

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 1 z 36

1.0 Założenia polityki

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) oraz Kaiser Foundation Hospitals (KFH) zobowiązują się realizować programy ułatwiające dostęp do opieki lekarskiej osobom ze zmarginalizowanych populacji. Zobowiązanie to obejmuje zapewnienie pomocy finansowej uprawnionym pacjentom nieubezpieczonym i niedoubezpieczonym uzyskującym niski dochód w przypadkach, gdy konieczność uiszczenia opłaty za świadczenia stanowi przeszkodę w uzyskaniu pomocy doraźnej i świadczeń niezbędnych ze względów medycznych.

2.0 Cel polityki

Niniejsza polityka opisuje, jakie wymagania trzeba spełnić, by mieć prawo do udziału w programie i otrzymać pomoc finansową przeznaczoną na opłacenie kosztów pomocy doraźnej i świadczeń niezbędnych ze względów medycznych w ramach programu pomocy finansowej w opłacaniu kosztów opieki medycznej (z ang. Medical Financial Assistance – MFA). Wymagania te zgodne są z postanowieniami art. 501(r) amerykańskiego Kodeksu podatkowego i obowiązującymi przepisami stanowymi dotyczącymi należnych usług, dostępu do usług, warunków uprawniających do udziału w programie, struktury świadczeń w programie MFA, podstawy obliczenia wysokości świadczeń oraz działań, jakie można podjąć w przypadku nieopłacania rachunków za świadczenia medyczne.

3.0 Zakres polityki

Niniejsza polityka ma zastosowanie do pracowników, którzy zatrudnieni są przez następujące podmioty i ich podmioty zależne (zwane łącznie dalej „KFHP/H”):

- 3.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP),
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals (KFH), oraz
- 3.3** podmioty zależne KFHP/H.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 2 z 36

3.4 Niniejsza polityka ma zastosowanie wobec podmiotów Kaiser Foundation Hospitals i przychodni powiązanych ze szpitalem wymienionych w *Dodatkach dotyczących regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8*.

4.0 Definicje

Patrz *Załącznik A – Definicje stosowanych pojęć*.

5.0 Postanowienia

KFHP/H realizuje program MFA oparty na kryterium dochodowym, którego celem jest zmniejszenie przeszkód w otrzymaniu pomocy doraźnej i świadczeń niezbędnych ze względów medycznych przez uprawnionych pacjentów bez względu na wiek pacjenta, jego niepełnosprawność, płeć, rasę, wyznanie, status imigracyjny, orientację seksualną, pochodzenie lub to, czy ma ubezpieczenie zdrowotne.

5.1 Usługi objęte i nieobjęte programem MFA

5.1.1 Usługi objęte programem MFA. Program MFA można stosować w przypadku (1) usług zdrowotnych niezbędnych ze względów medycznych, w tym pomocy doraźnej, (2) usług i środków farmaceutycznych oraz (3) materiałów medycznych zapewnianych w placówkach Kaiser Permanente (KP) (np. szpitalach, przychodniach powiązanych ze szpitalem, ośrodkach medycznych i gabinetach medycznych), aptekach przyszpitalnych KFHP/H, prowadzących sprzedaż wysyłkową i specjalistycznych lub przez usługodawców KP wskazanych poniżej:

5.1.1.1 Usługi niezbędne ze względów medycznych.

Opieka, leczenie lub usługi zleczone lub świadczone przez usługodawcę KP, które są potrzebne w celu zapobieżenia, dokonania oceny, rozpoznania lub leczenia stanu chorobowego, a nie głównie dla wygody pacjenta lub usługodawcy opieki medycznej.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 3 z 36

5.1.1.2 Recepty i środki farmaceutyczne. Recepty przedstawione w aptecę przyszpitalnej KFHP/H i wystawione przez usługodawców KP i zakontraktowanych dostawców, usługodawców z oddziałów ratunkowych nieobsługiwanych przez KP, lekarzy ze specjalizacją stomatologiczną (DMD) i lekarzy ze specjalizacją chirurgii szczękowej (DDS).

5.1.1.2.1 Leki generyczne. We wszystkich możliwych przypadkach preferuje się stosowanie leków generycznych.

5.1.1.2.2 Leki markowe. Leki markowe przepisane przez usługodawcę KP kwalifikują się, gdy:

5.1.1.2.2.1 na recepcie umieszczono dopisek „Nie zamieniać” (nz.), lub

5.1.1.2.2.2 generyczny odpowiednik nie jest dostępny.

5.1.1.2.3 Leki bez recepty i środki farmaceutyczne. Te produkty kwalifikują się, gdy:

5.1.1.2.3.1 usługodawca KP wystawił receptę lub zlecenie,

5.1.1.2.3.2 produkt jest wydawany w aptecę KP, oraz

5.1.1.2.3.3 produkt jest regularnie dostępny w aptecę KP.

5.1.1.2.4 Beneficjenci programu Medicare.

Stosuje się do beneficjentów programu Medicare w przypadku leków sprzedawanych na receptę refundowanych w ramach programu Medicare Część D z całkowitą refundacją leków.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 4 z 36

5.1.1.2.5 Leki stomatologiczne. Leki przepisane przez DMD lub DDS są akceptowalne, jeśli ich stosowanie jest z medycznego punktu widzenia niezbędne w leczeniu problemów stomatologicznych.

5.1.1.3 Pomocniczy sprzęt medyczny. Stosowny pomocniczy sprzęt medyczny jest ograniczony do sprzętu, który jest regularnie dostępny w placówkach KP i dostarczony przez KFH/HP pacjentowi, który spełnia kryteria skorzystania z usług niezbędnych ze względów medycznych. Pomocniczy sprzęt medyczny musi być oferowany przez usługodawcę KP zgodnie ze wskazówkami dotyczącymi pomocniczego sprzętu medycznego.

5.1.1.4 Usługi nieobjęte refundacją w ramach Medicaid. Usługi medyczne, recepty, dostawy leków i pomocniczy sprzęt medyczny, które nie są objęte stanowym programem Medicaid, ale są uznane za niezbędne z medycznego punktu widzenia i zalecone przez usługodawcę KP (np. obrzezanie noworodka, leczenie przepukliny, środki farmaceutyczne, leki łagodzące objawy itp.).

5.1.1.5 Zajęcia z edukacji zdrowotnej. Dostępne zajęcia zaplanowane i zapewniane przez KP, które są zalecane przez usługodawcę KP w ramach planu leczenia pacjenta.

5.1.1.6 Usługi dostępne w drodze wyjątku. W niektórych wyjątkowych sytuacjach program MFA może być zastosowany do wybranych usług i produktów niezbędnych do tego, aby umożliwić wypisanie pacjenta ze szpitala zgodnie z kryteriami kwalifikowalności wysokich kosztów medycznych, zob. punkt 5.6.2. Jeśli pacjent spełnia kryteria, usługi objęte ubezpieczeniem mogą obejmować usługi specjalistycznej opieki pielęgniarskiej, pośredniej opieki medycznej i opieki długotrwałej

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 5 z 36

świadczone przez ośrodek nieobsługiwany przez KP. Środki mogą obejmować pomocniczy sprzęt medyczny przepisany lub zalecony przez usługodawcę KP i dostarczony przez zakontraktowanego dostawcę zgodnie z poniższym opisem.

5.1.1.6.1 Specjalistyczna opieka pielęgniarska, usługi pośredniej opieki medycznej i opieki długotrwałej. Świadczone w zakontraktowanej placówce KP pacjentowi o wskazanych potrzebach medycznych w celu umożliwienia wypisu ze szpitala.

5.1.1.6.2 Pomocniczy sprzęt medyczny. Dostarczony przez sprzedawcę, zamówiony przez usługodawcę KP zgodnie ze wskazówkami wydawania pomocniczego sprzętu medycznego i dostarczony przez zakontraktowanego dostawcę za pośrednictwem Działu Pomocniczego Sprzętu Medycznego KFHP/H.

5.1.2 Usługi nieobjęte programem MFA. Program MFA nie obejmuje niżej wymienionych usług:

5.1.2.1 Usługi nieuznane za pomoc doraźną lub medycznie konieczne wedle ustaleń usługodawcy KP. Poniżej przedstawiono listę przykładowych usług, które nie są uznawane za pomoc doraźną ani za niezbędne z medycznego punktu widzenia:

5.1.2.1.1 Zabiegi lub usługi kosmetyczne, w tym usługi dermatologiczne mające na celu przede wszystkim poprawę wyglądu pacjenta.

5.1.2.1.2 Leczenie niepłodności i związane z tym usługi, w tym diagnostyka.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 6 z 36

- 5.1.2.1.3** Detaliczne środki medyczne.
- 5.1.2.1.4** Terapie alternatywne, w tym akupunktura, chiropraktyka i usługi masażu.
- 5.1.2.1.5** Zastrzyki i urządzenia do leczenia dysfunkcji seksualnej.
- 5.1.2.1.6** Macierzyństwo zastępcze.
- 5.1.2.1.7** Usługi związane z odpowiedzialnością strony trzeciej, osobistą ochroną ubezpieczeniową lub odszkodowaniami pracowniczymi.
- 5.1.2.1.8 Usługi dla pacjentów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym innym niż KP.** Usługi nieuznawane za pomoc doraźną i pomoc w sytuacjach nagłych oraz środki wydawane w aptece przyszpitalnej, które są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym pacjenta innym niż KP wymagającym od pacjentów korzystania z określonej sieci preferowanych usługodawców i aptek nieobsługiwanych przez KP.

5.1.2.2 Recepty i środki wydawane w aptece nieuznane za pomoc doraźną lub medycznie konieczne. Recepty i środki wydawane w aptece nieuznane za pomoc doraźną lub medycznie konieczne obejmują m.in.:

- 5.1.2.2.1** leki, które nie zostały zatwierdzone przez Komisję ds. Leków i Terapii (Pharmacy and Therapeutics Committee);
- 5.1.2.2.2** leki dostępne bez recepty nieprzepisane i niezalecane przez usługodawcę KP;
- 5.1.2.2.3** leki i środki dostępne bez recepty, które nie są regularnie dostępne w aptece KP i należy je specjalnie zamawiać;

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 7 z 36

5.1.2.2.4 recepty związane z odpowiedzialnością strony trzeciej, osobistą ochroną ubezpieczeniową lub odszkodowaniami pracowniczymi;

5.1.2.2.5 szczególnie wyłączone leki (np. leki na niepłodność i zaburzenia seksualne oraz leki kosmetyczne).

5.1.2.3 Recepty refundowane w ramach programu Medicare Część D dla osób uprawnionych do skorzystania z programu dofinansowania dla osób o niskich dochodach lub będących uczestnikami tego programu. Pozostała do opłacenia część kosztów leków na receptę dla osób korzystających z refundacji takich leków w ramach programu Medicare Część D, które kwalifikują się do programu dofinansowania dla osób o niskich dochodach lub są uczestnikami tego programu, zgodnie z regulaminem placówek świadczących usługi Medicare i Medicaid.

5.1.2.4 Usługi świadczone poza placówkami KP. Program MFA ma zastosowanie wyłącznie do usług świadczonych w placówkach KP lub przez usługodawców KP.

5.1.2.4.1 Wszystkie inne usługi nie są objęte programem MFA, nawet jeśli uzyska się skierowanie od usługodawcy KP.

5.1.2.4.2 Z programu wyłączone są usługi świadczone w gabinetach, ambulatoriach i oddziałach ratunkowych nieobsługiwanych przez KP oraz usługi opieki domowej nieświadczonych przez KP, opieki w hospicjum, opieki rehabilitacyjnej oraz opieki długotrwałej, o ile nie są uznane za wyjątek na podstawie punktu 5.1.1.6 powyżej.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 8 z 36

5.1.2.5 Pomocniczy sprzęt medyczny. Pomocniczy sprzęt medyczny dostarczany przez zakontraktowanego dostawcę bez względu na to, czy został zalecony przez usługodawcę KP, o ile nie został uznany za wyjątek na podstawie punktu 5.1.1.6 powyżej.

5.1.2.6 Usługi transportowe i koszty podróży. Program MFA nie refunduje pacjentom kosztów transportu w sytuacjach nagłych i pozostałych ani kosztów związanych z podróżą (np. zakwaterowanie i posiłki).

5.1.2.7 Składki na ubezpieczenie zdrowotne. Program MFA nie udziela pacjentom pomocy w opłaceniu wydatków z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

5.1.3 Dodatkowe informacje dotyczące usług oraz produktów kwalifikujących się i niekwalifikujących się w poszczególnych regionach są dostępne w odpowiednim Dodatku. Zob. *Dodatki dotyczące regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8.*

5.2 Usługodawcy. Program MFA stosuje się tylko do usług objętych programem świadczonych przez usługodawców medycznych działających w ramach programu MFA. Zob. *Dodatki dotyczące regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8.*

5.3 Źródła informacji o programie oraz procedurze składania wniosków o przystąpienie do MFA. Dodatkowe informacje o programie MFA oraz procedurze składania wniosków o przystąpienie do programu podsumowano w odpowiednim Dodatku. Zob. *Dodatki dotyczące regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8.*

5.3.1 Źródła informacji o programie. Zasady uczestnictwa w MFA, druki wniosków, instrukcje oraz podsumowanie pisane prostym językiem (tj. podsumowanie zasad uczestnictwa lub broszury o programie) są bezpłatne i publicznie dostępne w witrynie KFHP/H; można je również otrzymać za pośrednictwem poczty elektronicznej, osobiście lub pocztą na terenie Stanów Zjednoczonych.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 9 z 36

5.3.2 Wniosek o przystąpienie do MFA. Aby złożyć wniosek o przystąpienie do programu MFA, pacjent jest zobowiązany do wykazania natychmiastowej potrzeby na podstawie rachunku obejmującego zaległości z tytułu usług KP, zaplanowanej wizyty w KP lub recepty na leki przepisanej przez usługodawcę KP w związku z kwalifikującymi się usługami opisanymi powyżej. Pacjent może ubiegać się o udział w programie na kilka sposobów, w tym przez Internet, osobiście, telefonicznie lub wypełniając i składając odpowiedni formularz aplikacyjny.

5.3.2.1 Program MFA w KP. Pacjenci są zobowiązani do składania wniosku o przystąpienie do programu MFA na obszarze świadczenia usług przez KP, w którym korzystają z usług KP.

5.3.2.2 Sprawdzanie pacjentów pod kątem ich prawa do skorzystania z państwowego lub prywatnego ubezpieczenia. KFHP/H zachęca wszystkie osoby do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego w celu uzyskania dostępu do usług medycznych, dbania o własne zdrowie oraz w celu ochrony aktywów pacjenta. KFHP/H pomoże nieubezpieczonym pacjentom lub ich poręczycielom w zidentyfikowaniu i złożeniu wniosku o przystąpienie do dostępnego programu pomocy, w tym Medicaid i ochrony ubezpieczeniowej dostępnej w ramach Health Benefit Exchange. Jeśli stwierdzi się, że pacjent ma prawo skorzystać z Medicaid lub ochrony ubezpieczeniowej w ramach Health Benefit Exchange, może on być zobowiązany do złożenia wniosku o przystąpienie do owych programów. Pacjenci, których sytuacja finansowa przekracza kryteria dochodowe Medicaid, nie będą zobowiązani do złożenia wniosku o przystąpienie do Medicaid.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 10 z 36

5.4 Informacje potrzebne, by złożyć wniosek o przystąpienie do MFA. Aby zweryfikować status finansowy pacjenta i ustalić jego prawo do skorzystania z programu MFA oraz prawa do skorzystania z Medicaid i subsydiowanej ochrony ubezpieczeniowej dostępnej w ramach Health Benefit Exchange, wymagane jest podanie kompletnych danych osobowych, informacji finansowych oraz innego rodzaju informacji. Status finansowy pacjenta weryfikowany jest za każdym razem, gdy pacjent ubiega się o pomoc.

5.4.1 Przekazanie informacji finansowych. Pacjenci są zobowiązani do uwzględnienia informacji o wielkości oraz dochodach gospodarstwa domowego we wniosku o przystąpienie do programu MFA, jednak przekazanie dokumentacji finansowej w celu weryfikacji sytuacji finansowej jest opcjonalne, o ile nie zostanie zażądane przez KP.

5.4.1.1 Weryfikacja statusu finansowego bez dokumentacji finansowej. Jeśli pacjent nie złoży dokumentacji finansowej wraz z wnioskiem o przystąpienie do programu MFA, status finansowy pacjenta można zweryfikować przy użyciu zewnętrznych źródeł danych. Jeśli nie można zweryfikować statusu finansowego pacjenta przy użyciu zewnętrznych źródeł danych, pacjent może zostać poproszony o przekazanie dokumentacji finansowej opisanej we wniosku o przystąpienie do programu MFA, aby umożliwić weryfikację swojego statusu finansowego.

5.4.1.2 Weryfikacja statusu finansowego na podstawie dokumentacji finansowej. Jeśli pacjent nie złoży dokumentacji finansowej wraz z wnioskiem o przystąpienie do programu MFA, prawo do skorzystania z programu zostanie zweryfikowane na podstawie przekazanych informacji.

5.4.2 Przekazanie pełnych informacji. Prawo pacjenta do przystąpienia do programu MFA ustalone zostaje po otrzymaniu wszystkich żądanych informacji osobistych, finansowych i innego rodzaju informacji.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 11 z 36

5.4.3 Niekompletne informacje. Pacjent zostanie powiadomiony osobiście, pocztą lub telefonicznie, jeśli otrzymane żądane informacje są niekompletne. Pacjent może przekazać brakujące informacje w terminie 30 dni od daty przesłania zawiadomienia, rozmowy osobistej lub rozmowy telefonicznej. Wniosek o przystąpienie do MFA może zostać odrzucony z powodu niekompletności informacji.

5.4.4 Niedostępność żądanych informacji. Pacjent, który nie posiada żądanych informacji wskazanych we wniosku o przystąpienie do programu, może skontaktować się z KFHP/H, aby ustalić, jakie inne dostępne dla niego dokumenty mogą służyć za potwierdzenie jego prawa do skorzystania z programu.

5.4.5 Niedostępność informacji finansowych. Pacjent ma obowiązek przekazać podstawowe informacje finansowe (np. informacje o ewentualnym dochodzie oraz źródło dochodu) i poświadczyć prawdziwość tych informacji w przypadku, gdy: (1) jego statusu finansowego nie można zweryfikować przy użyciu zewnętrznych źródeł danych, (2) żądane informacje finansowe nie są dostępne oraz gdy (3) brak jest innych dowodów na potwierdzenie prawa pacjenta do skorzystania z programu. Pacjent ma obowiązek podać podstawowe informacje finansowe oraz poświadczyć prawdziwość tych informacji w przypadku, gdy:

5.4.5.1 pacjent jest osobą bezdomną lub korzysta z opieki przychodni dla bezdomnych;

5.4.5.2 pacjent nie osiąga żadnego dochodu, nie otrzymuje od pracodawcy odcinka wypłaty (za wyjątkiem osób samozatrudnionych), otrzymuje darowizny pieniężne lub nie miał obowiązku złożenia federalnej lub stanowej deklaracji finansowej za poprzedni rok podatkowy;

5.4.5.3 pacjent jest dotknięty powszechnie znaną katastrofą o zasięgu krajowym lub regionalnym albo stanem zagrożenia zdrowia publicznego (zob. punkt 5.11 poniżej).

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 12 z 36

5.4.6 Współpraca ze strony pacjenta. Pacjent musi dołożyć ze swojej strony zasadnych wysiłków, aby przekazać wszystkie wymagane informacje. W przypadku niepodania wszystkich wymaganych informacji, przy ustalaniu prawa do skorzystania z programu rozważa się okoliczności faktyczne.

5.5 Domniemane prawo do skorzystania z programu. Pomoc finansowa może być zatwierdzona bez kompletnego wniosku w sytuacjach, w których pacjent ma zaległości finansowe, nie odpowiada na próby kontaktu ze strony KP ani nie złożył wniosku, ale inne dostępne informacje wskazują na trudną sytuację finansową. W przypadku uznania prawa pacjenta do udziału w programie, nie musi on przedstawiać podstawowych danych osobowych, finansowych ani innego rodzaju informacji w celu zweryfikowania swojego statusu finansowego i taki pacjent automatycznie otrzyma świadczenie MFA. Uzasadnienie i informacje potwierdzające domniemane prawo do skorzystania z programu zostaną udokumentowane na koncie pacjenta i mogą zawierać dodatkowe informacje dotyczące pacjenta. Zakłada się, że pacjent jest uprawniony, a wymagana dokumentacja nie jest potrzebna, jeśli pacjent został wstępnie zakwalifikowany lub istnieją przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową.

5.5.1 Wstępna kwalifikacja. Jeśli istnieją dowody potwierdzające, że pacjent jest uczestnikiem programu pomocowego lub proces weryfikacji sytuacji finansowej pacjenta dowodzi, że może być uprawniony do publicznych i prywatnych programów pomocowych wskazanych poniżej, zakłada się, że pacjent jest uprawniony do skorzystania (wstępnie kwalifikuje się) z programu MFA. Uznaje się, że pacjent wstępnie kwalifikuje się do programu, jeśli spełnia co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

5.5.1.1 Jest uczestnikiem społecznego programu MFA (tj. CMFA), do którego pacjenci zostali skierowani lub wstępnie zakwalifikowani: (1) przez rząd federalny, stanowy lub samorząd lokalny, (2) przez partnerską organizację społeczną, lub (3) podczas społecznej akcji zdrowotnej sponsorowanej przez KFHP/H.

<small>NAZWA PROGRAMU</small> Medical Financial Assistance	<small>NUMER PROGRAMU</small> NATL.CB.307
<small>DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY</small> National Community Health	<small>DATA WEJŚCIA W ŻYCIE</small> 1 stycznia 2024
<small>OSOBA ODPOWIEDZIALNA</small> Dyrektor ds. Programu MFA	<small>STRONA</small> 13 z 36

5.5.1.2 Jest uczestnikiem społecznego programu świadczeń KP mającego na celu ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej pacjentom o niskich dochodach i wstępnie zakwalifikowanych do udziału w programie przez wyznaczonych pracowników KFHP/H.

5.5.1.3 Jest uczestnikiem wiarygodnego programu ubezpieczenia zdrowotnego opartego na kryterium dochodowym (np. Medicaid, programu dofinansowania dla osób o niskich dochodach Medicare dostępnego w ramach Health Benefit Exchange) lub zakłada się, że jest uprawniony do skorzystania z takiego programu.

5.5.1.4 Jest uczestnikiem publicznego programu pomocowego opartego na kryteriach dochodowych (np. programów dla kobiet i dzieci, programów wsparcia i pomocy żywieniowej, programów pomocy w zakresie opłat za energię elektryczną dla gospodarstw o niskich dochodach, programów bezpłatnych lub dotowanych obiadów).

5.5.1.5 Korzysta z zasobów mieszkaniowych dla osób o niskich dochodach lub subsydiowanych.

5.5.1.6 Otrzymał świadczenie z programu MFA, które rozpoczęło się w okresie ostatnich 30 dni.

5.5.2 Przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową.

Pacjent, który skorzystał z usług w placówce KP i w przypadku którego istnieją przesłanki wskazujące na trudności finansowe (np. przeterminowane lub zaległe płatności bądź niezdolność do płatności) może zostać zweryfikowany przez KP pod kątem prawa do skorzystania z programu i trudności finansowych przy użyciu zewnętrznych źródeł danych. Jeśli pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do programu, otrzyma świadczenie MFA wyłącznie w zakresie zaległych płatności.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 14 z 36

5.5.2.1 Określenie prawa do skorzystania z programu przez KP. KP może weryfikować pacjentów pod kątem prawa do skorzystania z programu przed przekazaniem ich zaległości finansowych do agencji windykacyjnej.

5.5.2.1.1 Zaległości finansowe pacjentów samodzielnie opłacających usługi. W przypadku pacjentów, których sprawy zostały wyznaczone do skierowania do agencji windykacyjnej, KP przeprowadzi weryfikację pod kątem kwalifikowalności do programu na podstawie kryteriów dochodowych. Zob. punkt 5.6.1 poniżej.

5.5.2.1.2 Przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową. W przypadku niektórych pacjentów z zaległymi płatnościami informacje finansowe potrzebne do określenia ich kwalifikowalności mogą być niedostępne, ale inne przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową znane KP mogą posłużyć do ustalenia niskiego dochodu pacjenta. Kwalifikujące się zaległe płatności zostaną objęte programem MFA i nie będą podlegać dalszym działaniom windykacyjnym. Przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową mogą obejmować m.in. następujące sytuacje:

5.5.2.1.2.1 Pacjent nie jest obywatelem Stanów Zjednoczonych i nie ma zezwolenia na pobyt, numeru ubezpieczenia społecznego, rejestru podatkowego ani ważnego

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 15 z 36

adresu rozliczeniowego, nie kontaktował się z KP w sprawie jego konta; uzasadnione próby windykacji wykazują, że pacjent nie ma środków finansowych ani aktywów w kraju pochodzenia.

5.5.2.1.2.2 Pacjent ma zaległości finansowe z tytułu wcześniejszych usług świadczonych przez KP i od tego czasu przez dłuższy czas przebywał w więzieniu; nie jest w związku małżeńskim; nie ma przesłanek wskazujących na osiągnięcie dochodów; KP nie miała możliwości kontaktu z pacjentem.

5.5.2.1.2.3 Pacjent zmarł nie pozostawiając majątku/ aktywów ani krewnych odpowiedzialnych za jego zadłużenie.

5.5.2.1.2.4 Pacjent zmarł, a w oparciu o testament lub majątek można uznać jego niewypłacalność.

5.6 Warunki przystąpienia do programu. Jak wskazano w punkcie V dodatków dotyczących regionów, pacjent ubiegający się o przystąpienie do programu MFA może zostać zakwalifikowany do otrzymania pomocy finansowej w oparciu o kryterium dochodowe lub kryterium wysokich kosztów medycznych. *Zob. Dodatki dotyczące regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8.*

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 16 z 36

5.6.1 Kryteria dochodowe. Ocenia się sytuację pacjenta, aby ustalić, czy spełnia kryteria dochodowe.

5.6.1.1 Prawo do udziału w programie w oparciu o niski dochód. Pacjent, w którego gospodarstwie domowym dochód brutto jest mniejszy lub równy kryteriom dochodowym KFHP/H w wysokości ustalonej jako procent ustawowej granicy ubóstwa, ma prawo do pomocy finansowej. Aktywów nie uwzględnia się w weryfikacji kryteriów dochodowych.

5.6.1.2 Dochód gospodarstwa domowego. Wymagania dochodowe stosuje się do członków gospodarstwa domowego. Gospodarstwo domowe to jedna osoba lub grupa co najmniej dwóch osób mieszkających razem, spokrewnionych ze sobą, powiązanych w wyniku zawarcia związku małżeńskiego lub przysposobienia. Przez członków gospodarstwa domowego można rozumieć współmałżonków, uprawnioną stronę związku partnerskiego, dzieci, krewnych opiekuna oraz dzieci krewnych opiekuna i inne osoby, za które dana osoba, współmałżonek, partner lub rodzic jest finansowo odpowiedzialny, które zamieszkują w tym gospodarstwie domowym.

5.6.2 Kryterium wysokich kosztów medycznych. Ocenia się sytuację pacjenta, aby ustalić, czy spełnia kryteria wysokich kosztów medycznych.

5.6.2.1 Uprawnienia w oparciu o kryterium wysokich kosztów medycznych. Pacjent, którego dochód brutto w gospodarstwie domowym wraz poniesionymi bezpośrednio przez pacjenta kosztami opieki medycznej i kosztami środków farmaceutycznych za usługi objęte programem w okresie ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku jest wyższy lub równy 10% rocznego dochodu gospodarstwa domowego, ma prawo do pomocy finansowej.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 17 z 36

5.6.2.1.1 Koszty w placówkach KFHP/H pokrywane bezpośrednio przez pacjenta. Wydatki na usługi medyczne i środki farmaceutyczne poniesione w placówkach KP obejmują współpłaty, depozyty, współubezpieczenie oraz wkład własny związany ze świadczeniem usług objętych programem.

5.6.2.1.2 Koszty pokrywane bezpośrednio przez pacjenta w placówkach nieobsługiwanych przez KFHP/H. Wydatki na usługi medyczne, stomatologiczne i środki farmaceutyczne poniesione w placówkach nieobsługiwanych przez KP związane ze świadczeniem usług medycznie niezbędnych objętych programem i opłacone przez pacjenta (z wyłączeniem zniżek i odpisów) są objęte programem. Pacjent ma obowiązek przedstawić potwierdzenie poniesienia wydatków medycznych za usługi w placówkach nieobsługiwanych przez KP.

5.6.2.1.2.1 Jeśli usługodawca inny niż KFHP/H, u którego uiszczono opłatę, oferuje program pomocy finansowej, do udziału w którym pacjent może być uprawniony, pacjent jest zobowiązany do złożenia wniosku o przystąpienie do takiego programu, zanim opłaty będzie można uznać za uprawnione wydatki medyczne.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 18 z 36

5.6.2.1.3 Składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Koszty pokrywane bezpośrednio przez pacjenta nie obejmują kosztów związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym (tj. wymaganych opłat lub składek).

5.7 Odmowy i zgody

5.7.1 Odmowy. Pacjent, który ubiega się o udział w programie MFA, ale nie spełnia warunków przystąpienia do programu, jest informowany pisemnie o negatywnym rozpatrzeniu jego wniosku.

5.7.2 Odwołanie się od decyzji odmownej. Pacjenci, którzy otrzymali decyzję odmowną w sprawie przystąpienia do programu MFA lub uzyskali zatwierdzenie, ale uważają, że kwalifikują się do wyższego świadczenia MFA, mogą odwołać się od decyzji. Złożenie odwołania jest zalecane, jeśli: (1) pacjent wcześniej nie przedstawił dokumentacji finansowej, lub (2) dochód gospodarstwa domowego pacjenta uległ zmianie. Pouczenie o procedurze odwoławczej jest podane w powiadomieniu o negatywnym lub pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o przystąpienie do programu MFA oraz w witrynie internetowej MFA. Odwołania rozpatrywane są przez wyznaczonych pracowników KFHP/H. Pacjenci otrzymują informację o wyniku odwołania w formie pisemnej. Wszystkie decyzje dotyczące odwołań są ostateczne.

5.8 Struktura świadczeń. Świadczenia z programu MFA stosuje się do płatności przeterminowanych lub zaległych, płatności przekazanych do agencji windykacyjnych i opłat oczekujących. Świadczenia z programu MFA mogą również obejmować okres kwalifikowalności do wszelkich wymaganych usług obejmujących badania kontrolne zalecanych przez usługodawcę KP.

5.8.1 Podstawa przyznania świadczenia. Koszty pacjenta opłacane w ramach programu MFA zależą od tego, czy pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne oraz od dochodu gospodarstwa domowego pacjenta.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 19 z 36

5.8.1.1 Pacjent uprawniony do udziału w programie MFA nieposiadający ubezpieczenia zdrowotnego (pacjent nieubezpieczony).

Uprawniony nieubezpieczony pacjent otrzymuje zniżkę obejmującą koszty pacjenta na wszystkie usługi objęte ubezpieczeniem.

5.8.1.2 Pacjent uprawniony do udziału w programie MFA posiadający ubezpieczenie zdrowotne (pacjent ubezpieczony).

Uprawniony ubezpieczony pacjent otrzymuje zniżkę obejmującą koszty pacjenta na wszystkie usługi objęte ubezpieczeniem, które (1) są osobistą odpowiedzialnością pacjenta i (2) nie są opłacane przez jego ubezpieczyciela. Pacjent ma obowiązek przedstawić odpowiednią dokumentację, np. opis świadczeń, aby móc ustalić, jaka część rachunku nie jest objęta ubezpieczeniem. Uprawniony ubezpieczony pacjent jest zobowiązany do złożenia odwołania w sprawie jakichkolwiek odrzuconych reklamacji u swego ubezpieczyciela. Uprawniony ubezpieczony pacjent jest zobowiązany do dostarczenia dokumentacji potwierdzającej odrzucenie odwołania przez ubezpieczyciela.

5.8.1.2.1 Płatności otrzymane od ubezpieczyciela.

Uprawniony ubezpieczony pacjent ma obowiązek przenieść na KFHP/H wszelkie płatności za usługi świadczone przez KFHP/H, które pacjent otrzyma od swojego ubezpieczyciela.

5.8.1.3 Harmonogram zniżek. Kwoty, jakie KP pobiera od pacjenta, który uzyskał prawo do medycznej pomocy finansowej, są uzależnione od rodzaju kryteriów kwalifikacyjnych zastosowanych do zakwalifikowania pacjenta do programu. Dodatkowe informacje o zniżkach dostępnych w ramach programu

<small>NAZWA PROGRAMU</small> Medical Financial Assistance	<small>NUMER PROGRAMU</small> NATL.CB.307
<small>DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY</small> National Community Health	<small>DATA WEJŚCIA W ŻYCIE</small> 1 stycznia 2024
<small>OSOBA ODPOWIEDZIALNA</small> Dyrektor ds. Programu MFA	<small>STRONA</small> 20 z 36

podsumowano w odpowiednim Dodatku. Zob. *Dodatki dotyczące regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8.*

5.8.1.3.1 Domniemane prawo do skorzystania z programu – wstępna kwalifikacja.

Pacjent, który został wstępnie zakwalifikowany (zgodnie z informacjami wskazanymi w punkcie 5.5.1) do programu MFA otrzyma 100% zniżki MFA na koszt leczenia lub opłaty za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.

5.8.1.3.2 Domniemane prawo do skorzystania z programu uznawane przez KP – zaległości finansowe pacjentów samodzielnie opłacających usługi.

Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma odpowiednią zniżkę MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi KP, za które odpowiada pacjent.

5.8.1.3.3 Domniemane prawo do skorzystania z programu uznawane przez KP – przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową.

Pacjent spełniający kryteria trudnej sytuacji finansowej otrzyma 100% zniżki MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi KP, za które odpowiada pacjent.

5.8.1.3.4 Pacjent spełnia kryteria dochodowe.

Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma odpowiednią zniżkę MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi KP, za które odpowiada pacjent.

5.8.1.3.5 Pacjent spełnia kryteria wysokich kosztów medycznych.

Pacjent spełniający kryteria wysokich kosztów medycznych otrzyma 100% zniżki na

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 21 z 36

koszt leczenia lub opłaty za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.

5.8.1.4 Zwrot środków z tytułu rozliczeń. KFHP/H dochodzi zwrotu środków z tytułu rozliczeń ze stronami trzecimi/osobistą ochroną ubezpieczeniową, płatnikami i innymi stronami odpowiedzialnymi zgodnie z prawem.

5.8.2 Okres kwalifikowalności do świadczenia. Okres kwalifikowalności do usług obejmujących badania kontrolne rozpoczyna się od dnia wydania zgody na udział w programie lub dnia świadczenia usług lub dnia wydania lekarstw. Długość okresu kwalifikowalności jest ograniczona czasowo i określana według własnego uznania KP na różne sposoby, w tym:

5.8.2.1 Na wskazany okres. Maksymalnie 365 dni w przypadku kwalifikujących się usług obejmujących badania kontrolne i zaległych rozliczeń z tytułu kosztów pacjenta zidentyfikowanych przed wpisaniem na listę niewypłacalnych dłużników.

5.8.2.2 Specjalistyczna opieka pielęgniarska, pośrednia opieka medyczna i opieka długotrwała. Maksymalnie 30 dni w przypadku usług świadczonych poza KP.

5.8.2.3 Pomocniczy sprzęt medyczny. Maksymalnie 180 dni w przypadku sprzętu medycznego zapewnianego przez dostawcę.

5.8.2.4 Na czas trwania leczenia lub przypadek świadczenia usług. Maksymalnie 180 dni na czas trwania określonego leczenia lub przypadku świadczenia usług zgodnie z ustaleniami usługodawcy KP.

5.8.2.5 Ponowne składanie wniosku o pomoc finansową. Od trzydziestu (30) dni przed terminem wygaśnięcia bieżącego świadczenia pacjent może ponownie złożyć wniosek o przystąpienie do programu.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 22 z 36

5.8.3 Odwołanie, unieważnienie lub zmiana świadczenia.

KFHP/H ma prawo w pewnych sytuacjach według własnego uznania odwołać, unieważnić lub zmienić świadczenia z programu MFA. Sytuacje te obejmują:

5.8.3.1 Przypadki oszustwa, kradzieży lub zmiany sytuacji finansowej.

Przypadek oszustwa, złożenia nieprawdziwego oświadczenia, kradzieży, zmiany sytuacji finansowej pacjenta lub wystąpienie innych okoliczności, które naruszają uczciwość programu MFA.

5.8.3.2 Prawo do skorzystania z państwowych lub prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego.

Po weryfikacji stwierdzono, że pacjent ma prawo do skorzystania z państwowych lub prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego, ale pacjent ten nie chce ubiegać się o udział w tych programach.

5.8.3.3 Ustalenie istnienia innych źródeł finansowania.

Jeśli po otrzymaniu przez pacjenta świadczenia z programu MFA ustalone zostanie ubezpieczenie zdrowotne lub inne źródła finansowania, rachunki za usługi objęte programem zostaną ponownie wystawione z mocą wsteczną. W takim przypadku pacjent nie otrzyma rachunku za tę część usług, (1) za które jest osobiście odpowiedzialny oraz (2) która nie jest opłacona z jego ubezpieczenia zdrowotnego lub innego źródła finansowania.

5.8.3.4 Zmiana w ubezpieczeniu zdrowotnym.

W przypadku zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym pacjent musi ponownie zgłosić się do programu MFA.

5.8.3.5 Zmiana w dochodach gospodarstwa domowego.

W przypadku zmiany w dochodach gospodarstwa domowego pacjent musi ponownie zgłosić się do programu MFA.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 23 z 36

5.9 Ograniczenie opłat. Zakazane jest pobieranie od pacjentów uprawnionych do skorzystania z programu MFA pełnej kwoty (tj. kwoty brutto) za opłaty objęte programem świadczone w szpitalu przez Kaiser Foundation Hospital. Pacjent, który otrzymał usługę objętą programem w szpitalu Kaiser Foundation Hospital i jest uprawniony do korzystania z programu, ale nie otrzymał świadczenia z programu MFA lub odmówił przyjęcia świadczenia z programu MFA, nie zostanie za te usługi obciążony kosztami wyższymi, niż powszechnie pobierane opłaty.

5.9.1 Powszechnie pobierane opłaty. Powszechnie pobierane opłaty (z ang. AGB) za pomoc doraźną i inne świadczenia niezbędne ze względów medycznych dla osób posiadających ubezpieczenie obejmujące takie świadczenia są określone dla placówek KP zgodnie z zasadami opisanymi w punkcie VII dodatku dotyczącego odpowiedniego regionu. Zob. *Dodatki dotyczące regionów Kaiser Permanente, Załączniki 1-8.*

5.10 Windykacja należności

5.10.1 Zasadne starania zmierzające do powiadomienia pacjenta. KFHP/H lub agencja windykacyjna występująca w jej imieniu dokłada zasadnych starań, aby powiadomić pacjentów o przeterminowanych lub zaległych należnościach w ramach programu MFA. Zasadne starania zmierzające do powiadomienia pacjenta obejmują:

5.10.1.1 Przesłanie pisemnego zawiadomienia w terminie 120 dni od pierwszego oświadczenia po wypisie z placówki informującego posiadacza rachunku, że uprawnione osoby mogą skorzystać z pomocy w ramach programu MFA.

5.10.1.2 Przesłanie pisemnego zawiadomienia wyszczególniającego nadzwyczajne działania windykacyjne, które KFHP/H lub agencja windykacyjna zamierza podjąć, aby odzyskać zaległe płatności, termin podjęcia takich działań, który nie może przypadać wcześniej niż 30 dni od daty pisemnego zawiadomienia.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 24 z 36

5.10.1.3 Przekazanie podsumowania zasad uczestnictwa w MFA dołączonego do oświadczenia pacjenta o pierwszym pobycie w szpitalu.

5.10.1.4 Próba ustnego powiadomienia właściciela rachunku o zasadach uczestnictwa w MFA oraz sposobach uzyskania pomocy przy procedurze składania wniosku o przystąpienie do programu MFA.

5.10.1.5 Określenie prawa do skorzystania z programu na żądanie, przed upływem terminu lub przekazaniem zaległości finansowych pacjenta do agencji windykacyjnej.

5.10.2 Wstrzymanie nadzwyczajnych działań windykacyjnych. KFHP/H nie podejmuje nadzwyczajnych działań windykacyjnych i nie pozwala agencjom windykacyjnym działającym w jej imieniu na podejmowanie takich działań w stosunku do pacjenta, który:

5.10.2.1 aktywnie pobiera świadczenie z programu MFA, lub

5.10.2.2 złożył wniosek o przystąpienie do programu po wszczęciu procedury nadzwyczajnych działań windykacyjnych. Nadzwyczajne działania windykacyjne zostają wstrzymane do czasu ostatecznego ustalenia prawa do uczestnictwa w programie.

5.10.3 Dozwolone nadzwyczajne działania windykacyjne.

5.10.3.1 Ostateczne ustalenie zasadnych wysiłków. Przed podjęciem jakichkolwiek nadzwyczajnych działań windykacyjnych regionalny Lider ds. Usług Finansowych Okresowych Rozliczeń Dochodowych Pacjenta ma obowiązek upewnić się, że:

5.10.3.1.1 podjęto wszystkie zasadne starania, aby powiadomić pacjenta o programie MFA; oraz że

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 25 z 36

5.10.3.1.2 zastosowano okres nie krótszy niż 240 dni od pierwszego oświadczenia o rachunku, aby pacjent mógł wnioskować o przyjęcie do MFA.

5.10.3.2 Zgłaszanie informacji do biur zdolności kredytowej i wywiadowni gospodarczych. KFHP/H lub agencja windykacyjna występująca w jej imieniu może zgłaszać do biur zdolności kredytowej i wywiadowni gospodarczych informacje niekorzystne dla pacjenta.

5.10.3.3 Postępowania sądowe i pozwy cywilne. Przed wszczęciem postępowania sądowego lub wniesieniem pozwu cywilnego KFHP/H potwierdza status finansowy pacjenta przy użyciu zewnętrznych źródeł danych, aby określić, czy ma on prawo skorzystać z programu MFA.

5.10.3.3.1 Prawo do skorzystania z programu MFA. W stosunku do pacjentów, którzy są uprawnieni do udziału w programie MFA, nie są podejmowane żadne inne działania. Rachunki, które można objąć programem MFA, zostają anulowane i zwrócone z mocą wsteczną.

5.10.3.3.2 Brak prawa do skorzystania z programu MFA. W bardzo niewielu przypadkach za uprzednią zgodą regionalnego Dyrektora ds. Finansowych lub kontrolera mogą być podjęte następujące działania:

5.10.3.3.2.1 Zajęcie wynagrodzenia.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 26 z 36

5.10.3.3.2.2 Wszczęcie postępowania sądowego lub wniesienie pozwu cywilnego. Pozwy nie są składane w przypadku osób bezrobotnych lub nieposiadających innego źródła znaczącego dochodu.

5.10.3.3.2.3 Zastaw na nieruchomościach.

5.10.4 Zakazane nadzwyczajne działania windykacyjne.

KFHP/H w żadnych okolicznościach nie podejmuje, nie zezwala ani nie pozwala agencjom windykacyjnym podejmować następujących działań:

- 5.10.4.1** Opóźnienie lub odmowa opieki z powodu nieuiszczenia poprzednich należności przez właściciela konta lub żądanie płatności przed udzieleniem pomocy doraźnej lub świadczeń niezbędnych ze względów medycznych.
- 5.10.4.2** Sprzedaż długu właściciela konta stronie trzeciej.
- 5.10.4.3** Przeniesienie tytułu własności nieruchomości lub zajęcie rachunków.
- 5.10.4.4** Żądanie wydania nakazu aresztowania.
- 5.10.4.5** Żądanie wydania nakazu doprowadzenia.

5.11 Reakcja na katastrofy i stan zagrożenia zdrowia

publicznego. KFHP/H może tymczasowo modyfikować kryteria przystąpienia do programu i procedury składania wniosków, aby zwiększyć dostępność programu dla pacjentów i społeczności dotkniętych powszechnie znanym wydarzeniem, które zostało uznane przez władze stanowe lub federalne za katastrofę lub stan zagrożenia zdrowia publicznego.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 27 z 36

5.11.1 Potencjalne modyfikacje kryteriów przystąpienia do programu. Tymczasowe zmiany kryteriów przystąpienia do programu MFA mogą obejmować:

- 5.11.1.1** zawieszenie ograniczeń w prawie przystąpienia do programu,
- 5.11.1.2** podniesienie kryterium progu dochodowego,
- 5.11.1.3** obniżenie kryterium wysokich kosztów medycznych.

5.11.2 Potencjalne modyfikacje procedury składania wniosków. Tymczasowe zmiany procedury składania wniosków o przystąpienie do programu MFA mogą obejmować:

- 5.11.2.1** umożliwienie pacjentom przekazania podstawowych informacji finansowych (np. informacji o ewentualnym dochodzie oraz źródłach dochodu) i poświadczenie prawdziwości tych informacji w przypadku, gdy (1) jego statusu finansowego nie można zweryfikować przy użyciu zewnętrznych źródeł danych, (2) żądane informacje finansowe nie są dostępne oraz gdy (3) brak jest innych dowodów na potwierdzenie prawa pacjenta do skorzystania z programu;
- 5.11.2.2** uwzględnienie wpływu przyszłej utraty dochodów/zatrudnienia z powodu danego wydarzenia podczas określania dochodów gospodarstwa domowego.

5.11.3 Informacje dostępne publicznie. Informacje opisujące tymczasowe zmiany w programie MFA są udostępniane opinii publicznej na stronie internetowej programu MFA oraz w placówkach KP na terenach dotkniętych nadzwyczajnymi wydarzeniami.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 28 z 36

6.0 Uzupełnienia/Odniesienia

6.1 Uzupełnienia

6.1.1 Uzupełnienie A – Definicje stosowanych pojęć

6.2 Załączniki

6.2.1 Załącznik 1 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Kolorado

6.2.2 Załącznik 2 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Georgia

6.2.3 Załącznik 3 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Hawaje

6.2.4 Załącznik 4 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – stany położone na wybrzeżu Atlantyku

6.2.5 Załącznik 5 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Kalifornia Północna

6.2.6 Załącznik 6 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Północny Zachód

6.2.7 Załącznik 7 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Kalifornia Południowa

6.2.8 Załącznik 8 – Dodatek dotyczący Kaiser Permanente – Waszyngton

6.3 Odniesienia

6.3.1 Ustawa o ochronie pacjenta i przystępnej opiece zdrowotnej (ang. Patient Protection and Affordable Care Act), Ustawa prawa publicznego nr 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.3.2 Rejestr Federalny i coroczna ustawowa granica ubóstwa

6.3.3 Publikacja amerykańskiego Urzędu Skarbowego, 2014 r. Instrukcje do Załącznika H (druk 990)

6.3.4 Zawiadomienie amerykańskiego Urzędu Skarbowego 2010-39

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 29 z 36

- 6.3.5** Amerykański Kodeks podatkowy, Rozdział 26 Część 1, 53, i 602 Kodeksu przepisów federalnych RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Dodatkowe wymagania dla szpitali świadczących usługi charytatywne
- 6.3.6** California Hospital Association – Regulamin świadczenia pomocy finansowej i świadczeń społecznych, wyd. z 2015 r.
- 6.3.7** Catholic Health Association of the United States – Zasady planowania i zgłaszania świadczeń społecznych, wydanie z 2012 r.
- 6.3.8** Listy usługodawców. W witrynach KFHP/H dostępne są listy usługodawców dla:
- 6.3.8.1** Kaiser Permanente – Hawaje
(www.kp.org/mfa/hawaii)
 - 6.3.8.2** Kaiser Permanente – Północny Zachód
(www.kp.org/mfa/nw)
 - 6.3.8.3** Kaiser Permanente – Kalifornia Północna
(www.kp.org/mfa/ncal)
 - 6.3.8.4** Kaiser Permanente – Kalifornia Południowa
(www.kp.org/mfa/scal)
 - 6.3.8.5** Kaiser Permanente – Waszyngton
(www.kp.org/mfa/wa)

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 30 z 36

Uzupełnienie A – Definicje stosowanych pojęć

Spółeczny program MFA (z ang. CMFA) – zaplanowane programy medycznej pomocy finansowej oparte na współpracy z organizacjami świadczącymi w sieci punktów konieczną opiekę medyczną pacjentom nieubezpieczonym i niedoubezpieczonym o niskich dochodach w placówkach KP.

Agencja windykacyjna – osoba lub organizacja, która poprzez działania pośrednie lub bezpośrednie prowadzi windykację lub podejmuje próby windykacji długów należnych lub uznanych za należne wierzycielowi lub nabywcy długu.

Pomocniczy sprzęt medyczny – obejmuje między innymi laski, kule, nebulizatory, sprzęt specjalnego przeznaczenia, wyciągi montowane na drzwiach przeznaczone do użytku domowego, wózki inwalidzkie, balkoniki, łóżka szpitalne oraz tlen przeznaczony do użytku domowego zgodnie z kryteriami pomocniczego sprzętu medycznego. Pomocniczy sprzęt medyczny nie obejmuje sprzętu protetycznego, protez (np. ruchomych szyn/ortez oraz sztucznej krtani i środków) oraz środków dostępnych bez recepty i sprzętu miękkiego (np. sprzętu urologicznego i zaopatrzenia ran).

Uprawniony pacjent – osoba, która spełnia kryteria udziału w programie określone w niniejszej polityce, bez względu na to, że osoba ta (1) nie jest ubezpieczona; (2) korzysta z ubezpieczenia w ramach programu publicznego (np. Medicare, Medicaid lub dofinansowywanego programu ubezpieczenia zdrowotnego wykupionego za pośrednictwem programu wymiany informacji zdrowotnych); (3) jest objęta programem ubezpieczenia innym niż KFHP; lub (4) jest ubezpieczona przez KFHP.

Zewnętrzne źródła danych – dostawcy zewnętrzni wykorzystywani do weryfikacji danych pacjenta w celu oceny jego potrzeb finansowych poprzez wykorzystanie modelu opartego na publicznie dostępnych bazach danych, które oceniają każdego pacjenta na podstawie tych samych standardów w celu obliczenia wyniku zdolności finansowej pacjenta.

Ustawowa granica ubóstwa – wysokość dochodu stanowiącego próg ubóstwa; wytyczne te podane są przez amerykański Departament Zdrowia i Pomocy Społecznej i są corocznie aktualizowane w Rejestrze Federalnym.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 31 z 36

Doradztwo finansowe – procedury stosowane, by pomóc pacjentom zbadać różne dostępne opcje finansowania i ubezpieczenia zdrowotnego w celu opłacenia usług świadczonych w placówkach KP. Pacjenci, którzy mogą skorzystać z usług doradztwa finansowego, to między innymi pacjenci samodzielnie opłacający świadczenia, pacjenci nieubezpieczeni, niedoubezpieczeni oraz ci, którzy oświadczyli, że nie mogą w całości opłacić ubezpieczenia zdrowotnego.

Osoba bezdomna – opis sytuacji życiowej osoby zgodny z poniższym:

- osoba, która mieszka w miejscu nieprzeznaczonym do zamieszkania przez ludzi, takim jak samochody, parki, chodniki, opuszczone budynki (na ulicy);
- osoba, która mieszka w schronisku dla osób w potrzebie;
- osoba, która mieszka w schronisku tymczasowym lub domu pomocy dla bezdomnych osób, która zgłosiła się do takiej placówki z ulicy lub ze schronisk dla osób w potrzebie;
- osoba, która mieszka w dowolnym z powyższych miejsc, ale przez krótki okres (maks. 30 kolejnych dni) przebywa w szpitalu lub innej instytucji;
- osoba, która w ciągu tygodnia jest eksmitowana z prywatnego lokalu mieszkalnego lub ucieka przed przemocą domową i nie ma dokąd się wprowadzić, a osoba ta nie ma środków i kręgu osób zapewniających wsparcie, aby znaleźć lokal mieszkaniowy;
- osoba, która w ciągu tygodnia jest wypisana z instytucji, takiej jak placówka ochrony zdrowia psychicznego lub zakład leczenia uzależnień, w którym osoba ta przebywała przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni i nie ma dokąd się wprowadzić, a osoba ta nie ma środków i kręgu osób zapewniających wsparcie, aby znaleźć lokal mieszkaniowy.

KP – oznacza: Kaiser Foundation Hospitals i powiązane przychodnie szpitalne, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups i ich podmioty zależne za wyjątkiem Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Placówki KP – oznacza teren, w tym wnętrze i obejście budynku będącego własnością lub wynajmowanego przez KP w celu prowadzenia działalności KP, w tym sprawowania opieki nad pacjentem (np. budynek lub piętro, oddział KP lub inny obszar wewnątrz lub na zewnątrz budynku niebędącego budynkiem KP).

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 32 z 36

Kryterium dochodowe – sposób wykorzystania zewnętrznych źródeł danych lub informacji przekazanych przez pacjenta w celu określenia prawa pacjenta do udziału w publicznym programie ubezpieczenia lub MFA w zależności od tego, czy dochód uzyskiwany przez gospodarstwo domowe pacjenta jest wyższy niż określony procent ustawowej granicy ubóstwa.

Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA) – program, który zapewnia środki pieniężne na opłacenie kosztów opieki medycznej dla uprawnionych pacjentów, którzy nie są w stanie samodzielnie opłacić wszystkich lub części niezbędnych świadczeń medycznych, produktów lub leków, a którzy wyczerpali możliwość skorzystania ze środków publicznych lub prywatnych. Aby skorzystać z pomocy w opłaceniu części lub całości kosztów opieki nad pacjentem, należy spełnić warunki określone w programie.

Materiały medyczne – materiały medyczne jednorazowego użytku, takie jak szyny, temblaki, opatrunki i bandaże, które zalecane są przez licencjonowanego świadczeniodawcę opieki zdrowotnej w ramach świadczenia niezbędnych medycznie usług; materiały te nie obejmują materiałów zakupionych lub uzyskanych przez pacjenta z innego źródła.

Koszty pacjenta – część opłat naliczanych za opiekę otrzymaną przez pacjenta w placówkach KP (np. w szpitalach, przychodniach powiązanych ze szpitalami, ośrodkach medycznych, gabinetach lekarskich i aptekach przyszpitalnych), które nie są refundowane przez ubezpieczyciela lub program opieki medycznej finansowany ze środków publicznych.

Program całkowitej refundacji leków – zapewnia pomoc finansową dla starszych członków KP osiągających niski dochód, korzystających z leków refundowanych w ramach programu Medicare Część D, których nie stać na pokrycie części opłat za lekarstwa sprzedawane na receptę refundowane w ramach programu Medicare Część D i wykupywane w aptekach przyszpitalnych.

Sieć punktów opieki – system organizacji non-profit i/lub agencji rządowych, które świadczą bezpośrednio usługi opieki osobom nieubezpieczonym lub niespełniającym kryteriów w terenie, w takich miejscach jak szpital państwowy, przychodnia, kościół, schronisko dla bezdomnych, mobilny oddział opieki lekarskiej, szkoła itp.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 33 z 36

Osoba niedoubezpieczona – osoba, która objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym, ale obowiązek opłaty składek ubezpieczeniowych, współpłaty, współubezpieczenia i udziału własnego stanowi dla niej tak znaczący ciężar finansowy, że otrzymuje niezbędne świadczenia zdrowotne z opóźnieniem lub też wcale nie otrzymuje niezbędnych świadczeń zdrowotnych z powodu konieczności samodzielnego poniesienia kosztów.

Osoba nieubezpieczona – osoba, która nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest objęta programem pomocy finansowej ze źródeł federalnych lub stanowych z przeznaczeniem na opłacenie świadczeń zdrowotnych.

Populacja zmarginalizowana – grupy demograficzne osób, których zdrowie i dobrostan jest narażony na większe zagrożenia niż zdrowie i dobrostan ogółu populacji z powodu ich sytuacji społeczno-gospodarczej, choroby, pochodzenia etnicznego, wieku lub innych negatywnie działających czynników.

Nakaz(y) doprowadzenia – procedura wszczęta przez sąd, który nakazuje władzom doprowadzenie przed sąd osoby, która dopuściła się obrazy sądu; procedura ta podobna jest do nakazu aresztowania.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 34 z 36

DODATEK: Kaiser Permanente – stany położone na wybrzeżu Atlantyku

DATA WEJŚCIA DODATKU W ŻYCIE: 1 stycznia 2024

- I. Placówki KFHP/H:** Niniejsza polityka dotyczy wszystkich placówek KFHP/H (np. ośrodków medycznych i gabinetów lekarskich) oraz aptek ambulatoryjnych. Nie dotyczy żadnych szpitali w stanach Maryland, Virginia ani w Dystrykcie Kolumbii.

- II. Dodatkowe usługi objęte i nieobjęte programem MFA**
 - a. Dodatkowe usługi nieobjęte programem MFA**
 - i. Aparaty słuchowe
 - ii. Środki optyczne (tj. okulary lub soczewki kontaktowe)

- III. Usługodawcy objęci i nieobjęci programem MFA.** Nie dotyczy.

- IV. Informacje o programie oraz procedura składania wniosków o przystąpienie do MFA.** Informacje o programie MFA, w tym zasady uczestnictwa w MFA, druki wniosków, instrukcje oraz podsumowanie pisane prostym językiem (np. broszury o programie) są bezpłatne i ogólnie dostępne w formie elektronicznej i papierowej. Pacjent może złożyć wniosek o przystąpienie do programu MFA podczas lub po zakończeniu świadczenia usług opieki przez KFHP/H; wniosek można złożyć na kilka sposobów, w tym online, osobiście, telefonicznie lub na piśmie. (Patrz punkty 5.3 i 5.4 programu).
 - a. Wypełnij i prześlij wniosek online z witryny KFHP/H.** Pacjent może wypełnić i przesłać wniosek drogą elektroniczną z witryny MFA pod adresem www.kp.org/mfa/mas.
 - b. Pobierz informacje o programie z witryny KFHP/H.** Informacje o programie w wersji elektronicznej dostępne są w witrynie MFA pod adresem www.kp.org/mfa/mas.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY National Community Health	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE 1 stycznia 2024
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 35 z 36

- c. **Poproś o przesłanie informacji drogą elektroniczną.** Informacje o programie w formacie elektronicznym można otrzymać na żądanie za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- d. **Odbierz informacje o programie lub złóż wniosek o przystąpienie do programu osobiście.** Informacji o programie udzielają doradcy dostępni w placówkach KP. Doradcy są dostępni w dziale administracyjnym każdego gabinetu lekarskiego KP.
- e. **Poproś o informacje o programie lub złóż wniosek o przystąpienie do programu telefonicznie.** Doradcy pełnią dyżury telefoniczne, aby udzielić informacji, ustalić prawo pacjenta do udziału w programie MFA oraz pomóc pacjentowi złożyć wniosek o przystąpienie do programu MFA. Kontakt z doradcami:

Numery telefonów: 1-844-412-0919, opcja 3

- f. **Poproś o informacje o programie lub złóż wniosek o przystąpienie do programu pocztą.** Pacjent może poprosić o przesłanie informacji oraz złożyć wniosek o przystąpienie do programu MFA, przesyłając wypełniony wniosek o przystąpienie do programu MFA pocztą. Prośby o informacje oraz wnioski należy przesłać na adres:

Kaiser Permanente
Do wiadomości: Medical Financial Assistance Program
2101 East Jefferson Street
Rockville, MD 20852-9468

- g. **Złóż wypełniony wniosek osobiście.** Wypełnione wnioski można składać osobiście w Biurze Obsługi Członków w każdym ośrodku medycznym Kaiser Permanente.

V. Warunki przystąpienia do programu. Aby ustalić prawo pacjenta do skorzystania z programu MFA, bierze się pod uwagę dochód osiągany w gospodarstwie domowym pacjenta. (Patrz punkt 5.6.1 niniejszej polityki).

- a. Kryteria dochodowe: maksymalnie 300% ustawowej granicy ubóstwa.

<small>NAZWA PROGRAMU</small> Medical Financial Assistance	<small>NUMER PROGRAMU</small> NATL.CB.307
<small>DEPARTAMENT ODPOWIEDZIALNY</small> National Community Health	<small>DATA WEJŚCIA W ŻYCIE</small> 1 stycznia 2024
<small>OSOBA ODPOWIEDZIALNA</small> Dyrektor ds. Programu MFA	<small>STRONA</small> 36 z 36

VI. Harmonogram zniżek. Kwoty, jakie KP pobiera od pacjenta, który uzyskał prawo do medycznej pomocy finansowej, są uzależnione od rodzaju kryteriów kwalifikacyjnych zastosowanych do zakwalifikowania pacjenta do programu.

- a. **Pacjent spełnia kryteria dochodowe.** Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma odpowiednią zniżkę na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent. Kwota zniżki jest określana na podstawie pozycji dochodów gospodarstwa domowego pacjenta w następujący sposób:

Wartości procentowe ustawowych wytycznych dotyczących ubóstwa		Zniżka w ramach pomocy finansowej
Od	Do	
0%	200%	100% zniżki
201%	300%	50% zniżki

W przypadku przyznania zniżki częściowej (poniżej 100%) pozostała kwota jest opłacana w pełni lub w ramach bezodsetkowego planu płatności odroczonej.

VII. Podstawy obliczania powszechnie pobieranych opłat (z ang. AGB). Powszechnie pobierane opłaty mają zastosowanie do usług objętych programem świadczonych w szpitalu przez Kaiser Foundation Hospital.