

Procedimento N.º:	20245
Oficial	(Rev 3)
Departamento:	Serviços Financeiros de Pacientes

Política de Acompanhamento de Pagamento pelo Próprio

Política e Procedimento para Cobranças de Pagamento pelo Próprio

Política

O Overlake Hospital Medical Center (OHMC) e Overlake Medical Clinics (OMC) reconhecem a importância da cobrança da parte das contas dos pacientes que é paga pelo próprio como fundamentais para a saúde fiscal e o ciclo de rendimento do hospital. No caso de um paciente de pagamento privado, 100% da conta do paciente é da responsabilidade do próprio paciente. O OHMC e OMC reconhecem também que as dificuldades financeiras podem acompanhar a recepção de serviços de cuidados de saúde e é sensível a este facto nas suas políticas e procedimentos de cobrança assim como nos Programas de Assistência Financeira. O OHMC e OMC utilizam o método de facturação de "Fiador", combinando as responsabilidades do paciente relativamente a créditos num extracto de facturação enviado à pessoa responsável pelo pagamento de saldos de conta (ou seja, fiador de contas). Esta estrutura é denominada como Gabinete de Facturação Simples (SBO) e as políticas relativamente às responsabilidades do paciente aplicam-se tanto aos saldos de conta do OHMC e OMC.

Procedimento

Após todos os operadores de seguros que cobrem um paciente terem pago ou recusado um crédito, a responsabilidade do paciente, conforme identificado pelo aviso de pagamento do pagador(es) ser passado para a linha de Responsabilidade do Paciente (PR) no sistema de facturação. No caso de um paciente de pagamento privado, onde não exista operador de seguros, o saldo total do crédito passa para a linha de PR do sistema imediatamente na finalização da conta dos Departamentos de Abstracção/Codificação.

Assim que o extracto do paciente passa para a linha de Responsabilidade do Paciente, e desde que o extracto do fiador para todas as contas associadas exceda \$14.99 (o limiar de dispensa de extracto pequeno), o sistema gera a Mensagem de Extracto adequada no extracto de facturação corrente. A Mensagem do Extracto é a conta do fiador/paciente e contém o extrato de conta pelo qual são responsáveis. Se o paciente/fiador não tiver feito o pagamento por inteiro ou outros acordos de pagamento (conforme definido na secção de Programas de Assistência Financeira abaixo), no prazo de trinta (30) do sistema gerar a Mensagem de Extracto #1, o sistema gera a Mensagem de Extracto #2.

Se o paciente não tiver feito o pagamento por inteiro ou outros acordos com o OHMC, no prazo de trinta (30) dias do sistema gerar a Mensagem de Extracto #2, o sistema gera a Mensagem de

Extracto #2. Esta Mensagem de Extracto avisa o paciente que a continuada falta de pagamento total ou acção para estabelecer outros acordos com o OHMC podem resultar numa referência a uma agência de cobranças externa. Se o paciente não cumprir o pagamento total ou efectuar outra acção no prazo de trinta (30) dias após o sistema gerar a Mensagem de Extracto #3, o sistema gera a Mensagem de Extracto #4, que informa que o paciente tem de pagar no prazo de trinta (30) dias ou serão remetidos para uma agência de cobranças externa. O facto de o paciente não tomar medidas neste ponto resulta em o paciente ser considerado como Cobrança Duvidosa e a conta ser referida numa agência de cobranças externa.

Os representantes de Conta do Paciente que recebem chamadas por parte dos fiadores, ou efectuem chamadas, vão utilizar as seguintes ferramentas de Assistência Financeira para prestar assistência aos fiadores para resolverem os saldos pendentes das suas contas.

Programas de Assistência Financeira

O OHMC oferece vários programas para prestar assistência a pacientes na gestão da sobrecarga financeira para pagamento de serviços de cuidados de saúde. Os Consultores Financeiros são responsáveis pela utilização dos programas conforme aplicável ao paciente para prestar assistência na cobrança do saldo da responsabilidade total do paciente. No caso de beneficência/assistência não compensada entre 65% a 100% do saldo do paciente pode ser dispensado. O programa de Cuidados de Beneficência do OHMC está definido numa política e procedimentos separados. Os Programas são seguidamente descritos:

Programa de Desconto de Pronto Pagamento Este programa encontra-se disponível apenas para serviços medicamente necessários onde não exista cobertura de seguro (é aplicável também a pacientes que sejam elegíveis ao abrigo de um programa de seguro médico, mas onde não existe uma cobertura de seguro para o serviço porque maximizaram os seus limites de benefício). É concedido ao paciente um desconto de 30% do total dos encargos da conta pagando ao OHMC 50% dos encargos estimados no momento do serviço e os restantes 50% do saldo da conta no prazo de 30 dias da data de alta. O paciente pode qualificar-se também para um desconto de 30% pagando ao OHMC o seu saldo total no prazo de 30 dias da data do seu primeiro extracto, mesmo que não pague qualquer parte do saldo estimado no momento do serviço.

Programas de Plano de Pagamento Alargado Este programa encontra-se disponível para facultar assistência financeira com a porção de responsabilidade do paciente relativamente a um crédito após o seguro ter feito o pagamento ou onde não exista benefícios de seguro. Os Representantes de Conta do Paciente podem trabalhar com um paciente para estabelecer um plano de pagamento alargado. O OHMC tem a seguinte estrutura de plano de pagamento:

<u>Montante Devido</u>	<u>Máximo de Meses para Pagar</u>
< \$75	1
\$ 76 a \$ 250	3
\$ 251 a \$ 750	6
\$ 751 a \$1.500	12

\$1.501 a \$2,500	18
> \$2,500	25

Os acordos de pagamento não devem exceder os 25 meses em duração. Se o paciente não tiver possibilidade de pagar sob estes termos, pode ser executado um acordo de pagamento temporário com reavaliação após um período designado de tempo. Os acordos temporários têm de realizar-se nos mínimos estabelecidos nesta política, com o primeiro pagamento devido na celebração no plano de pagamento.

Os Representantes de Conta do Paciente estão equipados com correspondência e acordos escritos para enviar aos pacientes que escolham utilizar um plano de pagamentos alargado. Se um paciente falhar um pagamento, os Representantes de Conta do Paciente contacta o paciente para determinar a razão e para promover o pagamento. O atraso continuado no pagamento vai resultar na referência da conta às cobranças como cobrança duvidosa.

Cuidados de Beneficência/Assistência Financeira. Este programa encontra-se disponível para facultar assistência financeira com a porção de responsabilidade do paciente relativamente a um crédito após o seguro ter feito o pagamento ou onde não exista benefícios de seguro. O paciente pode solicitar ou um Representante de Conta de Paciente pode oferecer-se para enviar ao paciente uma candidatura de cuidados de beneficência. Na recepção da candidatura preenchida (incluindo a documentação de apoio), um Representante de Conta de Paciente analisa a candidatura relativamente ao preenchimento total e calcula o rendimento dos pacientes conforme definido no Plano de Assistência Financeira/Cuidados de Beneficência. O Representante de Conta do Paciente que remete o paciente para a candidatura a cuidados de beneficência é responsável pela colocação da conta do paciente em espera no sistema de facturação, para que o paciente não continue a receber as Mensagens de Extracto durante o tempo que o OHMC está a calcular a elegibilidade do paciente para cuidados de beneficência. Em complemento, o Representante de Conta do Paciente que analise a candidatura tem de informar o paciente por escrito sobre a sua aprovação (incluindo o valor de dispensa) ou recusa de cuidados de beneficência. A gestão de Serviços Financeiros do Paciente está envolvida na análise e cálculo dos ajustes de cuidados de beneficência e a percentagem de cuidados de beneficência é acompanhada pelo Controlador do OHMC. Os pacientes que não se qualificarem para descontos de Cuidados de Beneficência, têm o direito a recorrer da decisão inicial por escrito ao Director, Ciclo de Receitas.

Correspondência Devolvida e Números de Telefone Incorrectos

Se as Mensagens de Extracto forem devolvidas ao OHMC pelo serviço de correio, são realizadas tentativas para obter o endereço correcto. O primeiro passo é verificar o histórico de conta do paciente junto do OHMC para determinar se o paciente tem outras contas no sistema com um endereço correcto. Se esta informação não se encontrar disponível, todos os números de telefone facultados pelo paciente são contactados para solicitar um endereço de facturação correcto. Assim que for obtida a informação correcta, os Representantes de Conta do Paciente ou o Coordenador de Serviço de Acesso ao Paciente actualizam a informação. Se a informação

correcta não estiver disponível através de um destes meios, a conta do paciente é considerada como cobrança duvidosa e atribuída a uma agência externa para tratamento.

Referência de uma Conta para Cobranças e Monitorização do Desempenho das Agências de Cobranças -

As contas que tenham recebido todos os 4 extractos de facturação e que não possuam actividade de pagamento nos 30 dias anteriores vão automaticamente passar a agências de cobranças para acompanhamento. As contas ficam numa fila de trabalho específico de agência de cobranças conforme se qualificam com base nos parâmetros do sistema. O Director do Ciclo de Receitas processa as contas para criar os processos de atribuição semanais. As taxas de liquidação da agência de cobrança são referenciadas no relatório mensal de Indicadores-chave de Desempenho.