

Chống Tính Phí Bất Ngờ: Hiểu quyền của quý vị về hóa đơn y tế bất ngờ

Đạo Luật Chống Tính Phí Bất Ngờ (No Surprises Act) bảo vệ cho người được bao trả theo các chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm và cá nhân trước hóa đơn y tế bất ngờ khi sử dụng hầu hết các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ phi cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới tại cơ sở trong mạng lưới, cũng như dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ cấp cứu bằng máy bay ngoài mạng lưới. Đạo luật này cũng xây dựng một quy trình giải quyết tranh chấp độc lập với các tranh chấp về thanh toán giữa chương trình bảo hiểm và nhà cung cấp, cũng như mang lại cơ hội giải quyết tranh chấp mới cho những người không có bảo hiểm và phải tự chi trả, khi họ nhận được hóa đơn y tế có số tiền lớn hơn đáng kể so với mức ước tính thiện chí mà họ nhận được từ nhà cung cấp đó.

Bắt đầu từ năm 2022 đã có những biện pháp bảo vệ mới ngăn chặn các hóa đơn y tế bất ngờ. Nếu quý vị có bảo hiểm sức khỏe tư nhân, các biện pháp bảo vệ mới này cấm những loại hóa đơn bất ngờ thường gặp nhất. Nếu quý vị không có bảo hiểm hoặc quyết định không sử dụng bảo hiểm y tế cho một dịch vụ nào đó, theo những biện pháp bảo vệ này, quý vị thường có thể được nhận trước một bản ước tính chi phí chăm sóc trên cơ sở thiện chí, từ trước khi thăm khám. Nếu không đồng ý với hóa đơn của mình, quý vị có thể khiếu nại về mức phí. Sau đây là những gì quý vị cần biết về các quyền mới của mình.

Hóa đơn y tế bất ngờ là gì?

- Trước khi có Đạo Luật Chống Tính Phí Bất Ngờ, nếu quý vị có bảo hiểm y tế và nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc cơ sở ngoài mạng lưới, ngay cả khi do vô ý, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị có thể sẽ không bao trả cho toàn bộ chi phí ngoài mạng lưới. Vì lý do này mà quý vị có thể phải chịu chi phí cao hơn so với trường hợp nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới. Ngoài mọi khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới mà quý vị có thể phải trả, cơ sở hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới còn có thể tính phí phần chênh lệch giữa số tiền trên hóa đơn và số tiền được chương trình bảo hiểm y tế chi trả, trừ khi luật tiểu bang cấm điều đó. Điều này được gọi là "tính phí phần chênh lệch". Hóa đơn phần chênh lệch không mong muốn từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới còn được gọi là hóa đơn y tế bất ngờ. Những người có Medicare và Medicaid đã được hưởng những biện pháp bảo vệ này từ trước và không có nguy cơ bị tính phí bất ngờ.

Biện pháp bảo vệ mới là gì nếu tôi đã có bảo hiểm y tế?

Nếu quý vị được bảo hiểm y tế thông qua sở làm, một Health Insurance Marketplace¹ hoặc một chương trình bảo hiểm y tế cá nhân mà quý vị mua trực tiếp từ một công ty bảo hiểm, những quy định mới này sẽ:

- Cấm lập hóa đơn bất ngờ cho hầu hết các dịch vụ cấp cứu, ngay cả khi quý vị sử dụng ngoài mạng lưới và chưa được duyệt trước (cấp phép trước).
- Cấm áp dụng chia sẻ hóa đơn ngoài mạng lưới (như đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán ngoài mạng lưới) đối với hầu hết các dịch vụ cấp cứu và một số dịch vụ phi cấp cứu. Quý vị không thể bị tính phí nhiều hơn mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới áp dụng cho các dịch vụ này.
- Cấm thu phí ngoài mạng lưới và lập hóa đơn phần chênh lệch cho một số dịch vụ khác (như gây mê hoặc chụp quang tuyến) do nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện trong lần thăm khám của bệnh nhân tại một cơ sở trong mạng lưới.
- Yêu cầu các cơ sở và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải đưa ra thông báo dễ hiểu cho quý vị nhằm giải thích các biện pháp bảo vệ chống tính phí được áp dụng, người cần liên lạc nếu quý vị có lo ngại là một nhà cung cấp hay cơ sở vi phạm biện pháp bảo vệ đó, đồng thời bắt buộc phải có sự chấp thuận của bệnh nhân mới được miễn bảo vệ chống tính phí (ví dụ: quý vị phải nhận được thông báo về và chấp thuận việc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới tính phí phần chênh lệch cho mình).

¹ Health Insurance Marketplace[®] là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của U.S. Department of Health & Human Services.

Sẽ thế nào nếu tôi không có bảo hiểm y tế hoặc lựa chọn tự thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của mình mà không dùng đến bảo hiểm y tế (còn được gọi là "tự chi trả")?

Nếu quý vị không có bảo hiểm hoặc tự chi trả cho dịch vụ chăm sóc, trong hầu hết các trường hợp, các quy định mới này đảm bảo rằng quý vị có được bản ước tính thiện chí về chi phí chăm sóc trước khi được chăm sóc.

Sẽ thế nào nếu tôi bị tính phí số tiền nhiều hơn số ước tính thiện chí?

Với các dịch vụ được cung cấp trong năm 2022, quý vị có thể khiếu nại về một hóa đơn y tế nếu khoản phí cuối cùng cao hơn ít nhất \$400 so với số ước tính thiện chí và quý vị nộp đơn khiếu nại trong vòng 120 ngày kể từ ngày ghi trên hóa đơn.

Sẽ thế nào nếu quý vị không có bảo hiểm từ sở làm, Marketplace hay một chương trình bảo hiểm cá nhân? Những biện pháp bảo vệ này có áp dụng cho quý vị không?

Một số chương trình bảo hiểm y tế đã có biện pháp chống hóa đơn y tế bất ngờ từ trước. Nếu quý vị được bảo hiểm thông qua Medicare, Medicaid hoặc TRICARE hay được chăm sóc thông qua Dịch Vụ Y Tế Cho Người Mỹ Da Đỏ (Indian Health Services) hoặc Cơ Quan Quản Lý Sức Khỏe Cựu Chiến Binh (Veterans Health Administration), quý vị không cần lo lắng vì quý vị đã được bảo vệ trước hóa đơn y tế bất ngờ từ các nhà cung cấp và cơ sở tham gia những chương trình này.

Sẽ thế nào nếu tiểu bang của tôi có luật về tính phí bất ngờ?

Đạo Luật Chống Tính Phí Bất Ngờ bổ sung chứ không thay thế cho các điều luật của tiểu bang về tính phí bất ngờ. Thay vào đó, Đạo Luật Chống Tính Phí Bất Ngờ tạo ra một mức "sàn" để bảo vệ người tiêu dùng trước hóa đơn bất ngờ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cũng như trách nhiệm chia sẻ chi phí cao hơn liên quan cho bệnh nhân. Vì vậy, nhìn chung, chừng nào luật tiểu bang về tính phí bất ngờ vẫn có cùng mức độ bảo vệ người tiêu dùng trước hóa đơn bất ngờ và có mức chia sẻ chi phí cao hơn giống như Đạo Luật Chống Tính Phí Bất Ngờ cùng các quy định thực hiện của đạo luật này, thì luật tiểu bang nhìn chung sẽ được áp dụng. Ví dụ: nếu tiểu bang của quý vị vận hành quy trình riêng giải quyết tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp, trong đó có xác định tỷ lệ thanh toán hợp lý cho người tiêu dùng tự chi trả, và Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Health and Human Services, HHS) đã xác định là quy trình của tiểu bang đáp ứng hoặc vượt quá yêu cầu tối thiểu theo quy trình của liên bang về giải quyết tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp, thì HHS sẽ chiếu theo quy trình của tiểu bang và không chấp nhận xử lý tranh chấp đó theo quy trình của Liên Bang.

Một ví dụ khác, nếu tiểu bang quý vị có Thỏa Thuận Mô Hình Tất Cả Cùng Chi Trả (All-Payer Model Agreement) hoặc một điều luật khác của tiểu bang xác định số tiền thanh toán cho cơ sở và nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một dịch vụ nào đó, thì Thỏa Thuận Mô Hình Tất Cả Cùng Chi Trả hay luật tiểu bang khác đó thường sẽ xác định mức chia sẻ chi phí và tỷ lệ thanh toán ngoài mạng lưới của quý vị.

Tôi có thể tìm hiểu thêm ở đâu?

Quý vị vẫn còn có câu hỏi? Xin truy cập [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) hoặc gọi cho Bộ Phận Hỗ Trợ (Help Desk) theo số 1-800-985-3059 để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-985-3059.