

कार्यविधि सं.: 20245

आधिकारिक (संशोधन 3)

विभाग: रोगी वित्तीय सेवाएं

स्व भुगतान अनुवर्तन (सेल्फ पे फॉलो-अप) नीति

स्व-भुगतान वसूलियों की नीति एवं कार्यविधि

नीति

ओवरलेक हॉस्पिटल मेडिकल सेंटर (ओएचएमसी) और ओवरलेक मेडिकल क्लीनिक्स (ओएमसी) अस्पताल के वित्तीय स्वास्थ्य एवं आय चक्र के मुख्य घटक के रूप में रोगी खातों के स्व-भुगतान अंशों की वसूली के महत्व को मान्यता देते हैं। निजी भुगतान रोगी के मामले में, रोगी खाते का 100%, रोगी का उत्तरदायित्व होता है। ओएचएमसी और ओएमसी इस बात को भी मानते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की प्राप्ति के साथ वित्तीय कठिनाइयां जुड़ी हो सकती हैं और वे अपनी वसूली नीतियों और कार्यविधियों में तथा अपने वित्तीय सहायता कार्यक्रमों में भी इस तथ्य के प्रति संवेदनशील हैं। ओएचएमसी और ओएमसी एक "गारंटीकर्ता" बिलिंग विधि का उपयोग करते हैं, जिसमें दावा हेतु रोगी के दायित्वों को एक बिलिंग विवरण में संयुक्त कर दिया जाता है जिसे खाता शेष के भुगतान हेतु उत्तरदायी व्यक्ति (अर्थात् खातों के गारंटीकर्ता) को भेजा जाता है। इस संरचना को एकल बिलिंग कार्यालय (सिंगल बिलिंग ऑफिस, SBO) कहा जाता है और रोगी के दायित्वों से संबंधित नीतियां ओएचएमसी और ओएमसी, दोनों खाता शेषों पर लागू होती हैं।

प्रक्रिया

रोगी को कवर करने वाले सभी बीमा भुगतानकर्ताओं द्वारा दावे का भुगतान या उसे अस्वीकार कर दिए जाने के बाद रोगी के उत्तरदायित्व, जिसे भुगतानकर्ता(ओं) की विप्रेषण सूचना (रेमिटेंस एडवाइस) में स्पष्ट किया गया होता है, को बिलिंग सिस्टम में रोगी उत्तरदायित्व (पेशेंट रेस्पॉन्सिबिलिटी, PR) लाइन में पहुंचा दिया जाता है। निजी भुगतान रोगी के मामले में, जहां कोई बीमा भुगतानकर्ता नहीं होता है, दावे का संपूर्ण शेष, सारकारी (एब्सट्रेक्टिंग)/कोडिंग विभागों द्वारा खाते को अंतिम रूप दिए जाने के तुरंत बाद सिस्टम की PR लाइन में चला जाता है।

रोगी पर शेष को रोगी उत्तरदायित्व लाइन में पहुंचा दिए जाने पर, और बशर्ते कि सभी संबद्ध खातों के लिए गारंटीकर्ता शेष \$14.99 (छोटे शेष को माफ करने की सीमा) से अधिक है, सिस्टम आउटगोइंग बिलिंग

स्टेटमेंट पर उपयुक्त विवरण संदेश (स्टेटमेंट मेसेज) सृजित करता है। विवरण संदेश रोगी का/गारंटीकर्ता का बिल होता है और इसमें वह खाता शेष होता है जिसके लिए वह उत्तरदायी है। यदि रोगी/गारंटीकर्ता ने सिस्टम द्वारा विवरण संदेश सं. 1 के सृजन के तीस (30) दिनों के अंदर पूरा भुगतान नहीं किया है या अन्य व्यवस्थाएं (जैसी कि नीचे दिए गए वित्तीय सहायता कार्यक्रम खंड में वर्णित हैं) नहीं की हैं तो सिस्टम, विवरण संदेश सं. 2 सृजित करता है।

यदि रोगी ने सिस्टम द्वारा विवरण संदेश सं. 2 के सृजन के तीस (30) दिनों के अंदर पूरा भुगतान नहीं किया है या ओएचएमसी के साथ अन्य व्यवस्थाएं नहीं की हैं, तो सिस्टम, विवरण संदेश सं. 3 सृजित करता है। इस विवरण संदेश में रोगी को चेतावनी दी जाती है कि पूर्ण भुगतान नहीं किए जाने की या ओएचएमसी के साथ अन्य व्यवस्थाएं नहीं की जाने की स्थिति बने रहने पर, रोगी के मामले को किसी बाहरी वसूली एजेंसी को सौंपा जा सकता है। यदि रोगी सिस्टम द्वारा विवरण संदेश सं. 3 सृजित होने के तीस (30) दिनों के अंदर पूरा भुगतान करने या अन्य कदम उठाने में विफल रहा है तो सिस्टम विवरण संदेश सं. 4 सृजित करता है जिसमें रोगी को सूचित किया जाता है कि उसे तीस (30) दिनों के अंदर भुगतान करना होगा अन्यथा उसके मामले को किसी बाहरी वसूली एजेंसी को सौंप दिया जाएगा। रोगी की ओर से इस बिंदु पर कोई भी कदम नहीं उठाए जाने की स्थिति में रोगी के खाते को अशोध्य ऋण मान लिया जाएगा और खाते को किसी बाहरी वसूली एजेंसी को सौंप दिया जाएगा।

गारंटीकर्ताओं से कॉल पाने वाले या बाहर कॉल करने वाले रोगी खाता प्रतिनिधि (पेशेंट अकाउंट रेप्रेजेंटेटिव्स), गारंटीकर्ताओं के खातों पर बकाया शेष का समाधान करने में उनकी सहायता करने के लिए निम्नांकित वित्तीय सहायता साधनों का उपयोग करेंगे।

वित्तीय सहायता कार्यक्रम

ओएचएमसी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का भुगतान करने के वित्तीय भार को संभालने के लिए रोगियों की सहायता हेतु कई कार्यक्रम पेश करता है। वित्तीय परामर्शदाता (फाइनेंशियल काउंसलर) संपूर्ण रोगी उत्तरदायित्व शेष की वसूली में रोगी की सहायता करने के लिए यथा लागू कार्यक्रमों का उपयोग करने के लिए उत्तरदायी हैं। परोपकारी/गैर-क्षतिपूरित देखभाल के रोगी शेष के 65% से 100% होने की स्थिति में रोगी शेष माफ़ किया जा सकता है। ओएचएमसी का परोपकारी देखभाल कार्यक्रम एक अलग नीति एवं कार्यविधि के अंतर्गत वर्णित है। कार्यक्रम निम्नवत हैं:

शीघ्र भुगतान छूट कार्यक्रम यह कार्यक्रम केवल चिकित्सीय दृष्टि से आवश्यक सेवाओं के लिए तब उपलब्ध है जब रोगी के पास कोई बीमा कवरेज नहीं है (यह ऐसे रोगियों के लिए भी लागू है जो

किसी चिकित्सा बीमा कार्यक्रम के तहत पात्र हैं पर सेवा के लिए कोई बीमा कवरेज नहीं है क्योंकि वे अपनी लाभ सीमाओं को अधिकतम कर चुके हैं। यदि रोगी, आकलित प्रभारों के 50% का भुगतान ओएचएमसी को सेवा के समय पर कर देता है और खाता शेष के बकाया 50% का भुगतान छुट्टी मिलने की तिथि से 30 दिनों के अंदर कर देता है तो रोगी को कुल खाता प्रभार पर 30% की छूट दी जाती है। रोगी अपने पहले बिलिंग विवरण (स्टेटमेंट) की तिथि से 30 दिनों के अंदर ओएचएमसी को अपने संपूर्ण शेष का भुगतान करके भी 30% छूट प्राप्त कर सकता है, तब भी यदि उसने सेवा के समय आकलित शेष के किसी भी अंश का भुगतान नहीं किया था।

विस्तारित भुगतान योजना कार्यक्रम यह कार्यक्रम बीमा द्वारा भुगतान कर दिए जाने के बाद, दावे के रोगी उत्तरदायित्व अंश के साथ या जब कोई बीमा लाभ उपलब्ध न हों तब, वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए उपलब्ध है। रोगी खाता प्रतिनिधि रोगी के साथ कार्य करके विस्तारित भुगतान योजना स्थापित कर सकते हैं। ओएचएमसी निम्नांकित भुगतान योजना संरचना का पालन करता है:

<u>देय राशि</u>	<u>भुगतान हेतु अधिकतम माह</u>
< \$75	1
\$ 76 से \$ 250 तक	3
\$ 251 से \$ 750 तक	6
\$ 751 से \$1,500 तक	12
\$1,501 से \$2,500 तक	18
> \$2,500	25

भुगतान व्यवस्थाओं की अवधि 25 माह से अधिक नहीं होनी चाहिए। यदि रोगी इन नियमों के तहत भुगतान करने में असमर्थ है, तो एक अस्थायी भुगतान व्यवस्था निष्पादित की जा सकती है और एक निर्धारित समयावधि के बाद पुनः आकलन कर लिया जाएगा। अस्थायी व्यवस्थाएं इस नीति में स्थापित न्यूनतम सीमाओं के अंदर आनी चाहिए, एवं प्रथम भुगतान, भुगतान योजना की स्थापना के समय पर देय होगा।

रोगी खाता प्रतिनिधियों के पास विस्तारित भुगतान योजना चुनने वाले रोगियों को भेजने के लिए पत्र-सामग्री एवं लिखित करार उपलब्ध हैं। यदि किसी रोगी से कोई भुगतान छूट जाता है, तो रोगी खाता प्रतिनिधि कारण के निर्धारण के लिए तथा भुगतान करने की याद दिलाने के लिए रोगी से संपर्क करता है। भुगतान में विलंब बना रहने पर खाते को अशोध्द्य ऋण के रूप में वसूली के लिए सौंप दिया जाएगा।

परोपकारी देखभाल/वित्तीय सहायता। यह कार्यक्रम बीमा कंपनी द्वारा भुगतान कर दिए जाने के बाद दावे के रोगी उत्तरदायित्व अंश के साथ या जब कोई बीमा लाभ उपलब्ध न हों तब, वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए उपलब्ध है। रोगी परोपकारी देखभाल आवेदन का अनुरोध कर सकता है या रोगी खाता प्रतिनिधि रोगी को परोपकारी देखभाल आवेदन भेजने की पेशकश कर सकते हैं। रोगी द्वारा आवेदन पूर्ण करके (समर्थनकारी दस्तावेजों सहित) वापस भेजे जाने पर, रोगी खाता प्रतिनिधि आवेदन की पूर्णता हेतु उसकी समीक्षा करता है और परोपकारी देखभाल/वित्तीय सहायता नीति में दिए गए वर्णन के अनुसार रोगी की आय की गणना करता है। रोगी को परोपकारी देखभाल आवेदन भेजने वाला रोगी खाता प्रतिनिधि बिलिंग सिस्टम में रोगी के खाते को रोके रखने (होल्ड पर रखने) के लिए उत्तरदायी है ताकि ओएचएमसी द्वारा परोपकारी देखभाल के लिए रोगी की पात्रता की गणना किए जाने के दौरान रोगी को विवरण संदेश न मिलते रहें। इसके अतिरिक्त, आवेदन की समीक्षा करने वाले रोगी खाता प्रतिनिधि को रोगी को परोपकारी देखभाल अनुमोदित होने (माफ़ की गई राशि सहित) या अस्वीकृत होने की लिखित सूचना देनी होगी। परोपकारी देखभाल समायोजनों की समीक्षा एवं गणना में रोगी वित्तीय सेवाएं प्रबंधन शामिल है और परोपकारी देखभाल प्रतिशत की ट्रेकिंग ओएचएमसी नियंत्रक (कंट्रोलर) के साथ की जाती है। जो रोगी परोपकारी देखभाल छूट के लिए अर्ह नहीं होते हैं, उनके पास आय चक्र निदेशक (डायरेक्टर, रिवेन्यू सायकल) को पत्र लिख कर आरंभिक निर्णय पर अपील करने का अधिकार है।

लौटा दी गई डाक और गलत टेलीफोन नंबर

यदि विवरण संदेश डाक सेवा से ओएचएमसी के पास लौट आते हैं तो सही पता प्राप्त करने के प्रयास किए जाते हैं। इसमें सबसे पहले ओएचएमसी के पास मौजूद रोगी खाता इतिहास को जांच कर यह देखा जाता है कि क्या सिस्टम में रोगी के ऐसे अन्य खाते हैं जिसमें उसका सही पता है। यदि यह जानकारी उपलब्ध नहीं है, तो रोगी द्वारा प्रदान किए गए सभी टेलीफोन नंबरों पर कॉल करके सही बिलिंग पता मांगा जाता है। संशोधित जानकारी प्राप्त हो जाने पर, रोगी खाता प्रतिनिधि या रोगी पहुंच सेवा संयोजक (पेशेंट एक्सेस सर्विस कोऑर्डिनेटर) उस रोगी पर आरोपित सभी खुले खातों पर बिलिंग में जानकारी को अपडेट कर देता है। यदि इनमें से किसी भी साधन के माध्यम से संशोधित जानकारी उपलब्ध नहीं हो पाती है, तो रोगी खाते को अशोध्य ऋण मान लिया जाता है और उसे हैंडलिंग के लिए किसी बाहरी वसूली एजेंसी को सौंप दिया जाता है।

खाते को वसूली एजेंसियों को सौंपना तथा वसूली एजेंसियों के प्रदर्शन की निगरानी करना -

जिन खातों को सभी 4 बिलिंग विवरण मिल चुके हैं और जिनमें पिछले 30 दिनों के दौरान कोई भुगतान गतिविधि नहीं हुई है, उन्हें स्वतः ही आगे की गतिविधि के लिए वसूली एजेंसियों के पास पहुंचा दिया जाता है। वे खाते सिस्टम सेटिंग्स के आधार पर उनकी अर्हता के अनुसार वसूली एजेंसी की विशिष्ट कार्य पंक्तियों में डाले जाते हैं। आय चक्र निदेशक (डायरेक्टर, रिवेन्यू सायकल) खातों की प्रक्रिया करके साप्ताहिक समनुदेशन (सौंपे जाने की) फ़ाइलें तैयार करते हैं। वसूली एजेंसी की परिसमापन (लिक्विडेशन) की दरों को मासिक मुख्य प्रदर्शन संकेतक (की परफॉर्मंस इंडीकेटर) रिपोर्ट में तलचिह्नित (बेंचमार्क) किया जाता है।