

Prawa pacjenta i ochrona przed niespodziewanymi rachunkami medycznymi

Pacjent otrzymujący opiekę w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia lub leczony przez świadczeniodawcę spoza sieci w sieciowym szpitalu lub ambulatoryjnym centrum chirurgicznym, jest chroniony przed rachunkiem wyrównującym. W takich przypadkach kwota opłacana przez pacjenta nie powinna przekraczać wysokości współpłaty, współubezpieczenia i/lub udziału własnego w planie.

Czym jest „rachunek wyrównujący” (czasami określany jako „niespodziewany rachunek”)?

Pacjent zgłaszający się na wizytę u lekarza lub innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, może być zobowiązany do opłacenia określonych kosztów własnych, takich jak współpłata, współubezpieczenie lub udział własny. Pacjent korzystający z usług placówki opieki zdrowotnej spoza sieci planu ubezpieczenia zdrowotnego, może ponieść dodatkowe koszty lub być zobowiązany do zapłacenia całego rachunku.

Termin „spoza sieci” opisuje świadczeniodawców i placówki, którzy nie podpisali umowy z planem ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta na świadczenie usług. Świadczeniodawcy spoza sieci mogą niekiedy obciążać pacjenta różnicą między kwotą, którą płaci jego plan, a pełną kwotą pobieraną za usługę. Nazywa się to „**rachunkiem wyrównującym**”. Ta kwota będzie prawdopodobnie wyższa niż koszty ponoszone

w sieci za tę samą usługę i może nie wliczać się do kwoty udziału własnego w planie lub rocznego limitu opłacanego przez pacjenta z własnej kieszeni.

„Niespodziewany rachunek” to rachunek na nieoczekiwaną kwotę. Może zostać wystawiony, gdy pacjent nie jest w stanie kontrolować, kto jest zaangażowany w opiekę nad nim — na przykład w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia lub gdy pacjent umawia się na wizytę w placówce w sieci, ale nieoczekiwanie jest leczony przez świadczeniodawcę spoza sieci. Niespodziewane rachunki medyczne mogą opiewać na tysiące dolarów w zależności od zabiegu lub usługi.

Pacjent jest chroniony przed rachunkami wyrównującymi za:

Usługi uzyskiwane w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia

Jeśli w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia pacjent otrzymuje usługi ratunkowe od świadczeniodawcy lub placówki spoza sieci, najwyższą kwotą, jaką pacjent może zostać obciążony jest kwota udziału w kosztach za usługi w sieci obowiązująca w planie pacjenta (np. współpłata, współubezpieczenie i udziały własne). Za takie usługi ratunkowe pacjentowi **nie można** wystawić rachunków wyrównujących. Obejmuje to usługi, które mogą być zapewniane po ustabilizowaniu stanu pacjenta, chyba że wyraził on pisemną zgodę i zrezygnuje z ochrony przed otrzymywaniem rachunków wyrównujących za takie usługi po ustabilizowaniu stanu zdrowia.

Przepisy federalne, a także przepisy stanu Floryda zabraniają wystawiania rachunków wyrównujących za usługi świadczone w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia osobom objętym planami zdrowotnymi PPO i HMO licencjonowanymi w stanie Floryda. Osoby ubezpieczone zapisane do planu HMO lub PPO nie odpowiadają za usługi ratunkowe świadczone poza siecią, z wyjątkiem obowiązujących współpłaty, współubezpieczenia i udziałów własnych.*

Określone usługi świadczone w sieciowym szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym

Usługi świadczone w sieciowym szpitalu lub ambulatoryjnym centrum chirurgicznym mogą być zapewniane przez świadczeniodawców spoza sieci. W takich przypadkach najwyższa kwota, jaką tacy świadczeniodawcy mogą obciążyć pacjenta, to kwota udziału w kosztach obowiązująca w sieci w planie ubezpieczenia pacjenta. Dotyczy to medycyny ratunkowej, usług anestezyjologicznych, w zakresie patologii, radiologii, laboratoryjnych, neonatologicznych, świadczonych przez lekarza asystującego

chirurgowi, hospitalizacji lub usług lekarza na oddziale intensywnej opieki medycznej. Świadczeniodawcy ci **nie mogą** obciążać pacjenta rachunkami wyrównującymi ani **nie** mogą żądać od pacjenta zrezygnowania z ochrony przed takimi rachunkami.

Przepisy obowiązujące w stanie Floryda zabraniają również wystawiania rachunków wyrównujących członkom objętym planami HMO licencjonowanymi w stanie Floryda, w tym w sytuacjach innych niż nagłe zagrożenie zdrowia lub życia. Zgodnie z prawem stanu Floryda, osobom ubezpieczonym zapisanym do planu PPO nie można wystawiać rachunków wyrównujących za usługi inne niż w nagłych sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia, jeśli ubezpieczony przebywa w placówce w sieci, ale nie jest w stanie lub nie ma możliwości wyboru świadczeniodawcy należącego do sieci.*

**Należy sprawdzić kartę identyfikacyjną członka planu ubezpieczenia zdrowotnego, aby ustalić, czy jego plan jest licencjonowany w stanie Floryda.*

W żadnych okolicznościach pacjent nie musi zrezygnować z ochrony przed rachunkami wyrównującymi. Nie musi również korzystać z opieki poza siecią. Może wybrać świadczeniodawcę lub placówkę należącą do sieci planu.

W sytuacji, gdy zabronione jest wystawianie rachunków wyrównujących, pacjent ma również zapewnione następujące zabezpieczenia:

- Pacjent odpowiada wyłącznie za opłacenie swojej części kosztów (takich jak współpłaty, współubezpieczenie i udziały własne, które poniósłby, gdyby świadczeniodawca lub placówka należała do sieci). Plan ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta zapłaci wszelkie dodatkowe koszty bezpośrednio świadczeniodawcom i placówkom spoza sieci.
- Ogólnie rzecz biorąc plan ubezpieczenia zdrowotnego musi:
 - Pokryć usługi zapewniane w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia bez wymagania od pacjenta wcześniejszego uzyskania zgody na usługi (znanej jako „uprzednia autoryzacja”).
 - Pokryć usługi zapewniane w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia przez świadczeniodawców spoza sieci.
 - Opierać swoje obliczenia kwoty należnej od pacjenta na rzecz świadczeniodawcy lub placówki (udział w kosztach) na tym, ile zapłaciłby on świadczeniodawcy lub placówce należącej do sieci i wykazać tę kwotę w zestawieniu świadczeń.
 - Wliczać wszelkie kwoty opłacane przez pacjenta za usługi świadczone w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia lub za usługi otrzymywane poza siecią, do jego limitu udziałów własnych w sieci i wydatków z własnej kieszeni.

Więcej informacji na temat praw przysługujących pacjentom w świetle przepisów federalnych można znaleźć na stronie www.cms.gov/nosurprises/consumers.

Jeśli pacjent uważa, że niesłusznie wystawiono mu rachunek, powinien zadzwonić pod numer:

Federalny: 1.800.985.3059

Stanowy: 1.877.693.5236 lub 850.413.3089