

Prawa i ochrona w zakresie niespodziewanych rachunków za usługi medyczne

Jeśli pacjent korzysta z opieki medycznej w nagłych wypadkach lub otrzymuje leczenie przez świadczeniodawcę spoza sieci w szpitalu lub centrum chirurgii ambulatoryjnej w sieci, jest objęty ochroną przed rozliczeniem bez wyrównania salda. W takich przypadkach pacjent nie powinien zostać obciążony kwotą wyższą niż przewidziane w jego planie dopłaty, współubezpieczenie i/lub udział własny.

Czym jest „rozliczenie bez wyrównania salda” (balance billing), czasem zwane „niespodziewanym rachunkiem za opiekę medyczną” (surprise billing)?

Podczas wizyty u lekarza lub innego świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej pacjent może być obciążony pewnymi kosztami, takimi jak dopłata, współubezpieczenie lub udział własny. W przypadku wizyty u świadczeniodawcy lub w placówce opieki zdrowotnej, która nie należy do sieci planu zdrowotnego, pacjent może ponieść dodatkowe koszty lub być zmuszony do opłacenia całego rachunku.

Termin „poza siecią” oznacza usługodawców i placówki, które nie podpisały umowy planu opieki zdrowotnej na świadczenie usług. Świadczeniodawcy spoza sieci mogą wystawiać rachunki na różnicę między kwotą zapłaconą w ramach planu ubezpieczenia a pełną kwotą za usługę. Nazywa się to „**rozliczeniem bez wyrównania salda**”. Ta kwota jest prawdopodobnie wyższa niż koszty tej samej usługi w sieci i może nie być wliczana do udziału własnego lub rocznego limitu wydatków w ramach planu.

„Niespodziewany rachunek za opiekę medyczną” to niespodziewane rozliczenie bez wyrównania salda. Może do tego dojść, gdy pacjent nie ma kontroli nad tym, kto jest zaangażowany w opiekę nad nim, na przykład w nagłym wypadku lub jeśli pacjent umówił się na wizytę w placówce objętej siecią, ale niespodziewanie został poddany leczeniu przez świadczeniodawcę spoza sieci. Niespodziewane rachunki za opiekę medyczną mogą sięgać tysięcy dolarów, w zależności od zabiegu lub świadczenia.

Pacjent jest objęty ochroną przed rozliczeniem bez wyrównania salda w następujących przypadkach:

Usługi w ramach doraźnej pomocy medycznej

W razie nagłego przypadku medycznego i korzystania z usług świadczonych w nagłych wypadkach przez świadczeniodawcę lub placówkę spoza sieci, mogą one obciążyć pacjenta jedynie kwotą udziału w kosztach obowiązującą w ramach planu (taką jak dopłaty, współubezpieczenie i udział własny). Pacjent **nie może** zostać obciążony rozliczeniem bez wyrównania salda za te usługi w ramach doraźnej pomocy medycznej. Dotyczy to również usług, które mogą być świadczone po ustabilizowaniu stanu pacjenta, chyba że pacjent wyrazi pisemną zgodę i zrezygnuje z ochrony przed rozliczeniem bez wyrównania salda za usługi świadczone po ustabilizowaniu stanu pacjenta.

Niektóre usługi świadczone w szpitalu lub centrum chirurgii ambulatoryjnej objętym siecią

Jeśli pacjent korzysta z usług w szpitalu lub centrum chirurgii ambulatoryjnej objętych siecią, niektórzy świadczeniodawcy mogą znajdować się poza siecią. W takich przypadkach świadczeniodawcy mogą obciążyć pacjenta jedynie kwotą udziału w kosztach obowiązującą w ramach danego planu. Dotyczy to usług z zakresu medycyny ratunkowej, anestezjologii, patologii, radiologii, laboratorium, neonatologii, chirurga asystującego, lekarza medycyny ogólnej i specjalisty intensywnej terapii. Tacy świadczeniodawcy **nie mogą** wystawiać pacjentowi rachunków proporcjonalnych i **nie mają prawa** żądać od pacjenta rezygnacji z ochrony przed rozliczeniem bez wyrównania salda.

Jeśli pacjent korzysta z innych rodzajów usług w placówkach objętych siecią, świadczeniodawcy spoza sieci **nie mogą** wystawiać pacjentowi rachunków proporcjonalnych, chyba że pacjent wyrazi na to pisemną zgodę i zrezygnuje z przysługującej mu ochrony.

Pacjent nigdy nie musi rezygnować z ochrony przed rozliczeniem bez wyrównania salda. Pacjent nie ma również obowiązku korzystania z opieki poza siecią. Pacjent może wybrać świadczeniodawcę lub placówkę z sieci objętej planem.

Jeśli rozliczenie bez wyrównania salda nie jest dozwolone, pacjent ma również zapewnioną następującą ochronę:

- Pacjent jest odpowiedzialny jedynie za opłacenie swojej części kosztów (takich jak dopłaty, współubezpieczenie i udział własny, które zapłaciłby, gdyby dany świadczeniodawca lub placówka byli w sieci). Plan opieki zdrowotnej pokryje wszelkie dodatkowe koszty poniesione bezpośrednio przez świadczeniodawców i placówki spoza sieci.
- Zasadniczo, plan opieki zdrowotnej musi:
 - Pokryć koszty usług świadczonych w nagłych wypadkach bez konieczności wcześniejszego uzyskania zgody na ich świadczenie (tzw. „uprzednia autoryzacja”).
 - Pokryć koszty usług w ramach doraźnej pomocy medycznej przez świadczeniodawców spoza sieci.
 - Opierać kwotę należną świadczeniodawcy lub placówce (udział w kosztach) na kwocie, jaką pacjent zapłaciłby świadczeniodawcy lub placówce objętej siecią i przedstawić tę kwotę w wyjaśnieniu świadczeń.
 - Wliczyć do udziału własnego i limitu wydatków wszelkie kwoty zapłacone przez pacjenta za usługi doraźnej pomocy medycznej lub usługi świadczone poza siecią.

Jeśli pacjent uważa, że niesłusznie wystawiono mu rachunek, jest proszony o kontakt Wydziałem Ubezpieczeń Stanu Rhode Island (The State of Rhode Island Insurance Division) pod adresem www.dbri.ri.gov/divisions/insurance lub pod numerem 1-401-462-9520.

Więcej informacji na temat przysługujących pacjentowi praw na mocy prawa federalnego można uzyskać na stronie www.cms.gov/nosurprises/consumers.