



Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 1 von 21

1.0 Richtlinienerklärung

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) und Kaiser Foundation Hospitals (KFH) verpflichten sich Programme anzubieten, die vulnerablen Gruppen den Zugang zu Pflege zu erleichtern. Diese Verpflichtung umfasst die Bereitstellung finanzieller Unterstützung für qualifizierte unversicherte und unterversicherte Patienten mit niedrigem Einkommen, wenn die Fähigkeit, für Leistungen zu bezahlen, ein Hindernis beim Zugriff auf medizinische Notfallleistungen sowie notwendige medizinische Leistungen darstellt.

2.0 Zweck

Diese Richtlinie beschreibt die Anforderungen für die Qualifikation für sowie den Empfang von Finanzhilfen sowie notwendigen medizinischen Leistungen im Rahmen des Programms Medizinische Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA). Die Anforderungen entsprechen Abschnitt 501(r) des United States Internal Revenue Code und allen geltenden US-bundesstaatlichen Vorschriften bezüglich qualifizierbarer Leistungen, des Erhalts von Zugang, der Programmqualifikationskriterien, der Struktur der MFA-Bewilligungen, der Basis für die Berechnung der Bewilligungsbeträge sowie der zulässigen Handlungen im Falle einer Nichtbegleichung medizinischer Rechnungen.

3.0 Umfang

Diese Richtlinie gilt für Mitarbeiter, die von den folgenden Einheiten sowie deren Tochtergesellschaften beschäftigt werden (insgesamt als „KFHP/H“ bezeichnet):

- 3.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals; und
- 3.3** Tochtergesellschaften von KFHP/H.
- 3.4** Diese Richtlinie gilt für die Kaiser Foundation Hospitals und Krankenhäusern angeschlossene Kliniken, die im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt I, Kaiser Foundation Hospitals*, aufgeführt und hierin durch Verweis aufgenommen werden.

4.0 Definitionen

Siehe Anhang A – Glossar.

5.0 Klauseln

KFHP/H pflegt ein einkommensabhängiges MFA-Programm zur Behebung finanzieller Hindernisse für den Erhalt von Notfallleistungen und notwendigen medizinischen Leistungen für qualifizierte Patienten unabhängig von Alter, Behinderung, Geschlecht, Ethnie, Religion oder Einwanderungsstatus, sexueller Orientierung, nationaler Herkunft und der Frage, ob der Patient krankenversichert ist oder nicht.

- 5.1 Im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierbare bzw. nicht qualifizierbare Leistungen.** Wenn nicht anderweitig im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt II*,

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 2 von 21

Zusätzliche im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierbare bzw. nicht qualifizierbare Leistungen, angegeben.

- 5.1.1 Qualifizierbare Leistungen.** MFA kann für Notfalleistungen und notwendige medizinische Leistungen, Apothekenleistungen und -produkte sowie Medizinbedarf gewährt werden, die von Einrichtungen von Kaiser Permanente (KP) (wie Krankenhäusern, medizinischen Zentren und Klinikgebäuden und -büros), in KFH/HP-Apotheken für ambulante Patienten oder von KP-Anbietern erbracht werden. MFA kann wie nachfolgend beschrieben für Dienstleistungen und Produkte gewährt werden:
- 5.1.1.1 Notwendige medizinische Leistungen.** Pflege, Behandlung oder Leistungen, die von einem KP-Anbieter angeordnet oder bereitgestellt werden und für die Vorbeugung, Evaluierung, Diagnose oder Behandlung eines medizinischen Zustands notwendig sind und nicht in erster Linie für den Komfort des Patienten oder medizinischen Dienstleisters.
- 5.1.1.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte.** In ambulanten KFHP/H-Apotheken vorgelegte und von KP-Anbietern, Nicht-KP-Notaufnahmeanbietern, Nicht-KP-Notfallambulanz-Anbietern und KP-Vertragsanbietern verordnete Verschreibungen.
- 5.1.1.2.1 Generika.** Bevorzugte Nutzung von Generika, wenn möglich.
- 5.1.1.2.2 Markenmedikamente.** Markenmedikamente, wenn ein KP-Anbieter das Markenmedikament verschreibt und mit „Dispense as Written“ (Wie verordnet ausgeben, DAW) kennzeichnet oder kein entsprechendes generisches Medikament verfügbar ist.
- 5.1.1.2.3 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Mittel.** Mit einem Rezept oder einer von einem KP-Anbieter schriftlich ausgestellten Bestellung und von einer KP-Apotheke für ambulante Patienten ausgegeben.
- 5.1.1.2.4 Medicare-Empfänger.** Gilt für Medicare-Empfänger für verschreibungspflichtige Medikamente, die durch Medicare Part D in Form eines Apotheken-Waiver abgedeckt sind.
- 5.1.1.3 Dauerhafte medizinische Produkte (Durable Medical Equipment, DME).** Von einem KP-Anbieter in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien angefordert und von einem KFH/HP einem Patienten, der die Kriterien hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit erfüllt, bereitgestellt.
- 5.1.1.4 Gesundheitserziehungsschulungen.** Gebühren in Zusammenhang mit verfügbaren Kursen, die von KP

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 3 von 21

geplant und durchgeführt und von einem KP-Anbieter im Rahmen des medizinischen Programms des Patienten für ihn empfohlen werden.

5.1.1.5 Auf einer Ausnahmegrundlage verfügbare Dienstleistungen.

In bestimmten, eine Ausnahme konstituierenden Situationen, können MFA gewährt werden für (1) durch eine Nicht-KP-Einrichtung erbrachte Dienstleistungen und (2) DME, die von einem KP-Anbieter verschrieben oder verordnet wurde und von einem Vertragspartner/Verkäufer bereitgestellt wird, wie unten beschrieben. Eine solche Ausnahme setzt voraus, dass der Patient die unten in Abschnitt 5.6.2 beschriebenen hohen medizinischen Ausgabekriterien erfüllt.

5.1.1.5.1 Ambulante, durch zugelassene Pfleger erbrachte Leistungen und zwischenzeitliche Pflegedienstleistungen. Erbracht durch eine KP-Vertragseinrichtung für einen Patienten mit einem verschriebenen medizinischen Bedarf, um die stationäre Entlassung aus einem Krankenhaus zu erleichtern.

5.1.1.5.2 Dauerhafte medizinische Produkte (DME). Von einem Verkäufer bereitgestellte und in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien von einem KP-Anbieter verordnete DME, die von einem Vertragsanbieter einem Patienten, der die Kriterien hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit erfüllt, geliefert wurde.

5.1.1.6 Weitere qualifizierbare Leistungen möglich. Weitere im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierbare Leistungen werden im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt II, Zusätzliche im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierbare bzw. nicht qualifizierbare Leistungen*, angegeben.

5.1.2 Nicht qualifizierbare Leistungen. MFA darf nicht gewährt werden für:

5.1.2.1 Leistungen, die von einem KP-Anbieter nicht als Notfall oder medizinisch notwendig eingestuft werden.

Unter anderem:

5.1.2.1.1 Schönheits-OP oder -Leistungen, wie z. B. dermatologische Leistungen, die in erster Linie dazu vorgesehen sind, das Aussehen eines Patienten zu verbessern,

5.1.2.1.2 Sterilitätsbehandlungen,

5.1.2.1.3 Medizinisches Material aus dem Fachhandel,

5.1.2.1.4 Alternative Therapien einschließlich Akupunktur, Chiropraktik und Massagen,

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 4 von 21

- 5.1.2.1.5** Injektionen und Geräte zur Behandlung sexueller Störungen,
- 5.1.2.1.6** Leihmutterschaften und
- 5.1.2.1.7** Dienstleistungen in Zusammenhang mit der Haftung Dritter, persönlichem Versicherungsschutz oder berufsgenossenschaftliche Fälle.
- 5.1.2.1.8** **Dienstleistungen für Patienten mit Nicht-KP-Krankenversicherungsschutz.** Nicht neuartige oder nicht dringliche Dienstleistungen und ambulante Medikamentenversorgung, die durch den Nicht-KP-Krankenversicherungsschutz des Patienten abgedeckt werden, welcher seinerseits von diesem verlangt, auf ein bestimmtes Netzwerk bevorzugter Nicht-KP-Anbieter und -Medikamente zurückzugreifen.

5.1.2.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte. Verschreibungen und Produkte, die nicht als Notfall- oder medizinisch notwendige Leistungen erachtet werden, umfassen u. a. (1) Medikamente, die nicht vom Pharmacy and Therapeutics Committee zugelassen sind, (2) nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder nicht verschreibungspflichtiger Medizinbedarf und (3) speziell ausgeschlossene Medikamente (z. B. Fertilität, Kosmetik, sexuelle Dysfunktion).

5.1.2.3 Verschreibungen für Medicare Part D-Teilnehmer, die für das Subventionsprogramm für niedrige Einkommen (LIS) qualifiziert sind oder daran teilnehmen. Der verbleibende Kostenanteil für verschreibungspflichtige Medikamente für Medicare Advantage Part D-Teilnehmer, die entweder für das LIS-Programm qualifiziert sind oder daran teilnehmen, in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

5.1.2.4 Außerhalb von KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen. Die MFA-Richtlinie gilt nur für in KP-Einrichtungen und von KP-Anbietern erbrachte Leistungen. Selbst nach Überweisung durch einen KP-Anbieter sind alle anderen Leistungen nicht für MFA qualifizierbar. In Nicht-KP-Praxen, Notfalleinrichtungen und Notaufnahmen erbrachte Leistungen sowie solche in den Bereichen Nicht-KP-Häusliche-Krankenpflege, Hospiz, Rekonvaleszenz und Obhut sind ausgeschlossen, sofern sie nicht als Ausnahme gemäß Abschnitt 5.1.1.5 oben anerkannt wurden.

5.1.2.5 Dauerhafte medizinische Produkte (DME). Gleich, ob sie von einem KP-Anbieter bestellt wurden oder nicht, sind von einem Vertragsverkäufer bereitgestellte DME ausgeschlossen,

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 5 von 21

sofern sie nicht als Ausnahme gemäß Abschnitt 5.1.1.5 oben anerkannt wurden.

5.1.2.6 Krankenversicherungsprämien. Das MFA-Programm unterstützt Patienten nicht im Hinblick auf die Kosten des Krankenversicherungsschutzes (z. B. Beiträge oder Zuschläge).

5.1.2.7 Weitere nicht-qualifizierbare Leistungen. Weitere, im Rahmen der MFA-Richtlinie nicht-qualifizierbare Leistungen werden im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt II, Zusätzliche im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierbare bzw. nicht qualifizierbare Leistungen*, angegeben.

5.2 Anbieter. MFA gilt nur für qualifizierbare Leistungen, die von medizinischen Dienstleistern erbracht wurden, für die die MFA-Richtlinie gilt, wie im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt III, Anbieter, die der MFA-Richtlinie unterliegen bzw. nicht unterliegen*, angegeben.

5.3 Programminformationsquellen und Antrag auf MFA. Weitere Informationen über das MFA-Programm und die MFA-Beantragung werden im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt IV, Programminformationen und Beantragung von MFA*, zusammengefasst.

5.3.1 Programminformationsquellen. Exemplare der MFA-Richtlinie, Antragsformulare, Anleitungen und Zusammenfassungen in einfacher Sprache (d. h. Richtlinienzusammenfassungen oder Programmbroschüren) stehen der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos auf der KFHP/H-Website, per E-Mail, zur persönlichen Abholung oder per US-Post zur Verfügung.

5.3.2 Beantragung von MFA. Im Rahmen seines Antrags auf MFA-Hilfen muss der Patient einen unmittelbar bestehenden Bedarf nachweisen, welcher verursacht wurde durch eine Rechnung oder ausstehende Zahlungsverpflichtungen für KP-Dienstleistungen, für einen vereinbarten Termin mit KP oder für ein von einem KP-Anbieter verschriebenes Medikament für qualifizierbare Leistungen, wie oben beschrieben. Ein Patient kann MFA-Hilfen auf verschiedene Weise beantragen, und zwar online, persönlich, telefonisch oder in Papierform.

5.3.2.1 Überprüfung von Patienten auf ihre Qualifizierung für das öffentliche und private Programm. KFHP/H ermutigt alle Bürgerinnen und Bürger zum Abschluss einer Krankenversicherung, um sich Zugang zu medizinischen Dienstleistungen zu sichern und dadurch die eigene Gesundheit zu erhalten und die Ansprüche als Patient zu schützen. KFHH/P bietet Patienten, die sich für das MFA-Programm bewerben, finanzielle Beratung, um mögliche öffentliche oder private Krankenversicherungsprogramme zu identifizieren, die für den Zugriff auf Gesundheitsleistungen nützlich sein können. Ein Patient, der für öffentliche oder private Krankenversicherungsprogramme voraussichtlich in Frage

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 6 von 21

kommt ist, muss die Teilnahme an diesen Programmen möglicherweise beantragen.

- 5.4 Für die MFA-Beantragung erforderliche Informationen.** Vollständige persönliche, finanzielle und sonstige Informationen sind erforderlich, um den Finanzstatus eines Patienten zu prüfen und die Qualifikation für das MFA-Programm sowie für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme zu bestimmen. MFA kann bei unvollständigen Informationen abgelehnt werden. Die Informationen können schriftlich, persönlich oder am Telefon bereitgestellt werden.
- 5.4.1 Überprüfung des Finanzstatus.** Der Finanzstatus des Patienten wird bei jeder Beantragung von Unterstützung geprüft. Kann der Finanzstatus eines Patienten mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden, muss der Patient evtl. keine Finanzdokumente vorlegen.
- 5.4.2 Bereitstellung von Finanz- und sonstigen Informationen.** Kann der Finanzstatus eines Patienten nicht mithilfe externer Datenquellen betätigt werden, kann er die im MFA-Programmantrag beschriebenen Informationen einreichen, um seinen Finanzstatus zu bestätigen.
- 5.4.2.1 Vollständige Informationen.** Die Qualifikation für das MFA-Programm wird bestimmt, wenn alle angeforderten persönlichen, finanziellen und sonstigen Informationen eingegangen sind.
- 5.4.2.2 Unvollständige Informationen.** Ein Patient wird persönlich, auf dem Postweg oder telefonisch benachrichtigt, wenn die eingegangenen erforderlichen Informationen unvollständig sind. Der Patient kann die fehlenden Informationen innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Sendens der Mitteilung, des Stattfindens des persönlichen oder Telefongesprächs einreichen.
- 5.4.2.3 Angeforderte Informationen nicht verfügbar.** Ein Patient, der die angeforderten, im Programmantrag beschriebenen Informationen nicht hat, kann KFHP/H kontaktieren, um andere verfügbare Belege zum Nachweis der Qualifikation zu besprechen.
- 5.4.2.4 Keine Finanzinformationen verfügbar.** Ein Patient muss grundlegende Informationen über seine Finanzlage bereitstellen (z. B. über die Höhe des Einkommens, sofern vorhanden, und dessen Quelle) und die Gültigkeit der Informationen bestätigen, wenn (1) sein Finanzstatus nicht mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann, (2) angeforderte Finanzinformationen nicht verfügbar sind und (3) kein anderer Beleg vorhanden ist, um die Qualifikation nachzuweisen. Grundlegende Informationen über die Finanzlage des Patienten sowie deren Bestätigung durch den Patienten sind erforderlich, wenn dieser Patient
- 5.4.2.4.1** Obdachlos ist oder
- 5.4.2.4.2** Kein Einkommen hat, keine offizielle Lohnabrechnung von seinem Arbeitgeber erhält

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 7 von 21

(ausschließlich Selbständige), Geldgeschenke erhält, im vorherigen Steuerjahr keine US-Bundes- oder Bundesstaats-Einkommenssteuererklärung abgeben musste, oder

5.4.2.4.3 Von einer allgemein bekannten Katastrophe nationalen oder regionalen Ausmaßes betroffen war (siehe Abschnitt 5.11 weiter unten).

5.4.3 Kooperation seitens des Patienten. Ein Patient muss angemessene Bemühungen unternehmen, um alle angeforderten Informationen bereit zu stellen. Werden alle angeforderten Informationen nicht bereitgestellt, können die Umstände bei der Entscheidung über die Anspruchsberechtigung berücksichtigt werden.

5.5 Entscheidung über die vermutliche Anspruchsberechtigung. Ein Patient, der keinen Antrag gestellt hat, kann aufgrund anderer als der vom Patienten vorgelegten Informationen als im Rahmen des MFA-Programms anspruchsberechtigt beurteilt werden. Wird der Patient als anspruchsberechtigt beurteilt, ist er nicht zur Vorlage persönlicher, finanzieller und anderer Informationen zur Überprüfung seines Finanzstatus verpflichtet und kann er automatisch MFA-Unterstützung erhalten. Ein Patient ist vermutlich anspruchsberechtigt, sofern er vorabqualifiziert wurde oder entschieden wurde, dass er seine Rechnungen nicht begleichen kann, wie unten beschrieben:

5.5.1 Vorabqualifizierung. Von einem Patienten, von dem im Rahmen der finanziellen Überprüfung festgestellt wurde, dass er im Rahmen öffentlicher und privater Unterstützungsprogramme anspruchsberechtigt ist, wird vermutet, dass er auch im Rahmen des MFA-Programms anspruchsberechtigt ist. Patienten werden als vorabqualifiziert angesehen, wenn

5.5.1.1 sie an einem Community-MFA-Programm (CMFA) teilnehmen, dem Patienten (1) durch US-Bundes-, Bundesstaats- oder Lokalbehörden, (2) durch eine Partnerorganisation auf Community-Basis oder (3) bei einer von KFH/HP gesponserten Community-Gesundheitsveranstaltung zugewiesen werden, oder

5.5.1.2 sie an einem KP-Community-Wohlfahrtsprogramm teilnehmen, das den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Patienten mit niedrigem Einkommen unterstützen soll und von offiziellem KFHP/H-Personal vorqualifiziert ist oder

5.5.1.3 sie an einem glaubwürdigen, einkommensabhängigen Gesundheitsprogramm (z. B. Medicare Low Income Subsidy Program) teilnehmen oder

5.5.1.4 ihnen in den vergangenen 30 Tagen bereits MFA bewilligt wurde.

5.5.2 Unfähigkeit zur Begleichung der Rechnungen. Nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten der Begründung der Anspruchsberechtigung und des Erhalts von Zahlungen kann ein Patient, der eine Behandlung in einer KP-Einrichtung erhalten hat und bei dem Anzeichen auf finanzielle

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 8 von 21

Härten bestehen (z. B. ausstehende überfällige Rechnungen in der Vergangenheit), mittels externer Datenquellen auf Anspruchsberechtigung geprüft werden. Sofern er anspruchsberechtigt ist, erhält der Patient MFA-Unterstützung ausschließlich für ausstehende qualifizierbare Rechnungen. Ausstehende Rechnungen für qualifizierte Dienstleistungen dürfen nicht zum Gegenstand von Inkassomaßnahmen oder in KPs Kosten für uneinbringliche Forderungen einbezogen werden.).

5.6 Qualifikationskriterien für das Programm. Wie im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt V, Qualifikationskriterien*, zusammengefasst, kann einem Patient, der MFA beantragt, finanzielle Unterstützung wegen Erfüllung der Einkommenskriterien oder wegen hoher medizinischer Ausgaben zustehen.

5.6.1 Einkommenskriterien. Ein Patient wird auf Erfüllung der Einkommensqualifikationskriterien geprüft.

5.6.1.1 Anspruchsberechtigung aufgrund der Höhe des Einkommens. Ein Patient mit einem Bruttohaushaltseinkommen unter oder gleich der Einkommensgrenze von KFHP/H, als Prozentanteil der US-Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG), hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung.

5.6.1.2 Haushaltseinkommen. Einkommensanforderungen gelten für die Mitglieder des Haushalts. Unter einem Haushalt ist eine einzelne natürliche Person oder eine Gruppe von zwei oder mehr natürlichen Personen zu verstehen, die durch Geburt, Ehe oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammenleben. Zu den Haushaltsmitgliedern können Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Kinder, pflegende Angehörige, Kinder von pflegenden Angehörigen und andere natürliche Personen gehören, für die die einzelne natürliche Person, der Ehegatte, der Lebenspartner oder der Elternteil finanziell verantwortlich ist, der oder die im Haushalt lebt.

5.6.2 Kriterien für hohe medizinische Ausgaben. Ein Patient wird daraufhin geprüft, ob in seinem Fall die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt werden.

5.6.2.1 Anspruchsberechtigung aufgrund hoher medizinischer Ausgaben. Ein Patient jedes Bruttohaushaltseinkommensniveaus mit selbst zu bezahlenden medizinischen und Apothekenausgaben für qualifizierte Leistungen, die über einen 12-Monats-Zeitraum mindestens zehn Prozent des jährlichen Haushaltseinkommens betragen, ist für finanzielle Unterstützung qualifiziert.

5.6.2.1.1 Selbst zu bezahlende KFHP/H-Ausgaben. Medizinische und Apothekenausgaben, die in KP-Einrichtungen angefallen sind, umfassen Zuzahlungen, Anzahlungen, Mitversicherung und



Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 9 von 21

Selbstbehalte in Verbindung mit qualifizierten Leistungen.

5.6.2.1.2 Nicht selbst zu bezahlende KFHP/H-Ausgaben. Medizinische, Apotheken- und routinemäßige zahnmedizinische Ausgaben, die in Nicht-KP-Einrichtungen angefallen sind und mit qualifizierten Leistungen zusammenhängen und für den Patienten anfallen (ausschließlich Rabatte oder Abschreibungen) sind eingeschlossen. Der Patient muss die medizinischen Ausgaben für die von Nicht-KP-Einrichtungen erbrachten Leistungen dokumentieren.

5.6.2.1.3 Krankenversicherungsprämien. Selbst zu bezahlende Ausgaben umfassen nicht die mit Krankenversicherung verbundenen Kosten (z. B. Prämien).

5.7 Ablehnungen und Revisionen

5.7.1 Ablehnungen. Ein Patient, der sich für das MFA-Programm bewirbt und die Qualifikationskriterien nicht erfüllt, wird entweder schriftlich oder mündlich darüber informiert, dass sein MFA-Antrag abgelehnt wurde.

5.7.2 Bei einer MFA-Ablehnung Revision einlegen. Ein Patient, der der Annahme ist, dass sein Antrag oder seine Informationen nicht ordnungsgemäß in Betracht gezogen wurden, kann gegen die Entscheidung Revision einlegen. Anleitungen zum Revisionsprozess sind dem MFA-Ablehnungsschreiben zu entnehmen. Revisionen werden von den dafür zuständigen KFHP/H-Mitarbeitern geprüft.

5.8 Bewilligungsstruktur. MFA-Bewilligungen sind nur in Bezug auf überfällige oder ausstehende Rechnungen möglich, die noch nicht als uneinbringliche Forderungen eingestuft oder eingeklagt wurden. MFA-Bewilligungen können sich auch auf spätere Zeiträume beziehen, für die ein KP-Anbieter nachsorgende Dienstleistungen festgelegt hat.

5.8.1 Grundlage der Bewilligung. Die durch eine MFA-Bewilligung übernommenen Ausgaben richten sich danach, ob der Patient krankenversichert ist oder nicht und wie hoch sein Haushaltseinkommen ist.

5.8.1.1 Für MFA anspruchsberechtigter Patient ohne Krankenversicherung (unversichert). Ein anspruchsberechtigter, unversicherter Patient erhält einen Rabatt auf alle qualifizierten Leistungen.

5.8.1.2 Für MFA anspruchsberechtigter Patient mit Krankenversicherung (versichert). Ein anspruchsberechtigter, versicherter Patient erhält einen Rabatt auf die Kosten für alle qualifizierten Leistungen, (1) für die er persönlich verantwortlich ist und (2) die nicht von seinem Versicherungsträger bezahlt werden. Der Patient muss Belege

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 10 von 21

wie z. B. eine Leistungserklärung (Explanation of Benefits, EOB) beibringen, um den Teil der Rechnung zu bestimmen, der nicht von der Versicherung übernommen wird.

5.8.1.2.1 Vom Versicherungsträger erhaltene Zahlungen. Ein anspruchsberechtigter, versicherter Patient muss alle von seinem Versicherungsträger erhaltenen Zahlungen für von KFHP/H erbrachte Leistungen an KFHP/H überschreiben.

5.8.1.3 Rabattschema. Zusätzliche Informationen über nach dieser Richtlinie mögliche Rabatte sind im ANHANG, *Abschnitt VI, Rabattschema*, zusammengefasst.

5.8.1.4 Rückerstattungen aus Begleichungen. KFHP/H verfolgt die Rückerstattung von Haftpflicht-/Personenversicherungsschutzabrechnungen, Zahlstellen oder anderen rechtlich verantwortlichen Parteien, sofern anwendbar.

5.8.2 Leistungsqualifikationszeitraum. Der Bewilligungszeitraum für nachsorgende Dienstleistungen beginnt am Tag der Genehmigung oder an dem Tag, an dem Leistungen bereitgestellt bzw. Medikamente ausgegeben wurden. Der Bewilligungszeitraum ist begrenzt und wird von KP nach eigenem Ermessen auf verschiedene Weise bestimmt, einschließlich:

5.8.2.1 Spezifischer Zeitraum. Ein Maximum von 365 Tagen für in Frage kommende nachsorgende Dienstleistungen und ausstehende Patientenrechnungen, die noch nicht als uneinbringbar eingestuft wurden.

5.8.2.2 Ambulante, durch zugelassene Pfleger erbrachte und zwischenzeitliche Leistungen. Ein Maximum von ~~bis zu~~ 30 Tagen für außerhalb von KP erbrachte Leistungen.

5.8.2.3 Dauerhafte medizinische Produkte. Ein Maximum von 180 Tagen für von einem Verkäufer bereitgestellte medizinische Produkte.

5.8.2.4 Verhandlungsverlauf oder Pflegeepisode. Ein Maximum von 180 Tagen für einen Behandlungsverlauf und/oder eine Pflegeepisode, wie durch einen KP-Anbieter bestimmt.

5.8.2.5 Im Rahmen öffentlicher und privater Gesundheitsversicherungsprogramme möglicherweise anspruchsberechtigte Patienten. Ein Maximum von 90 Tagen zur Unterstützung eines Patienten in der Zeit, in der sie Hilfe nach öffentlichen und privaten Gesundheitsversicherungsprogrammen beantragen.

5.8.2.6 Einmalige Apothekenbewilligung. Vor Antragstellung im Rahmen des MFA-Programms ist ein Patient für eine einmalige Apothekenbewilligung qualifiziert, wenn er (1) keine MFA-Bewilligung hat, (2) ein von einem KP-Anbieter verschriebenes



Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 11 von 21

Rezept in einer KFHP/H-Apotheke abholen möchte und (3) die Unfähigkeit zum Ausdruck bringt, für das Rezept zu bezahlen. Die einmalige Bewilligung ist auf 30 Tage begrenzt und beinhaltet eine angemessene Menge des Medikaments, wie von einem KP-Anbieter als medizinisch angemessen bestimmt.

5.8.2.7 Antrag auf Bewilligungsverlängerung. Beginnend dreißig (30) Tage vor Ende des bestehenden Bewilligungszeitraums und jederzeit danach kann ein Patient einen erneuten Antrag stellen.

5.8.3 Bewilligung widerrufen, zurückgezogen oder ergänzt. KFHP/H kann eine MFA-Bewilligung in bestimmten Fällen nach eigenem Ermessen widerrufen, zurückziehen oder ergänzen. Gründe können sein:

5.8.3.1 Betrug, Diebstahl oder Änderungen der finanziellen Lage. Bei Betrug, falscher Darstellung, Diebstahl, Änderungen der finanziellen Lage eines Patienten oder anderen Umständen, die die Integrität des MFA-Programms unterminieren.

5.8.3.2 Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme. Ein Patient, der auf die Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme überprüft wird und als qualifiziert betrachtet wird, aber nicht dem Antragsprozess solcher Programme folgt.

5.8.3.3 Andere Zahlungsquellen identifiziert. Werden Krankenversicherungs- oder andere Zahlungsquellen identifiziert, nachdem ein Patient eine MFA-Bewilligung erhalten wird, so werden die Kosten für qualifizierte Leistungen rückwirkend in Rechnung gestellt. In einem solchen Fall wird dem Patienten jener Teil einer Rechnung nicht berechnet, (1) für den er persönlich verantwortlich ist und (2) der nicht von ihm oder seiner Krankenversicherung oder einer anderen Zahlungsquelle bezahlt wird.

5.8.3.4 Änderung des Krankenversicherungsschutzes. Ein Patient, bei dem eine Änderung des Krankenversicherungsschutzes eintritt, wird gebeten, sich erneut beim MFA-Programm anzumelden.

5.9 Kostenbegrenzung. Es ist verboten, MFA-qualifizierten Patienten den vollen Betrag (d. h. Bruttokosten) für qualifizierte Krankenhausleistungen in Rechnung zu stellen, die in einem Kaiser Foundation Hospital erbracht wurden. Einem Patienten, der qualifizierte Krankenhausleistungen in einem Kaiser Foundation Hospital erhalten hat und für das MFA-Programm qualifiziert ist, aber keine MFA-Bewilligung erhalten oder MFA-Hilfen abgelehnt hat, wird nicht mehr in Rechnung gestellt als die allgemein für diese Leistungen berechneten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB).

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 12 von 21

5.9.1 Allgemein berechnete Beträge. Die allgemein berechneten Beträge (AGB) für Notfall- oder andere medizinisch notwendige Leistungen für Einzelpersonen mit Versicherungsschutz werden für KP-Einrichtungen wie im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt VII, Basis zur Berechnung allgemein berechneter Beträge (Amounts Generally Billed, AGB)*, beschrieben bestimmt.

5.10 Inkassomaßnahmen.

5.10.1 Angemessene Benachrichtigungsbemühungen. KFHP/P oder ein Inkassobüro, das im Namen von KFHP/H agiert, unternehmen angemessene Bemühungen, Patienten mit überfälligen oder ausstehenden Beträgen über das MFA-Programm zu informieren. Angemessene Benachrichtigungsbemühungen umfassen:

5.10.1.1 Eine schriftliche Mitteilung innerhalb von 120 Tagen nach der ersten Rechnungsstellung nach der Entlassung, in der der Kontoinhaber informiert wird, dass berechnete Personen MFA beantragen können.

5.10.1.2 Schriftliche Mitteilung mit einer Auflistung der außerordentlichen Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECA), die KFHP/H oder ein Inkassobüro für die Zahlung des ausstehenden Betrags einzuleiten gedenkt, sowie die Terminfrist für solche Aktionen, die nicht früher als 30 Tage ab der schriftlichen Mitteilung liegen darf.

5.10.1.3 Die Bereitstellung einer in einfacher Sprache gehaltenen Zusammenfassung der MFA-Richtlinie zusammen mit der ersten Patientenerklärung des Krankenhauses.

5.10.1.4 Den Versuch, den Kontoinhaber mündlich über die MFA-Richtlinie und die Beantragung von Unterstützung während des MFA-Antragsprozesses zu informieren.

5.10.1.5 Auf Nachfrage die Bestimmung der Antragsberechtigung, bevor überfällige oder ausstehende Patientenrechnungen an ein Inkassobüro übergeben werden.

5.10.2 Suspendierung außerordentlicher Inkassomaßnahmen (ECA). KFHP/H ergreift keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (ECA) und erlaubt Inkassobüros keine solchen Maßnahmen gegen Patienten, die

5.10.2.1 eine gültige MFA-Bewilligung besitzen oder

5.10.2.2 nach Beginn der ECA einen MFA-Antrag gestellt haben. ECA werden bis zur endgültigen Bestimmung der Qualifikation suspendiert.

5.10.3 Zulässige außerordentliche Inkassomaßnahmen.

5.10.3.1 Endgültige Bestimmung angemessener Bemühungen. Vor der Einleitung von ECAs muss der regionale Revenue Cycle Patient Financial Services Leader (Verantwortlicher für

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 13 von 21

Umsatzzyklus-Patientenfinanzleistungen) Folgendes sicherstellen:

5.10.3.1.1 Abschluss angemessener Bemühungen zur Benachrichtigung des Patienten über das MFA-Programm und

5.10.3.1.2 Patient wurde mindestens 240 Tage nach der ersten Rechnungsstellung über die MFA-Beantragung informiert.

5.10.3.2 Meldung an Auskunfteien. KFHP/H oder ein in seinem Namen agierendes Inkassobüro, können nachteilige Informationen an Auskunfteien weitergeben.

5.10.3.3 Rechtliche Folgen. Bevor rechtliche oder zivilrechtliche Schritte unternommen werden, prüft KFHP/H den Finanzstatus des Patienten mithilfe externer Datenquellen, um zu bestimmen, ob er für das MFA-Programm qualifiziert ist.

5.10.3.3.1 Für MFA qualifiziert. Es werden keine weiteren Maßnahmen gegen Patienten eingeleitet, die für das MFA-Programm qualifiziert sind. Inkassokonten, die für MFA qualifiziert sind, werden storniert und rückwirkend zurückgegeben.

5.10.3.3.2 Nicht für MFA qualifiziert. In sehr begrenzten Fällen können die folgenden Maßnahmen nach vorheriger Zustimmung durch den regionalen Chief Financial Officer oder Controller ergriffen werden:

5.10.3.3.2.1 Pfändung von Lohngeldern

5.10.3.3.2.2 Gerichtsverfahren/Zivilklagen. Juristische Maßnahmen werden nicht gegen Personen ergriffen, die arbeitslos sind oder keine anderen signifikanten Einkommensquellen haben.

5.10.3.3.2.3 Pfandverschreibungen auf Immobilien.

5.10.4 Verbotene außerordentliche Inkassomaßnahmen. Unter keinen Umständen ergreift, erlaubt oder erlaubt KFHP/H Inkassobüros folgende Maßnahmen:

5.10.4.1 das Aufschieben, Verweigern oder Verlangen einer Zahlung als Reaktion auf die Nichtbezahlung einer vorherigen Rechnung und als Vorbedingung der Bereitstellung einer Notfall- oder medizinisch notwendigen Leistungen.

5.10.4.2 Verkauf der Verpflichtungen eines Kontoinhabers an einen Dritten.

5.10.4.3 Zwangsvollstreckung oder Beschlagnahmung von Konten.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 14 von 21

5.10.4.4 Anforderung von Haftbefehlen.

5.10.4.5 Anforderung von Ergreifungen

5.11 Katastrophenhilfe. KFHP/H darf die Bewilligungskriterien und das Antragsverfahren seines MFA-Programms zeitweise ändern, um die Unterstützung für Gemeinschaften und Patienten zu verbessern, welche von einem allgemein bekannten Ereignis betroffen sind, das von der bundesstaatlichen oder Bundesregierung als Katastrophe eingestuft wurde.

5.11.1 Mögliche Änderungen in Bezug auf die Bewilligungskriterien.

Vorübergehende Änderungen in Bezug auf die Bewilligungskriterien können beinhalten:

5.11.1.1 die Aussetzung von Bewilligungsbeschränkungen

5.11.1.2 die Erhöhung des Einkommensschwellenwerts.

5.11.1.3 die Absenkung des Schwellenwerts in Bezug auf das Kriterium der hohen medizinischen Ausgaben.

5.11.2 Mögliche Änderungen in Bezug auf das Antragsverfahren.

Vorübergehende Änderungen in Bezug auf das MFA-Antragsverfahren können beinhalten:

5.11.2.1 Einem Patienten zu erlauben, grundlegende Informationen über seine Finanzlage bereitzustellen (z. B. über die Höhe des Einkommens, sofern vorhanden, und dessen Quelle) und die Gültigkeit der Informationen zu bestätigen, wenn (1) sein Finanzstatus nicht mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann, (2) angeforderte Finanzinformationen wegen des Katastrophenereignisses nicht verfügbar sind und (3) kein anderer Beleg vorhanden ist, um die Qualifikation nachzuweisen.

5.11.2.2 die Berücksichtigung künftigen, auf das Ereignis zurückgehenden Lohn- oder Arbeitsplatzverlustes bei der Bestimmung des Haushaltseinkommens.

5.11.3 Der Öffentlichkeit zugängliche Informationen. Informationen über vorübergehende Änderungen am MFA-Programm werden auf der MFA-Programm-Internetseite und in KP-Gebäuden in den betroffenen Gebieten veröffentlicht.

6.0 Verweise/Anhänge

6.1 Anhang A – Glossar

6.2 Gesetze, Vorschriften und Ressourcen

6.2.1 Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148 (124 Stat. 119 [2010])

6.2.2 Bundesregister und die jährlichen Richtlinien zur Armutsgrenze der US-Regierung (FPG)

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 15 von 21

- 6.2.3** Veröffentlichung der Bundessteuerbehörde, 2014 Anweisungen für Plan H (Formular 990)
- 6.2.4** Hinweis der Bundessteuerbehörde 2010-39
- 6.2.5** Internal Revenue Service Code, 26 CFR Parts 1, 53 und 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Additional Requirements for Charitable Hospitals
- 6.2.6** Kalifornische Krankenhausgesellschaft – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, Ausgabe 2015
- 6.2.7** Katholische Gesundheitsvereinigung der Vereinigten Staaten – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, Ausgabe 2012
- 6.3** Anbieterlisten
 - 6.3.1** Anbieterlisten stehen auf den KFHP/H-Websites zur Verfügung für:
 - 6.3.1.1** Kaiser Permanente of Hawaii
 - 6.3.1.2** Kaiser Permanente of Northwest
 - 6.3.1.3** Kaiser Permanente of Northern California
 - 6.3.1.4** Kaiser Permanente of Southern California
 - 6.3.1.5** Kaiser Permanente of Washington

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 16 von 21

Anhang A Glossar

Community-MFA (CMFA) meint geplante medizinische Unterstützungsprogramme, die mit Community-basierten und Safety-Net-Organisationen zusammenarbeiten, um un- bzw. unterversicherten Patienten mit niedrigem Einkommen in KP-Einrichtungen notwendige medizinische Leistungen bereitzustellen.

Inkassobüro meint eine Person, die mittels direkter oder indirekter Handlungen, Verhaltensweisen oder Praktiken einen einem Gläubiger oder Schuldaukäufer tatsächlich oder mutmaßlich geschuldeten Betrag eintreibt oder einzutreiben versucht.

Dauerhafte medizinische Produkte (DME) umfassen u. a. Standardstöcke, Krücken, Inhalationsapparate, Hilfsmittel, an einer Tür zuhause zu befestigende Zuggeräte zur Entlastung der Wirbelsäule, Rollstühle, Gehhilfen (Rollatoren), Krankenhausbetten und Sauerstoff für die Nutzung zuhause, wie im Rahmen der DME-Kriterien angegeben. DME umfassen keine Orthesen, Prothesen (z. B. dynamische Splints/Orthesen und künstliche Larynx mit Zubehör) und keine nicht verschreibungspflichtige Materialien und medizinische Textilprodukte (z. B. urologisches Zubehör und Wundzubehör).

Qualifizierter Patient ist eine Einzelperson, die die Qualifikationskriterien erfüllt, die in dieser Richtlinie beschrieben werden, egal, ob er (1) unversichert ist, (2) im Rahmen eines öffentlichen Programms krankenversichert ist (z. B. Medicare, Medicaid oder subventionierte Krankenversicherung, die über eine Krankenversicherungsschutzvergleichsplattform erworben wird), (3) bei einer anderen Krankenkasse als KFHP oder (4) bei KFHP versichert ist.

Externe Datenquellen sind Drittanbieter, die beauftragt werden, die persönlichen Informationen eines Patienten zu überprüfen, um so den finanziellen Unterstützungsbedarf mittels eines Modells zu bestimmen, das auf öffentlichen Datenbanken basiert und die individuelle Zahlungsfähigkeit eines jeden Patienten nach denselben Standards bewertet.

Offizielle Richtlinien zur Armutsgrenze der US-Regierung (FPG) legen die Einkommensgrenzen für Armut fest und werden vom United States Department of Health and Human Services bestimmt und jährlich im Federal Register aktualisiert.

Finanzielle Beratung ist der Prozess zur Unterstützung von Patienten beim Erkunden der verschiedenen finanziellen und Gesundheitsabdeckungsoptionen, die zur Verfügung stehen, um für in KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen zu bezahlen. Patienten, die finanzielle Beratung in Anspruch nehmen können, umfassen u. a. Selbstzahler, Unversicherte und Unterversicherte sowie solche, die die Unfähigkeit zum Ausdruck gebracht haben, die volle vom Patienten zu entrichtende Zahlung zu erbringen.

Obdachlos beschreibt den Status einer Person, die an einem der nachstehend beschriebenen Orte lebt oder sich in einer der nachstehend beschriebenen Situationen befindet:

- An Orten, die nicht als Wohnungen für Menschen vorgesehen sind, wie Autos, Parks, Gehwegen, verlassenen Gebäuden (auf der Straße) oder
- in einer Notunterkunft oder
- in Übergangs- oder subventionierten Wohnung für Obdachlose, die von der Straße oder aus einer Notunterkunft kommen.
- Sich an einem der oben angegebenen Orte befindet, aber eine kurze Zeit (bis zu 30 aufeinander folgende Tage) in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung verbringt.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 17 von 21

Anhang A Glossar (Forts.)

- Innerhalb einer Woche aus einer Privatwohnung gewiesen wird oder eine Situation mit häuslicher Gewalt flieht und noch keine Folgewohnung hat und wenn die Person nicht die Ressourcen und das Unterstützungsnetzwerk hat, um eine Unterkunft zu beziehen.
- Innerhalb einer Woche aus einer Einrichtung wie etwa einer psychiatrischen Einheit oder Einrichtung zur Behandlung von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, in der die Person mehr als 30 aufeinander folgende Tage lang wohnte, entlassen wird, und noch keine Folgewohnung hat und wenn die Person nicht die Ressourcen und das Unterstützungsnetzwerk hat, um eine Unterkunft zu beziehen.

KP umfasst Kaiser Foundation Hospitals und Kliniken verbundener Krankenhäuser, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups und deren jeweilige Tochtergesellschaften außer der Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

KP-Einrichtungen umfassen alle physischen Einrichtungen, darunter Inneres und Äußeres von Gebäuden, die Eigentum von KP sind bzw. von KP gemietet werden und zur Durchführung von Geschäftsfunktionen dienen, einschließlich der Versorgung von Patienten (z. B. ein Gebäude oder ein KP-Stockwerk, eine Abteilung oder andere Innen- oder Außenbereiche eines Nicht-KP-Gebäudes).

Einkommensabhängig bedeutet, dass die externen Datenquellen oder Informationen, die vom Patienten bereitgestellt werden, dazu verwendet werden, die Qualifikation für ein öffentliches Krankenversicherungsprogramm oder MFA anhand der Frage zu bestimmen, ob das Einkommen der Einzelperson größer als ein in den Federal Poverty Guidelines angegebener Prozentanteil ist.

Medizinische Finanzunterstützung (MFA) bietet Geldbewilligungen, um medizinische Kosten qualifizierter Patienten zu übernehmen, die einen Teil oder die gesamten Kosten medizinisch notwendiger Leistungen nicht übernehmen können und alle öffentlichen und privaten Zahlerquellen ausgeschöpft haben. Einzelpersonen müssen die Programmkriterien erfüllen, um Unterstützung zu erhalten, mit der sie ihre Patientenkosten teilweise oder vollständig bezahlen können.

Medizinbedarf meint nicht wiederverwendbare medizinische Materialien wie Schienen, Schlingen, Wundverbände und Pflaster, die von einem zugelassenen Gesundheitsdienstleister während einer medizinisch notwendigen Behandlung verwendet werden, ausschließlich solcher Materialien, die von einem Patienten von einer anderen Quelle erworben wurden.

Patientenkosten meint den einem Patienten für in KP-Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Kliniken verbundener Krankenhäuser, medizinische Zentren, medizinische Bürogebäude und ambulante Apotheken) erbrachte Leistungen in Rechnung gestellten Anteil, der von der Krankenversicherung oder einem öffentlichen finanzierten Gesundheitsprogramm nicht erstattet wird.

Apotheken-Waiver bietet finanzielle Unterstützung für Mitglieder von KP Senior Advantage Medicare Part D mit geringen Einkommen, die nicht in der Lage sind, ihren Kostenanteil für verschreibungspflichtige ambulante Medikamente, die von Medicare Part D gedeckt werden, zu übernehmen.

Safety Net meint ein System von staatlichen Stellen und/oder Wohltätigkeitsorganisationen, die direkte medizinische Leistungen für Unversicherte in einem öffentlichen Krankenhaus, einer Community-Klinik, Kirche, einem Obdachlosenasyll, einer mobilen Gesundheitseinheit, Schule usw. bereitstellen.

Unterversichert ist eine Einzelperson, die zwar eine Krankenversicherung hat, aber feststellt, dass die Verpflichtung zur Zahlung von Versicherungsprämien, Selbstbeteiligungen und Mitversicherungen eine solch große finanzielle Belastung darstellt, dass sie aufgrund der Eigenkosten notwendige medizinische Leistungen aufschiebt oder nicht in Anspruch nimmt.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 18 von 21

**Anhang A
Glossar (Forts.)**

Unversichert ist eine Einzelperson, die keine Krankenversicherung hat oder keine von der US- oder von Bundesstaatsregierungen finanzierten Geldleistungen erhält, um die Kosten der eigenen Gesundheitsversorgung tragen zu können.

Anfällige Bevölkerungsgruppen umfassen demografische Gruppen, deren Gesundheit und Wohlfahrt aufgrund von sozioökonomischem Status, Krankheit, Ethnie, Alter oder anderen Faktoren einem größeren Risiko ausgesetzt sind als die der Allgemeinbevölkerung.

Ergreifung ist ein von einem Gericht eingeleiteter Prozess, der darauf zielt, die Behörden anzuweisen, eine Person wegen eines zivilrechtlichen Verstoßes vor Gericht zu bringen, ähnlich wie bei einem Haftbefehl.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 19 von 21

ANHANG: Kaiser Permanente Southern California

ANHANG DATUM DES INKRAFTTRETENS: 1. Februar 2021

I. Kaiser Foundation Hospitals. Diese Richtlinien gelten für alle KFHP/H-Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Kliniken verbundener Krankenhäuser, medizinische Zentren und medizinische Bürogebäude) und ambulante Apotheken. Kaiser Foundation Hospitals in Südkalifornien umfassen:

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	

Hinweis: Kaiser Foundation Hospitals erfüllen die Auflagen der Hospital Fair Pricing Policies, California Health & Safety Code §127400.

II. Im Rahmen der MFA-Richtlinie zusätzliche qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen.

- a. **Transport für obdachlose Patienten.** Steht obdachlosen Patienten in dringen wie nicht dringenden Situationen zur Verfügung, um die Entlassung aus einem KP-Krankenhaus oder KP-Notfallambulanzen zu ermöglichen.
- b. **Weitere nicht qualifizierte Leistungen.**
 - i. Hörgeräte
 - ii. Optikprodukte
 - iii. **Ausgaben in Verbindung mit Medi-Cal Share of Cost (SoC).** SoC wird als integraler Bestandteil des Medi-Cal-Programms betrachtet, das dazu dient, Medi-Cal-Begünstigte, die am oberen Ende der Einkommensgrenze liegen, mit Gesundheitsleistungen zu unterstützen. Für SoC-Beträge kann keine MFA gewährt werden, da SoC vom Staat als der Betrag bestimmt wird, der vom Patienten zu zahlen ist, bevor er für Medicaid in Frage kommt

III. Anbieter, die der MFA-Richtlinie unterliegen bzw. nicht unterliegen. Die Liste der Anbieter in Kaiser Foundation Hospitals, die den MFA-Richtlinien unterliegen bzw. nicht unterliegen, ist der Öffentlichkeit kostenlos auf der KFHP/H-Website unter www.kp.org/mfa/scal zugänglich.

IV. Programminformationen und MFA-Beantragung. MFA-Programminformationen einschließlich der MFA-Richtlinie selbst, Antragsformulare, Anweisungen und

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 20 von 21

Zusammenfassungen in einfacher Sprache (d. h. Programmbroschüren) stehen der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos in elektronischer Form oder auf Papier zur Verfügung. Ein Patient kann die Teilnahme am MFA-Programm während oder nach Erhalt der von KFHP/H erhaltenen Leistungen und auf verschiedene Weise, auch persönlich, telefonisch oder schriftlich beantragen. (Siehe Abschnitte 5.3 und 5.4 oben.)

- a. **Online-Ausfüllung und -Einreichung des Antragsformulars auf der KFHP/H Webseite.** Ein Patient kann Antragsinformationen elektronisch auf der MFA-Webseite www.kp.org/mfa/scal eingeben und einreichen.
- b. **Programminformationen von der KFHP/H-Webseite herunterladen.** Elektronische Exemplare der Programminformationen sind auf der MFA-Website www.kp.org/mfa/scal erhältlich.
- c. **Programminformationen elektronisch anfordern.** Elektronische Kopien der Programminformationen sind auf Anfrage per E-Mail erhältlich.
- d. **Persönlich Programminformationen erhalten oder Antrag stellen.** Programminformationen sind in den Abteilungen Aufnahme und Notaufnahme in den in Abschnitt I, *Kaiser Foundation Hospitals*, aufgeführten Krankenhäusern erhältlich.
- e. **Programminformationen telefonisch erhalten oder Antrag telefonisch stellen.** Es stehen Berater telefonisch zur Verfügung, die Informationen bereitstellen, die MFA-Qualifikation ermitteln und Patienten bei der MFA-Beartragung helfen. Berater sind erreichbar unter:
 Telefonnummer(n): 1-800-390-3507
- f. **Per Post Programminformationen anfordern oder Antrag stellen.** Ein Patient kann Programminformationen anfordern und MFA beantragen, indem er den vollständigen MFA-Programmantrag per Post einsendet. Informationsanfragen und Anträge können gesendet werden an:
 Kaiser Permanente
 Attention: Medical Financial Assistance
 P. O. Box 7086
 Pasadena, CA 91109-7086
- g. **Persönliche Abgabe des ausgefüllten Antrags.** Ausgefüllte Anträge können persönlich in der Abteilung Aufnahme für Patienten in jedem Kaiser Foundation Hospital abgegeben werden.

V. Qualifikationskriterien. Bei der Bestimmung der MFA-Qualifikation wird das Haushaltseinkommen eines Patienten berücksichtigt. (Siehe Abschnitt 5.6.1. oben.)

- a. Einkommenskriterium: Bis zu 350 % der Richtlinien zur Armutsgrenze der US-Regierung
- b. KFHP-Mitglieder mit Selbstbeteiligung müssen die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllen, um sich für das Programm zu qualifizieren.



Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Februar 2021
Verantwortlicher: Direktor, Medizinische Finanzunterstützung	Seite: 21 von 21

VI. Rabattschema. Der Betrag, den KP einem für die Medizinische Finanzunterstützung qualifizierten Patienten zahlt, ist abhängig von der Art des Kriteriums, aufgrund dessen sich dieser für das Programm qualifiziert.

- a. **Der Patient erfüllt die Einkommenskriterien.** Ein Patient, der die Einkommenskriterien erfüllt, erhält einen Rabatt von 100 % auf die Patientenkosten oder einen Teil der Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.
- b. **Der Patient erfüllt die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben.** Ein Patient, der die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt, erhält einen Rabatt von 100 % auf die Patientenkosten oder die Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

VIII. Berechnungsbasis der Allgemein berechneten Beträge (AGB). KFHP/HP bestimmt AGB für jede Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Leistung mittels der Rückschaumethode. Dabei werden die Bruttokosten für die Leistung mit dem AGB-Satz multipliziert. Informationen zum AGB-Satz und dessen Berechnung finden Sie auf der KFHP/H-MFA-Website unter www.kp.org/mfa/scal.

IX. Rückerstattungen. In Fällen, in denen ein Patient einen Antrag auf MFA gestellt hat und dieser genehmigt wurde, wird eine Rückerstattung für Beträge initiiert, die über denen liegen, die von Medicare, Medi-Cal oder anderen staatlichen Zahlern für Krankenhaus- und/oder andere Dienstleistungen gezahlt worden wären.

- a. Zinsen werden unter dem in Abschnitt 685.010 des Code of Civil Procedure festgelegten Satzes ab dem Datum des Eingangs der Zahlung durch den Patienten im Krankenhaus berechnet. Der aktuelle Satz beträgt 10 %.