



Pravilnik o kreditiranju pacijenata i naplati potraživanja	RC-002
Ciklus naplate za Penn State Health	Datum stupanja na snagu: listopad 2023. godine

PODRUČJE PRIMJENE I SVRHA Dokument se odnosi na osobe i procese sljedećih sastavnica organizacije Penn State Health:

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input checked="" type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – Akademaska divizija medicinske prakse (Academic Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – Medicinska praksa u zajednici (Community Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input checked="" type="checkbox"/>	Hampden Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute – na snazi od prosinca 2023.
<input checked="" type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center		

INFORMACIJE O PRAVILNIKU

Pružiti jasne i dosljedne upute za postupke izdavanja računa, naplate potraživanja i prisilne naplate koje potiču usklađenost s pravilima, zadovoljstvo pacijenata i učinkovitost. Odjel za upravljanje ciklusom naplate (Revenue Cycle Department) organizacije Penn State Health (PSH) izdavanjem računa, pisanom korespondencijom i telefonskim pozivima ulaže napore kako bi pacijenta/jamca informirao o njegovim financijskim obvezama i raspoloživim mogućnostima financijske pomoći te prati neplaćene račune pacijenta/jamca, osiguravajući transparentnost tijekom trajanja financijske obveze. Ovaj Pravilnik usklađen je sa zahtjevima navedenima u odjeljku 501.(r) Poreznog zakona (Internal Revenue Code) i Zakona o zaštiti od iznenadne naplate („*No Surprises Act*”) u okviru Konsolidiranog zakona o odobrenim sredstvima iz 2021. (*Consolidated Appropriations Act, 2021*).

Primjenjuje se na osoblje za registraciju i fakturiranje te financijske savjetnike

DEFINICIJE

Definicija za Iznos koji se obično naplaćuje (Accounts Generally Billed, AGB):ION ili ograničenje bruto iznosa izračunava PSH koristeći se metodologijom pogleda unatrag u skladu s konačnim pravilom Porezne uprave (*Internal Revenue Service, IRS*) 501R. PSH će s pomoću te metodologije izračunati prosječnu isplatu za sva potraživanja koja isplate privatni osiguravatelji i program Medicare. Pojedincima koji ispunjavaju uvjete neće se naplatiti više od iznosa koji se obično naplaćuje samo za hitnu ili medicinski neophodnu skrb. PSH će dati besplatan pisani primjerak izračuna trenutačne vrijednosti za AGB pacijentima koji ga zatraže. To ne treba miješati s dobrotvornim popustom (financijska pomoć) u iznosu od 100 % kada je osobi odobreno sudjelovanje u Programu financijske pomoći (*Financial Assistance Program, FAP*).

Agencije za naplatu: za naplatu spornih potraživanja angažiraju se vanjske agencije za naplatu. Kad račun ima status spornog potraživanja, to znači da primarne ili sekundarne agencije za naplatu potraživanja nisu uspjele potraživanja naplatiti tijekom devet mjeseci.

Razlikovna naplata – Izenadni računi: u skladu sa saveznim zakonom pod nazivom No Surprises Act, Penn State Health dužan je zaštititi pacijente od iznenadnih računa koje bi pacijenti primili da ustanova ili pružatelj usluge organizacije Penn State Health koji im pružaju skrb nisu obuhvaćeni njihovim zdravstvenim osiguranjem. „Razlikovna naplata” znači da pružatelj usluge ili ustanova koji nisu obuhvaćeni zdravstvenim osiguranjem pacijentima naplate razliku između iznosa koji je pokriven osiguranjem i punog iznosa koji pružatelj usluge ili ustanova naplaćuju za svoju uslugu. Neočekivani razlikovni računi nazivaju se „izenadni računi”. Zakon o zaštiti od iznenadne naplate štiti pacijente od većih računa kad prime hitnu medicinsku pomoć od pružatelja usluge ili ustanove koji nisu obuhvaćeni njihovim osiguranjem ili kad pružatelj usluge koji nije obuhvaćen osiguranjem liječi pacijenta u bolnici koja je obuhvaćena osiguranjem. Ako ustanova ili pružatelj usluge organizacije Penn State Health nisu obuhvaćeni zdravstvenim osiguranjem pacijenta, Penn State Health neće naplatiti razliku za pokriveno hitne usluge ili usluge pružene nakon stabilizacije zdravstvenog stanja pacijenta.

Obračun/račun: račun za pružene usluge. Može se raditi o sažetku pružene usluge ili računu s detaljnom specifikacijom na kojem je iskazano sve za što se pacijent tereti.

Datum usluge (Date of Service, DOS):

- DOS za bolničke usluge – datum otpuštanja pacijenta iz bolnice.
- DOS za izvanbolničke/ambulantne usluge – datum obavljanja zahvata ili pružanja medicinske skrbi.

Usluge dijagnostike: usluge ili postupci koji se primjenjuju radi utvrđivanja uzroka bolesti ili poremećaja. Dijagnostička medicinska skrb obuhvaća liječenje ili dijagnosticiranje problema kod pacijenta tako da se prati postojeći problem, provjeravaju novi simptomi ili kontroliraju abnormalni nalazi. Usluge dijagnostike pružateljima zdravstvene skrbi omogućuju da utvrde ozbiljnost ili uzrok bolesti u pacijenata.

Elektivni zahvati ili usluge: usluge ili zahvati koji nisu medicinski neophodni, što utvrđuje medicinsko osoblje organizacije PSH.

Hitno medicinsko stanje – medicinsko stanje koje se očituje u obliku dovoljno ozbiljnih akutnih simptoma (uključujući jaku bol) zbog kojih bi razumna nestručna osoba s prosječnim znanjem o zdravlju i medicini mogla s razlogom smatrati da bi nepružanje hitne medicinske pomoći moglo ozbiljno ugroziti zdravlje osobe (ili u slučaju trudnice, zdravlje žene ili nerođenog djeteta), dovesti do teškog oštećenja tjelesnih funkcija ili ozbiljne disfunkcije bilo kojeg organa ili dijela tijela.

Hitna skrb: skrb koja se pruža pacijentu kod kojeg postoji hitno medicinsko stanje, koje se može dodatno definirati na sljedeći način:

- Medicinsko stanje koje se očituje u obliku dovoljno teških akutnih simptoma (npr. jaka bol, psihički poremećaji i/ili znakovi zlouporabe droga itd.), koji bi u slučaju nepružanja hitne medicinske pomoći vjerojatno doveli do jedne od sljedećih posljedica:
 - ozbiljne ugroženosti zdravlja pacijenta (ili u slučaju trudnice, zdravlja žene ili nerođenog djeteta) ili
 - teškog oštećenja tjelesnih funkcija ili
 - teške disfunkcije dijela tijela ili organa

- u slučaju trudnice koja ima trudove, kad nema dovoljno vremena da se trudnica prije poroda sigurno preveze u drugu bolnicu ili bi prijevoz mogao ugroziti zdravlje ili sigurnost žene ili nerođenog djeteta.

Jamac: osoba koja je odgovorna za podmirenje pacijentova računa. U slučaju punoljetne osobe ili maloljetnika koji se emancipirao, pacijent je obično ujedno i jamac. Djeca mlađa od 18 godina obično neće biti navedena kao jamci. Sve usluge pružene maloljetnoj osobi naplaćuju se roditeljima s pravom skrbništva ili zakonskom skrbniku, osim ako se maloljetnik emancipirao.

Medicinski neophodno: označava zdravstvene usluge koje pružatelj, prema objektivnoj kliničkoj procjeni, pruža pacijentu sa svrhom sprječavanja, procjene, dijagnosticiranja ili liječenja bolesti, ozljede, oboljenja ili njegovih simptoma, a za koje vrijedi sljedeće:

- U skladu su s općeprihvaćenim standardima medicinske prakse.
 - Za potrebe ovog Pravilnika „općeprihvaćeni standardi medicinske prakse” označavaju standarde koji se temelje na vjerodostojnim znanstvenim dokazima objavljenima u recenziranoj medicinskoj literaturi koja se općenito priznaje u relevantnoj medicinskoj zajednici ili su na drugi način usklađeni sa standardima navedenima u izdanjima pravilnika koja uključuju kliničke prosudbe.
- Klinički su prikladne u smislu vrste, učestalosti, opsega, lokacije i trajanja i smatraju se djelotvornima kod bolesti, ozljede ili oboljenja pacijenta.
- Nisu primarno za udobnost pacijenta, liječnika ili drugog pružatelja zdravstvenih usluga i nisu skuplje od alternativne usluge ili niza usluga koji će barem jednako vjerojatno dati ekvivalentne dijagnostičke ili terapijske rezultate kad je riječ o dijagnosticiranju ili liječenju bolesti, ozljede ili oboljenja pacijenta.
- Usluge, stavke i postupci koji se smatraju istraživačkima ili eksperimentalnima rješavat će se slučaj po slučaj.

Usluge ili postupci koji nisu pokriveni ili su eksperimentalni: usluge ili postupci koji uključuju sljedeće:

- Eksperimentalni/istraživački postupci ili usluge – medicinske usluge, postupci ili lijekovi koji nisu odobreni za opću upotrebu, ali se upotrebljavaju u okviru kliničkih ispitivanja u kojima se ispituje njihova sigurnost i djelotvornost. Eksperimentalne ili istraživačke usluge, postupci ili lijekovi namijenjeni su za upotrebu pri dijagnosticiranju bolesti ili drugih stanja ili pri liječenju, ublažavanju, tretiranju ili sprječavanju bolesti.
 - Budući da se protokoli liječenja razvijaju za eksperimentalne i istraživačke usluge, Odjel za upravljanje ciklusom naplate organizacije PSH surađivat će s osiguravateljima kako bi im objasnio njihovu medicinsku nužnost.
- Nepokrivene usluge ili postupci – medicinske usluge ili postupci koji nisu pokriveni pacijentovim osiguranjem.

Obveza pacijenta: svi dospjeli iznosi za čije je podmirenje odgovoran pacijent ili njegov jamac (ne treća strana).

- Odgađanje skrbi – pacijentima koji više puta nisu uložili razumne napore za utvrđivanje odgovornosti za pruženu skrb PSH može odgoditi usluge ili postupke koji nisu hitni. To ne uključuje skrb koja se pruža u skladu s policom Zakon o hitnom liječenju i radu (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

Usluge primarne ili specijalističke skrbi: postupci ili usluge pružene pacijentima koji u bolnicu dođu zbog stanja koje nije hitno i ne zahtijeva neodgodivu medicinsku skrb ili traže dodatnu skrb

nakon stabilizacije stanja ili hitnog medicinskog stanja. Dogovorene primarne ili specijalističke usluge obuhvaćaju usluge primarne skrbi ili medicinske postupke zakazane unaprijed.

Hitna skrb: skrb koja se pruža pacijentu s medicinskim stanjem koje ne ugrožava život/tijelo ili vjerojatno neće uzrokovati trajna oštećenja, ali zahtijeva brzu pomoć i liječenje te se u skladu s definicijom Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) mora pružiti unutar 12 sati iz sljedećih razloga:

- kako se zdravlje pacijenta ne bi ozbiljno ugrozilo ili kako bi se izbjegla teška oštećenja ili disfunkcija ili
- kako se ne bi razvila bolest ili ozljeda koja zahtijeva neodgodive usluge, kako su definirane u ovom dokumentu.

INFORMACIJE O PRAVILNIKU I POSTUPKU

PSH će od svih pacijenata zahtijevati da plate račun, neovisno o njihovoj rasi, prvom jeziku, spolu, dobi, vjeroispovijesti, stupnju obrazovanja, statusu zaposlenosti, studentskom/učničkom statusu, raspoloživosti, odnosu, pokriću osiguranja, položaju u zajednici ili bilo kojim drugim čimbenicima diskriminacije.

Svaki pacijent/jamac imaće razuman rok i informacije o svojim financijskim obvezama. PSH će u situacijama koje nisu hitne nastojati obavijestiti pacijente/jamce o njihovim financijskim obvezama prije nego što im pruži usluge. PSH može odgoditi ili otkazati skrb koja nije hitna (kako odluči medicinsko osoblje organizacije PSH) bilo kojem pacijentu koji ne može ili ne želi proći financijsku provjeru prije elektivne usluge. Pacijenti će imati priliku podnijeti zahtjev za financijsku pomoć u skladu s **Pravilnicima o financijskoj pomoći – PFS-051/PFS-053**.

Prolazak financijske provjere podrazumijeva suradnju i sudjelovanje u svim procesima koji su potrebni kako bi se osigurao financijski kontinuitet bez iznimke, a među ostalim uključuju:

- dostavljanje dokaza o osiguranju
- davanje točnih demografskih podataka
- plaćanje svih primjenjivih troškova koji se plaćaju na licu mjesta (tj. participacija, suosiguranje, iznosi koji se odbijaju i nepokriveni troškovi).
- suradnju s financijskim savjetnicima organizacije PSH radi ostvarivanja prava na pogodnosti ili financijsku pomoć treće strane.
- podmirivanje neplaćenih iznosa za prethodne zdravstvene usluge koje je PSH pružio.

Ako pojedinac organizaciji PSH ne dostavi informacije potrebne za financijsku provjeru, njegov će dosje biti prosljeđen vanjskoj agenciji za naplatu potraživanja radi daljnjeg postupanja.

Naplata potraživanja od osiguravatelja:

Zdravstveno osiguranje pacijenta predstavlja ugovor između pacijenta, osiguravatelja i/ili pacijentova poslodavca. Organizacija Penn State Health nije strana u tom ugovoru. PSH će djelovati u skladu sa Zakonom o zaštiti od iznenadne naplate, No Surprises act, kad je to primjenjivo.

Pacijenti su odgovorni za sljedeće:

- Moraju znati je li im za posjet liječniku potrebna uputnica.

- Moraju s osiguravateljem provjeriti pokriva li im polica zdravstvenog osiguranja propisane pretrage.
- Moraju s osiguravateljem provjeriti usluge obuhvaćene policom te plaćaju li participaciju ili iznose koji se odbijaju.
- Moraju primiti i/ili potpisati obavijest o naplati i obrazac za privolu u okviru Zakona o zaštiti od iznenadne naplate – No surprises act.
- Moraju na zakazani termin doći s potrebnom dokumentacijom.
- Moraju surađivati s našim uredom za poslovanje u slučaju žalbe na odluke kojima im se uskraćuje pokriće u okviru police osiguranja.

Nakon pružanja zdravstvene skrbi uložiti ćemo sve razumne napore kako bismo pacijentov zahtjev za naknadom troškova pravodobno dostavili njegovom osiguravatelju ili trećem platitelju (na temelju informacija koje dostavi ili potvrdi pacijent/jamac ili informacija koje su na odgovarajući način provjerene u drugim izvorima).

- Ako platitelj zbog greške organizacije PSH odbije (ili ne obradi) valjani zahtjev za naknadom troškova, organizacija PSH neće pacijenta teretiti za iznos koji je viši od iznosa koji bi pacijent dugovao da je platitelj platio potraživanje.
- Ako platitelj zbog okolnosti na koje organizacija PSH ne može utjecati odbije (ili ne obradi) valjani zahtjev za naknadom troškova, osoblje će kontaktirati platitelja i pacijenta kako bi se pitanje podmirenja potraživanja razriješilo.
- Ako se problem ne riješi nakon što PSH uloži razumne napore, PSH može teretiti pacijenta ili poduzeti druge radnje u okviru ugovora o plaćanju.
- Ako se pacijentov liječnik (i) ne slaže s odbijanjem platitelja da pokrije usluge zbog nedostatka medicinske potrebe, (ii) dokumentira razloge zbog kojih su usluge medicinski potrebne u kartonu pacijenta, i (iii) iscrpio je administrativne napore za predautorizaciju (ako je primjenjivo) kod platitelja, PSH pacijentu može ponuditi popust za samoplaćanje jednak popustu u skladu s AGB-om za usluge ili postupke koji nisu pokriveni.

Naplata potraživanja od pacijenta:

Svi iznosi preostali nakon rješavanja potraživanja od osiguranja naplatit će se pacijentu (ili jamcu) na temelju specifikacije plaćenih troškova.

Ako ne postoji treća strana ili osiguravatelj, za troškove se izravno tereti pacijent. Ti će se pacijenti smatrati pacijentima koji sami plaćaju. Neosiguranim pojedincima koji ispunjavaju uvjete prema FAP-u i pojedincima koji ne ispunjavaju uvjete prema FAP-u PSH neće naplatiti više od iznosa koji se inače naplaćuje (AGB) za hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb.

Pacijenti koji sami plaćaju bit će obaviješteni o Pravilniku o financijskoj pomoći organizacije PSH. Pogledajte **Pravilnike o financijskoj pomoći – PFS-051/PFS-053**.

- Organizacija PSH očekuje da će svi jamci/pacijenti poduzeti sve razumne napore i dobro vjeri da plate usluge koje im je pružila organizacija PSH.
- Osim toga, jamac/pacijent ima dužnost organizaciji PSH dostaviti potpune i točne demografske podatke. Ako to ne učini, organizacija može pokrenuti izvanredne mjere naplate – ECA - IMN.

U nastavku se nalaze upute o tome što se od pacijenata očekuje.

Financijske obveze pacijenata u pogledu dogovorenih zdravstvenih usluga:

- Ako se tijekom dogovaranja termina ili registracije utvrdi da pacijent nema zdravstveno osiguranje ili da ima ograničeno pokrivenje, slučaj se upućuje financijskom savjetniku.
 - Financijski savjetnici svim će pacijentima na zahtjev dostaviti procjenu troška.
 - Ako pacijent navede da ne može podmiriti procijenjene troškove, financijski savjetnici mogu provjeriti financijsku sposobnost pacijenta/jamca kako bi utvrdili ispunjava li osoba uvjete za financijsku pomoć ili financiranje u okviru vladinih programa.
 - Pojedince za koje se utvrdi da ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć ili financiranje u okviru vladinih programa obavijestit ćemo o načinima podnošenja zahtjeva.
 - Osoba organizaciji PSH mora dostaviti potrebne financijske podatke koji se traže u zahtjevu.
 - Svi pacijenti koji podnose zahtjev za financijsku pomoć organizacije PSH morat će dostaviti sve potrebne podatke na temelju kojih se može utvrditi njihova nesposobnost za plaćanje.
 - U slučaju pacijenata koji ne surađuju ili organizaciji PSH ne dostave potrebne informacije na temelju kojih se može utvrditi njihova nesposobnost za plaćanje ili potreba za financijskom pomoći možemo odgoditi ili otkazati usluge koje nisu medicinski neophodne.
 - Medicinsku neophodnost usluga utvrđuju PSH-ovi pružatelji usluga i medicinsko osoblje. Definiciju medicinski neophodnih usluga potražite u odjeljku s definicijama.
 - Financijski savjetnici kontaktirat će pružatelje usluga i zatražiti od njih dodatne informacije koje se odnose na zdravstveno stanje pacijenta i nužnost medicinske skrbi. Odgodit će se ili otkazati samo one usluge za koje se smatra da nisu medicinski neophodne, a o tome odlučuje medicinsko osoblje organizacije PSH, pogledajte [Postupak financijskog rizika](#).
 - PSH će nastaviti pružati medicinski neophodne usluge dok financijski savjetnici proaktivno u suradnji s pacijentom ne dogovore način podmirenja financijskih obveza.
 - Ako osoba ne ispunjava uvjete za financijsku pomoć ili vladin program pomoći, postoji mogućnost mjesečne otplate.
 - Ako osoba ne dostavi potrebne informacije ili ne dogovori plan mjesečne otplate, slučaj se može proslijediti vanjskoj agenciji za naplatu potraživanja radi daljnjeg postupanja.
 - Pacijenti s inozemnom adresom – politika je organizacije Penn State Health da se svim pacijentima koji imaju inozemno osiguranje, a primljeni su zbog neakutnog stanja, odmah naplate troškovi. Osoblje koje obrađuje pacijente u ustanovama za akutnu skrb mora prikupiti sve informacije koje su relevantne kako bi se pacijentu mogle naplatiti sve pružene usluge.

Nakon pružanja usluga jamcu se izdaje račun za preostale iznose i iznose koje sam plaća. U nastavku se nalaze upute za postupak izdavanja računa.

Računi

- Pacijentu/jamcu šalje se račun za usluge koje je pružila bolnica i/ili liječnik uzastopno tijekom najmanje četiri ciklusa naplate od 30 dana.
- Svi pacijenti/jamci mogu za svoju evidenciju u bilo kojem trenutku zatražiti račun s detaljnom specifikacijom.

- Ako pacijent želi osporiti svoj račun i zatraži povezanu dokumentaciju, osoblje će pravodobno odgovoriti pacijentu/jamcu i pričekati najmanje 30 dana prije nego slučaj uputi na naplatu.
- Djelatnici zaduženi za ciklus naplate ili suradnici mogu unutar roka za podmirenje računa pokušati stupiti u kontakt s pacijentom/jamcem (telefonski, poštom, slanjem podsjetnika za plaćanje ili e-poštom) kako bi ishodili podmirenje računa ili ga podsjetili na mogućnost korištenja financijske pomoći. Aktivnosti naplate bilježe se u pacijentovu dosjeu u sustavu naplate. Poduzet će se svi razumni naponi kako bi se kontaktiralo jamca/pacijenta i obavijestilo ga o još nepodmirenim iznosima.
- Posljednji račun sadržava informaciju o tome da se račun može proslijediti vanjskoj agenciji za naplatu potraživanja ako ne bude podmiren u roku od 30 dana od obavijesti.
- Računi pacijenata ili jamaca koji prema procjeni organizacije PSH aktivno surađuju s odjelom/zaposlenicima Financijske službe za pacijente u pogledu financijske pomoći neće se prosljeđivati agenciji za naplatu potraživanja.
- Pacijenti/jamci i dalje će primati račune tijekom aktivne suradnje s odjelom/zaposlenicima Financijske službe za pacijente i postupka podnošenja zahtjeva za financijsku pomoć.
- Organizacija PSH primjenjuje zahtjeve fakturiranja i naplate kako su definirani u odjeljku 501.(r).
- PSH poštuje zahtjeve Zakona o zaštiti od iznenadne naplate – No surprises act.

Pacijent/jamac ima obvezu djelovati u dobroj vjeri i uložiti razumne napore kako bi platio usluge koje mu je pružila organizacija PSH. Pacijenti koji ne žele podnijeti zahtjev za vladinu pomoć, ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć ili imaju veće prihode od propisanih, a potrebna im je pomoć u plaćanju, mogu zatražiti dogovaranje plana otplate. U nastavku su navedene upute za utvrđivanje plana otplate.

Planovi otplate

- Ako pacijent/jamac ne može svoj račun platiti odjedanput ili ako ne ispunjava uvjete za financijsku pomoć, organizacija PSH nudi mogućnost dogovaranja plana otplate.
- Plan otplate temelji se na dospelom nepodmirenom iznosu i potrebno ga je podmiriti u razumnom vremensku roku koji utvrđuje rukovodstvo organizacije PSH (6 – 24 mjeseca); pogledajte [Smjernice za plan otplate](#).
- Ako pojedinac nije s organizacijom PSH službeno dogovorio plan otplate, njegov slučaj može biti prosljeđen vanjskoj agenciji za naplatu potraživanja radi daljnjeg postupanja.
- Od pojedinaca se očekuje da uplate vrše svaki mjesec na vrijeme.
- Račun se smatra neplaćenim ako pacijent/jamac dogovorenu mjesečnu ratu ne plati unutar 30 dana od datuma računa. Neplaćeni računi mogu se proslijediti vanjskoj agenciji za naplatu potraživanja radi daljnjeg postupanja.

Ako pacijent/jamac očekuje da će propustiti plaćanje ili su se promijenili prihodi kućanstva, pojedinac može zatražiti financijsku pomoć; pogledajte **Pravilnike o financijskoj pomoći – PFS-051/PFS-053**.

- Ako pacijent ili jamac ne ulažu razumne napore kako bi platili nepodmireni račun, PSH može poduzeti daljnje radnje za naplatu potraživanja. Razumni naponi među ostalim uključuju pružanje informacija potrebnih za dovršenje postupka dodjele financijske pomoći ili plana otplate kako je prethodno opisano. U nastavku se nalaze smjernice za postupak poduzimanja izvanrednih mjera naplate.

Izvanredne mjere naplate

- **Vanjske agencije za naplatu** – Odjel za upravljanje ciklusom naplate organizacije PSH ne prosljeđuje račune na vanjsku naplatu niti poduzima izvanredne mjere naplate ako prethodno nije uložio razumne napore za utvrđivanje činjenice zadovoljava li pacijent uvjete za financijsku pomoć.
 - Pravilo 120/240 dana – razdoblje od 120 dana tijekom kojega je bolnička ustanova obvezna obavijestiti pojedinca o FAP-u i razdoblje od 240 dana tijekom kojega je bolnička ustanova obvezna obraditi zahtjev pojedinca. PSH će slati opomene tijekom razdoblja koje završava najranije 120 dana od datuma prvog računa. Zdravstvena ustanova ne smije pokrenuti izvanredne mjere naplate u slučaju pojedinaca za koje nije utvrđeno ispunjavaju li uvjete za FAP prije isteka 120 dana od prvog računa nakon otpusta iz bolnice.
 - Računi će biti prilagođeni nakon predaje agenciji za naplatu.
 - PSH će obustaviti izvanredne mjere naplate čim pacijent preda zahtjev za FAP-om, neovisno o tome je li zahtjev potpun ili ne.
 - Račune za koje s pacijentom/jamcem nije dogovoren plan otplate agencija za naplatu vratit će organizaciji PSH najkasnije 730 dana (dvije godine) od njihova zaprimanja.
 - Organizacija PSH primjenjuje zahtjeve fakturiranja i naplate kako su definirani u odjeljku 501.(r).
- **Izveštavanje o kreditnom rejtingu** – vanjske agencije za naplatu mogu dostaviti račune vanjskim agencijama za kreditni rejting potrošača. PSH i vanjske agencije za naplatu postupat će u skladu sa Zakonom o pravednoj naplati duga (*Fair Debt Collection Act*), Zakonom Savezne trgovinske komisije o zaštiti potrošača u telekomunikacijama (*Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act*) i s odjeljkom 501.(r) Poreznog zakona tijekom svih aktivnosti naplate.
- **Pogrešna adresa jamca (Bad Guarantor Address, BGA)** – PSH će uložiti razumne napore kako bi na odgovarajući način postupio u slučaju računa koje je pošta Sjedinjenih Američkih Država (*United States Postal Service, USPS*) vratila jer ih nije uspjela isporučiti. Računi u kojima najnoviji demografski podaci nose oznaku BGA mogu se prosljediti vanjskoj agenciji za naplatu kao sporno potraživanje radi dodatnog praćenja tijekom najmanje 120 dana prije dodjeljivanja slučaja radi naplate. No ti računi neće podlijezati izvanrednim mjerama naplate dok se ne ispune zahtjevi za obavještavanje. Ovaj bi pravilnik trebao biti u skladu s odjeljkom 501.(r) Poreznog zakona.
- **Dodjeljivanje odvjetniku** – U nekim će slučajevima na temelju praga dospelog iznosa i mogućnosti podmirenja i/ili obrasca neplaćanja jamca ili treće strane organizacija PSH morati poduzeti pravne mjere za naplatu pacijentova duga.
 - Računi za koje je utvrđeno da podliježu pravnim mjerama moraju se odvojiti od spornih potraživanja koja su predana agenciji za naplatu.
 - Organizacija PSH poslat će pisanu obavijest svim pacijentima za koje se preporučuju pravne mjere.
 - Svi računi za koje se preporučuje pravni postupak bit će razmotreni i ocijenjeni u roku od 30 dana. Tijekom razdoblja procjene račun će imati aktivni status potraživanja (Accounts receivable, A/R). Nakon što se račun odobri za pravno zastupništvo, bit će klasificiran kao sporno potraživanje.
 - U slučaju dobivanja sudske odluke/obavijesti o pravu zapljene računi će biti poravnani na odgovarajući način kako je navedeno u obavijesti te će račun biti dokumentiran, a obavijest arhivirana.

- PSH će obustaviti izvanredne mjere naplate čim pacijent preda zahtjev za FAP-om, neovisno o tome je li zahtjev potpun ili ne.
- Organizacija PSH primjenjuje zahtjeve fakturiranja i naplate kako su definirani u odjeljku 501.(r).
- **Raskid odnosa liječnika i pacijenta** – PSH može raskinuti odnos pacijenta i liječnika ako pacijent ne podmiruje troškove skrbi. **Pacijenti se neće odbiti u slučaju da im je potrebna medicinski neophodna ili hitna skrb.** Medicinski direktor, rukovoditelj i liječnik moraju zajedno donijeti odluku o prekidu skrbi za pacijenta i o razini prekida.
 - Neredovitost u plaćanju skrbi među ostalim uključuje:
 - Neplaćanje ili u velikoj mjeri nepotpuno plaćanje računa, unatoč postojanju mogućnosti za podmirenje računa. Treba uložiti napore da se pacijentima pomogne u dobivanju financijske pomoći ili, ako je moguće, u izradi razumnih planova otplate; pogledajte **Pravilnike o financijskoj pomoći – PFS-051/PFS-053.**
 - Odbijanje suradnje s osobljem Odjela za upravljanje ciklusom naplate u pogledu sudjelovanja u programima plaćanja trećih strana radi dobivanja financijske pomoći.
- **Izješće o troškovima za naplativa sporna potraživanja u okviru programa Medicare** – postupanje će biti u skladu sa smjernicama i propisima navedenima u Regulatornim zahtjevima CMS u pogledu spornih potraživanja u okviru programa Medicare.

POVEZANI PRAVILNICI I UPUĆIVANJA

Ovaj bi pravilnik organizacije PSH trebao biti u skladu sa smjernicama i propisima navedenima u Zakonu o zaštiti od iznenadne naplate No Surprises Act, Saveznom registru u odjeljku 501.(r) i u Regulatornim zahtjevima CMS-a u pogledu spornih potraživanja u okviru programa Medicare.

Pravilnici o financijskoj pomoći – PFS-051/PFS-053

Pravilnik o otkazivanju skrbi za pacijenta (135-MGM)
Postupak financijskog rizika

Smjernice za plan otplate

ODOBRENJA

Ovlaštena osoba:	Paula Tinch, viša potpredsjednica i glavna financijska direktorica
Odobrio:	Nicholas Haas, potpredsjednik za prihode i rashode

DATUM IZRADE I REVIZIJE

Datum izrade: 1. 1. 2008.

Datum(i) revizije: 5. 1. 2008., 1. 1. 2009., 1. 7. 2009., 2./2010., 5./2017., 11./2021., 10./2022., 4./2023., 10./2023.

Revidirano: 5. 1. 2008., 10. 6. 2011. i 1. 7. 2016. (zamjenjuje: Proces naplate iznosa za koje je odgovoran pacijent, 10. 2006.); 15. 4. 2021., 11. 2021., 10. 2022., 4. 2023., 10. 2023.

2017. – Prijelaz na kombinirani pravilnik organizacije Penn State Health – u Pravilnik organizacije Penn State Health uključeni su sljedeći pravilnici organizacije St. Joseph:

- ADM-CRP-64 – Kreditiranje pacijenata i naplata potraživanja
 - 1-10 – Naplata potraživanja
 - Upravljanje #16 – Naplata potraživanja
- 1-3 – Naplata spornih potraživanja prema pacijentima
- 1-4 Sporna potraživanja / pacijenti koji sami podmiruju račune
- 2-8 Upućivanje računa na pravno postupanje
- 3-2 Sudska odluka / pravo zapljene
- St. Joseph profesionalni – Pravilnik o spornim potraživanjima
- St. Joseph profesionalni – Upravljanje pacijentima s inozemnim adresama
- St. Joseph profesionalni – Financijski sporazum za operacije i postupke
- Central Penn Management Group (CPMG) – Naplata potraživanja od pacijenata koji sami podmiruju račune

REVIZORI SADRŽAJA I SURADNICI

Viši direktori bolničkih poslova i poslova ciklusa naplate; Voditelj za pristup pacijenata financijskom savjetovanju