong HIPAA của Liên Bang và Tiểu Bang cũng như chính sách Kỷ Luật Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, những cá nhân có hành vi hoặc âm mưu thực hiện hành vi gian lận, che giấu gian lận, hỗ trợ và tiếp tay cho hành vi gian lận hoặc không báo cáo hành vi gian lận sẽ phải chịu biện pháp khắc phục hoặc kỷ luật thích hợp. Dưới đây là những hành động có thể được áp dụng đối với Lực Lượng Lao Động, nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới và nhà cung cấp trong mạng lưới. Những hành động này bao gồm, nhưng không giới hạn ở:
 - a. Giáo dục và đào tạo bổ sung.
 - b. Tìm cách thu hồi số tiền thanh toán vượt mức.
 - c. Rà soát dịch vụ trước khi thanh toán.
 - d. Phải báo cáo theo quy định cho hội đồng cấp phép tiểu bang và các cơ quan khác khi cần thiết.
 - e. Xem xét việc trừ tiền, tạm giữ hoặc ngừng thanh toán cho các dịch vụ trong tương lai.
 - f. Tạm dừng hoặc chấm dứt việc tham gia mạng lưới.
 - g. Tạm dừng hoặc chấm dứt hợp đồng lao động.

F. Đào Tạo về FWA và Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật:

1. Theo Bộ Quy Tắc Ứng Xử, cũng như chính sách Đào Tạo và Giáo Dục về Chương Trình Tuân Thủ, Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có trách nhiệm thực hiện các hành động thích hợp để ngăn chặn mọi hành vi FWA đã xác định. Báo cáo đào tạo cho Lực Lượng Lao Động của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe bao gồm hồ sơ hoàn thành khóa đào tạo bắt buộc sẽ được theo dõi và giám sát thường xuyên.
2. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe yêu cầu Lực Lượng Lao Động, nhà thầu phụ, nhà thầu phụ cấp dưới và nhà cung cấp trong mạng lưới phải được đào tạo kỹ lưỡng về Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật cũng như các luật khác của Liên Bang và Tiểu Bang được mô tả trong Quyển 42 Bộ Luật Hoa Kỳ (USC) mục 1396a(a)(68), bao gồm thông tin về quyền của nhân viên được bảo vệ với tư cách là Người Tố Giác.

- a. Lực Lượng Lao Động được đào tạo hàng năm và trong vòng 30 ngày đầu sau khi được tuyển dụng theo quy định trong CMP24 – Đào Tạo và Giáo Dục về Tuân Thủ.
- b. Các nhà cung cấp tham gia hoặc xác nhận rằng họ và nhân viên của họ được đào tạo hàng năm và trong vòng 30 ngày đầu kể từ khi ký hợp đồng với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe.
- c. Theo Thỏa Thuận Đối Tác Kinh Doanh, các Đối Tác Kinh Doanh có nghĩa vụ theo hợp đồng phải duy trì các chương trình đào tạo của mình và xác nhận hoặc xuất trình bằng chứng về đào tạo khi được yêu cầu.

G. Phản hồi Cơ Quan Thực Thi Pháp Luật:

1. Khi nhận được chỉ thị tạm giữ hoặc hoãn theo yêu cầu của cơ quan thực thi pháp luật, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải tuân thủ chỉ thị của cơ quan thực thi pháp luật.³ Trạng thái các vụ việc đang xử lý sẽ được cập nhật trong hệ thống quản lý hồ sơ thành “Monitor” (Giám Sát) với trạng thái phụ là “Law Enforcement Hold” (Tạm Giữ Theo Yêu Cầu Của Cơ Quan Thực Thi Pháp Luật).

H. Hành Động Sau Khi Có Cáo Buộc Gian Lận Có Căn Cứ

1. Khi nhận được thông báo từ DHCS về cáo buộc gian lận có căn cứ của một nhà cung cấp, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ thông báo cho DHCS về hành động đã được thực hiện với nhà cung cấp đó. Dưới đây là tóm tắt các hành động có thể thực hiện theo Thư Gửi Tất Cả Các Chương Trình (APL):
 - a. Chấm dứt việc tham gia mạng lưới của nhà cung cấp.
 - b. Tạm thời đình chỉ nhà cung cấp khỏi mạng lưới cho đến khi giải quyết được cáo buộc gian lận.
 - c. Tạm thời ngừng thanh toán cho nhà cung cấp cho đến khi giải quyết được cáo buộc gian lận; và/hoặc
 - d. Tăng cường giám sát, bao gồm kiểm tra lịch sử yêu cầu bảo hiểm của nhà cung cấp và các yêu cầu bảo hiểm trong tương lai để đảm bảo lập hóa đơn phù hợp.
2. Nếu áp dụng phương án “iv” bên trên, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ:
 - a. Tăng cường giám sát trong 30 ngày.
 - b. Gửi thông tin cập nhật hàng tuần tới DHCS trong thời gian giám sát.
 - c. Tiến hành điều tra các hoạt động lập hóa đơn của nhà cung cấp để xác thực cáo buộc gian lận có căn cứ trong vòng 10 ngày kể từ khi DHCS thông báo cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe; và,

³ 42 CFR 438.608(d)(3)

- d. Thông báo cho DHCS về kết quả điều tra, bao gồm báo cáo điều tra chính thức và kế hoạch biện pháp khắc phục, trong vòng 10 ngày sau khi kết thúc điều tra.

IV. (CÁC) TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM

- A. Định Nghĩa về Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý Của Medi – Cal Có Hợp Đồng với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS) (Phụ Lục A, Tài Liệu Đính Kèm I, 1.0 Định Nghĩa)
- B. [Liên Kết Bảng Thuật Ngữ](#)
- C. Danh Sách Từ Viết Tắt Trong Hợp Đồng Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Của Medi-Cal (Phụ Lục A, Tài Liệu Đính Kèm I, 2.0 Từ Viết Tắt)

V. NGUỒN THAM KHẢO

- A. Quyển 45 Bộ Pháp Điển Liên Bang (CFR) §164.412
- B. Luật Chống Hối Lộ, 42 U.S.C. §1320a-7b
- C. Luật Phạt Tiền Dân Sự, Mục 1128A của Đạo Luật An Sinh Xã Hội
- D. CMP24 Đào Tạo và Giáo Dục về Chương Trình Tuân Thủ
- E. Hướng Dẫn Nguồn Hỗ Trợ Về Luật Chống Gian Lận Trong Chăm Sóc Sức Khỏe của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (DHHS), Tháng 09 năm 2015
- F. Điều Khoản Loại Trừ, Mục 1128 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội
- G. Đạo Luật Xử Lý Yêu Cầu Bảo Hiểm Sai Sự Thật, 31 U.S.C. §3729-3733
- H. Hướng Dẫn Chuyển Tiếp Vụ Gian Lận, Lãng Phí và Lạm Dụng Dành Cho Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý, Tháng 05 năm 2012
- I. HPA09 Biện Pháp Trừng Phạt Lực Lượng Lao Động HPSJ
- J. HPA10 Người Tố Giác và Nạn Nhân trong Vụ Tội Phạm trong Lực Lượng Lao Động
- K. Tính Liêm Chính của Chương Trình: Medicaid 42 CFR §455
- L. Yêu Cầu về Tính Liêm Chính của Chương Trình Theo Hợp Đồng, 42 CFR §438.608
- M. Quan hệ hợp tác bị cấm, 42 CFR §438.610
- N. Bản Ghi Nhớ về Tìm Hiểu Health Plan of San Joaquin và Liên Minh Quốc Tế Nhân Viên Khối Dịch Vụ (SEIU) Khu Vực 1021 mục 14
- O. Mục 6038 của Đạo Luật Giảm Thâm Hụt Ngân Sách năm 2005

VI. LỊCH SỬ SỬA ĐỔI

Phiên Bản*	Tóm Tắt Sửa Đổi	Ngày
001	Đã thực hiện chỉnh sửa chính sách theo Hợp Đồng với DHCS năm 2024 mục R.0238	01/25/2023
002	Đã thực hiện chỉnh sửa chính sách để thêm Hợp Đồng với DHCS năm 2024 mục 1.3.6 và 1.3.7	11/01/2023
003		
004		
Ngày Có Hiệu Lực Ban Đầu: 01/01/1999		

VII. ĐÁNH GIÁ VÀ PHÊ DUYỆT CỦA ỦY BAN

Tên Ủy Ban	Phiên Bản	Ngày
Ủy Ban Tuân Thủ	002	02/15/2024
Ủy Ban Giám Sát Quyền Riêng Tư & Bảo Mật (PSOC)		
Ủy Ban Đảm Bảo Tính Liêm Chính Của Chương Trình		
Ủy Ban Kiểm Tra & Giám Sát		
Đánh Giá Chính Sách	002	12/20/2023
Quản Lý Chất Lượng và Hoạt Động Sử Dụng		
Ủy Ban Quản Lý Hoạt Động và Chất Lượng		
Than Phiền		

VIII. PHÊ DUYỆT CỦA CƠ QUAN QUẢN LÝ

Cơ Quan	Người Đánh Giá	Phiên Bản	Ngày
Sở dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS)	Người Quản Lý Hợp Đồng với DHCS (Nộp và sử dụng)	002	01/04/2024
Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)			

IX. (CÁC) CHỮ KÝ PHÊ DUYỆT*

Chữ Ký	Tên Chức Danh	Ngày
	Chủ Tịch Ủy Ban Quản Lý Chuyên Môn (PRC)	
	Người Soạn Chính Sách	
	Quản Lý Bộ Phận	
	Tổng Giám Đốc Điều Hành	

*Chữ ký có trong bản lưu hồ sơ, sẽ không có trong bản xuất bản