

## **Prawa i gwarancje pacjenta w obliczu nieoczekiwanych rachunków za usługi medyczne**

Pacjenci korzystający z opieki w nagłych wypadkach lub usług niestandardowego świadczeniodawcy, który opłaca leczenie w szpitalu sieciowym albo ambulatorium chirurgicznym, są chronieni przed uzupełnieniem pełnej kwoty rachunku. W takich sytuacjach nie powinni oni być obciążani kwotą wyższą niż uwzględniona w planie współpłaty, współubezpieczenia lub franszyzy redukcyjnej.

### **Czym jest „uzupełnienie pełnej kwoty rachunku” (czasami zwane „nieoczekiwanym rachunkiem”)?**

Podczas wizyty u lekarza lub innego świadczeniodawcy konieczne może okazać się uiszczenie opłaty, np. w ramach współpłaty, współubezpieczenia lub franszyzy redukcyjnej. Jeśli pacjent odwiedza lekarza lub placówkę służby zdrowia spoza sieci objętej planem opieki zdrowotnej, mogą zostać naliczone dodatkowe koszty lub konieczne może okazać się opłacenie całego rachunku.

**„Niestandardowy” świadczeniodawca** to dostawca usług lub placówka, która nie podpisała umowy na świadczenie usług z dostawcą planu opieki zdrowotnej pacjenta. Niestandardowi świadczeniodawcy mogą wystawić pacjentowi rachunek pokrywający różnicę między kwotą uwzględnioną w planie ubezpieczenia, a pełną kwotą usługi medycznej. Procedura ta nazywana jest „uzupełnieniem pełnej kwoty rachunku”. Kwota ta jest zwykle większa niż sieciowe koszty za tę samą usługę i może nie wliczać się we franszyzę redukcyjną ujętą w planie pacjenta ani w roczny limit wydatków na usługi niepokryte ubezpieczeniem.

**„Nieoczekiwany rachunek”** to rodzaj uzupełnienia. Jest on wystawiany, gdy pacjent nie ma możliwości wyboru świadczeniodawcy – np. w nagłym przypadku lub gdy wizyta zaplanowana w placówce należącej do sieci nieoczekiwanie odbywa się w ośrodku świadczeniodawcy niestandardowego. W zależności od rodzaju zabiegu lub usługi wysokość nieoczekiwanego rachunku może sięgać tysięcy dolarów.

### **Ochrona pacjenta przed uzupełnieniem pełnej kwoty rachunku obowiązuje w następujących sytuacjach:**

#### **POMOC W NAGŁYM PRZYPADKU**

W razie wystąpienia nagłego stanu zagrażającego zdrowiu i konieczności natychmiastowego skorzystania z pomocy niestandardowego świadczeniodawcy najwyższa kwota rachunku, jaką może on naliczyć, powinna być równa kwocie podziału kosztów uwzględnionej w sieciowym planie opieki zdrowotnej pacjenta (np. w planie współpłaty, współubezpieczenia, franszyzy redukcyjnej). W przypadku usług świadczonych w nagłych przypadkach nie można uzupełniać pełnej kwoty rachunku. Reguła ta obejmuje również usługi świadczone pacjentowi po osiągnięciu stabilnego

stanu, chyba że udzieli on świadomej zgody na piśmie i zrzeknie się prawa do ochrony przed uzupełnieniem w ramach tych usług.

Zgodnie z ustawą w sprawie niestandardowych świadczeń zdrowotnych, podpisaną przez gubernatora Phila Murphy'ego w roku 2018, Ustawa o przejrzystości zasad chroniących klientów korzystających z niestandardowych świadczeń zdrowotnych (Out-of- Network Consumer Protection Transparency, Cost Containment and Accountability Act, P.L. 2018), Ustawa o ograniczaniu kosztów i rozliczalności, P.L. 2018), wszyscy pacjenci mają prawo do ochrony przed nieoczekiwanymi rachunkami za opiekę szpitalną w stanie New Jersey. Capital Health nie będzie naliczać opłat większych niż kwoty uiszczane w ramach sieciowego planu podziału kosztów w przypadku pacjentów korzystających z usług w nagłych przypadkach lub w razie niezamierzonego leczenia w placówce niestandardowego świadczeniodawcy.

## **NIEKTÓRE USŁUGI W SIECIOWYM SZPITALU LUB AMBULATORIUM CHIRURGICZNYM**

Podczas korzystania ze świadczeń sieciowego szpitala lub ambulatorium chirurgicznego może okazać się, że niektóre zabiegi wykonywane są przez świadczeniodawcę niestandardowego. W takich przypadkach najwyższa kwota rachunku, jaką może on naliczyć, powinna być równa kwocie podziału kosztów uwzględnionej w sieciowym planie opieki zdrowotnej pacjenta. Reguła ta obejmuje świadczenia w nagłym przypadku, świadczenia z zakresu anestezji, patologii, radiologii, neonatologii, badania laboratoryjne oraz usługi asystenta chirurga, lekarza szpitalnego lub intensywyisty. Ci świadczeniodawcy nie mogą stosować uzupełnienia pełnej kwoty rachunku i nie mogą wymagać od pacjenta zrzeknięcia się prawa do ochrony przed takim postępowaniem.

W razie skorzystania z innych świadczeń oferowanych w placówkach sieciowych świadczeniodawca niestandardowy nie może stosować uzupełnienia, chyba że pacjent udzieli świadomej zgody i zrzeknie się swojego prawa.

Nigdy nie wolno wymagać od pacjenta, aby zrzekł się prawa do ochrony przed uzupełnieniem pełnej kwoty rachunku. Nie musi on także korzystać z opieki niestandardowej. Zamiast tego może wybrać świadczeniodawcę lub placówkę sieciową objętą planem opieki zdrowotnej.

### **Oprócz zakazu uzupełniania pełnej kwoty rachunku obowiązują również inne zasady ochrony pacjenta:**

Pacjent uiszcza tylko kwotę należną zgodnie z podziałem kosztów (np. w ramach współpłaty, współubezpieczenia lub franszyzy redukcyjnej), równą kwocie, jaką zapłaciłby w razie skorzystania z usług świadczeniodawcy lub placówki sieciowej. Wszelkie dodatkowe koszty związane ze świadczeniem usług przez świadczeniodawców i placówkę niestandardową zostaną uregulowane w ramach planu opieki zdrowotnej pacjenta.

## **Plan opieki zdrowotnej powinien przede wszystkim:**

pokrywać pomoc w nagłym przypadku bez konieczności uzyskania wcześniejszej zgody (tzw. „uprzedniego upoważnienia”);

pokrywać pomoc w nagłym przypadku świadczoną przez świadczeniodawców niestandardowych;

opierać kwotę przysługującą niestandardowemu świadczeniodawcy lub placówce (podział kosztów) na kwocie, jaką pacjent zapłaciłby świadczeniodawcy lub placówce sieciowej i uwzględnić ją w opisie świadczeń;

uwzględnić wszelkie kwoty należne z tytułu świadczeń w nagłym przypadku lub niestandardowych w ramach franszyzy redukcyjnej i limitu wydatków na usługi niepokryte ubezpieczeniem.

**W razie podejrzenia, że wystawiony rachunek jest nieprawidłowy prosimy o kontakt z Center for Medicare and Medicaid Services pod numerem 1.800.985.3059. Więcej informacji o prawach pacjenta wynikających z przepisów federalnych znajduje się na stronie [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers). Więcej informacji o prawach pacjenta wynikających z przepisów stanów New Jersey można uzyskać pod numerem 1.800.792.9770 lub na stronie [www.nj.gov/health/healthfacilities](http://www.nj.gov/health/healthfacilities).**

## **Prawo pacjenta do szacunkowego kosztorysu w dobrej wierze**

Na mocy obowiązującego prawa świadczeniodawcy powinni zaoferować pacjentom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym określonego typu lub niekorzystającym z takiego ubezpieczenia szacunkowy kosztorys oferowanych świadczeń i zabiegów jeszcze przed ich wdrożeniem.

- Pacjent ma prawo do szacunkowego kosztorysu w dobrej wierze, uwzględniającego całkowity przewidywany koszt wykonania każdego zabiegu lub realizacji każdego świadczenia, na żądanie bądź podczas planowania zabiegu albo świadczenia. Reguła ta obejmuje powiązane koszty badań medycznych, leków na receptę i stosowania aparatury oraz opłaty szpitalne.
- Jeśli zabieg lub świadczenie planowane jest z co najmniej 3-dniowym wyprzedzeniem (dni robocze), pacjent powinien otrzymać od swojego świadczeniodawcy lub placówki szacunkowy kosztorys w dobrej wierze, na piśmie i w ciągu jednego dnia roboczego od chwili ustalenia terminu. Jeśli zabieg lub świadczenie planowane jest z co najmniej 10-dniowym wyprzedzeniem (dni robocze), pacjent powinien otrzymać od swojego świadczeniodawcy lub placówki szacunkowy kosztorys w dobrej wierze, na piśmie i w ciągu 3 dni roboczych od chwili ustalenia terminu. Pacjent może również poprosić o kosztorys, zanim określi termin zabiegu lub realizacji świadczenia. W takim przypadku powinien otrzymać od świadczeniodawcy lub placówki szacunkowy kosztorys w dobrej wierze, na piśmie i w ciągu 3 dni roboczych od chwili ustalenia terminu.
- Jeśli wysokość rachunku jest wyższa o co najmniej 400 USD od kwoty oszacowanej w kosztorysie przez

świadczeniodawcę lub placówkę, pacjent może zakwestionować ten rachunek.

W razie jakichkolwiek pytań lub potrzeby uzyskania dalszych informacji dotyczących szacunkowego kosztorysu w dobrej wierze prosimy o kontakt na stronie [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers), pod adresem e-mail [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov), albo numerem 1-800-985-3059.