



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 1 z 21</b>

## **1.0 Założenia polityki**

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) oraz Kaiser Foundation Hospitals (KFH) zobowiązują się realizować programy ułatwiające dostęp do opieki lekarskiej dla osób 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 (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.
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals; i
- 3.3** podmioty zależne KFHP/H.
- 3.4** Niniejsza polityka dotyczy podmiotów Kaiser Foundation Hospitals i przychodni przyszpitalnych wymienionych w DODATKU, *Część I, Kaiser Foundation Hospitals*, który włączony zostaje do niej poprzez odniesienie.

## **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 imigranta, orientację seksualną, pochodzenie lub posiadanie albo nieposiadanie przez niego ubezpieczenia zdrowotnego.



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 2 z 21</b>

**5.1 Usługi objęte i nieobjęte programem MFA.** Usługi objęte i nieobjęte programem MFA, o ile nie określono inaczej w załączonym DODATKU, *Część II, Dodatkowe usługi objęte i nieobjęte programem MFA.*

**5.1.1 Usługi objęte programem MFA.** Program MFA można stosować w przypadku pomocy doraźnej oraz usług zdrowotnych niezbędnych ze względów medycznych, usług i środków farmaceutycznych oraz materiałów medycznych zapewnianych w placówkach Kaiser Permanente (KP) (np. szpitalach, przychodniach szpitalnych, ośrodkach medycznych i gabinetach medycznych), aptekach przyszpitalnych KFHP/H lub przez usługodawców KP. Program MFA można stosować w przypadku usług i produktów wskazanych poniżej:

**5.1.1.1 Usługi niezbędne ze względów medycznych.** Opieka, leczenie lub usługi zlecone 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.

**5.1.1.2 Recepty i środki farmaceutyczne.** Recepty przedstawione w aptece przyszpitalnej KFHP/H i wystawione przez usługodawców KP, usługodawców z oddziałów ratunkowych nieobsługiwanych przez KP, ambulatoriów nieobsługiwanych przez KP oraz zakontraktowanych usługodawców KP.

**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 z dopiskiem „Nie zamieniać” (nz.) lub jeśli zamiennik w postaci leku generycznego nie jest dostępny.

**5.1.1.2.3 Leki bez recepty i środki farmaceutyczne.** Z receptą lub zleceniem wypisanym przez usługodawcę KP i wydawane w aptece przyszpitalnej KP.

**5.1.1.2.4 Beneficjenci programu Medicare.** Stosuje się do beneficjentów programu Medicare w przypadku lekarstw sprzedawanych na receptę refundowanych w ramach programu Medicare Część D w ramach programu całkowitej refundacji leków.

**5.1.1.3 Pomocniczy sprzęt medyczny (Durable Medical Equipment, DME).** Oferowany przez usługodawcę KP zgodnie ze wskazówkami wydawania pomocniczego sprzętu medycznego (DME) i dostarczony przez KFHP pacjentowi, który

<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 3 z 21</b>

spełnia kryteria skorzystania z usług niezbędnych ze względów medycznych.

**5.1.1.4 Zajęcia z edukacji zdrowotnej.** Opłaty związane z dostępnymi zajęciami zaplanowanymi i zapewnianymi przez KP, które są zalecane przez usługodawcę KP w ramach planu leczenia pacjenta.

**5.1.1.5 Usługi dostępne w sytuacjach wyjątkowych.** W pewnych wyjątkowych sytuacjach MFA może mieć zastosowanie w przypadku (1) usług świadczonych w placówce innej niż KP oraz (2) DME zaleconego lub oferowanego przez usługodawcę KP i dostarczanych przez zakontraktowanego sprzedawcę, jak opisano poniżej. Kwalifikacja do sytuacji wyjątkowej wymaga od pacjenta spełnienia kryteriów dotyczących wysokich kosztów leczenia, opisanych w sekcji 5.6.2 poniżej.

**5.1.1.5.1 Specjalistyczne usługi pielęgniarskie i Usługi opieki pośredniej.** Udzielona w zakontraktowanej placówce KP pacjentowi o wskazanych potrzebach medycznych dla ułatwienia procesu przygotowania wypisu na oddziale zamkniętym.

**5.1.1.5.2 Pomocniczy sprzęt medyczny (DME).** Dostarczony przez sprzedawcę, zamówiony przez usługodawcę KP zgodnie ze wskazówkami wydawania pomocniczego sprzętu medycznego (DME) i dostarczony przez zakontraktowanego za pośrednictwem Działu Pomocniczego Sprzętu Medycznego KFH/HP.

**5.1.1.6 Dostępne usługi dodatkowe objęte programem.** Dodatkowe usługi objęte programem MFA określone są w załączonym DODATKU, *Część II, Dodatkowe usługi objęte i nieobjęte programem MFA.*

**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.** W tym między innymi:

**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 bezpłodności,

**5.1.2.1.3** detaliczne środki medyczne,

<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 4 z 21</b>

- 5.1.2.1.4** terapie alternatywne, w tym akupunktura, chiropraktyka i masaż,
- 5.1.2.1.5** zastrzyki i urządzenia do leczenia dysfunkcji seksualnej,
- 5.1.2.1.6** macierzyństwo zastępcze oraz
- 5.1.2.1.7** usługi związane z odpowiedzialnością strony trzeciej, zabezpieczeniem w ramach ubezpieczenia osobowego lub odszkodowaniami pracowniczymi.
- 5.1.2.1.8 Usługi dla pacjentów nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym KP.** Usługi niedostępne w nagłych przypadkach lub niepilne oraz zaopatrzenie apteki przyszpitalnej objęte ubezpieczeniem zdrowotnym pacjenta spoza KP, które wymaga od pacjentów korzystania z określonej sieci preferowanych usługodawców i aptek spoza KP.

**5.1.2.2 Recepty i środki farmaceutyczne.** Recepty i środki, które nie są uznane za pomoc doraźną lub nie są niezbędne ze względów medycznych, w tym między innymi (1) leki niezatwierdzone przez komisję ds. leków i terapii, (2) leki i środki dostępne bez recepty lub środki, które nie zostały przepisane bądź zlecone przez usługodawcę KP, oraz (3) leki wyraźnie wyłączone z zakresu usług (np. leki na bezpłodność, kosmetyki, środki stosowane w przypadku zaburzenia funkcji seksualnych).

**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 leków na receptę w ramach programu Medicare Część D, które są uprawnione do skorzystania z 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 przez usługodawców KP. Wszystkie inne usługi nie są objęte programem MFA, nawet jeśli uzyska się skierowanie od usługodawcy KP. Usługi świadczone w gabinetach, ambulatoriach i oddziałach ratunkowych nieobsługiwanych przez KP oraz usługi opieki domowej, opieki w hospicjum, opieki rehabilitacyjnej oraz opieki długotrwałej nieobjętych KP



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 5 z 21</b>

wyłączone są z programu chyba że zostaną uznane za sytuację wyjątkową, zgodnie z Sekcją 5.1.1.5 powyżej.

**5.1.2.5 Pomocniczy sprzęt medyczny (DME).** Niezależnie od tego, czy jest oferowany przez dostawcę KP, DME dostarczany przez zakontraktowanego sprzedawcę jest wyłączony z programu, chyba że zostanie uznany za sytuację wyjątkową, zgodnie z Sekcją 5.1.1.5 powyżej.

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

**5.1.2.7 Usługi dodatkowe nieobjęte programem.** Dodatkowe usługi nieobjęte programem MFA określone są w załączonym DODATKU, *Część II, Dodatkowe usługi objęte i nieobjęte programem MFA.*

**5.2 Usługodawcy.** Program MFA stosuje się tylko do usług objętych programem świadczonych przez usługodawców medycznych, do których stosuje się program MFA, zgodnie z informacjami podanymi w załączonym DODATKU, *Część III, Usługodawcy objęci i nieobjęci programem MFA.*

**5.3 Źródła informacji o programie oraz procedurze składania wniosków o przystąpienie do MFA.** Dodatkowe informacje o programie MFA oraz procedurze składania wniosku o przystąpienie do programu podsumowano w załączonym DODATKU, *Część IV, Informacje o programie i procedurze składania wniosków o przystąpienie do MFA.*

**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.

**5.3.2 Ubieganie się o udział w programie MFA.** Aby ubiegać się o udział w programie MFA pacjent musi wykazać pilną potrzebę wynikającą ze stanu rachunku za nieuregulowane saldo za usługi KP, umówionej wizyty w placówce KP lub recepty aptecznej zamówionej przez usługodawcę KP na opisane powyżej usługi objęte programem. 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 Badanie pacjentów pod kątem kwalifikowalności do programów publicznych i prywatnych.** KFHP/H zachęca wszystkie osoby do ubiegania się o ubezpieczenie zdrowotne w celu zapewnienia dostępu do usług opieki zdrowotnej, informacji na temat ogólnego stanu zdrowia oraz ochrony własności. KFHP/H świadczy usługi doradztwa finansowego pacjentom ubiegającym się o przystąpienie do programu MFA,



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 6 z 21</b>

aby ustalić, czy istnieją ewentualnie inne państwowe lub prywatne programy ubezpieczenia zdrowotnego, z których pacjent może skorzystać w ramach opieki zdrowotnej. Pacjent, który teoretycznie posiada uprawnienia do korzystania z programu państwowej lub prywatnej służby zdrowia, powinien złożyć wniosek o objęcie tymi programami.

**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 innych państwowych i prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego, wymagane jest podanie kompletnych danych osobistych, informacji finansowych oraz innego rodzaju informacji. Wniosek o skorzystanie z MFA może zostać odrzucony z powodu niekompletności informacji. Informacje można przekazać na piśmie, osobiście lub telefonicznie.

**5.4.1 Weryfikacja statusu finansowego.** Status finansowy pacjenta weryfikowany jest za każdym razem, gdy pacjent ubiega się o pomoc. Jeśli status finansowy pacjenta można zweryfikować przy pomocy zewnętrznych źródeł danych, złożenie przez niego dokumentacji finansowej może nie być konieczne.

**5.4.2 Przekazanie informacji finansowych i innego rodzaju informacji.** Jeśli nie można zweryfikować statusu finansowego pacjenta przy pomocy zewnętrznych źródeł danych, pacjent może przekazać informacje wskazane we wniosku o przystąpienie do programu MFA, aby umożliwić weryfikację swojego statusu finansowego.

**5.4.2.1 Kompletnie informacje.** Prawo pacjenta do przystąpienia do programu MFA ustalone zostaje po otrzymaniu wszystkich żądanych informacji osobistych, finansowych i innego rodzaju informacji.

**5.4.2.2 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.

**5.4.2.3 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 mu dokumenty mogą służyć za potwierdzenie jego prawa do skorzystania z programu.

**5.4.2.4 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 pomocy zewnętrznych źródeł danych, (2) żądane informacje finansowe nie są dostępne oraz gdy (3) brak jest innych





<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 7 z 21</b>

dowodów na potwierdzenie prawa pacjenta do skorzystania z programu. Pacjent ma obowiązek podać podstawowe informacje finansowe oraz poświadczyć prawdziwość tych informacji w przypadku gdy:

- 5.4.2.4.1** jest bezdomny, lub
- 5.4.2.4.2** 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, lub
- 5.4.2.4.3** został dotknięty przez powszechnie znaną katastrofę, jaka miała miejsce na terenie kraju lub w określonym regionie (patrz Sekcja 5.11 poniżej).

**5.4.3 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 i można wziąć pod uwagę okoliczności faktyczne.

**5.5 Domniemane określenie prawa przystąpienia do programu.** Pacjent, który nie złożył wniosku, może uzyskać prawo do przystąpienia do programu MFA na podstawie informacji innych niż przez niego podanych. Jeżeli pacjent uzyska prawo udziału w programie, nie musi podawać danych osobowych, finansowych ani innych informacji w celu weryfikacji jego stanu majątkowego i może automatycznie otrzymać świadczenia z programu MFA. Domniemywa się, że pacjent ma prawo udziału w programie, jeśli został wstępnie zakwalifikowany lub został uznany jako osoba posiadająca nieściągalne długi, jak opisano poniżej:

**5.5.1 Wstępnie zakwalifikowany.** Zakłada się, że, na podstawie weryfikacji statusu finansowego, pacjent posiadający prawo do udziału w programie pomocy publicznej i prywatnej może przystąpić do programu MFA. Pacjent zostanie wstępnie zakwalifikowany jeśli:

- 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, lub
- 5.5.1.2** jest uczestnikiem społecznego programu korzyści KP mającego na celu ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej dla pacjentów o niskich dochodach i wstępnie zakwalifikowanych do udziału w programie przez wyznaczonych pracowników KFHP/H, lub
- 5.5.1.3** jest uczestnikiem wiarygodnego programu ubezpieczenia zdrowotnego opartego na kryterium dochodowym (np.



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 8 z 21</b>

programu dofinansowania dla osób o niskich dochodach (Medicare), lub

**5.5.1.4** otrzymał świadczenie z programu MFA w okresie ostatnich 30 dni.

**5.5.2 Uznany jako osoba posiadająca nieściągalne długi.** Po wyczerpaniu wszystkich innych praw do udziału i źródeł płatności, pacjent, który otrzymał świadczenie w formie opieki w placówce KP, a istnieją przesłanki występowania trudności finansowych w jego przypadku (np. zaległości), może zostać poddany weryfikacji pod kątem posiadania przez niego prawa do udziału w programie przy użyciu zewnętrznych źródeł danych. Jeśli pacjent dysponuje takim prawem wówczas otrzymuje świadczenie w ramach programu MFA tylko w stopniu nieprzekraczającym wartości zadłużenia. Środki w ramach salda należnego za usługi kwalifikowane nie mogą być przekazywane do windykacji, podlegać dalszej windykacji ani stanowić części kosztów nieściągalnego długu KP.).

**5.6 Warunki przystąpienia do programu.** Jak wskazano w podsumowaniu w załączonym DODATKU, *Część V, Warunki przystąpienia do programu*, 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.

**5.6.1 Kryteria dochodowe.** Ocenia się sytuację pacjenta, aby ustalić, czy spełnia kryteria dochodowe przystąpienia do programu.

**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 wysokości ustalonej jako procent ustawowej granicy ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG) KFHP/H, ma prawo do pomocy finansowej.

**5.6.1.2 Dochód gospodarstwa domowego.** Wymagania dochodowe stosuje się do członków rodziny w gospodarstwie domowym. Gospodarstwo domowe to jedna osoba lub grupa mieszkających wspólnie dwóch lub więcej osób spokrewnionych, powiązanych w wyniku zawarcia związku małżeńskiego lub przysposobienia. Członkami gospodarstwa domowego mogą być małżonkowie, partnerzy, dzieci, krewni opiekunów, dzieci krewnych opiekunów oraz inne osoby mieszkające w gospodarstwie domowym, za które osoba samotna, małżonek, partner lub rodzic jest finansowo odpowiedzialny.

**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





<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 9 z 21</b>

za usługi objęte programem w okresie ostatnich 12 miesięcy jest wyższy lub równy 10% rocznego dochodu gospodarstwa domowego, ma prawo do pomocy finansowej.

**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, przeglądy stomatologiczne i środki farmaceutyczne poniesione w placówkach nieobsługiwanych przez KP związane ze świadczeniem usług 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.

**5.6.2.1.3 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 lub ustnie o negatywnym rozpatrzeniu jego prośby.

**5.7.2 Odwołanie się od decyzji odmownej MFA.** Jeśli pacjent uważa, że jego wniosek lub informacje nie zostały należycie rozważone, ma prawo odwołać się od decyzji. Pouczenie o procedurze odwoławczej znajdują się w powiadomieniu o negatywnym rozpatrzeniu wniosku o przystąpienie do programu MFA. Odwołania rozpatrywane są przez wyznaczonych pracowników KFHP/H.

**5.8 Struktura świadczeń.** Świadczenia w ramach MFA są zapewniane tylko w przypadku przeterminowanych lub niespłaconych zaległości przed uznaniem ich za długi nieściągalne oczekujące na spłatę. Świadczenia w ramach MFA mogą również obejmować okres uprawniający do wszelkich wymaganych usług uzupełniających określony przez usługodawcę KP.

**5.8.1 Podstawa przyznania świadczenia.** Wydatki pacjenta opłacane w ramach programu MFA zależą od tego, czy pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne oraz od wysokości dochodu w gospodarstwie domowym pacjenta.



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 10 z 21</b>

**5.8.1.1 Pacjent uprawniony do udziału w programie MFA nieposiadający ubezpieczenia zdrowotnego (pacjent nieubezpieczony).** Uprawniony nieubezpieczony pacjent otrzymuje zniżkę na wszelkie wydatki na usługi objęte ubezpieczeniem.

**5.8.1.2 Pacjent uprawniony do udziału w programie MFA posiadający ubezpieczenie zdrowotne (pacjent ubezpieczony).** Uprawniony ubezpieczony pacjent otrzymuje zniżkę na wszelkie wydatki na usługi objęte programem, (1) za które pacjent ten jest osobiście odpowiedzialny oraz (2) które nie są opłacane przez jego ubezpieczyciela. Pacjent ma obowiązek przedstawić odpowiednią dokumentację, np. opis świadczeń (Explanation of Benefits, EOB), aby móc ustalić, jaka część rachunku nie jest objęta ubezpieczeniem.

**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 Harmogogram zniżek.** Dodatkowe informacje o dostępnych zniżkach w ramach programu znajdują się w DODATKU, *Część VI, Harmonogram zniżek.*

**5.8.1.4 Zwrot środków z tytułu rozliczeń.** KFHP/H dochodzi zwrotu środków z tytułu rozliczeń ze stronami trzecimi/w ramach ubezpieczenia osobowego, płatnikami i innymi stronami odpowiedzialnymi zgodnie z prawem.

**5.8.2 Okres uprawnienia do świadczenia.** Okres uprawnienia do usług pozakupowych rozpoczyna się od dnia wydania zgody na udział w programie lub dnia świadczenia usług lub dnia wydania lekarstw. Okres kwalifikowalności jest ograniczony czasowo i jest ustalany wedle uznania KP na różne sposoby, w tym:

**5.8.2.1 Na określony okres czasu:** maksymalnie 365 dni do wykorzystania na usługi kontrolne i weryfikację zaległych kosztów pacjentów zidentyfikowane przed uznaniem nieściągalnego długu.

**5.8.2.2 Specjalistyczne usługi pielęgniarские i Usługi opieki pośredniej:** maksymalnie 30 dni w przypadku usług świadczonych poza placówką KP.

**5.8.2.3 Pomocniczy sprzęt medyczny:** maksymalnie 180 dni na sprzęt medyczny dostarczony przez dostawcę.

**5.8.2.4 Na czas trwania leczenia lub przypadek świadczenia usług:** maksymalnie 180 dni dla określonego leczenia i/lub



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 11 z 21</b>

przypadku świadczenia usług zgodnie z ustaleniami usługodawcy KP.

- 5.8.2.5 Pacjenci, którzy potencjalnie mają prawo do skorzystania z publicznych i prywatnych programów opieki zdrowotnej:** maksymalnie 90 dni na udzielenie pomocy pacjentowi podczas ubiegania się o publiczne i prywatne programy ubezpieczenia zdrowotnego.
- 5.8.2.6 Świadczenie jednorazowe na realizację recepty.** Zanim pacjent złoży wniosek o udział w programie MFA ma on prawo otrzymania jednorazowego świadczenia na zakup środków farmaceutycznych, jeśli pacjent (1) nie pobiera świadczenia z programu MFA, (2) realizuje receptę wystawioną przez usługodawcę KP w aptece KFHP/H, oraz (3) stwierdzi, że nie jest w stanie zapłacić za przepisane na receptę leki. Świadczenie jednorazowe jest ograniczone na okres 30 dni i obejmuje uzasadnione środki medyczne uznane za właściwe ze względów medycznych przez usługodawcę KP.
- 5.8.2.7 Wniosek o przedłużenie okresu otrzymywania świadczenia.** Począwszy od trzydziestego (30) dnia przed datą wygaśnięcia istniejącego świadczenia i w dowolnym późniejszym czasie pacjent może ponownie zgłosić się do programu.
- 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 w 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.



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 12 z 21</b>

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

**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 naliczane opłaty (Amount Generally Billed, AGB).

**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, określone są dla placówek KP zgodnie z zasadami opisanymi w załączonym DODATKU, *Część VII, Podstawy obliczania powszechnie pobieranych opłat (z ang. AGB)*.

**5.10 Windykacja należności.**

**5.10.1 Zasadne starania zmierzające do powiadomienia pacjenta.**

KFH/HP 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 (Extraordinary Collection Actions, ECA), 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;

**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 udziału w programie na żądanie, przed przekazaniem zaległości pacjentów firmie windykacyjnej.



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 13 z 21</b>

**5.10.2 Wstrzymanie nadzwyczajnych działań windykacyjnych.** KFHP/H nie podejmuje nadzwyczajnych działań windykacyjnych (ECA) 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 MFA po wszczęciu procedury nadzwyczajnych działań windykacyjnych (ECA). 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 (ECA) 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

**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 za pomocą 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 podejmowania 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;



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 14 z 21</b>

**5.10.3.3.2** wszczęcie postępowania sądowego lub wniesienie pozwu cywilnego. Pozwy nie są składane w przypadku osób bezrobotnych lub nieposiadających innego źródła znaczącego dochodu;

**5.10.3.3.3** 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, odmowa lub żądanie płatności z powodu nieuiszczenia poprzednich należności przez właściciela konta, 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 Partnerstwo na rzecz reagowania na klęski naturalne.** KFHP/H może tymczasowo zmodyfikować kryteria kwalifikowalności do programu MFA i procedury składania wniosków, aby zwiększyć pomoc dostępną dla społeczeństwa i pacjentów dotkniętych powszechnie znanym wydarzeniem, które zostało uznane za klęskę przez rząd stanowy lub federalny.

**5.11.1 Potencjalne zmiany w przydzielaniu praw do udziału w programie.** Tymczasowe zmiany kryteriów kwalifikowalności MFA do pomocy makrofinansowej mogą obejmować:

**5.11.1.1** zawieszanie ograniczeń kwalifikacyjnych;

**5.11.1.2** podniesienie progu kryteriów testowania środków;

**5.11.1.3** obniżenie progu kryteriów wysokich wydatków medycznych.

**5.11.2 Potencjalne zmiany w procesie składania wniosków.** Tymczasowe zmiany w procesie ubiegania się o MFA mogą obejmować:

**5.11.2.1** umożliwienie pacjentom przekazania podstawowych informacji finansowych (np. informacji o ewentualnym dochodzie oraz źródło dochodu) i poświadczenie prawdziwości tych informacji w przypadku, gdy (1) jego statusu finansowego nie można zweryfikować przy pomocy zewnętrznych źródeł danych, (2) żądane informacje finansowe nie są dostępne w wyniku zdarzenia oraz gdy (3) brak jest innych dowodów na potwierdzenie prawa pacjenta do skorzystania z programu;



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 15 z 21</b>

**5.11.2.2** uwzględnienie wpływu zapowiadającej się utraty wynagrodzeń/zatrudnienia w wyniku zdarzenia przy ustalaniu dochodu gospodarstwa domowego.

**5.11.3 Informacje publicznie dostępne.** Informacje o tymczasowych zmianach w programie MFA są udostępniane na stronie internetowej programu MFA oraz w placówkach KP na obszarach objętych programem.

## **6.0 Dokumenty pomocnicze/Załączniki**

- 6.1** Załącznik A – Definicje stosowanych pojęć
- 6.2** Ustawy, przepisy i materiały źródłowe
  - 6.2.1** 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])
  - 6.2.2** Rejestr Federalny i coroczna ustawowa granica ubóstwa
  - 6.2.3** Publikacja amerykańskiego Urzędu Skarbowego, 2014 r. Instrukcje dla Załącznika H (druk 990)
  - 6.2.4** Zawiadomienie amerykańskiego Urzędu Skarbowego 2010-39
  - 6.2.5** 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
  - 6.2.6** California Hospital Association – Regulamin świadczenia pomocy finansowej i świadczeń społecznych, wyd. z 2015 r.
  - 6.2.7** Catholic Health Association of the United States – Zasady planowania i zgłaszania świadczeń społecznych, wydanie z 2012 r.
- 6.3** Listy usługodawców
  - 6.3.1** Na witrynach KFHP/H dostępne są listy usługodawców dla:
    - 6.3.1.1** Kaiser Permanente of Hawaii
    - 6.3.1.2** Kaiser Permanente of Northwest
    - 6.3.1.3** Kaiser Permanente of Northern California
    - 6.3.1.4** Kaiser Permanente of Southern California
    - 6.3.1.5** Kaiser Permanente of Washington



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 16 z 21</b>

### **Załącznik A Definicje stosowanych pojęć**

**Spółeczny program MFA (Community MFA, CMFA)** dotyczy zaplanowanych programów medycznej pomocy finansowej opartych na współpracy z organizacjami świadczącymi w sieci punktów konieczną opiekę medyczną pacjentom nieubezpieczonym i niedoubezpieczonym o niskich dochodach w placówkach KP.

**Agencja windykacyjna** dotyczy osoby, która w drodze bezpośredniego lub pośredniego działania prowadzi lub praktykuje windykację lub usiłuje odzyskać dług na rzecz wierzyciela lub nabywcy długu rzekomo lub realnie jemu należny.

**Pomocniczy sprzęt medyczny (DME)** 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 protezy, protez (np. ruchomych szyn/ortez oraz sztucznej krtani i środków) oraz towarów dostępnego bez recepty i sprzętu miękkiego (np. sprzętu urologicznego i zaopatrzenia ran).

**Uprawiony pacjent** to osoba, która spełnia kryteria udziału w programie określone w niniejszej polityce, bez względu na to, czy 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 giełdy ubezpieczeń zdrowotnych); (3) jest objęta programem ubezpieczenia innym niż KFHP; lub (4) kwalifikuje się do usługi KFHP.

**Zewnętrzne źródła danych** to zewnętrzni dostawcy, którzy weryfikują dane osobowe pacjenta w celu oceny potrzeb finansowych, wykorzystując model oparty na publicznych bazach danych, na podstawie których ocenia się każdego pacjenta w oparciu o jednakowe standardy w celu obliczenia zdolności finansowej pacjenta.

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

**Doradztwo finansowe** to 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.

**Bezdomny** oznacza status osoby, która mieszka w jednym z miejsc wymienionych poniżej lub znajduje się w jednej z poniższych sytuacji:

- osoba, która mieszka w miejscu nieprzeznaczonym do zamieszkania przez ludzi, takim jak samochody, parki, chodniki, opuszczone budynki (na ulicy); lub
- osoba, która mieszka w schronisku dla osób w potrzebie; lub
- 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 czasu (maks. 30 kolejnych dni) przebywa w szpitalu lub innej instytucji;

<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 17 z 21</b>

### **Załącznik A Definicje stosowanych pojęć (cd.)**

- 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 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).

**Kryterium dochodowe** to 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 tę osobę jest wyższy niż określony procent ustawowej granicy ubóstwa.

**Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)** 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 należy spełnić warunki określone w programie.

**Materiały medyczne** oznaczają materiały medyczne jednorazowego użytku, takie jak szyny, temblaki, opatrunki i bandaże, które zalecone 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.

**Koszt** opieki oznacza część opłat naliczanych pacjentowi za opiekę otrzymaną w placówkach KP (np. szpitalach, przychodniach szpitalnych, ośrodkach medycznych, gabinetach lekarskich i aptekach ambulatoryjnych), która nie jest objęta ubezpieczeniem lub programem opieki zdrowotnej finansowanym 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 opłacenie części płatności za lekarstwa sprzedawane na receptę refundowanych w ramach programu Medicare Część D wykupywanych w aptekach przyszpitalnych.

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

<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 18 z 21</b>

**Załącznik A**  
**Definicje stosowanych pojęć (cd.)**

**Osoba niedoubezpieczona** to 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 w powodu konieczności samodzielnego poniesienia kosztów.

**Osoba nieubezpieczona** to 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** obejmuje 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** to procedura wszczęta przez sąd, który nakazuje władzom doprowadzenie przed sąd osoby, która dopuściła się obrazy sądu; procedura ta podobna jest do nakazu aresztowania.



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 19 z 21</b>

**DODATEK: Kaiser Permanente of Southern California**

**DATA OBOWIĄZYWANIA DODATKU: 1 stycznia 2022 r.**

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Niniejsza polityka dotyczy wszystkich placówek KFHP/H (tj. szpitali, przychodni szpitalnych, ośrodków medycznych i gabinetów lekarskich) oraz aptek ambulatoryjnych. Kaiser Foundation Hospitals w Południowej Kalifornii obejmuje:

KFH Anaheim	KFH Moreno Valley
KFH Irvine	KFH San Diego
KFH Baldwin Park	KFH West Los Angeles
KFH Fontana	KFH Woodland Hills
KFH South Bay	KFH Downey
KFH Los Angeles	KFH Ontario
KFH Panorama	KFH Zion
KFH Riverside	

Uwaga: Kaiser Foundation Hospitals przestrzegają zasad ustalania uczciwych cen za usługi świadczone przez szpitale oraz art. 127400 Kodeksu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa stanu Kalifornia.

- II. Dodatkowe usługi objęte i nieobjęte programem MFA. Dodatkowe usługi objęte programem świadczone w wyjątkowych przypadkach.**
- Transport pacjentów bezdomnych.** Dostępny dla pacjentów bezdomnych w przypadku nagłych wypadków lub innych sytuacji, aby ułatwić wypisanie ze szpitala KP lub oddziałów ratowniczych KP
  - Dodatkowe usługi nieobjęte programem MFA.**
    - Aparaty słuchowe
    - Środki optyczne
    - Wydatki związane z programem udziału własnego Med-Cal Share of Cost (z ang. SoC).** SoC to integralna część programu Medi-Cal, która ma na celu zapewnić świadczenia opieki zdrowotnej, aby pomóc tym beneficjentom programu Medi-Cal, którzy uzyskują dochód zbliżony do górnej granicy progu dochodowego. Program MFA nie można stosować do kwot SoC, ponieważ SoC jest uznawana przez rząd za kwotę, którą pacjent musi zapłacić, zanim uzyska prawo do udziału w programie Medicaid.
- III. Usługodawcy objęci i nieobjęci programem MFA.** Lista usługodawców Kaiser Foundation Hospitals, objętych i nieobjętych programem MFA, podana jest do wiadomości publicznej i dostępna bezpłatnie w witrynie programu MFA KFHP/H [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).



<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 20 z 21</b>

**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 (tj. 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 osobiście, telefonicznie lub na piśmie. (Patrz punkty 5.3 i 5.4 powyżej).

- a. **Wypełnij i prześlij wniosek online ze strony KFHP/H.** Pacjent może wypełnić i przesłać wniosek drogą elektroniczną ze strony internetowej MFA pod adresem [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).
- b. **Pobierz informacje o programie ze strony KFHP/H** Informacje o programie dostępne są na stronie MFA pod adresem: [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).
- c. **Poproś o przesłanie informacji drogą elektroniczną.** Informacje o programie w formacie elektronicznym można otrzymać na żądanie za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- d. **Uzyskaj informacje o programie lub złóż wniosek o przystąpienie do programu osobiście.** Informacje o programie dostępne są w Izbach Przyjęć w placówkach Kaiser Foundation Hospitals wymienionych w Części I, *Kaiser Foundation Hospitals*.
- 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. Doradcy dyżurują pod numerem telefonu:  
  
Numer(y) telefonu: 1-800-390-3507
- 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  
Attention: Medical Financial Assistance  
P.O. Box 7086  
Pasadena, CA 91109-7086

- g. **Złóż wypełniony wniosek osobiście.** Wypełnione wnioski można składać osobiście w Izbie Przyjęć w każdej placówce Kaiser Foundation Hospital.

**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 sekcja 5.6.1 powyżej).

- a. Kryteria dochodowe: Maksymalnie 400% ustawowej granicy ubóstwa.





<b>Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej (z ang. MFA)</b>	<b>Numer programu: NATL.CB.307</b>
<b>Właściciel programu: National Community Benefit</b>	<b>Data obowiązywania: 1 lutego 2021 r.</b>
<b>Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA</b>	<b>Strona: 21 z 21</b>

- b. Członkowie KFHP, których ubezpieczenie przewiduje udział własny, muszą spełnić kryterium wysokich kosztów medycznych, aby uzyskać prawo skorzystania z programu.

**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 spełnił kryteria dochodowe.** Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma 100% zniżki na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- b. **Pacjent spełnił kryteria wysokich kosztów medycznych.** Pacjent spełniający kryteria wysokich kosztów medycznych otrzyma 100% zniżki na koszt leczenia lub opłaty za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.

**VIII. Podstawa do obliczenia powszechnie pobieranych opłat** KFHP/H ustala wysokość powszechnie pobieranych opłat za pomoc doraźną lub inne świadczenia niezbędne ze względów medycznych, stosując metodę weryfikacji okresu przeszłego, mnożąc kwotę brutto za opłaty z tytułu opieki poprzez stawkę powszechnie pobieranych opłat. Informacje o wysokości stawek powszechnie pobieranych opłat oraz sposobie ich obliczania dostępna jest w witrynie KFHP/H MFA pod adresem [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

**IX. Refundacja.** W przypadku gdy pacjent zgłosił się do programu MFA i został zatwierdzony, inicjowany jest zwrot otrzymanych kwot przewyższających oczekiwane przez KFHP/H płatności od Medicare, Medi-Cal lub innego płatnika rządowego za pobyt w szpitalu i/lub profesjonalne usługi medyczne.

- a. Odsetki będą naliczane według stawki określonej w art. 685.010 Kodeksu postępowania cywilnego od dnia otrzymania płatności przez szpital. Obecnie wysokość odsetek wynosi 10%.