



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 1 z 22

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 (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.
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals oraz
- 3.3** podmioty zależne KFHP/H.
- 3.4** Niniejsza polityka ma zastosowanie wobec podmiotów Kaiser Foundation Hospitals 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 społeczny lub status imigranta, orientację seksualną, pochodzenie lub posiadanie albo nieposiadanie przez niego ubezpieczenia zdrowotnego.

Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 2 z 22

5.1 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 KP (np. szpitalach, ośrodkach medycznych i gabinetach medycznych), aptekach przyszpitalnych KFHP/H lub przez usługodawców Kaiser Permanente (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 „DAW” („Dispense as Written”) 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 (ang. Durable Medical Equipment, DME). Oferowany przez usługodawcę KP zgodnie ze wskazówkami wydawania DME (pomocniczego sprzętu medycznego) i dostarczony przez KFHP/H pacjentowi, który spełnia kryteria skorzystania z usług niezbędnych ze względów medycznych.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 3 z 22

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 Dodatkowe dostępne usługi objęte programem MFA. 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,

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, osobowej ochrony ubezpieczeniowej lub odszkodowaniami pracowniczymi.

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).



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 4 z 22

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 (Low Income Subsidy, LIS) 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 (LIS) lub są uczestnikami tego programu, zgodnie z regulaminem placówek świadczących usługi Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

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. Z programu wyłączone są usługi świadczone w gabinetach, ambulatoriach i oddziałach ratunkowych nieobsługiwanych przez KP oraz usługi opieki domowej, opieki w hospicjum, opieki rehabilitacyjnej oraz opieki długoterwałej.

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

5.1.2.6 Dodatkowe usługi nieobjęte programem MFA. 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.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 5 z 22

5.3.2 Wniosek o przystąpienie do MFA. 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 ustnie, telefonicznie lub na piśmie.

5.3.2.1 Sprawdzanie pacjentów pod kątem ich prawa do skorzystania z państwowego lub prywatnego ubezpieczenia. KFHP/H świadczy usługi doradztwa finansowego pacjentom ubiegającym się o przystąpienie do programu MFA, aby ustalić, czy istnieją ewentualnie inne państwowe lub prywatne programy ubezpieczenia zdrowotnego, z których pacjent może skorzystać w ramach opieki zdrowotnej. Jeśli stwierdzi się, że pacjent ma prawo skorzystać z państwowych lub prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego, ma on obowiązek złożyć wniosek o przystąpienie do owych programów.

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 osobowych, 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 osobowych, 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.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 6 z 22

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 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 ucierpiał w wyniku wystąpienia znanego krajowego lub regionalnego zdarzenia określanego jako katastrofa / klęska żywiołowa (patrz punkt 5.11 poniżej).

5.4.3 Wstępna kwalifikacja pacjentów. Zakłada się, że pacjent spełnia warunki przystąpienia do programu i nie musi przedstawiać podstawowych informacji osobistych, finansowych i innego rodzaju informacji w celu zweryfikowania swojego statusu finansowego, jeśli pacjent:

5.4.3.1 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



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 7 z 22

5.4.3.2 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

5.4.3.3 jest uczestnikiem wiarygodnego programu ubezpieczenia zdrowotnego opartego na kryterium dochodowym (np. programu dofinansowania dla osób o niskich dochodach Medicare, ang. Medicare Low Income Subsidy Program), lub

5.4.3.4 otrzymał świadczenie z programu MFA w okresie ostatnich 30 dni.

5.4.4 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 prawo do skorzystania z programu. Pacjent, który nie składał wniosku o udział w programie, może zostać uznany za uprawnionego do udziału w programie MFA, jeśli jego status finansowy można potwierdzić za pośrednictwem zewnętrznych źródeł danych. W przypadku uznania prawa pacjenta do udziału w programie, może on automatycznie otrzymać świadczenie z programu MFA i otrzymać odpowiednie powiadomienie z możliwością odmowy skorzystania z programu pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej. Pacjent może być wskazany jako osoba uprawniona, jeśli:

5.5.1 jest nieubezpieczony oraz (1) ma wyznaczony termin wizyty i skorzystania z usług objętych programem w placówce KP, (2) nie wskazał, że posiada ubezpieczenie zdrowotne oraz (3) domniemywa się, że nie ma prawa skorzystać z programu Medicaid;

5.5.2 skorzystał z usług w placówce KP i istnieją przesłanki wskazujące na trudności finansowe (np. zaległe płatności wykryte przed informacją o nieściągalnych długach).

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 jest mniejszy lub równy wysokości ustalonej przez KFHP/H jako procent ustawowej granicy ubóstwa (ang. Federal Poverty Guidelines, FPG), ma prawo do pomocy finansowej.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 8 z 22

5.6.1.2 Dochód gospodarstwa domowego. Wymagania dochodowe stosuje się do członków rodziny w gospodarstwie domowym. Rodzina to grupa mieszkających wspólnie dwóch lub więcej osób spokrewnionych, powiązanych w wyniku zawarcia związku małżeńskiego lub przysposobienia. Przez członków rodziny można rozumieć współmałżonków, uprawnioną stronę związku partnerskiego, dzieci, krewnych opiekuna oraz dzieci krewnych opiekuna, 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 o dowolnym poziomie dochodów w gospodarstwie domowym, w przypadku którego poniesione bezpośrednio przez pacjenta koszty opieki medycznej i koszty środków farmaceutycznych za usługi objęte programem w okresie ostatnich 12 miesięcy są wyższe lub równe wysokości kryterium wysokich kosztów medycznych w wysokości 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 współpłatności, 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 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.

Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 9 z 22

- 5.7.2 Odwołanie się od decyzji odmownej.** 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 z programu MFA stosuje się wyłącznie do płatności przeterminowanych lub zaległych. Okres uprawnienia do świadczenia z programu MFA jest ograniczony i może się zmienić.
- 5.8.1 Podstawa przyznania świadczenia.** Wydatki opłacane w ramach programu MFA zależą od tego, czy pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne oraz od wysokości dochodów domowych pacjenta.
- 5.8.1.1 Pacjent uprawniony do udziału w programie nieposiadający ubezpieczenia zdrowotnego (pacjent nieubezpieczony).** Uprawniony nieubezpieczony pacjent otrzymuje zniżkę na wszystkie usługi objęte ubezpieczeniem.
- 5.8.1.2 Pacjent uprawniony do udziału w programie posiadający ubezpieczenie zdrowotne (pacjent ubezpieczony).** Uprawniony ubezpieczony pacjent otrzymuje zniżkę na tę część rachunku na wszystkie 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 wszelki płatności za usługi świadczone przez KFHP/H, które pacjent otrzyma od swojego ubezpieczyciela.
- 5.8.1.3 Harmonogram zniżek.** Dodatkowe informacje o dostępnych zniżkach w ramach niniejszej polityki są podsumowane w załączonym 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 / osobowej ochrony ubezpieczeniowej, rozliczeń z płatnikami i innymi stronami odpowiedzialnymi zgodnie z prawem.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 10 z 22

5.8.2 Okres uprawnienia do świadczenia. Okres uprawnienia do świadczenia z programu MFA rozpoczyna się od dnia wydania zgody na udział w programie lub dnia świadczenia usług lub dnia wydania leków. Jak wskazano w podsumowaniu w załączonym DODATKU, *Część VII, Okres uprawnienia do świadczenia*, okres uprawnienia do świadczenia z programu MFA dla uprawnionego pacjenta ustala się na wiele sposobów, w tym m.in.:

5.8.2.1 Na określony okres czasu;

5.8.2.2 Na czas trwania leczenia lub przypadek świadczenia usług. Świadczenia udzielane na czas trwania określonego leczenia lub przypadku świadczenia usług zgodnie z ustaleniami usługodawcy KP.

5.8.2.3 Pacjenci, którzy mają prawo skorzystać z państwowych lub prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego. Można przyznać tymczasowe świadczenie z programu MFA, aby pomóc pacjentowi, kiedy ten ubiega się o przystąpienie do państwowego lub prywatnego programu ubezpieczenia zdrowotnego.

5.8.2.4 Świadczenie jednorazowe na realizację recepty. Zanim pacjent złoży wniosek o udział w programie MFA, pacjent ma 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 obejmuje uzasadnione środki medyczne uznane za właściwe ze względów medycznych przez usługodawcę KP.

5.8.2.5 Wniosek o przedłużenie okresu otrzymywania świadczenia. Pacjent może poprosić przedłużenia okresu otrzymywania świadczenia z programu MFA, pod warunkiem że nadal spełnia warunki udziału w programie MFA. Wnioski o przedłużenie okresu otrzymywania świadczeń rozpatrywane są indywidualnie.

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.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 11 z 22

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.

5.9 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 (Amounts Generally Billed, AGB).

5.9.1 Powszechnie naliczane opłaty. Powszechnie naliczane opłaty (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 VIII, Podstawy obliczania powszechnie naliczanych opłat (AGB)*.

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;



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 12 z 22

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.

5.10.2 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 po wszczęciu procedury nadzwyczajnych działań windykacyjnych. Nadzwyczajne działania windykacyjne (ECA) 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.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 13 z 22

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;

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, 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 Działania w obliczu katastrofy. KFHP/H może tymczasowo zmodyfikować warunki przystąpienia do programu MFA i zasady procesu ubiegania się o udział w tym programie, aby zwiększyć poziom zapewnianej pomocy dostępnej dla społeczności i pacjentów dotkniętych skutkami znanego zdarzenia, które zostało zakwalifikowane przez rząd stanowy lub federalny jako klęska/katastrofa.

5.11.1 Potencjalne modyfikacje warunków przystąpienia do programu.

Tymczasowe zmiany warunków przystąpienia do programu MFA mogą obejmować:

5.11.1.1 zawieszenie ograniczeń w ubieganiu się o udział w programie;



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 14 z 22

5.11.1.2 podniesienie granicy kryteriów dochodowych;

5.11.1.3 obniżenie granicy kryterium wysokich kosztów medycznych.

5.11.2 Potencjalne modyfikacje procesu ubiegania się o udział w programie. Tymczasowe zmiany w procesie ubiegania się o udział w programie MFA mogą obejmować:

5.11.2.1 pozwolenie pacjentom na podawanie podstawowych informacji finansowych (np. dochodów, jeżeli pacjent ma dochody, oraz ich źródła) i poświadczenie prawdziwości tych danych w przypadku gdy (1) status finansowy pacjenta nie może zostać zweryfikowany przy użyciu zewnętrznych źródeł informacji, (2) wymagane informacje finansowe nie są dostępne ze względu na klęskę/katastrofę oraz (3) nie ma innych dowodów poświadczających spełnianie warunków przystąpienia do programu;

5.11.2.2 branie pod uwagę wpływu utraty przyszłych dochodów / zatrudnienia ze względu na klęskę/katastrofę podczas określania dochodu gospodarstwa domowego.

5.11.3 Publiczne udostępnianie informacji. Informacje dotyczące tymczasowych zmian w funkcjonowaniu programu MFA są udostępniane publicznie na stronie internetowej programu MFA oraz w placówkach KP na terenach objętych klęską/katastrofą.

6.0 Materiały referencyjne/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 Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines (Rejestr Federalny i coroczna ustawowa granica ubóstwa)

6.2.3 Internal Revenue Service Publication (Publikacja amerykańskiego Urzędu Skarbowego), 2014 r. Instrukcje dla Załącznika H (druk 990)

6.2.4 Zawiadomienie amerykańskiego Urzędu Skarbowego 2010-39 (Internal Revenue Service Notice 2010-39)

6.2.5 Amerykański Kodeks podatkowy (Internal Revenue Service Code), 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

Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 15 z 22

- 6.2.6** California Hospital Association – Regulamin świadczenia pomocy finansowej i świadczeń społecznych (Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws), wyd. z 2015 r.
- 6.2.7** Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit (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 - Hawaii
 - 6.3.1.2** Kaiser Permanente - Northwest
 - 6.3.1.3** Kaiser Permanente - Northern California
 - 6.3.1.4** Kaiser Permanente – Southern California
 - 6.3.1.5** Kaiser Permanente - Washington

Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 16 z 22

Załącznik A

Definicje stosowanych pojęć

Spółeczny program MFA (z ang. 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.

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 protetycznego, 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, 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 to zewnętrzni usługodawcy, biura zdolności kredytowej itp., którzy przekazują informacje finansowe wykorzystywane przez KP w celu zweryfikowania lub potwierdzenia statusu finansowego pacjenta podczas dokonania oceny prawa pacjenta do skorzystania z programu MFA.

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;

Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 17 z 22

Załącznik A

Definicje stosowanych pojęć (c.d.)

- 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, 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.

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 w terenie, w takich miejscach jak szpital państwowy, przychodnia, kościół, schronisko dla bezdomnych, mobilny oddział opieki lekarskiej, szkoła, itp.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 18 z 22

Załącznik A

Definicje stosowanych pojęć (c.d.)

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.

Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 19 z 22

DODATEK: Kaiser Permanente Southern California

I. Kaiser Foundation Hospitals. Niniejsza polityka ma zastosowanie do następujących podmiotów Kaiser Foundation Hospital w regionie Kalifornii Południowej:

KFH Anaheim	KFH Moreno Valley
KFH Irvine	KFH San Diego
KFH Baldwin Park	KFH West Los Angeles
KFH Fontana	KFH Woodland Hills
KFH Harbor City	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 Kcalifornia (Hospital Fair Pricing Policies, California Health & Safety Code).

II. Dodatkowe usługi objęte i nieobjęte programem MFA.

- a. **Transport pacjentów bezdomnych.** Dostępny dla pacjentów bezdomnych w przypadku nagłych wypadków lub innych sytuacji, aby ułatwić wypisanie ze szpitala KP lub oddziałów ratowniczych KP
- b. **Dodatkowe usługi nieobjęte programem MFA.** W niektórych sytuacjach program MFA można zastosować do usług świadczonych w placówkach nieobsługiwanych przez KP i pomocniczego sprzętu medycznego (ang. DME – Durable Medical Equipment), który został przepisany lub zalecony przez usługodawców KP dla pacjenta, który spełnia kryteria wysokich kosztów medycznych (patrz punkt 5.6.2 powyżej, Kryterium wysokich kosztów medycznych).
 - i. **Specjalistyczna opieka pielęgniarska.** Udzielona w zakontraktowanej placówce KP pacjentowi o wskazanych potrzebach medycznych zgodnie z zaleceniami usługodawcy KP w celu umożliwienia wypisu ze szpitala.
 - ii. **Pomocniczy sprzęt medyczny (ang. Durable Medical Equipment).** Dostarczony przez sprzedawcę, zamówiony przez usługodawcę KP za pośrednictwem Działu Pomocniczego Sprzętu Medycznego (DME) KFHP/H zgodnie ze wskazówkami wydawania pomocniczego sprzętu medycznego i dostarczony przez zakontraktowanego dostawcę pacjentowi, którzy spełnia kryteria skorzystania z usług niezbędnych ze względów medycznych.



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 20 z 22

c. Dodatkowe usługi nieobjęte programem MFA.

- i. Aparaty słuchowe
- ii. Środki optyczne
- iii. **Wydatki związane z programem udziału w kosztach Med-Cal (ang. Share of Cost, 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. Programu MFA nie można stosować do opłat za usługi poniżej wysokości SoC.

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.

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. podsumowanie zasad uczestnictwa lub 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 ustnie, telefonicznie lub na piśmie. (Patrz punkty 5.3 i 5.4 powyżej).

- a. **Pobierz informacje o programie z witryny KFHP/H.** Informacje o programie dostępne są w witrynie MFA pod adresem: www.kp.org/mfa/scal.
- b. **Poproś o przesłanie informacji drogą elektroniczną.** Informacje o programie w formacie elektronicznym można na żądanie otrzymać za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- c. **Odbierz 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*.
- d. **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



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 21 z 22

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

Kaiser Permanente
Attention: Medical Financial Assistance
P.O. Box 7086
Pasadena, CA 91109-7086

- f. **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 punkt 5.6.1 powyżej).

- Kryteria dochodowe: Maksymalnie 350% ustawowej granicy ubóstwa.
- Członkowie KFHP, których ubezpieczenie przewiduje udział własny, muszą spełnić kryterium wysokich kosztów medycznych, aby uzyskać prawo skorzystania z programu.

VI. Harmonogram zniżek. Wysokość opłat pobieranych przez KP od pacjenta kwalifikującego się do otrzymania pomocy finansowej uzależniona jest od rodzaju zastosowanych kryteriów kwalifikacji pacjenta do programu.

- Pacjent spełnia kryteria dochodowe.** Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma 100% zniżki na część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- Pacjent spełnia kryterium wysokich kosztów medycznych.** Pacjent spełniający kryterium wysokich kosztów medycznych otrzyma 100% zniżki na opłaty za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.

VII. Okres uprawnienia do świadczenia. Świadczenia z programu MFA należne są od dnia wydania zgody na udział w programie lub dnia świadczenia usług lub dnia wydania lekarstw. Okres uprawnienia do świadczenia z programu MFA jest ograniczony. (Patrz punkt 5.8.2 powyżej).

- Maksymalny okres uprawnienia opiera się na określonym przedziale czasowym:
 - Standardowe świadczenie dla usług objętych programem: do 365 dni, w tym wszystkie zaległe płatności i wymagane opłaty
 - Świadczenia dla nieubezpieczonych pacjentów posiadających domniemane prawo skorzystania z programu: 30 dni



Nazwa programu: Program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej	Numer programu: NATL.CB.307
Właściciel programu: National Community Benefit	Data wejścia w życie: 1 stycznia 2020 r.
Osoba odpowiedzialna: Dyrektor ds. Programu MFA	Strona: 22 z 22

- iii. Specjalistyczna opieka pielęgniarska: do 30 dni
- iv. Pomocniczy sprzęt medyczny: do 180 dni
- b. Maksymalny okres uprawnienia do określonego leczenia lub przypadku świadczenia usług: do 365 dni
- c. Maksymalny okres uprawnienia w przypadków pacjentów, którzy mają prawo skorzystać z państwowych lub prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego: do 30 dni
- d. Maksymalny okres uprawnienia do jednorazowego świadczenia na zakup środków farmaceutycznych: 30 dni
- e. W przypadku gdy pacjent zgłosił się do programu MFA i został zatwierdzony, inicjowany jest zwrot otrzymanych kwot przewyższających oczekiwane przez nas płatności od Medicare, Medi-Cal lub innego płatnika rządowego za pobyt w szpitalu i/lub profesjonalne usługi medyczne.
 - i. Odsetki będą naliczane według stawki określonej w art. 685.010 Kodeksu postępowania cywilnego (Code of Civil Procedure) od dnia otrzymania płatności przez szpital. Obecnie wysokość odsetek wynosi 10%.

VIII. Podstawy obliczania powszechnie naliczanych opłat (AGB). KFHP/H ustala wysokość powszechnie naliczanych 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 naliczanych opłat. Informacje o wysokości stawek powszechnie naliczanych opłat oraz sposobie ich obliczania dostępna jest w witrynie KFHP/H MFA pod adresem www.kp.org/mfa/scal.