



UNIKAJ NIESPODZIEWANYCH WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

JAK USTAWA O OCHRONIE PRZED
NIESPODZIEWANYMI ROZLICZENIAMI
MOŻE CIĘ CHRONIĆ

Niniejszą publikację opracowała Administracja zabezpieczeń świadczeń pracowniczych Departamentu Pracy Stanów Zjednoczonych (EBSA – ang. Employee Benefits Security Administration).

Z tą oraz innymi publikacjami EBSA można zapoznać się odwiedzając stronę internetową Administracji pod adresem: **dol.gov/ebsa**.

By zamówić publikację lub porozmawiać z doradcą ds. świadczeń prosimy o kontakt z EBSA drogą elektroniczną, pisząc na adres **askebsa.dol.gov**.

Można również zadzwonić na bezpłatny numer: **1-866-444-3272**

Publikacja ta zostanie udostępniona na życzenie w alternatywnych formatach na użytek osób z niepełnosprawnością. Głosowe usługi telefoniczne: **(202) 693-8664**.

Osoby niesłyszące, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą zadzwonić pod numer **7-1-1**, by skorzystać z usług przekazywania telekomunikacyjnego.

Ta ulotka stanowi przewodnik dla małych przedsiębiorstw w ramach ustawy Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act (ang. Ustawa o sprawiedliwym wdrażaniu przepisów dla małych przedsiębiorstw) z 1996 roku.



Czy kiedykolwiek:

- **Byłeś na pogotowiu, by uzyskać pomoc, ale otrzymałeś nieoczekiwany rachunek?**
- **Miałeś poważną operację wykonaną w placówce w sieci objętej Twoim planem ubezpieczenia zdrowotnego, ale otrzymałeś nieoczekiwany rachunek za usługi anestezjologa, który nie był w sieci Twojego planu ubezpieczenia zdrowotnego?**
- **Byłeś poszkodowany w wypadku, ale otrzymałeś nieoczekiwany rachunek za transport karetką powietrzną do szpitala?**

Jeśli tak, nie jesteś sam. Wiele osób w Stanach Zjednoczonych zmagają się z nieoczekiwanymi rachunkami medycznymi, zwłaszcza w nagłych sytuacjach. Właśnie dlatego uchwalono federalną Ustawę o chronię przed niespodziewanymi rozliczeniami (No Surprises Act): aby zapewnić ochronę przed tymi niespodziewanymi rachunkami i obniżyć koszty opieki zdrowotnej.

Czym są niespodziewane rozliczenia?

Niespodziewane rozliczenia mają miejsce, gdy jesteś objęty ubezpieczeniem zdrowotnym i nieświadomie lub w sposób nieunikniony otrzymujesz opiekę od świadczeniodawcy spoza sieci lub w placówce opieki zdrowotnej poza siecią i jesteś bezpośrednio obciążany za tę opiekę, gdy Twój plan opieki zdrowotnej nie pokrywa wszystkich kosztów tejże opieki.

W przeszłości, oprócz podziału kosztów poza siecią, za które byłeś odpowiedzialny (takich jak współubezpieczenie lub współpłatność), dostawca lub placówka opieki zdrowotnej spoza sieci

Świadczeniodawca w sieci: świadczeniodawca opieki zdrowotnej lub placówka mająca kontrakt z Twoim grupowym planem ubezpieczenia zdrowotnego lub z emitentem ubezpieczenia zdrowotnego, by świadczyć członkom planu usługi o określonych kosztach

Świadczeniodawca poza siecią: świadczeniodawca opieki zdrowotnej lub placówka nie mająca kontraktu z Twoim grupowym planem ubezpieczenia zdrowotnego lub z emitentem ubezpieczenia zdrowotnego, by świadczyć usługi członkom planu. Świadczeniodawca poza siecią może być również nazywany „niepreferowanym świadczeniodawcą” lub „świadczeniodawcą nieuczestniczącym” w sieci

mógł/mogła Cię bezpośrednio obciążyć różnicą pomiędzy naliczoną opłatą a kwotą, którą pokryje Twój plan opieki zdrowotnej („dozwolona kwota”). To nazywamy „uzupełnieniem pełnej kwoty rachunku”.

Na przykład, jeśli świadczeniodawca spoza sieci obciążył Cię opłatą w wysokości 1000 USD za usługę, a dozwolona kwota w Twoim planie opieki zdrowotnej za tę usługę wynosiła 250 USD, możesz zostać obciążony zapłaceniem pozostałych 750 USD, oprócz wszelkich dodatkowych płatności wynikających z udziału w kosztach względem tejże dozwolonej kwoty.

Ustawa o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami oferuje nowe zabezpieczenia. Jakie one są?

Ogólnie mówiąc, jesteś chroniony przed niespodziewanymi rachunkami za:

- większość usług w nagłych wypadkach (w tym w nagłych wypadkach w zakresie zdrowia psychicznego),
- usługi nie-nagle świadczone przez świadczeniodawców spoza sieci w niektórych placówkach opieki zdrowotnej należących do sieci planu (szpitale, szpitalne oddziały ambulatoryjne, lub ambulatoryjne centra chirurgiczne), oraz
- usługi świadczone przez świadczeniodawców lotniczego pogotowia ratunkowego spoza sieci.

Jesteś również chroniony przed sporami dotyczącymi płatności za te usługi pomiędzy planami/ubezpieczycielami a dostawcami/placówkami, dzięki czemu nie znajdziesz się pośrodku takiego sporu.

Czy te zabezpieczenia dotyczą mnie?

Tak, jeśli masz plan zdrowotny, który otrzymujesz w swojej pracy lub jeśli sam go kupiłeś.

Ustawa o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami nie ma zastosowania do niektórych ubezpieczeń zdrowotnych, takich jak:

- krótkoterminowe plany ubezpieczeniowe na czas określony,
- plany świadczeń objętych wyłączeniem (takie jak niezależne ubezpieczenie stomatologiczne i okulistyczne),
- plany tylko dla emerytów, lub
- grupowe plany ubezpieczenia zdrowotnego oparte na kontach

Usługi w nagłych wypadkach obejmują:

- leczenie w nagłych przypadkach, udzielone na szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym lub na niezależnym, samodzielnym oddziale ratunkowym
- usługi przed i po stabilizacji, niezależnie od oddziału lub szpitala, w którym prowadzone jest leczenie

Czy Ustawa chroni mnie w każdej sytuacji?

Ustawa o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami obejmuje większość usług w nagłych wypadkach, usługi w nie-nagłych wypadkach świadczone przez świadczeniodawców spoza sieci w niektórych placówkach opieki zdrowotnej należących do sieci jak również usługi świadczone przez świadczeniodawców lotniczego pogotowia ratunkowego spoza sieci.

Ustawa nie obejmuje każdego nieoczekiwanego lub wysokiego rachunku medycznego.

Na przykład, nadal możesz otrzymywać rachunki za usługi i zabiegi, które nie są objęte Twoim planem. Zabezpieczenia dotyczące niespodziewanych rozliczeń określone w Ustawie o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami nie mają zastosowania do usług nie-nagłych świadczonych przez świadczeniodawców spoza sieci w placówce poza siecią.

Możesz także zrezygnować z zabezpieczeń przed niespodziewanymi rozliczeniami w pewnych nie-nagłych sytuacjach, jeśli otrzymasz powiadomienie i wyrazisz zgodę na zrzeczenie się tych zabezpieczeń. Więcej informacji znajdziesz na stronie 4.

O czym stanowi Ustawa o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami?

Jeśli korzystasz z planu objętego ubezpieczeniem (zobacz powyżej, “Czy te zabezpieczenia dotyczą mnie”), ta ustawa:

- zakazuje niespodziewanych rachunków w większości sytuacji nagłych, nawet jeśli leczenie jest świadczone poza siecią Twojego planu i bez uprzedniej autoryzacji.
- Twój plan opieki zdrowotnej nie może odmówić ubezpieczenia, ponieważ nie uzyskałeś zgody planu przed udaniem się na pogotowie.
- ogranicza podział kosztów w przypadku większości usług w nagłych wypadkach poza siecią Twojego planu oraz w przypadku większości usług w nie-nagłych wypadkach świadczonych w placówce opieki zdrowotnej znajdującej się w sieci przez świadczeniodawcę spoza sieci.
- wymaga zgody pacjenta na rezygnację z ochrony przed niespodziewanymi rachunkami w pewnych okolicznościach.
- ogólnie zabrania świadczeniodawcom spoza sieci wystawiania pacjentom rachunków celem uzupełnienia pełnej kwoty za usługi pomocnicze (takie jak anestezjologia, patologia, radiologia czy neonatologia) świadczone podczas wizyty w placówce opieki zdrowotnej należącej do sieci. Świadczeniodawcy tego typu nie mogą prosić Cię o zgodę na rezygnację z zabezpieczeń przed niespodziewanymi rachunkami.
- wymaga, aby świadczeniodawcy i placówki przekazali Ci powiadomienie wyjaśniające zabezpieczenia rozliczeniowe oraz wskazali osobę, z którą powinieneś się skontaktować, jeśli uważasz, że te zabezpieczenia zostały naruszone.

A co w przypadku, gdy mój plan operuje w sieci zamkniętej i nie obejmuje usług poza siecią?

Nawet jeśli Twój plan operuje w sieci zamkniętej i nie obejmuje produktów lub usług spoza sieci, zabezpieczenia wynikające z Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami mają zastosowanie, jeśli usługi są objęte w sieci zgodnie z Twoim planem.

Czy moje płatności będą wliczane do kwot podlegających odliczeniu i do maksymalnych kwot na wydatki bieżące w ramach planu?

Plan nie może wymagać większego udziału w kosztach w przypadku usług w nagłych wypadkach poza siecią, usług w wypadkach nie-nagłych świadczonych w placówce opieki zdrowotnej znajdującej się w sieci oraz usług pogotowia lotniczego niż w przypadku równoważnych usług medycznych świadczonych w sieci.

Wszelkie płatności dokonane przez Ciebie z tytułu udziału w kosztach muszą być wliczane do odliczeń w sieci lub maksymalnych kwot na wydatki bieżące, tak jakby pobierał je świadczeniodawca działający w sieci.

Przykłady

- Podczas spaceru z psem poślizgnąłeś się na lodzie, uderzyłeś się w głowę i złamałeś rękę, co wymaga wizyty w najbliższej izbie przyjęć. Lekarz zleca badania obrazowe, radiologię i stwierdza, że powaga urazu wymaga operacji tego samego dnia.

Nawet jeśli otrzymałeś tę pomoc w nagłym wypadku od świadczeniodawcy spoza sieci lub placówki opieki zdrowotnej spoza sieci, jesteś odpowiedzialny jedynie za zapłacenie odliczeń, współpłatności i współubezpieczenia w wysokości stawki w sieci.

- Aby wykluczyć nowotwór, umawiasz się na biopsję chirurgiczną w celu usunięcia tkanki z piersi. Zarówno szpital, jak i lekarz przeprowadzający operację są w sieci. Nie wiesz jednak, czy świadczeniodawcy podający znieczulenie i badający tkankę również działają w sieci.

Pomocnicze wydatki poza siecią będą naliczane według stawki wewnątrz sieci, jeśli Twoja placówka opieki zdrowotnej znajduje się w sieci. Obejmuje to usługi świadczone przez takich świadczeniodawców jak anestezjolog i patolodzy.

- Podczas intensywnej sesji ćwiczeń odczuwasz ostre bóle w klatce piersiowej, które wymagają udania się do najbliższej izby przyjęć. Po krótkim badaniu lekarz stwierdza, że należy Cię przewieźć ambulansem lotniczym do innego szpitala specjalizującego się w kardiologii.

Jeśli Twój plan obejmuje usługi pogotowia lotniczego, Ustawa o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami chroni Cię, nawet jeśli firma pogotowia lotniczego nie jest w sieci. Będziesz odpowiedzialny za odliczenie, współpłatność lub współubezpieczenie, które zapłaciłbyś, gdyby ambulans lotniczy był w sieci. Jeśli jednak Twój plan w ogóle nie obejmuje usług pogotowia lotniczego lub jeśli transportuje Cię ambulans naziemny, możesz być odpowiedzialny za nieobjętą kwotę.

Co oznaczają wyjątek powiadomienia i zgody (na zrzeczenie się zabezpieczeń przed niespodziewanymi rozliczeniami) i jakie mają zastosowanie?

Zgodnie z Ustawą o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami świadczeniodawca lub placówka może w pewnych okolicznościach poprosić pacjenta o dobrowolne zrzeczenie się zabezpieczeń przed wystawianiem rachunków celem uzupełnienia pełnej kwoty oraz ograniczeń dotyczących podziału kosztów.

Świadczeniodawca lub placówka może dostarczyć Ci formularz powiadomienia i zgody oraz poprosić Cię o rezygnację z zabezpieczeń przed niespodziewanymi rachunkami, gdy:

- umawiasz się na określone usługi w nie-nagłych wypadkach (inne niż usługi pomocnicze) w placówce opieki zdrowotnej należącej do sieci, lub
- potrzebujesz opieki po stabilizacji po nagłym wypadku, a Twój świadczeniodawca lub placówka opieki zdrowotnej są poza siecią.

Przykład

- Podczas gry w piłkę nożną doznałeś kontuzji barku. Zdjęcie rentgenowskie pokazuje, że ramię jest złamane i zwichnięte. Kolega poleca chirurga ortopedę. Operację w szpitalu należącym do sieci zaplanowano z dwu-tygodniowym wyprzedzeniem.

W tym samym dniu, w którym planujesz operację, otrzymujesz powiadomienie z informacją, że Twój chirurg nie jest częścią sieci Twojego planu opieki zdrowotnej. Aby przystąpić do operacji, musisz wyrazić zgodę na rezygnację z zabezpieczeń przed wystawianiem rachunków celem uzupełnienia pełnej kwoty. Ze względu na Twoje preferencje wobec tego lekarza, podpisujesz formularz zgody.

Ponosisz odpowiedzialność za każdy otrzymany rachunek, który uzupełnia pełną kwotę. Podpisałeś formularz zgody potwierdzający, że Twój chirurg był poza siecią ponad 72 godziny przed datą operacji.

Jeżeli jednak chirurg nie dostarczył Ci formularza zgody w ciągu co najmniej 72 godzin przed usługami, nie mógłby wystawić Ci rachunku uzupełniającego pełną kwotę za usługi świadczone podczas operacji.

Kiedy powiadomienie i zgoda nie są dozwolone?

W **nagłych** sytuacjach, powiadomienie i zgoda nie są dozwolone przy świadczeniu:

- wszelkich usług w nagłych wypadkach zanim stan się ustabilizuje
- produktów lub usług ze względu na nieprzewidziane, pilne potrzeby medyczne
- usług po stabilizacji, jeśli nie zostaną spełnione określone dodatkowe wymagania

W sytuacjach **innych niż nagle**, powiadomienie i zgoda nie są dozwolone w przypadku usług pomocniczych, które definiuje się jako produkty i usługi, które są:

- związane z medycyną ratunkową, anestezjologią, patologią, radiologią i neonatologią, niezależnie od tego, czy świadczone są przez lekarza czy innego specjalistę
- świadczone przez asystentów chirurgów, lekarzy w szpitalu i lekarzy intensywnej opieki medycznej
- usługami diagnostycznymi, w tym usługami radiologicznymi i laboratoryjnymi
- świadczone przez świadczeniodawcę spoza sieci, jeśli nie jest dostępny żaden świadczeniodawca wewnątrz sieci
- udzielane w trakcie leczenia z powodu nieprzewidzianych, pilnych potrzeb medycznych

Jakie informacje znajdują się w formularzu powiadomienia i zgody?

Dokumenty powiadomienia i zgody, ujednolicone przez rząd federalny, opisują zabezpieczenia Ustawy przed nieoczekiwanymi rachunkami za leczenie i pytają, czy jesteś skłonny zrezygnować z tych zabezpieczeń i zapłacić więcej za opiekę uzyskaną poza siecią. Podpisując formularz zgody, rezygnujesz z tych zabezpieczeń. Formularz również poda oszacowane koszty opieki poza siecią.

Jeżeli powiadomienie i zgoda dotyczą usług po stabilizacji, powinny zawierać także listę świadczeniodawców działających w sieci, którzy mogą zapewnić opiekę po stabilizacji.

Dokumenty dotyczące powiadomienia i zgody muszą być fizycznie oddzielone od innych dokumentów. Nie można ich dołączać ani włączać do żadnych innych dokumentów. Świadczeniodawcy i placówki opieki zdrowotnej muszą zapewnić Tobie lub Twojemu upoważnionemu przedstawicielowi możliwość otrzymania dokumentu powiadomienia i zgody w jednym z 15-stu języków najczęściej używanych w stanie lub regionie, w którym znajduje się placówka.

Czy muszę podpisywać formularz powiadomienia i zgody?

Nie. Podpisanie tego formularza jest całkowicie Twoim wyborem. Formularz należy podpisać tylko w przypadku wyrażenia zgody na rezygnację z zabezpieczeń przed niespodziewanymi płatnościami za produkty i usługi wyraźnie wymienione w zawiadomieniu. Prawdopodobnie zapłacisz więcej, jeśli zdecydujesz się na opiekę poza swoją siecią. Przed podpisaniem przeczytaj uważnie formularz i rozważ dostępne Ci opcje!

Jeśli nie podpiszesz, świadczeniodawca może zdecydować, że nie zapewni Ci opieki nie-nagłej lub po stabilizacji, o której mowa w powiadomieniu. Niewykluczone, że będziesz musiał poszukać i ponownie umówić się ze świadczeniodawcą lub placówką w sieci. Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego pomoże Ci w znalezieniu świadczeniodawcy lub placówki.

Jeśli nie podpiszesz formularza powiadomienia i zgody, a świadczeniodawca lub placówka nadal zapewnią ci opiekę, wówczas nadal obowiązują zabezpieczenia wynikające z Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami.

A co z prawem stanowym? Czy może mnie uchronić przed niespodziewanymi rachunkami za leczenie?

Są stany, w których obowiązują dodatkowe zabezpieczenia przed wystawianiem rachunków celem uzupełnienia pełnej kwoty niż te wymagane na mocy Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami. Więcej informacji na temat Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami (No Surprises Act) i przepisów, które mogą mieć zastosowanie w przypadku Twojego ubezpieczenia, znajdziesz na stronie internetowej Departamentu Ubezpieczeń (Department of Insurance) swojego stanu.

Czy rachunki za leczenie i wyjaśnienia dotyczące świadczeń (EOB) są analogiczne?

Nie. Przed otrzymaniem rachunku medycznego z biura świadczeniodawcy powinieneś otrzymać Wyjaśnienie świadczeń (Explanation of Benefits, EOB) w ramach Twojego planu ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyjaśnienie świadczeń informuje Cię, jakie usługi otrzymałeś, kiedy je otrzymałeś, ile zapłaci Twój plan i ile jesteś winien. Jest to kluczowa informacja, która pomoże Ci ustalić, czy otrzymałeś niespodziewany rachunek. Sprawdź swoje Wyjaśnienie świadczeń pod kątem błędów i analizuj za każdym razem.

Jeśli nadal czekasz na Wyjaśnienie świadczeń z ostatniej wizyty a otrzymasz rachunek od świadczeniodawcy, skontaktuj się ze swoim planem ubezpieczenia zdrowotnego, aby ustalić, czy świadczeniodawca przesłał im roszczenie.

Co powinienem zrobić, jeśli otrzymam niespodziewany rachunek?

Skontaktuj się z działem pomocy Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami pod numerem **1-800-985-3059**, jeśli:

- otrzymasz rachunek przekraczający to, co według Wyjaśnienia świadczeń jesteś winien z tytułu podziału kosztów
- masz pytania dotyczące przepisów Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami
- uważasz, że Ustawa o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami nie jest przestrzegana

Z działem pomocy można kontaktować się w godzinach 8:00 – 20:00 czasu wschodniego (ET) od poniedziałku do piątku oraz w godzinach 10:00 – 18:00 czasu wschodniego (ET) w sobotę i niedzielę.

Jeśli chcesz złożyć skargę online, odwiedź stronę www.cms.gov/nosurprises/consumers.

Dział pomocy Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami nie może wymagać od świadczeniodawcy lub placówki dostosowania opłat, dokonywania jakichkolwiek ocen medycznych lub prawnych ani ustalania wartości roszczenia.

Jakie kroki należy podjąć, jeśli Twój plan odmawia objęcia planem?

Uważnie przeczytaj Wyjaśnienie świadczeń (EOB). Możesz złożyć wewnętrzne odwołanie w swoim planie, jeśli Twoje EOB wykaże, że plan nie obejmował produktu lub usługi zgodnie z Ustawą o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami.

- Zadzwoń do swojego planu i poproś go o kopię wewnętrznej procedury odwoławczej oraz dowiedz się, jakie informacje i dokumenty należy załączyć do wewnętrznego wniosku odwoławczego.
- Następnie złóż wewnętrzne odwołanie na piśmie. Twój plan musi odpowiedzieć natychmiast.

Zapoznaj się z publikacją Departamentu Pracy USA, zakładka Składanie wniosku o świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, adres dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/filing-a-claim-for-your-health-benefits-pl.

Źródła

Możesz dowiedzieć się więcej o Ustawie o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami i zgodności Twojego planu zdrowotnego z jej wymogami.

Departament Bezpieczeństwa Świadczeń Pracowniczych (EBSA) przy Państwowym Urzędzie Pracy

- Zadzwoń do doradcy ds. świadczeń pod bezpłatny numer **1-866-444-3272**.
- Odwiedź dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act.

Dział pomocy Ustawy o ochronie przed niespodziewanymi rozliczeniami

- Zadzwoń pod **1-800-985-3059**.
- Odwiedź cms.gov/nosurprises/consumers.

Strona internetowa Departamentu Ubezpieczeń i dane kontaktowe Twojego stanu

Informacje dotyczące Twojego stanu można znaleźć na stronie internetowej Krajowego Stowarzyszenia Komisarzy ds. Ubezpieczeń pod adresem content.naic.org/state-insurance-departments.



EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

March 2024