

ชื่อของนโยบาย	นโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้	รหัสนโยบาย	4834
คำค้นหา	เครดิต, การติดตามหนี้, หนี้เสีย หนี้		

I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

เพื่อกำหนดวิธีการที่ Conifer Revenue Cycle Solutions ("Conifer") จะติดตามและตอบสนองยอดคงเหลือในบัญชีผู้ป่วยในฐานะตัวแทนที่ทำสัญญากับ Dartmouth Health (DH)

II. ขอบเขตของนโยบาย

นโยบายนี้ใช้กับพนักงานทุกคนที่รับผิดชอบกระบวนการเครดิตและการจัดเก็บ และยอดคงเหลือทั้งหมดที่เรียกเก็บผ่าน Dartmouth Health
นโยบายนี้ใช้กับสถานบริการสมาชิก DH ที่ใช้ระบบ Epic

III. คำนิยาม

หน่วยงานเก็บหนี้: บุคคลที่สามซึ่งเก็บยอดคงเหลือที่ถือว่าผิดนัดชำระ

ลูกหนี้: ผู้ที่มีหนี้สิน

ระดับ **Dun**: ระดับการสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับบัญชีลูกหนี้ของผู้ป่วย ยิ่งระดับ Dun สูงขึ้นเท่าใด ยอดคงเหลือก็จะยิ่งใกล้เคียงกับการผิดนัดชำระมากขึ้นเท่านั้น

ค่าเริ่มต้น: ยอดคงเหลือที่ไม่ได้รับการชำระตามเงื่อนไขการชำระเงินที่ระบุไว้ในใบแจ้งยอด ไม่มีการจัดการชำระเงิน และถูกย้ายจากลูกหนี้การค้าที่ยังดำเนินการอยู่ไปยังหน่วยงานการจัดเก็บ

ผู้ล่าประกัน: ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จะถูกระบุเป็นผู้ล่าประกัน (เว้นแต่รัฐหรือศาลจะระบุไว้เป็นอย่างอื่น)

โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะได้รับการประกันจากบริษัทใด สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองหรือผู้พิทักษ์ตามกฎหมายจะถูกระบุเป็นผู้ล่าประกัน

ECA: Extraordinary Collection Action

Dartmouth Health: เพื่อวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกระบบสุขภาพ Dartmouth (DH) ได้แก่ โรงพยาบาล Alice Peck Day Memorial, ศูนย์การแพทย์ Cheshire, คลินิก Dartmouth Hitchcock, Mt. โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพ Ascutney โรงพยาบาล New London โรงพยาบาล Mary Hitchcock Memorial โรงพยาบาล Hampstead ศูนย์การแพทย์ Southern Vermont (SVMC) Valley Regional และพยาบาลเย็บแผลและผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับเวอร์มอนต์และนิวแฮมป์เชอร์ (VNH) โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหมดใน New Hampshire และ Vermont ถือเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สมาชิก

นโยบายนี้ใช้กับสถานบริการสมาชิก DH ที่ใช้ระบบ Epic

IV. คำชี้แจงนโยบาย

- DH พยายามรวบรวมข้อมูลประกันของผู้ที่ประกันที่เป็นปัจจุบันที่สุดสำหรับผู้ป่วยเป็นประจำ และตรวจสอบความคุ้มครองและความรับผิดชอบที่ต้องจ่ายเองผ่านเครื่องมือตรวจสอบประกันและผลประโยชน์ที่มีอยู่
- ค่าใช้จ่ายส่วนเกิน เช่น ค่าประกันร่วมและค่าหักลดหย่อน จะถูกประมาณการไว้สำหรับข้อตกลงการชำระเงินที่ร้องขอก่อนการให้บริการหรือในขณะที่ให้บริการ
 - ผู้ป่วยอาจมีทางเลือกในการชำระค่าใช้จ่ายเองหลังจากรับบริการแล้ว
 - บริการบางอย่างอาจต้องชำระเงินล่วงหน้า (เช่น เครื่องสำอาง เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น)
- สำหรับยอดคงเหลือที่ยังไม่ได้ชำระ DH จะออกใบแจ้งหนี้และขอให้ชำระเงินเต็มจำนวน
- ยอมรับการชำระเงินบางส่วนตามเท่าที่เป็นไปตามความคาดหวังการชำระเงินขั้นต่ำตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนแผนงบประมาณ ดู "ขั้นตอนการชำระเงินงบประมาณและแผนการคืนสถานะ: ฝ่ายบริหารรายได้" (ลิงค์ด้านล่าง)
- ยอดคงค้างอาจย้ายไปยังหน่วยงานเก็บหนี้เมื่อยอดคงเหลือถือว่าไม่สามารถเก็บหนี้ได้ และในเวลานั้น ยอดคงเหลือดังกล่าวจะถูกย้ายไปยังหน่วยงานเก็บหนี้ ถือว่าผิดนัดชำระ หรือยอดคงเหลือดังกล่าวจะถูกจัดประเภทเป็นหนี้สูญ

A. ยอดเงินแบบจ่ายเอง

- ยอดคงเหลือที่ต้องชำระเองถือเป็นค่าธรรมเนียมที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ที่ประกัน
- ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง:
 - ยอดคงเหลือในบัญชีสำหรับบุคคลที่ไม่มีประกันภัย
 - ยอดคงเหลือหลังจากชำระเงินประกันหรือบุคคลที่สาม ได้แก่:
 - ค่าใช้จ่ายถือเป็นบริการที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามที่กำหนดโดยแผนประกันสุขภาพของผู้ป่วย
 - การชำระเงินร่วม
 - การประกันร่วม
 - จำนวนเงินที่หักลดหย่อนได้
 - ผู้ที่ประกันที่เรียกเก็บเงินประกันของตนเองและเลือกที่จะไม่โอนให้กับ DH
 - รายการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย

B. โอนเงินเข้าบัญชีตนเอง

- ยอดคงเหลือจะย้ายไปยังผู้ที่ประกันและใบแจ้งยอดจะถูกส่งหลังจากการชำระเงินค่าบริการกับผู้ชำระเงินบุคคลที่สามแล้วเท่านั้น เว้นแต่จะตรงตามเงื่อนไขต่อไปนี้:
 - DH ไม่ประสบความสำเร็จในการให้ผู้ชำระเงินตัดสินใจเรียกหรือแจ้งล่วงหน้า แม้ว่าจะได้พยายามเรียกร้องการชำระเงินแล้วก็ตาม
 - DH ได้รับแจ้งจากบริษัทประกันกับบุคคลที่สามว่าผู้ที่ประกันไม่ได้ตอบสนองต่อคำขอข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเรียกหรือ
 - ผู้ที่ประกันให้ข้อมูลประกันภัยไม่ถูกต้องใบแจ้งยอดครั้งแรกที่สร้างให้ผู้ป่วยจะระบุหมายเลขโทรศัพท์ของฝ่ายบริการลูกค้าและคำขอให้อัปเดตข้อมูลประกันภัยหากไม่ถูกต้อง

C. ใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินผู้ป่วย

- ปัจจุบันผู้ที่ประกันได้รับใบแจ้งยอดดังต่อไปนี้:
 - การเรียกเก็บเงินโรงพยาบาลที่เค็ดขาด
 - บริการทั้งหมดของโรงพยาบาลและการเข้าพบแพทย์ในสำนักงาน MD
 - การเรียกเก็บเงินอย่างมืออาชีพที่แน่นอน

- ค่าธรรมเนียมวิชาชีพสำหรับผู้ให้บริการ (ไม่รวมบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล รวมถึงบริการด้านทันตกรรม)
- คำแนะนำทั่วไปสำหรับการจัดทางการเงินสำหรับผู้ให้บริการ โรงพยาบาลและคลินิกมีดังต่อไปนี้:
 1. โดยปกติจะมีการจัดทางการเงินเป็นรายเดือน
 2. ใบแจ้งยอดทั้งหมดจะสร้างขึ้นที่ระดับผู้ค้าปลีก ซึ่งหมายความว่าค่าเช่าหลายครั้งหรือใบแจ้งหนี้หลายใบจะแสดงรายการในใบแจ้งยอดเดียว
 3. วันที่ออกใบแจ้งหนี้และระดับการทวงหนี้ครั้งต่อไปจะได้รับการกำหนดก่อนที่จะจัดทำใบแจ้งยอดตามการชำระเงินที่โพสต์ไว้
 4. หากต้องการระงับการทวงหนี้ จะต้องชำระเงินขั้นต่ำที่เกี่ยวข้องกับแผนงบประมาณที่กำหนดไว้
 5. ผู้ค้าปลีกที่ชำระเงินขั้นต่ำตรงตามกำหนดจะไม่ถูกทวงถามหนี้ในระดับถัดไป

D. การส่งต่อไปยังตัวแทนติดตามหนี้

- DH จะไม่ใช้การดำเนินการทวงหนี้พิเศษ (ECAs) เช่น การรายงานต่อหน่วยงานรายงานสินเชื่อ ก่อนที่จะใช้ความพยายามที่สมเหตุสมผลในการพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ ผู้ป่วยจะถูกส่งไปรับบริการจัดเก็บก็ต่อเมื่อได้พยายามอย่างสมเหตุสมผลก่อนเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยนั้นมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ (ซึ่งรวมถึงการใช้สิทธิสันนิษฐาน) ข้อยกเว้นใดๆ จะต้องได้รับการอนุมัติจาก Chief Financial Officer. สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน โปรดดูใน 'นโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการด้านสุขภาพ' (ดูได้จากลิงก์ด้านล่าง) สามารถรับสำเนาได้ทางออนไลน์ หรือขอรับได้ที่ Patient Financial Services Offices หรือส่งทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วยได้โดยโทรไปที่หมายเลข 844-808-0730
- DH จะงดเว้นการดำเนินการของหน่วยงานเก็บหนี้จนกว่าจะผ่านไปอย่างน้อย 120 วันหลังจากส่งใบแจ้งหนี้หลังการปลดหนี้ฉบับแรก และ DH จะส่งหนังสือแจ้งอย่างน้อย 30 วันก่อนที่จะส่งไปยังหน่วยงานเก็บหนี้

E. การกุศลโดยสันนิษฐาน

DH อาจใช้บุคคลที่สามเพื่อตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประเมินความต้องการทางการเงิน บทวิจารณ์นี้ใช้โมเดลการทำนายที่ได้รับการยอมรับในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งอิงตามฐานข้อมูลบันทึกสาธารณะ แบบจำลองนี้รวมข้อมูลบันทึกสาธารณะเพื่อคำนวณคะแนนความสามารถทางเศรษฐกิจและสังคมและทางการเงินซึ่งรวมถึงการประมาณรายได้ ทรัพยากร และสภาพคล่อง ชุดกฎของแบบจำลองได้รับการออกแบบมาเพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละรายตามมาตรฐานเดียวกัน และปรับเทียบกับการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงินในอดีตสำหรับระบบ Dartmouth Health

ข้อมูลจากแบบจำลองซึ่งทำนายโดยใช้โดย DH เพื่อพิจารณาสิทธิ์โดยสันนิษฐานในกรณีที่ไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยให้มาโดยตรง ความช่วยเหลือทางการเงินตามสมมติฐานไม่สามารถใช้ได้กับยอดคงเหลือหลังจาก Medicare

การคัดกรองเบื้องต้นใช้เพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ตอบสนองต่อการแจ้งเตือนเกี่ยวกับตัวเลือกในการกรอกใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน โดยไม่คำนึงถึงยอดคงเหลือ ในบัญชีที่เข้าเงื่อนไขที่มีอายุมากกว่า 120 วันหลังจากใบแจ้งหนี้ หลังจากได้รับแจ้งให้เรียกเก็บหนี้ และก่อนที่จะส่งต่อบัญชีไปยังบริษัททวงหนี้ภายนอก บัญชีมีผลที่เกินขีดจำกัดเวลาจะมีสิทธิ์ได้รับการคัดกรองโดยสันนิษฐาน

Presumptive Charity จะไม่เข้ามาแทนที่กระบวนการ FAP แบบดั้งเดิม แต่จะใช้เพื่อเสริมความพยายามเหล่านี้ และมีไว้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อกระบวนการ FAP แบบดั้งเดิม เพื่อเป็นการพยายามขจัดอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ และปรับปรุงผลประโยชน์ของเราสำหรับผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงใช้กระบวนการคัดกรองทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนที่จะจัดการหนี้เสีย ผู้ป่วยที่พบว่าไม่มีสิทธิ์ได้รับการกุศลเบื้องต้นจะไม่ถูกส่งไปยังหน่วยงานการติดตามทวงหนี้เสีย

การรวมอยู่ใน โปรแกรมนี้ขึ้นอยู่กับอัลกอริทึมการให้คะแนนโดยใช้ข้อมูลบันทึกสาธารณะและโดยทั่วไปจะไม่ใช้มาตราส่วนค่าธรรมเนียมแบบเลื่อนขึ้น ส่วนลดบางส่วนไม่ได้รับอนุญาตจาก **Presumptive Charity** ประชากรตามข้อมูลประชากรเฉพาะมีวัตถุประสงค์เพื่อรวมถึง:

- เสียชีวิตโดยไม่มีทรัพย์สินหรือญาติที่ทราบ
- บุคคลเพนเจอร์หรือผู้ไร้ที่อยู่อาศัย
- บุคคลที่แยกตัวจากครอบครัวและไม่มีกลุ่มสนับสนุน
- ผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือไม่สามารถดำเนินการกระบวนการแบบดั้งเดิมได้

การให้คะแนนการกุศลที่สันนิษฐานจะรวมปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมและข้อมูลที่ไม่ได้อิงตามเครดิต กระบวนการคัดกรองใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลสาธารณะซึ่งมีข้อมูลดังต่อไปนี้:

- ธุรกรรมของผู้บริโภค
- ประวัติคดีในศาล
- การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน
- การเป็นเจ้าของบ้านกับการเป็นผู้เช่า
- ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางเศรษฐกิจในพื้นที่
- สถานะการจ้างงาน
- ข้อมูลด้านสาธารณสุข
- ข้อมูลจากภาครัฐ
- เอกสาร (การล้มละลาย, SSN, บุคคลที่เสียชีวิต)

การสงเคราะห์ทางการเงินจะไม่ใช้ข้อมูลรายงานจากสำนักงานเครดิต และไม่ระบุถึงข้อมูลที่ละเอียดอ่อนในรายงานทางเครดิต ข้อมูลที่ได้จะนำมาคำนวณหาคะแนนเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน ตั้งแต่ 0 (มีความจำเป็นอย่างยิ่ง) ถึง 1000 (มีความจำเป็นน้อยที่สุด) ข้อมูลดังกล่าวจะคาดการณ์ความต้องการของผู้ที่ประกันโดยอิงจากปัจจัยที่ทราบ เช่น รายได้ สินทรัพย์ และสภาพคล่อง เป็นต้น

การระบุบัญชีที่มีสิทธิ์

- จะมีการเพิ่มรายการเรียกเก็บเงินให้กับบัญชีที่มีสิทธิ์
- ผู้ที่มีสิทธิ์ Medicare จะถูกยกเว้น
- หากได้รับการอนุมัติ รหัสการปรับ EPIC จะถูกใช้เพื่อระบุบัญชีที่มีสิทธิ์
 - 5027 บริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อการสงเคราะห์หลังหักเงินประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ
 - 5026 บริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อการสงเคราะห์

F. นโยบายเครดิตสำหรับผู้ให้บริการ

- DH มีบัญชีลูกค้า/ผู้ขายสามประเภทดังต่อไปนี้:
 - บัญชีการศึกษาวิจัย
 - บัญชีลูกค้าทางการค้า (เช่น Hospice, SNF, City Accounts, Lab, เป็นต้น)
 - บัญชีด้านอาชีวอนามัยที่มีสัญญาให้บริการซึ่งนายจ้างกำหนดให้เป็นเงื่อนไขของการจ้างงาน จะชำระค่าใช้จ่ายโดยนายจ้าง
- จะมีการจัดทำรายงานรายเดือนและต้องชำระเต็มจำนวนภายใน 30 วันนับจากวันที่ออกรายงาน
- จะไม่มีการจัดเตรียมงบประมาณสำหรับบัญชีเหล่านี้
- บัญชีที่มีอายุเกิน 30 วัน จะได้รับจดหมายแจ้งจำนวนเงินที่ค้างชำระ และการแจ้งเตือนว่าหากไม่ชำระเงินอย่างต่อเนื่อง

อาจส่งผลให้มีการเรียกเก็บดอกเบี้ยในอัตรา 1.5% ต่อเดือนของยอดคงเหลือค้างชำระทั้งหมด

- DH ขอสงวนสิทธิ์ในการส่งบัญชีผัดชำระไปยังหน่วยงานเก็บหนี้

G. บัญชีล้มละลาย

- ศาลล้มละลายจะส่งหนังสือแจ้งกรณีการล้มละลายสองประเภท:
 - หนังสือแจ้งการเริ่มต้นการขึ้นคำร้อง
 - การปลดหนี้/การไม่อนุญาตให้ปลดหนี้ของลูกหนี้
- เมื่อ DH ได้รับแจ้งถึงการล้มละลาย ความพยายามในการทางหนี้ทั้งหมดจะต้องหยุดลง
- DH ขอสงวนสิทธิ์ในการส่งบัญชีผัดชำระไปยังหน่วยงานเก็บหนี้
 - ผู้ขึ้นคำร้องอาจเป็นบุคคลเดียวหรือกระทำร่วมกันก็ได้ แต่ไม่รวมถึงบุตร
 - จะต้องระบุสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด และลงหมายเหตุกำกับแต่ละบัญชีว่ามีการขึ้นขอล้มละลายอยู่ รวมถึงวันที่ของการขึ้นคำร้อง
 - หากมีการวางบัญชีไว้กับหน่วยงานเก็บหนี้ภายนอก จะต้องมีการบันทึกบัญชีนั้น แจ้งให้หน่วยงานทราบ และส่งสำเนาเอกสารที่อื่นไปยังศาลล้มละลายเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
 - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ระบุไว้ในประกาศจะรวมไว้เพื่อวัตถุประสงค์ในการล้มละลาย
 - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดควรได้รับการอัปเดตเป็นประเภทการเงินของการล้มละลาย
- เมื่อการล้มละลายเสร็จสิ้น ศาลจะส่งหนังสือปฏิเสธหรือหนังสือแจ้งการปลดหนี้ให้ลูกหนี้

ในกรณีที่ไม่นำเสนอ DH สามารถดำเนินการเรียกเก็บเงินต่อได้

- หาก DH ได้รับการปลดประจำการ เราจะต้องปรับสมดุลในระบบ Epic
- บัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการล้มละลายจะต้องได้รับการบันทึกถึงผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย
- หน่วยงานเก็บหนี้จะได้รับการแจ้งเตือนและส่งเอกสารประกอบต่างๆ

H. การฟ้องร้องเรียกค่าสินไหม

- DH จะจำกัดการเรียกเก็บยอดชำระเองหรือเรียกร้องยอดชำระที่ถูกระงับสำหรับบัญชีที่อยู่ในการพิจารณาเมื่อได้รับจดหมายคุ้มครอง (LOP) ที่ส่งโดยทนายความที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยซึ่งระบุว่าผู้ฟ้องคดีจะปกป้องผลประโยชน์ของ DH ในการขอมความครั้งต่อไป
- หากข้อตกลงการชำระเงินถูกปฏิเสธ ยอดค้างชำระจะถูกโอนกลับไปยังผู้ค้าประกัน และจัดการเรียกเก็บเงินต่อไป
- DH ขอสงวนสิทธิ์ในการขึ้นคำร้องในกรณีความรับผิดชอบเพื่อประโยชน์ของโรงพยาบาล

V. ข้อมูลอ้างอิง - N/A

เจ้าของผู้รับผิดชอบ:	แผนก Revenue Management	ผู้ติดต่อ:	Kimberly Mender
อนุมัติโดย:	สำนักงานสนับสนุนนโยบาย (OPS); Mender, Kimberly; Muhlen, John	เวอร์ชัน #	13
วันที่อนุมัติปัจจุบัน:	01/05/2025	รหัสเอกสารเดิม:	
วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:	01/05/2025		
นโยบายและระเบียบขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง:	กระบวนการจ่ายเงินงบประมาณและแผนการคืนสิทธิ์: แผนก Revenue Management นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการทางการแพทย์		
ตัวช่วยงานที่เกี่ยวข้อง:			