



# WYJAŚNIENIE

DOT. ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU  
ZDROWIA PSYCHICZNEGO I  
ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z  
UŻYWANIEM SUBSTANCJI

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**.

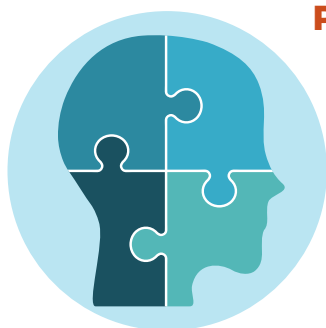
By zamówić publikację lub porozmawiać z doradcą ds. świadczeń prosimy o kontakt z EBSA drogą elektroniczną, pisząc na adres **askebsa.dol.gov**.

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.



**Prawo federalne wymaga parytetu między świadczeniami z zakresu zdrowia psychicznego lub zaburzeń związanych z używaniem substancji a świadczeniami medycznymi i chirurgicznymi. Oznacza to, że plany ubezpieczenia zdrowotnego nie mogą nakładać ograniczeń na dostęp do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji, którymi nie są objęte świadczenia medyczne i chirurgiczne. Niniejszy poradnik pomoże Ci zrozumieć przysługujące Ci prawa do uzyskania jednakowych świadczeń.\* Jeśli masz pytania, zadzwoń do Doradcy ds. świadczeń programu EBSA pod numer 1-866-444-3272. Połączenie i oferowana pomoc są bezpłatne. Możemy Ci pomóc.**

Celem ochrony prawnej parytetu zdrowia psychicznego jest zapewnienie, aby otrzymane świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji były objęte ubezpieczeniem w takim samym zakresie, jak świadczenia medyczne i chirurgiczne, bez ograniczeń i blokad, które nie dotyczą świadczeń medycznych i chirurgicznych. Ten poradnik:

- pozwala Ci ustalić, czy Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego musi zapewnić parytet i postępować zgodnie z regułami parytetu;
- wyjaśnia ochronę prawną;
- zwraca uwagę na ewentualne „czerwone flagi” (problemy);
- wyjaśnia, jak dowiedzieć się o świadczeniach z zakresu zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji; oraz
- wskazuje, co należy zrobić, jeśli odmówiono Ci świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji.

\*Ostateczne zasady, które opublikowano 9 września 2024 r. przez Departamenty Zdrowia i Opieki Społecznej, Pracy i Skarbu, zmieniają i uzupełniają zasady wynikające z ustawy o parytecie zdrowia psychicznego i równości uzależnień (MHPAEA). Niniejsza publikacja nie odzwierciedla obecnie niniejszych ostatecznych zasad. Ostateczne zasady zasadniczo nie uchylają ani nie zastępują wymogów objętych niniejszą publikacją, ale wzmacniają istniejące standardy. Ostateczne zasady mają zasadniczo zastosowanie pierwszego dnia pierwszego roku planu, rozpoczynającego się 1 stycznia 2025 r. lub później. Pewne wymogi mają jednak zastosowanie pierwszego dnia pierwszego roku planu, rozpoczynającego się 1 stycznia 2026 r. lub później. Więcej informacji na temat ostatecznych zasad można znaleźć na stronie internetowej EBSA poświęconej parytetom w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

## Co oznacza parytet zdrowia psychicznego?

Parytet zdrowia psychicznego to wymóg prawny nakazujący grupowym planom ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczycielom zapewnienie podobnych świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, jak świadczeń medycznych/chirurgicznych.

Parytet zdrowia psychicznego nie wymaga, by plany ubezpieczenia zdrowotnego obejmowały usługi dotyczące zdrowia psychicznego, ale *jeśli plany oferują* świadczenia zdrowia psychicznego, muszą oferować pokrycie w jednakowym zakresie (parytetowo), na równi ze świadczeniami medycznymi/chirurgicznymi.

Ustawa współzależności zdrowia psychicznego i równouprawnienia uzależnień substancji psychoaktywne (ang. Mental Health Parity and Addiction Equity Act - MHPAEA) jest ustawą federalną, która wymaga parytetu, czyli równości świadczeń zdrowia psychicznego, w tym zaburzeń związanych z używaniem substancji i świadczeń medycznych lub chirurgicznych. Innymi słowy, jako przykład, plan ubezpieczenia zdrowotnego powinien zapewnić taki sam dostęp i zakres świadczeń osobie z depresją, zaburzeniem odżywiania, lub uzależnieniem od narkotyków, jak osobie z problemem zdrowia fizycznego, jak np. cukrzyca lub choroba kardiologiczna.

## Czy dotyczy mnie parytet zdrowia psychicznego?

To zależy od planu, do którego należysz. Ochrona parytetu zdrowia psychicznego jest dostępna dla osób, które są zarejestrowane w:

- grupowych planach ubezpieczenia zdrowotnego związanych z zatrudnieniem, które są „ubezpieczone” (ubezpieczenie zostało wykupione u ubezpieczyciela na rynku grupowym) lub samofinansujące się (gdzie plan płaci za szkody z własnych funduszy), oferujących zarówno świadczenia medyczne/chirurgiczne, jak i świadczenia zdrowia psychicznego;
- indywidualnych lub grupowych planach ubezpieczenia zdrowotnego małych firm (między 2 i 50 pracowników) zakupionych na Health Insurance Marketplace®;
- niektórych planach Medicaid, łącznie z planami administrowanymi przez Medicaid; lub
- programu ubezpieczenia zdrowotnego dzieci (ang. Children’s Health Insurance Program -CHIP).

**Zgodnie z ustawą o przystępnej opiece zdrowotnej (ang. Affordable Care Act – ACA), większość grupowych planów ubezpieczenia zdrowotnego musi zapewniać podstawowe świadczenia zdrowotne, w tym świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji.**

Parytet zdrowia psychicznego **nie dotyczy** osób zarejestrowanych w:

- planach tylko dla emerytów;
- planach Medicare;
- planach sponsorowanych przez kościoły; i
- niektórych planach małych firm.

## Jak może mi pomóc parytet zdrowia psychicznego?

Jeśli Twój plan oferuje świadczenia medyczne/chirurgiczne oraz świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego, następujące kwestie muszą być traktowane podobnie:

- wymagania finansowe, jak współpłaty, udziały własne, współubezpieczenie i maksymalne kwoty wydatków z własnej kieszeni;
- ograniczenia zakresu leczenia, np. limit wizyt w ciągu roku lub całego życia; oraz
- inne ograniczenia dotyczące okresu trwania i zakresu leczenia.

### Ograniczenia finansowe i ograniczenia leczenia

Świadczenia zdrowotne podlegają różnym klasyfikacjom. Sześć świadczeń, które objęte są regułami parytetu zdrowia psychicznego, to:

- leczenie szpitalne, w ramach sieci;
- leczenie ambulatoryjne, w ramach sieci;
- leczenie szpitalne, poza siecią;
- leczenie ambulatoryjne, poza siecią;
- opieka w nagłych wypadkach; i
- leki na receptę.

### Przykłady klasyfikacji świadczeń

| ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ZDROWIA PSYCHICZNEGO                        | ŚWIADCZENIA MEDYCZNE/CHIRURGICZNE                                                         |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Szpitalne:</b> leczenie odwykowe                               | <b>Szpitalne:</b> usunięcie wyrostka robaczkowego                                         |
| <b>Ambulatoryjne:</b> wizyta u psychologa                         | <b>Ambulatoryjne:</b> wizyta u lekarza opieki podstawowej z objawami przeziębienia /grypy |
| <b>Opieka w nagłych wypadkach:</b> wizyta w SOR po przedawkowaniu | <b>Opieka w nagłych wypadkach:</b> wizyta w SOR w przypadku ataku serca                   |
| <b>Leki na receptę:</b> lek antydepresyjny                        | <b>Leki na receptę:</b> lek na nadciśnienie                                               |

Zgodnie z regułami parytetu, świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji muszą być dostępne w każdej klasyfikacji, w której dostępne są świadczenia medyczne/chirurgiczne. Nie może być zróżnicowanych wymogów finansowych lub ograniczeń leczenia w zakresie świadczeń w tej samej klasyfikacji.

Na przykład, jeśli plan zdrowotny wymaga \$50 współpłaty za wizytę u psychiatry w ramach sieci i \$25 współpłaty za wizytę u lekarza opieki podstawowej w ramach sieci, prawdopodobnie naruszałoby to parytet zdrowia psychicznego, gdyż obaj lekarze są w tej samej klasyfikacji (leczenie ambulatoryjne, w ramach sieci). Wymagania finansowe, dotyczące świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego nie są porównywalne do wymagań dotyczących świadczeń medycznych/chirurgicznych.

### Inne ograniczenia dotyczące leczenia

Jeśli plan ustala nie-ilościowe ograniczenia (NQTL) na świadczenia, ograniczenia nie są zwykle wyrażane w cyfrach (jak np. ilość objętych wizyt lub współpłatności), ale nadal ograniczają one zakres lub okres trwania świadczeń za leczenie. Nie-ilościowe ograniczenia na leczenie (NQTL) w przypadku świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego muszą być **porównywalne i nie mogą być stosowane bardziej rygorystycznie** niż świadczenia medyczne /chirurgiczne.

Niektóre przykłady nie-ilościowych ograniczeń na leczenie (NQTL) obejmują:

- kryteria określające to, czy leczenie lub usługi są konieczne ze względów medycznych lub są odpowiednie;
- wymóg uprzedniego zatwierdzenia leczenia przez plan ubezpieczenia zdrowotnego;
- listę leków na receptę objętych planem;
- terapię stopniową lub zasadę „fail-first” (czyli etapy, przez które należy przejść zanim otrzyma się inną formę leczenia);
- wyłączenia z objęcia ubezpieczeniem z powodu nieukończenia pewnego etapu leczenia;
- ograniczenia objęcia ubezpieczeniem ze względu na lokalizację geograficzną, rodzaj placówki lub specjalność świadczeniodawcy.

Na przykład, u uczestnika planu zdiagnozowano depresję i nadciśnienie. Jego plan wymaga uprzedniej autoryzacji za każdym razem, gdy psychiatra przepisuje uczestnikowi lek antydepresyjny. Jednak uprzednia autoryzacja nie jest konieczna, gdy lekarz opieki podstawowej wypisuje receptę na lek na nadciśnienie. To narusza przepisy parytetu zdrowia psychicznego.

Oto niektóre **czerwone flagi** wskazujące na to, że ograniczenia planu ubezpieczenia zdrowotnego mogą naruszać zasady parytetu zdrowia psychicznego:

-  Plan wymaga uprzedniej autoryzacji lub równoczesnego przeglądu wszystkich świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego (np. zatwierdzając jednorazowo świadczenia tylko na kilka dni i żądając kolejnej autoryzacji.).
-  Sieć lekarzy/świadczeniodawców leczenia zdrowia psychicznego jest o wiele mniej kompleksowa niż sieć lekarzy/świadczeniodawców zdrowia fizycznego, co sprawia, że znalezienie świadczeniodawców oferujących leczenie po cenach przyjętych w ramach sieci jest dużo trudniejsze lub niemożliwe.
-  Plan wymaga uprzedniej autoryzacji co 3 miesiące na leki przepisywane w ramach leczenia schorzeń zdrowia psychicznego.
-  Plan nie obejmuje leczenia zdrowia psychicznego, ponieważ nie ukończono poprzedniego leczenia lub nie ma „prawdopodobieństwa poprawy”.
-  Plan ubezpieczenia zdrowotnego wymaga by plan leczenia uczestnika był uaktualniany i składany co 6 miesięcy, w przeciwnym wypadku nie będzie on objęty ubezpieczeniem.

Jeśli zauważysz **czerwoną flagę** z powyższej listy, Twój plan może naruszać wymogi parytetu zdrowia psychicznego. Skontaktuj się z Employee Benefits Security Administration przy Department of Labor pod numerem **1-866-444-3272**, aby uzyskać pomoc.

## Gdzie mogę zdobyć więcej informacji na temat świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego oferowanych przez mój plan?

Masz prawo uzyskać określone informacje na temat swojego planu zdrowotnego. Te informacje pomogą Ci zrozumieć, do jakich świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego jesteś uprawniony/a i czy Twój plan jest zgodny z wymogami parytetu zdrowia psychicznego.

### Pięć kroków, aby dowiedzieć się o świadczeniach z zakresu zdrowia psychicznego:

1. Sprawdź Summary Plan Description i/lub Summary of Benefits and Coverage.
  - Summary of Benefits and Coverage zwykle znajdziesz na stronie internetowej Twojego planu ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli nie masz tych dokumentów, skontaktuj się z planem i poproś o nie.
  - Jeśli dokumenty te nie zawierają wszystkich potrzebnych informacji, napisz do planu i poproś o przepisy, dotyczące uzyskania dostępu do świadczeń.
2. Zapytaj w swoim planie ubezpieczenia zdrowotnego, czy istnieje wymóg uprzednich autoryzacji lub konieczności ze względów medycznych, w celu uzyskania świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego.
  - Jeśli tak, należy zapytać, w jaki sposób opracowano kryteria, dotyczące ograniczeń świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego w porównaniu z kryteriami, dotyczącymi ograniczeń świadczeń medycznych/chirurgicznych.
3. Poproś o kopie wszystkich dokumentów, na podstawie których plan decyduje o współpлатnościach, rocznych limitach, limitach w ciągu życia, konieczności ze względów medycznych, i uprzedniej autoryzacji.
  - Plany ubezpieczeń zdrowotnych muszą przekazać Ci kopie w terminie 30 dni od złożenia prośby.
  - Możesz skorzystać z szablonu Department of Labor by poprosić o informacje: [dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-parity/mhpaea-disclosure-template.pdf](https://dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-parity/mhpaea-disclosure-template.pdf).
4. Zadzwoń bezpośrednio do działu obsługi klienta swojego planu (numer telefonu jest podany na odwrocie legitymacji ubezpieczeniowej i w Summary Plan Description i/lub Summary of Benefits and Coverage) i poproś o dodatkowe informacje.
  - Zawsze pamiętaj, że masz prawo do uzyskania informacji na temat należących Ci się świadczeń.
5. Jeśli próby zdobycia informacji od planu nie powiodły się lub nie rozumiesz otrzymanych informacji, zadzwoń do Employee Benefits Security Administration w Department of Labor pod numerem **1-866-444-3272** i porozmawiaj z Doradcą ds. świadczeń.

## Co mogę zrobić, jeśli uważam, że plan bezpodstawnie odmówił mi świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego?

Założmy, że otrzymujesz świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego od świadczeniodawcy, ale Twój plan ubezpieczeniowy odmawia wypłaty roszczenia. Jeśli uważasz, że plan bezpodstawnie odmówił świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, podejmij poniższe trzy kroki:

1. Zadzwoń do planu ubezpieczeniowego. Przygotuj następujące informacje:
  - Rachunek za odrzucone usługi z zakresu zdrowia psychicznego;
  - Opis świadczeń (ang. Explanation of Benefits – EOB); i
  - Summary Plan Description i/lub Summary of Benefits and Coverage.
2. Złóż wewnętrzne odwołanie od decyzji planu.
  - Zadzwoń do planu ubezpieczeniowego z zapytaniem, jakie informacje/dokumenty powinny być dołączone do odwołania i sprawdź w Summary Plan Description, jakie są procedury odwołań.
  - Odwołanie powinno być złożone na piśmie.
  - Zazwyczaj masz 180 dni od daty decyzji planu dot. roszczenia na złożenie odwołania.
  - Z reguły, plan ubezpieczeniowy powinien udzielić odpowiedzi w terminie 60 dni od złożenia odwołania.
3. W większości planów, możesz poprosić o zewnętrzny przegląd, jeśli plan ubezpieczeniowy nadal odrzuca Twoje roszczenie dot. zdrowia psychicznego po zakończeniu wszystkich etapów odwołania wewnętrznego.
  - Ostateczna decyzja dot. wewnętrznego odwołania powinna zawierać informacje na temat złożenia odwołania zewnętrznego.
  - Musisz poprosić o zewnętrzny przegląd nie później niż 4 miesiące po otrzymaniu ostatecznej odmowy od planu ubezpieczeniowego.
  - Decyzja zewnętrznego organu kontrolnego unieważniająca lub potwierdzająca odmowę musi być podjęta w terminie 45 dni.

**Dowiedz się więcej na temat składania roszczeń lub próśb o zewnętrzny przegląd, korzystając z publikacji Departamentu Pracy *Występowanie z roszczeniem o świadczenia zdrowotne*.**

**W celu uzyskania ogólnych informacji na temat procesu odwołania, skorzystaj ze strony internetowej EBSA w części Wewnętrzne roszczenia i odwołania oraz przegląd zewnętrzny Na [dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers/internal-claims-and-appeals](https://dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers/internal-claims-and-appeals).**

**Jeśli potrzebujesz pomocy, zadzwoń do Employee Benefits Security Administration w Department of Labor pod numerem **1-866-444-3272**.**

Pamiętaj, jeśli odmówiono Ci świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, nie zawsze oznacza to, że plan ubezpieczenia zdrowotnego naruszył wymogi parytetu zdrowia psychicznego. Poniższe odmowy mogą nie naruszać reguł parytetu:

- Usługa nie jest uznana za konieczną ze względów medycznych.
- Usługa nie jest dłużej uznawana za odpowiednią w danych warunkach opieki zdrowotnej lub na danym poziomie opieki. Na przykład, w oparciu o bieżące objawy, leczenie szpitalne nie jest dłużej konieczne z względów medycznych, zatem plan ubezpieczenia zdrowotnego zapłaci tylko za wizyty ambulatoryjne.
- Usługa jest uznana za eksperymentalną lub na etapie badań.
- Usługa nie jest objęta planem ubezpieczenia zdrowotnego jako część Twoich świadczeń.

## Zasoby

Poniżej podano pomocne zasoby, aby dowiedzieć się więcej na temat parytetu zdrowia psychicznego oraz tego, czy Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego postępuje zgodnie z zasadami.

### U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA)

- Zadzwoń pod **1-866-444-3272** i porozmawiaj z Doradcą ds. świadczeń w EBSA
- Odwiedź stronę internetową EBSA Na [askebsa.dol.gov](https://askebsa.dol.gov)

### Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych

- Zadzwoń pod **1-888-393-2789** i zostaw wiadomość. Powinieneś otrzymać odpowiedź w przeciągu trzech do pięciu dni roboczych.
- Odwiedź stronę Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych, dotyczącą parytetu zdrowia psychicznego Na [www.hhs.gov/programs/health-insurance/mental-health-substance-use-insurance-help/index.html](https://www.hhs.gov/programs/health-insurance/mental-health-substance-use-insurance-help/index.html).

### Stanowy departament ds. ubezpieczeń

- Znajdź dane kontaktowe dla Twojego stanu na stronie internetowej National Association of Insurance Commissioners Na [content.naic.org/state-insurance-departments](https://content.naic.org/state-insurance-departments).

### Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

- Odwiedź stronę internetową SAMHSA Na [www.samhsa.gov/programs](https://www.samhsa.gov/programs).

**Odwiedź stronę internetową EBSA dot. parytetu zdrowia psychicznego Na [dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-and-substance-use-disorder-parity](https://dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-and-substance-use-disorder-parity) i zapoznaj się z następującymi publikacjami:**

- *10 najlepszych sposobów na to, aby świadczenia zdrowotne działały na twoją korzyść*
- *Parity of Mental Health and Substance Use Benefits with Other Benefits: Using Your Employer-Sponsored Health Plan to Cover Services*
- *FAQs for Employees about the Mental Health Parity and Addiction Equity Act*
- *Consumer Guide to Disclosure Rights: Making the Most of Your Mental Health and Substance Use Disorder Benefits*
- *Understanding Implementation of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008*
- *Know Your Rights: Parity for Mental Health and Substance Use Disorder Benefits*
- *Warning Signs – Plan or Policy Non-Quantitative Treatment Limitations (NQTs) that Require Additional Analysis to Determine Mental Health Parity Compliance*







**EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION**  
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

Grudzień 2024