

Ustawa o przystępnej opiece zdrowotnej (Affordable Care Act, ACA)

wywarła ogromny wpływ na system opieki zdrowotnej i sposób funkcjonowania ubezpieczeń. Jej celem było sprawienie, aby ubezpieczenie zdrowotne było bardziej sprawiedliwe, przystępne cenowo i łatwe do zrozumienia. ACA rozszerzyła również uprawnienia do Medicaid, aby objąć nim więcej osób o niższych dochodach i stworzyła rynek ubezpieczeń zdrowotnych.

Dzięki rynkowi ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Marketplace)

można kupować, porównywać i zapisywać się do prywatnego lub publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby kwalifikujące się mogą skorzystać z pomocy finansowej, aby obniżyć koszty ubezpieczenia. Ta strona jest przeznaczona głównie dla:

- + Osób, które nie mają ubezpieczenia zapewnianego przez pracę lub Medicare
 - + Nowojorczyków w wieku 18-65 lat
 - + Małych firm w Nowym Jorku zatrudniających 100 lub mniej pracowników
- Więcej informacji można znaleźć na stronie nystateofhealth.ny.gov.

Czym jest ubezpieczenie komercyjne lub prywatne?

Ubezpieczeniami komercyjnymi zarządzają prywatne firmy ubezpieczeniowe i zwykle są one oferowane w miejscu zatrudnienia. Oznacza to, że pracodawca ponosi część kosztów zakupu ubezpieczenia. Jeśli pracodawca nie oferuje planów ubezpieczeniowych, osoby fizyczne mogą wykupić ubezpieczenie komercyjne na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Czym jest ubezpieczenie publiczne?

Publiczne ubezpieczenie zdrowotne obejmuje programy wspierane przez rząd, takie jak Medicaid i Medicare. Medicaid pomaga w opłaceniu ubezpieczenia zdrowotnego kwalifikującym się osobom o niskich lub średnich dochodach. Kobiety w ciąży i osoby, które nie ukończyły 18 lat mogą ubiegać się o Medicaid niezależnie od statusu imigracyjnego i dochodów. Więcej informacji można znaleźć na stronie www.health.ny.gov/health_care/medicaid/.

Czym są plany zorganizowanej opieki zdrowotnej (managed care plan)?

Plany zorganizowanej opieki zdrowotnej to plany ubezpieczenia zdrowotnego, które zawierają umowy ze świadczeniodawcami opieki zdrowotnej i/lub placówkami medycznymi na świadczenie opieki po niższych kosztach. Istnieją różne rodzaje planów zorganizowanej opieki, w tym na przykład: HMO, PPO, POS i EPO (patrz słowniczek).

Czym są programy ubezpieczenia zdrowotnego dla studentów?

Studenci są często zobowiązani do posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, a uczelnie mogą oferować im ubezpieczenie zdrowotne zwane programami ubezpieczenia zdrowotnego dla studentów (student health program, SHP). Studenci mogą być zobowiązani do zapisania się do SHP lub poświadczenia, że posiadają inne ubezpieczenie, które jest co najmniej tak samo dobre („porównywalne ubezpieczenie”). Należy pamiętać, że ubezpieczenie SHP może nie być wystarczające w przypadku osób z przewlekłymi schorzeniami lub regularnie zażywających leki.

Jak mogę skorzystać z ubezpieczenia zdrowotnego mojego rodzica?

Jeśli rodzic posiada ubezpieczenie zdrowotne w ramach swojej pracy, jego dzieci często mogą pozostać objęte planem ubezpieczenia rodzica do ukończenia 26 roku życia, a w niektórych przypadkach do 29 roku życia, zależy to jednak od ubezpieczenia. Niestety, maksymalny wiek, do jakiego można pozostać objętym rodzinnym planem Medicaid wynosi 19 lat. Osoby, które chcą skorzystać z poufnej opieki w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, mogą być zainteresowane złożeniem wniosku o zapisanie do programu świadczeń związanych z planowaniem rodziny (Family Planning Benefits Program, FPBP), aby mieć pewność, że usługi te są rozliczane oddzielnie od ubezpieczenia rodzica. Dalsze informacje można znaleźć na stronie, na której podano źródła informacji.

Co należy wziąć pod uwagę przy wyborze planu ubezpieczenia zdrowotnego?

- + **Koszty:**
 - Składki miesięczne: ile płaci się co miesiąc za plan ubezpieczenia
 - Udział własny: ile płaci się za opiekę z własnej kieszeni, zanim zaczną płacić ubezpieczenie
 - Współubezpieczenie i współpłatności: koszty ponoszone bezpośrednio przez ubezpieczonego za wizyty w gabinecie (podstawowa opieka zdrowotna i opieka specjalistyczna), leki na receptę itd.
- + **Usługi objęte ubezpieczeniem:** należy sprawdzić, czy pokrywana jest opieka w zakresie zdrowia psychicznego, usługi stomatologiczne i leki na receptę
- + **Wykluczenia w planie:** jakich usług plan nie pokrywa
- + Ile wizyt lekarskich może być potrzebnych w ciągu roku (należy wziąć pod uwagę swoje przewlekłe choroby, które mogą wymagać regularnych wizyt lekarskich)
- + Jak często potrzebne są leki
- + Pokrycie usług świadczonych przez lekarzy i specjalistów: w sieci vs. poza siecią (patrz słowniczek)
- + Dostępność elastycznego pracowniczego konta na wydatki medyczne lub konta oszczędnościowego na cele zdrowotne od pracodawcy, aby pomóc obniżyć przyszłe koszty

Jak niepełnosprawność wpływa na ubezpieczenie zdrowotne?

Osoby z niepełnosprawnościami, które z ich powodu nie mogą pracować, mogą pozostać ubezpieczone w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego rodzica nawet po ukończeniu 26 lat. W tym celu konieczne może być przesłanie dodatkowych dokumentów. Więcej informacji można uzyskać u swojego ubezpieczyciela.

Osoby z niepełnosprawnością objęte ubezpieczeniem Medicaid rodzica, muszą przejść na własny plan ubezpieczenia Medicaid w wieku 19 lat. Aby rodzic mógł kontaktować się z planem ubezpieczenia dziecka, dziecko musi podpisać formularz zgody na udostępnianie informacji.

Żyj pełnią zdrowia.

NYC
HEALTH+
HOSPITALS

NYC

YOUNG MEN'S
INITIATIVE



Zeskanuj kod QR swoim smartfonem, aby uzyskać dostęp do broszury online!



BĄDŹMY W KONTAKCIE. OBSERWUJ NAS.

www.nychealthandhospitals.org

Przewodnik po ubezpieczeniach zdrowotnych dla młodych dorosłych

NYC
HEALTH+
HOSPITALS



Czym jest ubezpieczenie zdrowotne?

Ubezpieczenie zdrowotne to sposób na opłacenie kosztów opieki zdrowotnej. Ubezpieczenie chroni przed koniecznością pokrycia pełnych kosztów usług medycznych w przypadku urazu lub choroby. Każdy plan ubezpieczenia zdrowotnego jest inny i pokrywa inne koszty medyczne.

Dlaczego ubezpieczenie zdrowotne jest ważne?

Jest wiele powodów:

- + **Zabezpiecza** przed koniecznością opłacenia całości nieoczekiwanych, wysokich kosztów medycznych.
- + **Pozwala obniżyć koszty** niektórych usług opieki zdrowotnej pokrywanych przez plan ubezpieczeniowy.
- + **Zapewnia dostęp do bezpłatnej opieki**, co pomaga zapobiec określonym chorobom, w tym do szczepionek, badań kontrolnych i przesiewowych.

Uwaga! Informacje o usługach pokrywanych w ramach planu można uzyskać u swojego ubezpieczyciela. Niektóre usługi mogą być pokrywane w całości, inne tylko częściowo lub wcale.

Gdzie można uzyskać ubezpieczenie zdrowotne?

- + W pracy/u pracodawcy
- + W college'u/na uniwersytecie (program ubezpieczenia zdrowotnego dla studentów)
- + Rynek ubezpieczeń zdrowotnych
 - Komercyjne ubezpieczenie zdrowotne
 - Medicaid
- + Ubezpieczenie zdrowotne rodzica/opiekuna

Co w przypadku, gdy nie mam ubezpieczenia zdrowotnego?

- + Osoby, które nie mają ubezpieczenia będą odpowiedzialne za pokrycie niektórych, jeśli nie wszystkich, kosztów opieki zdrowotnej.
- + Osoby, które nie mają minimalnego podstawowego ubezpieczenia lub nie są zwolnione z wymogu posiadania ubezpieczenia mogą być zmuszone do dokonania płatności w chwili składania zeznania podatkowego. Aby sprawdzić, czy trzeba będzie dokonać takiej płatności lub czy można kwalifikować się do zwolnienia należy wejść na stronę: www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-calculating-the-payment

Źródła informacji

Program świadczeń związanych z planowaniem rodziny (FPBP):

Program publicznego ubezpieczenia zdrowotnego dla nowojorczyków, którzy potrzebują usług planowania rodziny, ale nie mogą sobie na nie pozwolić www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/longterm/familyplanbenprog.htm

NYC Health + Hospitals:

Centrum pomocy i informacji o ubezpieczeniach w New York City Health + Hospitals www.nyhealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/

Strona internetowa poświęcona zdrowiu młodzieży Youth Health:

Strona internetowa dla młodzieży z dodatkowymi informacjami na temat opieki zdrowotnej www.nycyouthhealth.org/html/index.shtml

Strona internetowa Medicaid:

Oficjalna strona internetowa New York Medicaid www.health.ny.gov/publications/0548/medicaid.htm

Informacje o karach podatkowych:

Strona internetowa zawierająca więcej informacji na temat kar i zwolnień podatkowych www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/ nystateofhealth.ny.gov/exemptions.html

Healthcare.gov:

Mnóstwo ogólnych informacji, w tym słowniczek terminów związanych z opieką zdrowotną www.healthcare.gov/ www.healthcare.gov/glossary/

Informacje o ustawie "Age 29" (wiek 29 lat):

Informacje na temat kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia rodzica po ukończeniu 26 roku życia www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/cobra_and_premium_assistance

Osoby, które nie mają ubezpieczenia i/lub nie wiedzą, jak je uzyskać, mogą skorzystać z następujących źródeł informacji/pomocy:

Rynek ubezpieczeń zdrowotnych w stanie Nowy Jork:

Stanowy rynek ubezpieczeń zdrowotnych, który ułatwia zakup przystępnych cenowo ubezpieczeń zdrowotnych dla osób indywidualnych, rodzin i małych firm w Nowym Jorku. nystateofhealth.ny.gov/

Health Care for All: Organizacja publiczna zapewniająca informacje na temat dostępu do opieki zdrowotnej, pomocy prawnej, organizowania społeczności i edukacji publicznej. hcfany.org/

Słowniczek

Elastyczne pracownicze konto na wydatki medyczne (Flexible Spending Account, FSA): Konto, jakie ubezpieczony zakłada przez pracodawcę w celu pokrycia większości wydatków medycznych, które nie są objęte ubezpieczeniem. Pracodawca automatycznie odliczy kwotę przed opodatkowaniem (kwota będzie się zmieniać) z wypłaty pracownika. Jeśli jednak pracownik nie wykorzysta do końca roku wszystkich środków znajdujących się na koncie, środki te przepadną.

Konta oszczędnościowe na cele zdrowotne (Health Savings Account, HSA): Podobne do elastycznego pracowniczego konta na wydatki medyczne, z tym wyjątkiem, że w sytuacji, gdy ubezpieczony do końca roku nie wykorzysta środków znajdujących się na koncie, zostaną one przeniesione na następny rok.

Maksymalna kwota/limit wydatków własnych: Maksymalna kwota, jaką ubezpieczony będzie musiał zapłacić w ciągu roku ubezpieczenia w planie za usługi objęte ubezpieczeniem. Po wydaniu tej kwoty w formie udziałów własnych, współpłaty i współubezpieczenia na opiekę i usługi w sieci, plan ubezpieczenia pokrywa 100% kosztów świadczeń objętych ubezpieczeniem.

Organizacja podtrzymywania zdrowia (Health Maintenance Organization, HMO): Rodzaj planu ubezpieczenia zdrowotnego, który zwykle ogranicza zakres ubezpieczenia do lekarzy, którzy pracują dla HMO lub mają z nią zawarte umowy. Zwykle nie pokrywa opieki uzyskanej poza siecią, z wyjątkiem nagłych sytuacji zagrażających zdrowiu lub życiu. Aby kwalifikować się do ubezpieczenia, HMO może wymagać, aby ubezpieczony mieszkał lub pracował na jej obszarze świadczenia usług. Organizacje HMO często zapewniają skoordynowaną opiekę i koncentrują się na profilaktyce i dobrym samopoczuciu.

Organizacja preferowanych świadczeniodawców (Preferred Provider Organization, PPO): Rodzaj planu ubezpieczenia zdrowotnego, w którym ubezpieczony płaci mniej, jeśli korzysta z usług świadczeniodawców należących do sieci planu. Za dodatkową opłatą i bez skierowania można korzystać z usług lekarzy, szpitali i świadczeniodawców spoza sieci.

Organizacja wyłącznych świadczeniodawców (Exclusive Provider Organization, EPO): Plan ubezpieczenia zdrowotnego w ramach planu zorganizowanej opieki, w którym usługi są objęte ubezpieczeniem tylko wtedy, gdy ubezpieczony korzysta z usług lekarzy, specjalistów lub szpitali należących do sieci planu (z wyjątkiem nagłych przypadków zagrożenia zdrowia lub życia).

Point of Service (POS): Rodzaj planu ubezpieczenia zdrowotnego, w którym ubezpieczony płaci mniej, jeśli korzysta z usług lekarzy, szpitali lub innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej należących do sieci planu. W celu odbycia wizyty u specjalisty plany POS wymagają skierowania od lekarza pierwszego kontaktu.

Program świadczeń związanych z planowaniem rodziny (Family Planning Benefits Program, FPBP): FPBP to program publicznego ubezpieczenia zdrowotnego dla nowojorczyków, którzy potrzebują usług planowania rodziny, ale nie mogą sobie na nie pozwolić. Ma ona również na celu zwiększenie dostępu



do poufnych usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Więcej informacji znajduje się na stronie, na której podano źródła informacji.

Przewlekła choroba: Schorzenie, które zgodnie z przewidywaniami może trwać dłużej niż 3 miesiące i zwykle wymaga ciągłej opieki.

Składka: Kwota, jaką ubezpieczony płaci za członkostwo w planie ubezpieczenia zdrowotnego, zazwyczaj opłacana co miesiąc.

Udział własny: Kwota, jaką ubezpieczony musi zapłacić za koszty opieki zdrowotnej, zanim ubezpieczenie pokryje koszty. Często plany ubezpieczeniowe opierają się na rocznych kwotach udziałów własnych.

Współpłatność: Stała kwota, jaką ubezpieczony płaci za usługi opieki zdrowotnej objęte ubezpieczeniem, zwykle w czasie wizyty. Z reguły, w planach z niższymi składkami miesięcznymi obowiązują wyższe współpłaty, a w planach z wyższymi składkami miesięcznymi obowiązują niższe współpłaty.

Współubezpieczenie: Kwota, jaką należy zapłacić za usługi opieki zdrowotnej, po opłaceniu kwoty udziału własnego. Współubezpieczenie jest często określane jako procent całkowitego kosztu. Na przykład, ubezpieczony może zapłacić 20 procent kosztów usługi, a firma ubezpieczeniowa może zapłacić 80 procent.

Wyjątki: Schorzenia, terapie i inne usługi, których plan ubezpieczenia zdrowotnego nie pokryje. Muszą być one jasno określone w materiałach przekazanych ubezpieczonemu na temat planu.

Świadczeniodawcy należący do sieci: Lekarze, którzy zawarli umowę z ubezpieczeniem zdrowotnym, dzięki czemu za wizyty ubezpieczony płaci mniej z własnej kieszeni.

Świadczeniodawcy spoza sieci: Lekarze, którzy nie zawarli umowy z planem ubezpieczenia zdrowotnego i w związku z tym ubezpieczony może zapłacić więcej lub odpowiadać za cały rachunek za wizytę.