

Poznaj swoje prawa: Leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego i uzależnień

Departament Usług Finansowych stanu Nowy Jork (New York State Department of Financial Services – DFS) oraz Departament Zdrowia stanu Nowy Jork (New York State Department of Health – DOH) wydały nowe przepisy, do których muszą stosować się ubezpieczyciele zdrowotni, w tym organizacje opieki zdrowotnej (Health Maintenance Organizations – HMO), w przypadku konieczności leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego i uzależnień.

Zasady te mają zastosowanie w przypadku indywidualnych i grupowych polis ubezpieczenia zdrowotnego podlegających prawu stanu Nowy Jork, w tym polis zakupionych za pośrednictwem platformy New York State of Health Marketplace. Zasady te nie mają zastosowania do samofinansowanych programów emerytalnych pracodawców objętych ustawą o zabezpieczeniu dochodów emerytalnych pracowników (Employee Retirement Income Security Act – ERISA). Zasady te zaczną obowiązywać w ramach ubezpieczeń Medicaid Managed Care, Essential Plan i Child Health Plus od 1 lipca 2025 r. W przypadku wszystkich innych polis ubezpieczeniowych zasady te będą obowiązywać na bieżąco po odnowieniu lub zakupie polisy ubezpieczeniowej w dniu 1 lipca 2025 r. lub po tej dacie.

Osoby objęte ubezpieczeniem Medicare obowiązują inne zasady. W razie wątpliwości należy skontaktować się telefonicznie z Centrum Usług Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Service – CMS) pod numerem (800)-MEDICARE, lub z Centrum Upnień do Medicare (Medicare Rights Center) pod numerem (800) 333-4114 lub zasięgnąć informacji na stronie www.medicarerights.org.

Wizyty w ramach sieci

Mają Państwo prawo do wizyty u lekarza w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w następujących terminach. Mają Państwo również prawo poprosić o wizytę osobistą zamiast teleporady (telehealth appointment).

10 dni roboczych.

Pierwsza wizyta u lekarza lub w placówce służby zdrowia

S	M	T	W	T	F	S

7 dni kalendarzowych.

Wizyta kontrolna po wypisaniu ze szpitala lub oddziału ratunkowego

S	M	T	W	T	F	S

Listę usług objętych ubezpieczeniem znajdą Państwo w swojej polisie ubezpieczenia zdrowotnego.

Uzyskanie pomocy w znalezieniu placówek świadczących usługi w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień

Ubezpieczyciele zobowiązani są do posiadania personelu specjalizującego się w pomaganiu zainteresowanym osobom znalezienia lekarza w ramach sieci. Informacje dotyczące bezpośredniego kontaktu z tymi pracownikami, w tym numery telefonów, powinny być dostępne na stronie internetowej ubezpieczyciela.

Niezależnie od tego, czy skontaktują się Państwo telefonicznie, czy pocztą elektroniczną, ubezpieczyciel ma obowiązek dostarczenia Państwu listy dostępnych świadczeniodawców w ramach sieci w ciągu 3 dni roboczych od złożenia takiej prośby.

Osoby, które chcą samodzielnie sprawdzić opcje opieki zdrowotnej w ramach sieci, mogą zapoznać się z katalogiem placówek udostępnionym przez swojego ubezpieczyciela. Katalog placówek musi zawierać lokalizację placówki opieki zdrowotnej, listę świadczonych usług, opcje związane z teleporadą, informacje na temat obsługi w językach obcych, informacje na temat wszelkich ograniczeń dotyczących leczonych schorzeń lub obsługiwanych grup wiekowych oraz informacje dotyczące powiązań placówki z innymi podmiotami. Jeśli świadczeniodawca opieki zdrowotnej jest placówką, katalog musi zawierać szczegółowe informacje dotyczące wymiaru świadczonej opieki, np. czy jest to opieka szpitalna, ambulatoryjna, czy częściowa hospitalizacja.

Co zrobić, jeśli nie można znaleźć lekarza w ramach sieci świadczącego usługi w zakresie zdrowia psychicznego lub uzależnień?

Jeśli w ramach sieci nie mogą Państwo znaleźć lekarza, który mógłby umówić Państwa na wizytę w wymaganym terminie 7 lub 10 dni, mają Państwo prawo poprosić o pomoc lekarza spoza sieci, nie ponosząc dodatkowych kosztów. W tym celu należy:

- 1. Zgłosić zawiadomienie o problemach z dostępem do konsultacji (Access Complaint):** Należy skontaktować się z ubezpieczycielem lub skorzystać z jego strony internetowej, aby złożyć zawiadomienie dotyczące problemu z dostępem do usług.
- 2. Otrzymać odpowiedź:** Państwa ubezpieczyciel ma obowiązek znalezienia lekarza w ramach sieci w terminie trzech dni – musi być to lekarz, który może leczyć Państwa konkretne schorzenie i znajduje się w rozsądnej odległości od Państwa (jeśli chcą Państwo umówić się na wizytę osobistą). Po otrzymaniu zawiadomienia przez ubezpieczyciela czas oczekiwania na wizytę u lekarza zaczyna być odmierzany od początku. Oznacza to, że ubezpieczyciel ma obowiązek znaleźć lekarza w ramach sieci, który przyjmie pacjenta w ciągu 7 lub 10 dni od momentu skontaktowania się ubezpieczyciela z lekarzem.
- 3. Jeśli dostawca usług medycznych należący do sieci nie jest dostępny:** Państwa ubezpieczyciel musi zatwierdzić skierowanie do lekarza spoza sieci, który spełnia powyższe wymagania i nie pobiera nadmiernie wysokich lub nieuzasadnionych opłat.

Koszty własne

W przypadku wizyt w ramach sieci nie ma żadnych zmian w kosztach ponoszonych przez pacjenta. Jeśli w wymaganym terminie nie mogą Państwo uzyskać dostępu do opieki w ramach sieci, a Państwa ubezpieczyciel zatwierdzi skierowanie poza sieć, Państwa opłata współpłatna, współubezpieczenie i udział własny w płatności za wizytę u świadczeniodawcy spoza sieci będą takie same, jak w przypadku wizyty u świadczeniodawcy w ramach sieci.

Jeśli uważają Państwo, że Państwa prawa zostały naruszone, można skorzystać z prawa do zażalenia

Jeśli ubezpieczyciel nie przestrzega obowiązujących go zasad, należy takiemu podmiotowi przesłać zażalenie, a także złożyć skargę do organów regulacyjnych stanu w sposób opisany poniżej:

- Jeśli są Państwo objęci ubezpieczeniem Medicaid, Essential Plan lub Child Health Plus, należy złożyć skargę do Departamentu Zdrowia (DOH) pod numerem (800) 541-2831 w przypadku Medicaid, (800) 206-8125 w przypadku Medicaid Managed Care, (800) 698-4543 lub lokalnie pod numerem (518) 473-0566 w przypadku ubezpieczenia Child Health Plus oraz (855) 355-5777 w przypadku ubezpieczenia Essential Plan. Więcej informacji na temat składania skarg do Departamentu Zdrowia (DOH) znajdują Państwo na stronie www.health.ny.gov/health_care/managed_care/complaints/ lub dzwoniąc pod numer (800) 342-3736.
- Jeśli są Państwo objęci jakimkolwiek programem ubezpieczenia zdrowotnego, który nie został wymieniony powyżej, należy złożyć skargę do DFS online pod adresem www.dfs.ny.gov/complaint lub dzwoniąc pod numer (800) 342-3736. We współpracy z Państwa ubezpieczycielem DFS rozpatrzy zażalenie lub w razie potrzeby skieruje ją do innej agencji stanowej.
- Jeśli mają Państwo pytania, potrzebują pomocy lub chcą złożyć skargę lub odwołanie, mogą Państwo również zwrócić się o pomoc do niezależnego rzecznika ds. zdrowia psychicznego stanu Nowy Jork (Behavioral Health Ombudsman). Z infolinią projektu Community Health Access to Addiction & Mental Healthcare Project (CHAMP) można skontaktować się pod numerem (888) 614-5400 od poniedziałku do środy w godzinach od 9:00 do 19:00 lub od czwartku do piątku w godzinach od 9:00 do 16:00 lub wysyłając wiadomość e-mail na adres ombuds@oasas.ny.gov.

Więcej informacji na temat wymagań dotyczących programów opieki dotyczących zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zapobiegania takim zaburzeniom można znaleźć na stronie internetowej DFS pod adresem www.dfs.ny.gov/behavioralhealth.

