



Pravilnik o kreditiranju pacijenata i naplati potraživanja	RC-002
Ciklus naplate (Revenue Cycle) za Penn State Health	Datum stupanja na snagu: studeni 2023.

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

☒	Penn State Health zajedničke usluge	☐	Penn State College of Medicine
☒	Milton S. Hershey Medical Center	☒	Medicinska grupa – Odjel za akademsku praksu (Academic Practice Division)
☒	St. Joseph Medical Center	☒	Medicinska grupa – Odjel za praksu u zajednici (Community Practice Division)
☒	Holy Spirit Medical Center	☒	Penn State Health Life Lion, LLC
☒	Hampden Medical Center	☒	Pennsylvania Psychiatric Institute – vrijedi od 12/23
☒	Lancaster Medical Center		

INFORMACIJE O PRAVILNIKU

Pružiti jasne i dosljedne upute za postupke izdavanja računa, naplate potraživanja i prisilnu naplatu koje potiču usklađenost s pravilima, zadovoljstvo pacijenata i učinkovitost. Odjel upravljanja ciklusom naplate organizacije Penn State Health (PSH) izdavanjem računa, pisanom korespondencijom i telefonskim pozivima ulaže napore kako bi pacijenta/jamca informirao o njegovim/njezinim 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 dijelu 501(r) Poreznog zakona i Zakona o zaštiti od iznenadne naplate (No Surprises Act) u okviru Zakona o dodatnim konsolidiranim odobrenim sredstvima iz 2021. (Consolidated Appropriations Act, 2021).

Odnosi se na osoblje za registraciju i fakturiranje te financijske savjetnike

DEFINICIJE

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

Datum usluge (Date of Service, DOS):

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

Definicija za Iznos koji se obično naplaćuje (Amount Generally Billed, AGB): AGB ili ograničenje bruto iznosa izračunava PSH koristeći se metodologijom pogleda unatrag u skladu s konačnim pravilom Ured 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 i medicinski neophodnu skrb. PSH će dati besplatan pisani primjerak izračuna trenutne vrijednosti za AGB pacijentima koji ga zatraže.

To ne treba miješati s dobrotvornim popustom (financijska pomoć) u iznosu od 100 % kada je osobi odobren Program financijske pomoći (Financial Assistance Program, FAP).

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

Hitna skrb: skrb koja se pruža pacijentu s medicinskim stanjem koje ne ugrožava život/udove 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.

Hitna skrb (Pomoć u životnoj opasnosti): 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 poremećaj i/ili znakovi zlouporabe droga itd.), koji bi u slučaju nepružanja hitne medicinske pomoći vjerojatno doveli do sljedećeg:
 - dovođenje zdravlja pacijentice (ili, u slučaju trudnice, zdravlja žene ili njezinog nerođenog djeteta) u ozbiljnu opasnost, 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 i sigurnost žene ili njezina nerođenog djeteta.

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

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 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, dijagnoze ili liječenja bolesti, ozljede, oboljenja ili njegovih simptoma, a koje su

- U skladu 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 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 dati ekvivalentne dijagnostičke ili terapijske rezultate kad je riječ o dijagnozi ili liječenju bolesti, ozljede ili oboljenja pacijenta.
- Usluge, stavke i postupci koji se smatraju istraživačkim ili eksperimentalnim rješavat će se slučaj po slučaj.

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.

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 prema Zakonu o radu i hitnoj medicinskoj skrbi (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

Razlikovna naplata – Iznenadni računi: u skladu sa saveznim Zakonom o zaštiti od iznenadne naplate, Penn State Health dužan je zaštititi pacijente od iznenadnih računa koje bi pacijenti primili ako ustanova ili pružatelj usluge organizacije Penn State Health 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 „iznenadni 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 pokrivene hitne usluge ili usluge pružene nakon stabilizacije zdravstvenog stanja pacijenta.

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 pacijenta.

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 u dijagnozi bolesti ili drugih stanja ili za liječenje, ublažavanje, tretiranje ili sprječavanje bolesti.
 - Budući da se protokoli liječenja razvijaju za eksperimentalne i istraživačke usluge, Odjel upravljanja ciklusom naplate organizacije PSH surađivat će s osiguravateljima kako bi im objasnio njihovu medicinsku nužnost.

- Nepokrivene usluge ili postupci – Medicinske usluge ili zahvati koji nisu pokriveni pacijentovim osiguranjem.

Usluge primarne skrbi ili specijalističke usluge – 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.

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/učeničkom 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 uključuje:

- Dostavljanje dokaza o osiguranju.
- Davanje točnih demografskih podataka.
- Plaćanje svih 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 preostalih od prethodnih usluga 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 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.
- 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 svaki razuman napor 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 će 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) je iscrpio administrativne pokušaje za preautorizaciju (ako je primjenjivo) kod platitelja, PSH može ponuditi popust za samoplaćanje jednak AGB popustu na pacijenta za usluge ili postupke koji nisu pokriveni.

Naplata potraživanja od pacijenta:

Svi iznosi preostali nakon rješavanja potraživanja od osiguranja naplatiti 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 pokušaje u dobroj 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.

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 pokriće, 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 liječničko 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 radi daljnje naplate potraživanja.
- Pacijenti s inozemnom adresom – politika je organizacije Penn State Health da se svim pacijentima koji imaju inozemno osiguranje, a primljeni su radi 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 pokušaji 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 ga pacijent ne podmiri u roku od 30 dana od obavijesti.
- Računi pacijenata ili jamaca koji prema procjeni organizacije PSH Financijke usluge za pacijente (Patient Financial Services) aktivno surađuju s odjelom/zaposlenicima financijske službe 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 i postupka podnošenja zahtjeva za financijsku pomoć.
- Organizacija PSH primjenjuje zahtjeve fakturiranja i naplate kako su definirani u pravilu 501(r).
- PSH poštuje zahtjeve Zakona o zaštiti od iznenadne naplate.

Pacijent/jamac ima obvezu djelovati u dobroj vjeri i uložiti razumne napore kako bi platio za 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 dospjelom nepodmirenom iznosu i potrebno ga je podmiriti u razumnom vremensku roku koji utvrđuje rukovodstvo organizacije PSH (6 – 24 mjeseca); vidjeti 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; vidjeti **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 upravljanja 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 (extraordinary collection actions, ECA) 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 ECA-e 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 pravilu 501(r).
- **Izvištavanje 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 dijelom 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 Post Office, USPS) vratila jer ih nije uspjela isporučiti. Računi čije najnovije demografske informacije nose oznaku BGA mogu se proslijediti vanjskoj agenciji za naplatu kao nenaplativo potraživanje radi dodatnog praćenja od najmanje 120 dana prije dodjeljivanja slučaja radi naplate. No ti računi neće podlijezati izvanrednim mjerama naplate dok se ne ispune zahtjevi za obavještanje. Ovaj bi pravilnik trebao biti u skladu s dijelom 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 nenaplativih 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 Potraživanja od kupca (A/R) status potraživanja (active A/R status). Nakon što se račun odobri za pravno zastupništvo, bit će klasificiran kao nenaplativo potraživanje.
 - U slučaju dobivanja odluke / sudske 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 ECA-e 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 pravilu 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 učestalo 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; vidjeti **Pravilnike o financijskoj pomoći – PFS-051/PFS-053.**
 - Odbijanje suradnje s osobljem ciklusa naplate u pogledu sudjelovanja u programima plaćanja trećih strana radi dobivanja financijske pomoći.
 - **Medicare izvješće o troškovima za naplativa nenaplaćena potraživanja** – postupanje će biti u skladu sa smjernicama i propisima navedenima u Regulatornim zahtjevima CMS-a u pogledu nenaplaćenih potraživanja u okviru usluge 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, Saveznom registru u dijelu 501(r) i u Regulatornim zahtjevima CMS-a u pogledu nenaplaćenih potraživanja u okviru usluge Medicare.

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

Pravilnik o otkazu skrbi pacijentu (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: 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

Revidirano: 01/05/2008, 6/10/11 i 07/01/2016 (Zamjenjuje: Proces prikupljanja odgovornosti pacijenata, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

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 nenaplaćenih potraživanja prema pacijentima
- 1-4 Nenaplaćena potraživanja / pacijenti koji sami podmiruju račune
- 2-8 Upućivanje računa na pravno postupanje
- 3-2 Odluka / pravo zapljene
- St. Joseph stručnjak – Pravilnik o nenaplaćenim potraživanjima
- St. Joseph stručnjak – Upravljanje pacijentima s inozemnim adresama
- St. Joseph stručnjak – Financijski sporazum za operacije i postupke
- Community Practice Medical Group (CPMG) – Naplata potraživanja kod pacijenata koji sami podmiruju račune

REVIZORI SADRŽAJA I SURADNICI

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