

Nr procedury: 20245
Oficjalny (Wer. 3)
Wydział: Patient Financial Services

Zasady kontrolowania płatności własnych przez pacjentów

Zasady i procedura pobierania płatności własnych pacjentów

Zasady

Overlake Hospital Medical Center (OHMC) oraz Overlake Medical Clinics (OMC) uznają znaczenie pobierania części płatności własnej należnej od pacjenta jako klucz do dobrej sytuacji finansowej i cyklu uzyskiwania przychodów przez szpital. Pacjenci płacący za usługi prywatne są odpowiedzialni za ponoszenie 100% kosztów. OHMC i OMC uznają również, że korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej mogą towarzyszyć trudności finansowe i dają temu wyraz w swoich zasadach oraz procedurach pobierania należności, jak również w swoich programach pomocy finansowej (Financial Assistance Programs). OHMC i OMC wykorzystują metodę rozliczeniową „gwaranta”, łącząc zobowiązania pacjenta wobec roszczeń w jednej fakturze rozliczeniowej z osobą odpowiedzialną za uregulowanie należności (czyli gwaranta rozliczeń). Struktura ta jest nazywana Single Billing Office (SBO) i zasady dotyczące zobowiązań pacjentów dotyczą sald kont OHMC i OMC.

Opis procedury

Po zapłaceniu przez wszystkich płatników ubezpieczeniowych zobowiązań pacjenta lub po odmowie ponoszenia kosztów roszczenia, zobowiązanie pacjenta, wskazane w awizie przelewu płatników zostanie przeniesione w systemie rozliczeniowym do działu należności pacjentów (Patient Responsibility, PR). W przypadku pacjentów płacących prywatnie za usługi, gdy nie ma ubezpieczyciela jako płatnika, pełna wierzytelność przenoszona jest do PR systemu, natychmiast po sfinalizowaniu konta przez Abstracting/ Coding Departments.

Po przeniesieniu wierzytelności pacjenta do działu należności pacjentów, i o ile saldo gwaranta za wszystkie powiązane konta przekracza \$14,99 (próg odpisu dla niskich sald), system generuje odpowiednią wiadomość zawierającą wyciąg z konta (Statement Message) w wychodzącej fakturze rozliczeniowej. Taki komunikat jest rachunkiem pacjenta/gwaranta i zawiera saldo konta, za które są odpowiedzialni. Jeśli pacjent/gwarant nie dokonał pełnej zapłaty lub ma inne ustalenia (jak opisano w części Programu pomocy finansowej, poniżej), w terminie trzydziestu (30) dni od daty wygenerowania przez system wiadomości nr 1 zawierającej wyciąg z konta, system generuje wiadomość nr 2 zawierającą wyciąg z konta.

Jeśli pacjent nie dokonał pełnej zapłaty lub ma inne ustalenia z OHMC, w terminie trzydziestu (30) dni od daty wygenerowania przez system wiadomości nr 2, system generuje wiadomość nr 3 zawierającą wyciąg z konta. Taka wiadomość ostrzega pacjenta, że dalszy brak pełnej zapłaty lub działania w celu ustalenia innych uzgodnień z OHMC, może spowodować skierowanie sprawy do zewnętrznej firmy windykacyjnej. Jeśli pacjent nie dokonał pełnej zapłaty ani nie

podjął innego działania w terminie trzydziestu (30) dni po wygenerowaniu przez system wiadomości nr 3 zawierającej wyciąg z konta, system generuje wiadomość nr 4 zawierającą wyciąg z konta, który informuje pacjenta o obowiązku zapłaty w ciągu trzydziestu (30) dni lub sprawa zostanie wysłana do zewnętrznej firmy windykacyjnej. Niepodjęcie w tym czasie działań przez pacjenta spowoduje uznanie pacjenta za nieplacącego dłużnika (Bad Debt) i konto zostanie przekazane zewnętrznej firmie windykacyjnej.

Przedstawiciele kont pacjentów, którzy rozmawiają telefonicznie z gwarantami lub dzwonią, będą wykorzystywać następujące narzędzia Pomocy Finansowej, aby pomóc gwarantom w spłaceniu zaległości na swoich kontach.

Programy pomocy finansowej

OHMC oferuje kilka programów pomagających pacjentom w spłaceniu obciążeń finansowych, należnych za usługi opieki zdrowotnej. Doradcy finansowi mają obowiązek wykorzystania tych programów stosownie do potrzeb pacjentów, aby pomóc w odzyskiwaniu od pacjentów pełnych należności. W przypadku opieki dobroczynnej/ nierekompensowanej, można odstąpić od egzekwowania od 65% do 100% należności pacjenta. Prowadzony przez OHMC program Charity Care przedstawiono w osobnych zasadach i procedurach. Są to programy:

Program ulg za szybką spłatę Z tego programu można skorzystać tylko do płacenia za medycznie niezbędne usługi, gdy nie ma ubezpieczenia (mogą z niego korzystać również pacjenci, którzy są uprawnieni w ramach programu ubezpieczenia medycznego, ale nie mają ubezpieczenia, ponieważ przekroczyli swoje limity płatności za świadczenia). Pacjent otrzymuje zniżkę w wysokości 30% od sumy opłat rachunków, płacąc OHMC 50% należności szacowanych w czasie świadczenia usługi i pozostałe 50% należności w ciągu 30 dni od daty wypisania ze szpitala. Pacjent może również kwalifikować się do 30% zniżki, płacąc OHMC pełną należność w ciągu 30 dni od daty wystawienia pierwszej faktury rozliczeniowej, nawet jeśli nie zapłacił żadnej części należności szacowanej w czasie korzystania z usługi.

Programy rozszerzonego planu płatności Z tego programu mogą korzystać pacjenci wymagający pomocy finansowej w sprawie zapłacenia za swoją część roszczenia po zapłaceniu przez ubezpieczyciela lub gdy nie istnieją żadne świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Przedstawiciele kont pacjentów (Patient Account Representatives) mogą pracować z pacjentem w celu ustalenia rozszerzonego planu płatności. Struktura planu płatności OHMC:

<u>Kwota należna</u>	<u>Maksymalna liczba miesięcy spłaty</u>
< \$75	1
\$76 do \$250	3
\$ 251 do \$ 750	6
\$751 do \$1,500	12
\$1501 do \$2,500	18
> \$2,500	25

Okres spłat nie powinien przekraczać 25 miesięcy. Jeśli pacjent nie jest w stanie płacić zgodnie z tymi warunkami, po upływie wyznaczonego czasu, po dokonaniu ponownego

szacowania, można sporządzić tymczasowy plan spłat. Tymczasowe ustalenia muszą mieścić się w wymogach minimalnych ustalonych w niniejszych zasadach, przy czym pierwsza płatność jest należna po ustaleniu planu spłat.

Przedstawiciele kont pacjentów korzystają z korespondencji i umowy pisemnej, wysyłanych do pacjentów, którzy zdecydowali się korzystać z rozszerzonego planu płatności. Jeśli pacjent nie wniesie płatności, kontaktuje się z nim Przedstawiciel kont pacjentów w celu ustalenia przyczyny i spowodowania zapłaty. Dalsze opóźnienie płatności spowoduje skierowanie rachunku pacjenta do windykacji jako zły dług.

Opieka dobroczynna/Pomoc finansowa Z tego programu mogą korzystać pacjenci wymagający pomocy finansowej w sprawie zapłacenia za swoją część roszczenia po zapłaceniu przez ubezpieczyciela lub gdy nie istnieją żadne świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Pacjent może wnioskować lub Przedstawiciele kont pacjentów mogą zaoferować wysłanie pacjentowi wniosku o opiekę dobroczynną. Po zwróceniu przez pacjenta wypełnionego wniosku (wraz z dokumentacją uzupełniającą), Przedstawiciel kont pacjentów analizuje wniosek pod kątem kompletności i oblicza dochód pacjentów, jak opisano w Zasadach opieki dobroczynnej/Pomocy Finansowej. Przedstawiciel kont pacjentów, który wysła pacjentowi wniosek o opiekę dobroczynną ma obowiązek zawieszenia konta pacjenta w systemie rozliczeniowym, aby pacjent nie otrzymywał wiadomości zawierających wyciągi z konta, podczas obliczania przez OHMC uprawnień pacjenta do opieki dobroczynnej. Ponadto Przedstawiciel kont pacjentów, który analizuje wniosek musi poinformować pacjenta na piśmie o zatwierdzeniu (w tym o kwocie odpisu) lub odrzuceniu wniosku o opiekę dobroczynną. Dział usług finansowych świadczonych pacjentom (Patient Financial Services) bierze udział w analizowaniu i obliczaniu korekt związanych z opieką dobroczynną i procent świadczonej opieki dobroczynnej jest obserwowany przez dział kontrolera placówek OHMC. Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do ulg w ramach opieki dobroczynnej, mają prawo odwołania się na piśmie od wstępnej decyzji do dyrektora działu Revenue Cycle.

Zwracana poczta i nieprawidłowe numery telefonów

Jeśli poczta zwróci OHMC wiadomości zawierające wyciągi z konta, podejmowane są próby uzyskania skorygowanego adresu. Pierwszym krokiem jest sprawdzenie historii pacjenta w OHMC w celu ustalenia, czy ma on inne konta w systemie, z poprawnym adresem. Jeśli nie ma takiej informacji, uzyskiwane są połączenia z wszystkimi podanymi przez pacjenta numerami telefonu celem zażądania podania skorygowanego adresu rozliczeniowego. Po uzyskaniu poprawionych informacji, Przedstawiciele kont pacjentów lub koordynator usług uzyskiwania dostępu do pacjentów (Patient Access Service Coordinator) aktualizuje informacje w systemie fakturowania wszystkich otwartych kont przypisanych do danego pacjenta. Jeśli w żadnym z tych źródeł nie można uzyskać skorygowanych informacji, konto pacjenta uważane jest za zły dług i przekazywane do zewnętrznej agencji celem obsługi.

Kierowanie konta do windykacji i monitorowanie skuteczności firm windykacyjnych -

Konta, które otrzymały wszystkie 4 faktury rozliczeniowe i nie wykazały spłat w ciągu ostatnich 30 dni, zostaną automatycznie przeniesione do firmy windykacyjnej celem dalszych działań.

Konta oczekują w kolejce w firmie windykacyjnej, ponieważ ich zakwalifikowanie wynika z ustawień systemowych. Dyrektor działu Revenue Cycle przetwarza konta celem utworzenia tygodniowych plików przekazywanych do windykacji. Stawki firm windykacyjnych za likwidację zadłużeń są przekazywane w miesięcznym raporcie kluczowych wskaźników wydajności.