



10 NAJLEPSZYCH SPOSOBÓW NA TO, ABY ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE DZIAŁAŁY NA TWOJĄ KORZYŚĆ



EMPLOYEE BENEFITS AND SECURITY ADMINISTRATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

10 najlepszych sposobów na to, aby świadczenia zdrowotne działały na twoją korzyść



Departament Bezpieczeństwa Świadczeń Pracowniczych przy Państwowym Urzędzie Pracy (po angielsku Department of Labor – Employee Benefits Security Administration (EBSA)) nadzoruje ważne przepisy prawne dotyczące świadczeń obejmujących plany zdrowotne oferowane przez pracodawcy.

Przepisy te obejmują:

- Twoje podstawowe prawa do informacji o tym, jak działa Twój plan zdrowotny,
- Jak zakwalifikować się i składać wnioski o świadczenia,
- Twoje prawo do kontynuowania świadczeń zdrowotnych w przypadku utraty ubezpieczenia lub zmiany pracy oraz
- Ochronę w przypadku szczególnych schorzeń.

Aby uzyskać więcej informacji na temat przepisów dotyczących Twoich świadczeń, odwiedź [stronę internetową EBSA](#) lub zadzwoń pod bezpłatny numer EBSA **1-866-444-3272**.

Te 10 wskazówek pomoże ci w tym, aby świadczenia zdrowotne działały na twoją korzyść.

1. Poznaj wszystkie opcje ubezpieczenia zdrowotnego

Istnieje wiele różnych rodzajów planów świadczeń zdrowotnych. Dowiedz się, jaki plan oferuje Twój pracodawca, a następnie sprawdź i porównaj opcje. Dział Personalny (HR) Twojego pracodawcy, administrator planu zdrowotnego lub związek zawodowy mogą dostarczyć więcej informacji, które pomogą Ci dopasować Twoje potrzeby i preferencje do dostępnych planów. Możesz też rozważyć plan zdrowotny dostępny poprzez rynek ubezpieczeń zdrowotnych Health Insurance Marketplace® (Marketplace). Odwiedź [HealthCare.gov](#), aby zapoznać się z opcjami planu zdrowotnego dostępnymi w Twojej okolicy. *Uzyskaj informacje i porównaj wszystkie dostępne opcje. Im więcej posiadasz informacji, tym lepsze będą Twoje decyzje dotyczące opieki zdrowotnej.*

2. Zapoznaj się z dostępnymi korzyściami

Określ swoje potrzeby i priorytety. Czy oferowane plany obejmują świadczenia, które są dla Ciebie ważne, np. usługi w zakresie zdrowia psychicznego, opieka nad dzieckiem, wzroku lub opieka dentystyczna? Czy istnieją jakieś restrykcje? Z jakimi wydatkami musisz się liczyć? Zanim wybierzesz konkretny plan, powinieneś porównać wszystkie dostępne opcje. *Dopasowanie Twoich oraz członków Twojej rodziny potrzeb do oferowanych planów przyniesie najlepsze możliwe korzyści. Pamiętaj, że tanie nie zawsze jest najlepsze. Twoim celem powinny być świadczenia zdrowotne o wysokiej jakości, ale dostępne w przystępnej dla ciebie cenie.*

3. Przejrzyj opis podsumowania swojego planu (Summary Plan Description), aby poznać wszystkie informacje jakie zawiera Twój plan

Summary Plan Description (SPD) określa zakres Twoich świadczeń i Twoje prawa wynikające z Ustawy o zabezpieczeniu świadczeń emerytalnych pracowników lub ERISA, prawa federalnego, które chroni Twoje świadczenia zdrowotne. SPD powinno również zawierać informacje na temat ubezpieczenia osób pozostających na twoim utrzymaniu, które usługi wymagają dodatkowych wydatków oraz terminów w jakich pracodawca może zmienić lub zakończyć okres świadczeń zdrowotnych. Oprócz SPD, Summary of Benefits and Coverage (SBC) jest krótkim, łatwym do zrozumienia dokumentem, który zawiera informacje na temat zakresu świadczeń, oraz jego ceny. Twój administrator planu zdrowotnego powinien dostarczyć kopię obu dokumentów wraz z materiałami rekrutacyjnymi. *Zachowaj SPD, SBC i wszystkie inne broszury i dokumenty dotyczące planów zdrowotnych, wraz z notatkami lub korespondencją od pracodawcy dotyczącą świadczeń zdrowotnych.*

4. Korzystaj z ubezpieczenia zdrowotnego

Po rozpoczęciu okresu ubezpieczenia zdrowotnego wykorzystaj je, aby pokryć koszty leczenia za usługi takie jak wizyta u lekarza, realizowanie recept lub uzyskanie pomocy w nagłych wypadkach. Korzystanie ze świadczeń pomoże Tobie i Twojej rodzinie zachować zdrowie i obniżyć

koszty opieki zdrowotnej. The Affordable Care Act (ACA) chroni osoby objęte planami zdrowotnymi oferowanymi przez pracodawców, w tym zabrania wykluczenia wcześniej istniejących schorzeń oraz rocznych i dożywotnych limitów podstawowych świadczeń zdrowotnych. Co więcej, wiele planów obejmuje niektóre usługi profilaktyczne za darmo, w tym rutynowe szczepienia; regularne wizyty w zakresie zdrowia dziecka i zdrowia niemowla; testy ciśnienia krwi, cukrzycy i cholesterolu; i wiele badań przesiewowych na raka. Każdy plan zdrowotny pozwala na ubezpieczenie twoich dzieci do ukończenia ich 26 roku życia. *Korzystaj ze swoich świadczeń, zwłaszcza bezpłatnej opieki profilaktycznej, jeśli Twój plan ją obejmuje. Jeżeli usługa wymaga dodatkowych opłat – sprawdź SBC i upewnij się, że dostawca prawidłowo naliczył opłatę za usługę.*

5. Sprawdź Twój plan pod kątem świadczeń dotyczących zdrowia psychicznego i nadużywanie substancji psychoaktywnych

Wiele planów zdrowotnych zapewnia pokrycia świadczeń związanych ze zdrowiem psychicznym i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Jeśli Twój plan oferuje te świadczenia, dodatkowe opłaty i ograniczenia w świadczeniach (takie jak limity wizyt itp.) dla tych świadczeń, nie mogą być bardziej restrykcyjne niż te, które są stosowane w świadczeniach medycznych/chirurgicznych. Plany nie mogą również nakładać dożywotnych i rocznych limitów na kwotę świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym leczenia behawioralnego. *Niektóre plany obejmują bezpłatne usługi profilaktyczne, takie jak badania przesiewowe pod kątem depresji i oceny zachowania dzieci. Sprawdź SPD i SBC, aby dowiedzieć się, co obejmuje Twój plan.*

6. Sprawdź programy promocji zdrowia

Coraz więcej pracodawców tworzy programy promocji zdrowia, które zachęcają pracowników do ćwiczeń, rzucenia palenia i ogólnie do zdrowszego trybu życia. The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) i ACA dążą do tego, by grupowe plany zdrowotne przyjmowały programy promocji zdrowia. Ale w tym samym czasie, zakazuje dyskryminacji pracowników i osób pozostających na ich utrzymaniu ze względu na stan zdrowia. Często te programy nagradzają uczestników niskimi kosztami ubezpieczenia oraz ogólnie promują zdrowy tryb życia. *Sprawdź SPD lub SBC, aby upewnić się, czy Twój plan obejmuje programy promocji zdrowia. Jeśli tak,*

dowiedz się, jakie warunki musisz spełnić żeby otrzymać korzyści wynikające z tych programów.

7. Dowiedz się, jak złożyć odwołanie w przypadku odrzucenia wniosku o świadczenia zdrowotne

Zapoznaj się z procedurami swojego planu

dotyczącymi składania wniosków o świadczenia i odwoływania się od decyzji planu. Zwracaj uwagę na terminy – upewnij się, że składasz roszczenia i odwołania terminowo, a plan podejmuje decyzje na czas. Prowadź ewidencję i zachowuj kopie wszelkiej korespondencji. *Sprawdź swój pakiet świadczeń zdrowotnych i SPD, aby ustalić, kto jest odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów z roszczeniami o świadczenia. Skontaktuj się z EBSA w celu uzyskania pomocy, jeśli plan nie odpowiada na Twój skargę.*

8. Twoje ubezpieczenie zdrowotne w razie zmiany stanu rodzinnego

W razie zaistnienia pewnych wydarzeń życiowych,

takich jak małżeństwo, rozwód, poród lub adopcja, śmierć współmałżonka lub osiągnięcie przez dziecko wieku 26 lat może zaistnieć potrzeba zmiany Twojego planu zdrowotnego. W sytuacji zmiany pracy, Ty, Twój współmałżonek i dzieci pozostające na Twoim utrzymaniu mogą kwalifikować się do otrzymania ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę małżonka, lub otrzymania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem Marketplace. Nawet bez wydarzeń zmieniających życie informacje dostarczone przez pracodawcę powinny Ci wskazać, w jaki sposób możesz zmienić świadczenia lub zmienić plan. *Jeśli rozważasz inne plany, działaj szybko. Masz 30 dni po wydarzeniu życiowym, aby poprosić o specjalną rejestrację w innym ubezpieczeniu pracodawcy lub 60 dni na wybranie planu na Marketplace.*

9. Pamiętaj, że zmiana pracy i inne wydarzenia związane z pracą mogą mieć wpływ na Twoje ubezpieczenie zdrowotne

Jeśli zmienisz pracodawcę lub stracisz pracę,

może zaistnieć konieczność znalezienia innego ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli znajdziesz nową pracę, sprawdź plany zdrowotne oferowane przez nowego pracodawcę. Niezależnie od rozpoczęcia, czy utraty pracy, możesz zakwalifikować się do specjalnego planu zdrowotnego sponsorowanego przez pracodawcę współmałżonka lub za pośrednictwem Marketplace. Zgodnie z ustawą Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA), Ty, Twój współmałżonek objęty ubezpieczeniem i dzieci pozostające na Twoim utrzymaniu mogą kwalifikować

się do kontynuowania ubezpieczenia w ramach poprzedniego planu sponsorowanego przez pracodawcę. To ubezpieczenie jest tymczasowe (zazwyczaj od 18 do 36 miesięcy) i być może będziesz musiał zapłacić całą składkę plus 2 procent opłaty administracyjnej. *Uzyskaj informacje o wszelkich opcjach i porównaj. Poznaj terminy podjęcia decyzji o ubezpieczeniu i dowiedz się, kiedy nowe ubezpieczenie zacznie obowiązywać.*

10. Plan emerytalny

Zanim przejdziesz na emeryturę, dowiedz się, jakie korzyści zdrowotne przyniesie to Tobie i Twojemu współmałżonkowi. Skonsultuj się z działem personalnym pracodawcy, związkiem zawodowym lub administratorem planu. Sprawdź SPD i inne dokumenty dotyczące planu. Upewnij się, że wśród tych źródeł nie ma sprzecznych informacji na temat świadczeń, które zyskasz lub okoliczności, w których mogą one ulec zmianie lub zostać zawieszono. Posiadając wszystkie informacje, możesz dokonać innych ważnych wyborów, takich jak podjęcie decyzji o zapisaniu się do Medicare lub wykupieniu ubezpieczenia Medigap (jeśli się kwalifikujesz). Zanim uzyskasz uprawnienia do Medicare, sprawdź czy Twój obecny pracodawca zapewnia świadczenia zdrowotne w okresie oczekiwania na Medicare. Jeżeli nie, zastanów się w jaki sposób otrzymasz ubezpieczenie zdrowotne na ten okres? Twoje opcje mogą obejmować zapisanie się do planu pracodawcy współmałżonka, do planu dostępnego na Marketplace lub tymczasowe kontynuowanie ubezpieczenia pracodawcy poprzez wybór COBRA. *Planowanie przejścia na emeryturę obejmuje planowanie ubezpieczenia zdrowotnego. Aby dowiedzieć się więcej, przeczytaj artykuł Taking the Mystery Out of Retirement Planning (tylno strona).*

Pomocne Prawa

• **Ustawa o zabezpieczeniu świadczeń emerytalnych pracowników (The Employee Retirement Income Security Act)** – zapewnia ochronę osobom objętym planami emerytalnymi, zdrowotnymi i innymi planami świadczeń sponsorowanymi przez pracodawców z sektora prywatnego, a także zapewnia uczestnikom prawa do informacji oraz procesu składania wniosków i odwołań w celu uzyskania świadczeń.

• **Ustawa o ochronie pacjenta i opieki po przystępnej cenie (The Patient Protection and Affordable Care Act)** – zapewnia ochronę ubezpieczenia zdrowotnego opartego na zatrudnieniu, w tym rozszerzenie ubezpieczenia zależnego dzieci do wieku 26 lat, zakaz wykluczenia wcześniej istniejących schorzeń oraz zakaz dożywotnich i rocznych limitów podstawowych świadczeń zdrowotnych. Stworzyła również Marketplace.

• **Skonsolidowana ustawa zbiorcza o rozliczeniu budżetu (The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)** – daje niektórym byłym pracownikom, emerytom, małżonkom i dzieciom pozostającym na utrzymaniu prawo do zakupu tymczasowej kontynuacji ubezpieczenia grupowego w określonych przypadkach według stawek grupowych.

• **Ustawa o zmianach oraz odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (The Health Insurance Portability and Accountability Act)** – umożliwia pracownikom, ich małżonkom i osobom pozostającym na ich utrzymaniu dołączenie się do ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianego przez pracodawcę niezależnie od otwartych okresów zapisów w przypadku utraty ubezpieczenia lub w przypadku małżeństwa, narodzin, adopcji lub przekazania do adopcji. Zakazuje również dyskryminacji w zakresie opieki zdrowotnej.

• **Ustawa o prawach zdrowotnych kobiet cierpiących na raka (The Women's Health and Cancer Rights Act)** – zapewnia ochronę pacjentkom z rakiem piersi, które zdecydują się na rekonstrukcję piersi w związku z mastektomią.

• **Ustawa o ochronie zdrowia noworodków i matek (The Newborns' and Mothers' Health Protection Act)** – zapewnia minimalne pokrycie kosztów pobytu w szpitalu po porodzie.

• **Ustawa o niedyskryminacji na podstawie informacji genetycznych (The Genetic Information Nondiscrimination Act)** – zakazuje dyskryminacji w składkach grupowego planu zdrowotnego w oparciu o informacje genetyczne. Ponadto generalnie zabrania grupowym planom zdrowotnym żądania informacji genetycznych lub żądania przeprowadzenia testów genetycznych.

• **Ustawa współzależności zdrowia psychicznego i równouprawnienia uzależnień substancji psychoaktywne oraz Ustawa o współzależności zdrowia psychicznego (The Mental Health Parity and Addiction Equity Act and the Mental Health Parity Act)** – wymaga zrównania wymagań finansowych i ograniczeń leczenia w przypadku świadczeń związanych ze zdrowiem psychicznym i używaniem substancji psychoaktywnych z tymi, które dotyczą świadczeń medycznych i chirurgicznych.

• **Ustawa o lekach XXI wieku (The 21st Century Cures Act)** – promuje lepsze zrozumienie i przestrzeganie ustawy MHPAEA, w tym skuteczniejszą diagnozę i pomoc w przestrzeganiu przepisów. Ustawa o kuracjach wyjaśnia również, że świadczenia w przypadku zaburzeń odżywiania są objęte MHPAEA.

• **Ustawa o ponownej autoryzacji programu ubezpieczenia zdrowotnego dzieci (The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act)** – umożliwia specjalną rejestrację w grupowym planie zdrowotnym, jeśli pracownik lub osoby pozostające na jego utrzymaniu tracą ubezpieczenie w ramach programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP) i Medicaid lub kwalifikują się do szczególnej pomocy w ramach tych programów.

• **Ustawa bez zaskoczeń (The No Surprises Act)** – ogranicza nadmierne własne dodatkowe wydatki za otrzymanie opieki poza siecią służb ratunkowych, oraz usług innych niż nagłe, od dostawców którzy znajdują się po za listą autoryzowanych dostawców świadczeń zdrowotnych w określonych okolicznościach, oraz w przypadkach konieczności użycia pogotowia lotniczego.

Dowiedz się więcej...

Odwiedź [stronę internetową EBSA](#), aby zobaczyć następujące publikacje EBSA:

- An Employee's Guide to Health Benefits Under COBRA
- Retirement and Health Care Coverage...Questions and Answers for Dislocated Workers
- Can the Retiree Health Benefits Provided by Your Employer Be Cut?
- Life Changes Require Health Choices...Know Your Benefit Options
- Work Changes Require Health Choices...Protect Your Rights
- Filing a Claim for Your Health Benefits
- Your Genetic Information and Your Health Plan – Know the Protections Against Discrimination
- Taking the Mystery Out of Retirement Planning

Aby zamówić kopie lub poprosić o pomoc doradcę ds. świadczeń, wyślij [e-mail do EBSA](#) lub zadzwoń pod bezpłatny numer **1-866-444-3272**.

Możesz również odwiedzić stronę Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych [HealthCare.gov](#) lub zadzwonić pod numer **1-800-318-2596**, aby dowiedzieć się więcej na temat planów Marketplace, co obejmują i jak się o nie ubiegać. Możesz również zdobyć odpowiednie informacje kontaktując się ze stanowym biurem komisarza do spraw ubezpieczeń.



EMPLOYEE BENEFITS AND SECURITY ADMINISTRATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR