

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 1 z 27

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 są zgodne 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

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

3.1.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.1.2 Kaiser Foundation Hospitals; i

3.1.3 podmioty zależne KFHP/H.

3.2 Niniejsza polityka dotyczy podmiotów Kaiser Foundation Hospitals i przychodni przyszpitalnych wymienionych w *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8* (Dodatkach do Kaiser Permanente Regions, Załączniki 1–8)

4.0 Definicje

Patrz *Appendix B – Glossary of Terms* (Załącznik B – Definicje stosowanych pojęć).

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 2 z 27

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 przez niego ubezpieczenia zdrowotnego.

5.1 Usługi objęte i nieobjęte programem MFA.

5.1.1 Usługi objęte programem MFA. Program MFA można stosować w pewnych przypadkach (1) pomocy doraźnej oraz usług zdrowotnych niezbędnych ze względów medycznych, (2) usług i środków farmaceutycznych oraz (3) 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, opisanych 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, lekarz medycyny w zakresie stomatologii (Doctor of Medicine in Dentistry, DMD) i lekarz chirurgii stomatologicznej (Doctor of Dental Surgery, DDS).

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

5.1.1.2.2 Leki markowe. Leki markowe przepisane przez usługodawcę KP są kwalifikowane, jeśli:

5.1.1.2.2.1 Na receptie widnieje napis "Nie zamieniać" (Dispense as Written, DAW) (nz.), lub

5.1.1.2.2.2 jeśli zamiennik w postaci leku generycznego nie jest dostępny.

5.1.1.2.3 Leki bez recepty i środki farmaceutyczne. Produkty te są kwalifikowane, gdy:

5.1.1.2.3.1 Usługodawca KP wypisał receptę lub zlecenie.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 3 z 27

5.1.1.2.3.2 Pozycja została wydana w aptecę przyszpitalnej KP; oraz

5.1.1.2.3.3 Pozycja ta jest regularnie dostępna w aptecę KP.

5.1.1.2.4 Beneficjenci programu Medicare. Stosowany dla beneficjentów Medicare na leki na receptę objęte częścią D Medicare w formie zwolnienia z opłat za korzystanie z apteki.

5.1.1.2.5 Leki stomatologiczne. Medycznie niezbędne leki ambulatoryjne przepisane przez DMD lub DDS w celu świadczenia usług stomatologicznych.

5.1.1.3 Pomocniczy sprzęt medyczny (Durable Medical Equipment, DME). Oferowany przez usługodawcę KP zgodnie ze wskazówkami wydawania pomocniczego sprzętu medycznego i dostarczony przez KFHP pacjentowi, który spełnia kryteria skorzystania z usług niezbędnych ze względów medycznych. Ograniczony do pozycji regularnie dostępnych w placówkach KP.

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) specjalistycznych usług pielęgniarских, usług opieki pośredniej i opieki długotrwałej 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 pielęgniarские, Usługi opieki pośredniej i Usługi opieki długotrwałej. 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 i dostarczony przez zakontraktowanego za

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 4 z 27

pośrednictwem Działu Pomocniczego Sprzętu
Medycznego KFH/HP.

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

5.1.2.1 Usługi nieuznane za pomoc doraźną lub medycznie konieczne wedle ustaleń usługodawcy KP. Poniżej znajduje się niewyczerpująca lista przykładów usług uznawanych za doraźne lub medycznie niekonieczne:

- 5.1.2.1.1** zabiegi lub usługi kosmetyczne, w tym usługi dermatologiczne mające na celu przede wszystkim poprawę wyglądu pacjenta,
- 5.1.2.1.2** leczenie niepłodności i związane z tym usługi, w tym diagnostyka,
- 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,
- 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:

- 5.1.2.2.1** leki niezatwierdzone przez komisję ds. leków i terapii,
- 5.1.2.2.2** leki i środki dostępne bez recepty lub środki, które nie zostały przepisane bądź zlecone przez usługodawcę KP,

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 5 z 27

5.1.2.2.3 leki i środki dostępne bez recepty lub środki, które nie są zazwyczaj dostępne w aptece KP i podlegają specjalnemu zamówieniu,

5.1.2.2.4 recepty związane z odpowiedzialnością cywilną, ochroną ubezpieczeniową osób fizycznych lub sprawami dotyczącymi odszkodowań pracowniczych,

5.1.2.2.5 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 (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 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 lub 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 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). DME dostarczany przez zakontraktowanego dostawcę jest wyłączony z programu niezależnie od tego, czy został zamówiony przez usługodawcę KP, chyba że zostanie uznany za sytuację wyjątkową zgodnie z sekcją 5.1.1.5 powyżej.

5.1.2.6 Usługi transportowe i koszty podróży. Program MFA nie pomaga pacjentom w opłaceniu doraźnego lub niedoraźnego transportu lub kosztów związanych z podróżą (tj. zakwaterowania i wyżywienia).

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 6 z 27

5.1.2.7 Składki na ubezpieczenie zdrowotne. Program MFA nie pomaga pacjentom w opłacaniu kosztów związanych z opieką zdrowotną (tj. opłat lub składek).

5.1.3 Dodatkowe informacje dotyczące kwalifikujących się i niekwalifikujących się usług i produktów dla poszczególnych regionów znajdują się w odpowiednim Dodatku. Patrz *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.2 Usługodawcy. Program MFA stosuje się tylko do usług objętych programem świadczonych przez usługodawców medycznych, do których stosuje się program MFA. Patrz *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

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 odpowiednim Dodatku. Patrz *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

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

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 Program KP MFA. Pacjenci powinni ubiegać się o udział w programie MFA w obszarze usług KP, w którym świadczone są im usługi KP.

5.3.2.2 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 udzieli pomocy nieubezpieczonym pacjentom lub ich poręczycielom w identyfikacji i ubieganiu się o dostępne programy pomocy, w tym Medicaid i ubezpieczenie dostępne w ramach Health Benefit Exchange. Pacjent, który teoretycznie posiada uprawnienia do korzystania z Medicaid lub programu w ramach Health Benefit Exchange powinien złożyć

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 7 z 27

wniosek o objęcie tymi programami. Pacjenci o stanie majątkowym przekraczającym parametry dochodowe Medicaid nie będą musieli ubiegać się o Medicaid.

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 prawo do skorzystania z Medicaid i planu dofinansowywanego dostępnego w Health Benefit Exchange, wymagane jest podanie kompletnych danych osobistych, informacji finansowych oraz innego rodzaju informacji. Status finansowy pacjenta weryfikowany jest za każdym razem, gdy pacjent ubiega się o pomoc.

5.4.1 Przekazanie informacji finansowych. Pacjenci są zobowiązani do dołączenia do wniosku o udział w programie MFA informacji o wielkości gospodarstwa domowego i jego dochodach, jednak przedłożenie dokumentacji finansowej umożliwiającej weryfikację stanu finansowego jest opcjonalne, chyba że KP wyraźnie tego zażąda.

5.4.1.1 Weryfikacja statusu finansowego bez dokumentacji finansowej. Jeśli dokumentacja finansowa nie zostanie dołączona do wniosku o udział w programie MFA, status finansowy pacjenta zostanie zweryfikowany przy użyciu zewnętrznych źródeł danych. Jeśli nie można zweryfikować statusu finansowego pacjenta przy pomocy zewnętrznych źródeł danych, pacjent może przekazać dokumenty finansowe wskazane we wniosku o przystąpienie do programu MFA, aby umożliwić weryfikację swojego statusu finansowego.

5.4.1.2 Weryfikacja statusu finansowego za pomocą dokumentacji finansowej. Jeżeli do wniosku o udział w programie MFA dołączona jest dokumentacja finansowa, kwalifikacja będzie oparta na dostarczonych informacjach.

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

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

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

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 8 z 27

5.4.5 Niedostępność informacji finansowych. Pacjent ma obowiązek przekazać co najmniej podstawowe informacje finansowe (tj. 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 innej dokumentacji potwierdzającej prawa pacjenta do skorzystania z programu. Pacjent ma obowiązek podać podstawowe informacje finansowe oraz poświadczyć prawdziwość tych informacji w przypadku gdy:

5.4.5.1 jest bezdomny lub korzysta z opieki kliniki dla bezdomnych,

5.4.5.2 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,

5.4.5.3 został dotknięty przez powszechnie znaną katastrofę, jaka miała miejsce na terenie kraju lub w określonym regionie lub zagrożenie dla zdrowia publicznego (patrz Sekcja 5.11 poniżej).

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

5.5 Domniemane prawo do skorzystania z programu. Pomoc finansowa może zostać przyznana przy braku wypełnionego wniosku w sytuacji, gdy u pacjenta wystąpiły zaległości, nie odpowiedział on na próby kontaktu z KP i nie złożył wniosku, ale inne dostępne informacje potwierdzają trudną sytuację finansową. Jeżeli pacjent uzyska prawo udziału w programie, nie musi podawać danych osobowych, finansowych ani innych informacji w celu weryfikacji jego stanu majątkowego i automatycznie otrzyma świadczenia z programu MFA. Powód i informacje uzupełniające do stwierdzenia domniemanej kwalifikowalności zostaną udokumentowane w dokumentacji pacjenta i mogą zostać dołączone dodatkowe uwagi dotyczące pacjenta. Zakłada się, że pacjent jest uprawniony i odstępuje się od wymagań dotyczących dokumentów, jeżeli pacjent został wstępnie zakwalifikowany lub istnieją przesłanki wskazujące na trudną sytuację finansową.

5.5.1 Wstępnie zakwalifikowany. W sytuacjach, w których istnieją dowody na to, że pacjent został objęty programem lub w wyniku badania finansowego został uznany za potencjalnie kwalifikującego się do wymienionych poniżej publicznych i prywatnych programów pomocy, zakłada się, że kwalifikuje się on (tzn. jest wstępnie zakwalifikowany) do programu MFA. Pacjent zostanie wstępnie zakwalifikowany, jeśli spełnia którekolwiek z poniższych kryteriów:

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 9 z 27

- 5.5.1.1** jest uczestnikiem społecznego programu MFA (Community, 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,
- 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,
- 5.5.1.3** jest uczestnikiem lub potencjalnie jest uczestnikiem wiarygodnego programu ubezpieczenia zdrowotnego opartego na kryterium dochodowym (np. Medicaid, programu dofinansowania dla osób o niskich dochodach Medicare),
- 5.5.1.4** jest uczestnikiem wiarygodnego programu pomocy publicznej uzależnionego od dochodów (np. programy „Kobiety, niemowlęta i dzieci”, programy „Dodatkowe odżywianie i pomoc”),
- 5.5.1.5** mieszka w mieszkaniach dla osób o niskich dochodach lub dofinansowywanych,
- 5.5.1.6** otrzymał świadczenie z programu MFA w okresie ostatnich 30 dni.
- 5.5.2 Oznaki trudnej sytuacji finansowej.** Pacjent, który otrzymał świadczenie w formie opieki w placówce KP i dla którego istnieją przesłanki występowania trudności finansowych w jego przypadku (np. zaległości lub brak możliwości zapłaty), może zostać poddany weryfikacji przez KP i agencji windykacyjnej pod kątem posiadania przez niego prawa do udziału w programie i występowania trudnej sytuacji finansowej przy użyciu zewnętrznych źródeł danych. Jeśli pacjent dysponuje takim prawem, wówczas otrzyma świadczenie w ramach programu MFA tylko w stopniu nieprzekraczającym wartości zadłużenia.
- 5.5.2.1 Określenie prawa przystąpienia do programu.** KP może sprawdzić, czy pacjenci mają prawo przystąpienia do programu, zanim ich zaległe należności zostaną przekazane firmie windykacyjnej.
- 5.5.2.1.1 Nieuregulowane salda z opłat własnych.** KP sprawdzi, czy pacjenci, którzy zostali wyznaczeni do skierowania do firmy windykacyjnej, kwalifikują się do programu w oparciu o kryteria oceny dochodów, jak opisano w sekcji *5.6.1 Warunki przystąpienia do programu.*
- 5.5.2.1.2 Oznaki trudnej sytuacji finansowej.** Informacje finansowe dotyczące niektórych

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 10 z 27

pacjentów z zaległościami mogą nie być dostępne w celu określenia prawa przystąpienia do programu, ale inne oznaki trudnej sytuacji finansowej podane do wiadomości KP mogą prowadzić do określenia niskiego dochodu. Kwalifikujące się zaległości zostaną uwzględnione w programie MFA i nie będą podlegały dalszym działaniom windykacyjnym. Do oznak trudnej sytuacji finansowej mogą należeć m.in. następujące sytuacje:

5.5.2.1.2.1 Pacjent jest obywatelem spoza USA, który nie posiada sponsora, numeru ubezpieczenia społecznego, ewidencji podatkowej lub ważnego adresu rozliczeniowego, nie kontaktował się z KP w sprawie swojego rachunku, a rozsądne działania windykacyjne wykazały, że pacjent nie posiada środków finansowych lub majątkowych w swoim kraju pochodzenia.

5.5.2.1.2.2 Pacjent ma nieuregulowane należności za wcześniejsze usługi KP i od tego czasu przebywa przez dłuższy czas w zakładzie karnym, nie jest żonaty, nie ma żadnych informacji o dochodach, a KP nie może się z nim skontaktować.

5.5.2.1.2.3 Pacjent nie żyje, nie ma majątku, ani nie ma zarejestrowanych krewnych odpowiedzialnych za długi.

5.5.2.1.2.4 Pacjent nie żyje, a testament lub majątek wykazuje niewypłacalność.

5.5.2.2 Określenie prawa przystąpienia do programu przez firmę windykacyjną. Zaległości, które zostały przekazane do firmy windykacyjnej, będą rutynowo sprawdzane pod kątem kwalifikowalności do programu i trudności finansowych.

5.5.2.2.1 Oznaki trudnej sytuacji finansowej. Firmy windykacyjne dokonują niezależnego przeglądu rachunków pacjentów, wykorzystując inne informacje finansowe (np. wcześniejsze bankructwa, zadłużenie niezwiązane z KP, historia

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 11 z 27

kredytowa, skłonność do płacenia itp.) oraz względy społeczno-ekonomiczne (np. własność domu), które mogą prowadzić do stwierdzenia trudnej sytuacji finansowej. Jeśli pacjent dysponuje takim prawem, wówczas otrzyma świadczenie w ramach programu MFA tylko w stopniu nieprzekraczającym wartości zadłużenia. Kwalifikujące się zaległości zostaną przekazane do KP i uwzględnione w programie MFA i nie będą podlegały dalszym działaniom windykacyjnym.

5.6 Warunki przystąpienia do programu. Jak wskazano w podsumowaniu w sekcji V dodatku dotyczącego poszczególnych regionów, pacjent ubiegający się o przystąpienie do programu MFA może zostać zakwalifikowany do otrzymania pomocy finansowej w oparciu o kryterium dochodowe lub kryterium wysokich kosztów medycznych. Patrz *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

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 KFHP/H, ma prawo do pomocy finansowej. Aktywa nie są uwzględniane w kryteriach dochodowych.

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

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 12 z 27

- 5.6.2.1.1 Koszty w placówkach KFHP/H pokrywane bezpośrednio przez pacjenta.** Wydatki na usługi medyczne i środki farmaceutyczne poniesione w placówkach KP obejmują współpłaty, depozyty, współubezpieczenie oraz wkład własny związany ze świadczeniem usług objętych programem.
- 5.6.2.1.2 Koszty pokrywane bezpośrednio przez pacjenta w placówkach nieobsługiwanych przez KFHP/H.** Wydatki na usługi medyczne, stomatologiczne i środki farmaceutyczne poniesione w placówkach nieobsługiwanych przez KP związane ze świadczeniem usług objętych programem i opłacone przez pacjenta (z wyłączeniem zniżek i odpisów) są objęte programem. Pacjent ma obowiązek przedstawić potwierdzenie poniesienia wydatków medycznych za usługi w placówkach nieobsługiwanych przez KP.
- 5.6.2.1.2.1** Jeżeli usługodawca spoza KFHP/H, u którego ponoszone są opłaty, oferuje program pomocy finansowej, do którego pacjent może uzyskać prawo, pacjent musi złożyć wniosek, zanim opłaty zostaną uznane za kwalifikowany wydatek medyczny.
- 5.6.2.1.3 Składki na ubezpieczenie zdrowotne.** Koszty pokrywane bezpośrednio przez pacjenta nie obejmują kosztów związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym (tj. wymaganych opłat lub składek).

5.7 Odmowy i zgody

- 5.7.1 Odmowy.** Pacjent, który ubiega się o udział w programie MFA, ale nie spełnia warunków przystąpienia do programu jest informowany pisemnie o negatywnym rozpatrzeniu jego wniosku.
- 5.7.2 Odwołanie się od decyzji odmownej.** Pacjenci, których wniosku o udział w programie MFA zostały rozpatrzone negatywnie lub zostały rozpatrzone pozytywnie i uważają, że kwalifikują się do przyznania wyższej kwoty MFA, mogą odwołać się od decyzji. Zachęcamy pacjentów do składania odwołań, jeśli (1) nie przedstawili wcześniej dokumentacji finansowej lub (2) zmienił się ich dochód w gospodarstwie domowym. Pouczenie o procedurze odwoławczej znajdują się w powiadomieniu o negatywnym i pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o przystąpienie do programu MFA oraz na stronie internetowej MFA. Odwołania

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 13 z 27

rozpatrywane są przez wyznaczonych pracowników KFHP/H. Patients are informed in writing of the outcome of their appeal. Wszystkie decyzje dotyczące odwołania są ostateczne.

5.8 Struktura świadczeń. Świadczenia w ramach MFA stosuje się do kwalifikowanych zaległych lub niuregulowanych sald, sald przekazanych do firmy windykacyjnej i opłat w toku. 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.

5.8.1.1 Pacjent uprawniony do udziału w programie 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 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, aby móc ustalić, jaka część rachunku nie jest objęta ubezpieczeniem. Uprawniony ubezpieczony pacjent jest zobowiązany do złożenia odwołania od decyzji odmownej u swojego ubezpieczyciela. Uprawniony ubezpieczony pacjent jest zobowiązany do przedstawienia dokumentacji o odmowie odwołania przez ubezpieczyciela.

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

5.8.1.3 Harmonogram zniżek. Kwoty, jakie KP pobiera od pacjenta, który uzyskał prawo do medycznej pomocy finansowej, są uzależnione od rodzaju kryteriów kwalifikacyjnych zastosowanych do zakwalifikowania pacjenta do programu. Dodatkowe informacje o dostępnych zniżkach w ramach programu znajdują się w odpowiednim dodatku. Patrz *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 14 z 27

- 5.8.1.3.1 Domniemane prawo do skorzystania z programu – wstępna kwalifikacja.** Pacjent, który został wstępnie zakwalifikowany (zgodnie z podsumowaniem w sekcji 5.4.1) do programu MFA, otrzyma 100% zniżki MFA od kosztów ponoszonych przez pacjenta lub opłat za świadczone usługi, za które pacjent ponosi odpowiedzialność.
- 5.8.1.3.2 Określenie domniemanego prawa przystąpienia do programu – Nieuregulowane salda z opłat własnych.** Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma zniżkę w ruchomej skali MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- 5.8.1.3.3 Określenie domniemanego prawa przystąpienia do programu – Oznaki trudnej sytuacji finansowej.** Pacjent wykazujący oznaki trudnej sytuacji finansowej otrzyma 100% zniżki MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- 5.8.1.3.4 Określenie domniemanego prawa przystąpienia do programu przez firmę windykacyjną.** Pacjent spełniający kryteria sprzedawcy określające trudną sytuację finansową otrzyma 100% zniżki MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- 5.8.1.3.5 Pacjent spełnił kryteria dochodowe.** Pacjent spełniający kryteria dochodowe otrzyma zniżkę w ruchomej skali MFA na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- 5.8.1.3.6 Pacjent spełnił kryteria wysokich kosztów medycznych.** Pacjent spełniający kryteria wysokich kosztów medycznych otrzyma 100% zniżki MFA na koszt leczenia lub opłaty za świadczone usługi, za które odpowiada pacjent.
- 5.8.1.4 Zwrot środków z tytułu rozliczeń.** KFHP/H dochodzi zwrotu środków z tytułu rozliczeń ze stronami trzecimi/w ramach ubezpieczenia osobowego, płatnikami i innymi stronami odpowiedzialnymi zgodnie z prawem.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 15 z 27

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 leków. 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 pielęgniarstwa, usługi opieki długotrwałej i usługi opieki pośredniej.** maksymalnie 30 dni na usługi świadczone poza 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 przypadku świadczenia usług zgodnie z ustaleniami usługodawcy KP.
- 5.8.2.5 Pacjenci, którzy mają prawo skorzystać z państwowych lub prywatnych programów ubezpieczenia zdrowotnego.** maksymalnie 90 dni na pomoc 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 aktywnego lub oczekującego na przyznanie 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 oraz (4) nie jest dostępny doradca finansowy w celu ustalenia uprawnień do udziału w programie MFA. Świadczenie jednorazowe jest dostępne dla każdego pacjenta tylko raz, jest ograniczone na okres jednego dnia i obejmuje uzasadnione środki medyczne uznane za właściwe ze względów medycznych przez usługodawcę KP.
- 5.8.2.7 Ponowne ubieganie się o pomoc finansową.** 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,

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 16 z 27

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.

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

5.8.3.5 Zmiana dochodu gospodarstwa domowego. W przypadku zmiany w dochodzie gospodarstwa domowego 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 pobierane opłaty. Powszechnie pobierane 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 sekcji VII dodatku dotyczącego danego regionu. Patrz *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 17 z 27

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.

5.10.2 Wstrzymanie nadzwyczajnych działań windykacyjnych. KFHP/H nie podejmuje działań 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 ECA. 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 działań 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

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 18 z 27

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;

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

5.10.3.3.2.3 zastaw na nieruchomościach.

5.10.4 Zakazane nadzwyczajne działania windykacyjne. KFHP/H w żadnych okolicznościach nie podejmuje, nie zezwala ani nie pozwala agencjom windykacyjnym podejmować następujących działań:

5.10.4.1 opóźnienie lub odmowa opieki z powodu nieuiszczenia poprzednich należności przez właściciela konta lub wymóg zapłaty przed udzieleniem pomocy doraźnej lub świadczeń niezbędnych ze względów medycznych;

5.10.4.2 sprzedaż długu właściciela konta stronie trzeciej;

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 19 z 27

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 Reagowanie na katastrofy i zagrożenia dla zdrowia publicznego. 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 lub zagrożenie dla zdrowia publicznego przez rząd stanowy lub federalny.

5.11.1 Potencjalne zmiany w przydzielaniu praw do udziału w programie. Tymczasowe zmiany kryteriów kwalifikowalności 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 (tj. 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;

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 Załączniki/dokumenty referencyjne

6.1 Załączniki

6.1.1 Załącznik A – Właściwość regionalna

6.1.2 Załącznik B – Definicje stosowanych pojęć

6.2 Załączniki

6.2.1 Załączniki 1 – Dodatek dla Kaiser Permanente Colorado

6.2.2 Załącznik 2 – Dodatek dla Kaiser Permanente Georgia

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 20 z 27

- 6.2.3** Załącznik 3 – Dodatek dla Kaiser Permanente Hawaje
- 6.2.4** Załącznik 4 – Dodatek dla Kaiser Permanente Stany Środkowoatlantyckie
- 6.2.5** Załącznik 5 – Dodatek dla Kaiser Permanente Kalifornia Północna
- 6.2.6** Załącznik 6 – Dodatek dla Kaiser Permanente Północny Zachód
- 6.2.7** Załącznik 7 – Dodatek dla Kaiser Permanente Kalifornia Południowa
- 6.2.8** Załącznik 8 – Dodatek dla Kaiser Permanente Waszyngton

6.3 Inne dokumenty referencyjne

- 6.3.1** Ustawa o ochronie pacjenta i przystępnej opiece zdrowotnej (ang. Patient Protection and Affordable Care Act), Ustawa prawa publicznego nr 111-148 (124 Stat. 119 (2010))
- 6.3.2** Rejestr Federalny i coroczna ustawowa granica ubóstwa
- 6.3.3** Publikacja amerykańskiego Urzędu Skarbowego, 2014 r. Instrukcje dla Załącznika H (druk 990)
- 6.3.4** Zawiadomienie amerykańskiego Urzędu Skarbowego 2010-39
- 6.3.5** Amerykański Kodeks podatkowy, Rozdział 26 Część 1, 53 i 602 Kodeksu przepisów federalnych RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Dodatkowe wymagania dla szpitali świadczących usługi charytatywne
- 6.3.6** California Hospital Association – Regulamin świadczenia pomocy finansowej i świadczeń społecznych, wyd. z 2015 r.
- 6.3.7** Catholic Health Association of the United States – Zasady planowania i zgłaszania świadczeń społecznych, wydanie z 2012 r.
- 6.3.8** Listy usługodawców. Na witrynach KFHP/H dostępne są listy usługodawców dla:
 - 6.3.8.1** Kaiser Permanente – Hawaje (www.kp.org/mfa/hawaii)
 - 6.3.8.2** Kaiser Permanente – Północny Zachód (www.kp.org/mfa/nw)
 - 6.3.8.3** Kaiser Permanente – Kalifornia Północna (www.kp.org/mfa/ncal)
 - 6.3.8.4** Kaiser Permanente – Kalifornia Południowa (www.kp.org/mfa/scal)
 - 6.3.8.5** Kaiser Permanente – Waszyngton (www.kp.org/mfa/wa)

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 21 z 27

Załącznik B – Definicje stosowanych pojęć

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

Agencja windykacyjna – osoba, 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 (z ang. 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).

Uprawniony pacjent – 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 – 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 (z ang. FPG) – 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 – 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 – opis stanu określający sytuację życiową osoby, zgodnie z poniższym opisem:

- osoba, która mieszka w miejscu nieprzeznaczonym do zamieszkania przez ludzi, takim jak samochody, parki, chodniki, opuszczone budynki (na ulicy),
- osoba, która mieszka w schronisku dla osób w potrzebie,
- osoba, która mieszka w schronisku tymczasowym lub domu pomocy dla bezdomnych osób, która zgłosiła się do takiej placówki z ulicy lub ze schronisk dla osób w potrzebie,
- osoba, która mieszka w dowolnym z powyższych miejsc, ale przez krótki okres (maks. 30 kolejnych dni) przebywa w szpitalu lub innej instytucji,

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 22 z 27

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

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

Materiały medyczne – 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 – 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 – 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.

Osoba niedoubezpieczona – osoba, która objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym, ale obowiązek opłaty składek ubezpieczeniowych, współpłaty, współubezpieczenia i udziału własnego stanowi dla niej tak znaczący ciężar finansowy, że otrzymuje niezbędne świadczenia zdrowotne z opóźnieniem lub

NAZWA PROGRAMU Medical Financial Assistance	NUMER PROGRAMU NATL.CB.307
WŁAŚCICIEL PROGRAMU National Community Health	DATA OBOWIĄZYWANIA 1 stycznia 2023 r.
OSOBA ODPOWIEDZIALNA Dyrektor ds. Programu MFA	STRONA 23 z 27

też wcale nie otrzymuje niezbędnych świadczeń zdrowotnych w powodu konieczności samodzielnego poniesienia kosztów.

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

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

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

**DODATEK: Kaiser Permanente – Kalifornia
Południowa****DATA OBOWIĄZYWANIA DODATKU: 1 czerwca 2023 r.**

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Niniejsza polityka dotyczy wszystkich placówek KFHP/H (np. szpitali, klinik szpitalnych, centrów medycznych i biurów) 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: placówki 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**a. Dodatkowe usługi objęte programem**

- i. **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.

- i. Aparaty słuchowe
ii. Środki optyczne

- 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. broszury o programie) są bezpłatne i ogólnie dostępne w formie elektronicznej i papierowej. Pacjent może złożyć wniosek o przystąpienie do programu MFA podczas lub po zakończeniu świadczenia usług opieki przez KFHP/H; wniosek można złożyć na kilka sposobów, w tym online, osobiście, telefonicznie lub na piśmie. (Patrz punkty 5.3 i 5.4 programu).

- a. **Wypełnij i prześlij wniosek online ze strony KFHP/H.** Pacjent może wypełnić i przesłać wniosek drogą elektroniczną ze strony internetowej MFA pod adresem www.kp.org/mfa/scal.
- b. **Pobierz informacje o programie z witryny KFHP/H.** Informacje o programie dostępne są w witrynie MFA pod adresem: 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 pod adresem CSS-MFA-DEPARTMENT@KP.org.
- 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:

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, przysyłając wypełniony wniosek o przystąpienie do programu MFA pocztą. Prośby o informacje oraz wnioski należy przesłać na adres:

Kaiser Permanente
Do wiadomości: 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 punkt 5.5.1 programu).

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

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 zniżkę w ruchomej skali na koszt leczenia lub część opłat za świadczone usługi KP, za które odpowiada pacjent. Kwota zniżki jest oparta o próg dochodu osiąganego w gospodarstwie domowym względem wytycznych ustawowej granicy ubóstwa (z ang. FPL), jak przedstawiono poniżej:

Wytyczne ustawowej granicy ubóstwa		Zniżka w ramach pomocy finansowej
Od	Do	
0%	200%	100% zniżki
201%	400%	50% zniżki

Jeśli przyznawana jest częściowa zniżka (mniej niż 100%), pozostała część musi zostać opłacona w całości lub pacjent ma możliwość ustalenia planu spłaty bez odsetek.

- VII. Podstawy obliczania powszechnie pobieranych opłat (z ang. AGB).** 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.
- VIII. Refundacja.** W przypadkach, gdy KP omyłkowo pobierze od pacjenta płatność w okresie, w którym jest on objęty programem MFA, zostanie zainicjowany zwrot wszelkich kwot wpłaconych przez pacjenta, które powinny zostać pokryte w ramach aktywnego programu MFA.
- 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%.