

Основи страхування здоров'я

Автор: Микола Житовка, Президент

Insurance Cleveland Agency, LLC

Це є факт, що кожен з нас потребує страховий поліс на здоров'я- і його потрібно мати до того, як Ви потрапите в аварію, важко захворієте або дізнаєтесь, що Ви є вагітною. Страхівка не покриває витрат, пов'язаних із проблемами зі здоров'ям, що виникли до моменту придбання страхового полісу. Пошук адекватного покриття може здатися приголомшуючим, але знання основ страхування здоров'я може значно полегшити процес пошуку.

Ваш роботодавець не зобов'язаний надавати Вам медичне забезпечення

Фактом реальності страхування здоров'я є те, що Ви не маєте права на нього. Не існує такого закону на рівні штату чи держави, що вимагає від приватних роботодавців пропонувати медичні бенефіти для своїх працівників.

"Існує чимало вагомих причин, по яких роботодавці не зобов'язані надавати медичне забезпечення для своїх працівників", пояснює місцевий адвокат Олег Махлай. "Але як ми знаємо, однак, багато роботодавців, хоча і не зобов'язані робити цього, пропонують медичне забезпечення для своїх працівників по причині конкурентноспроможності або просто розумної бізнесової практики."

Якщо ви мали медичне забезпечення через свого роботодавця і лишили або втратили роботу, не думайте, що Ви зможете підібрати таке ж покриття за ту ж саму ціну.

Так само не очікуйте, що Ваш колишній роботодавець продовжить Ваше медичне забезпечення поза межами Вашого останнього робочого дня. Не існує "благодійного періоду", де Ви будете мати медичне забезпечення.

Якщо Ви і втратите медичне забезпечення через роботодавця, існує державний план COBRA (Consolidated Omnibus Reconciliation Act), що може дати Вам забезпечення на короткий термін.

Існує ще один закон, що пропонує забезпечення для працівників, що переживають перерву у медичному забезпечення, і який називається HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).

Індивідуальне страхове забезпечення на здоров'я може бути дорогим

Якщо ви змушені самі купувати страхове забезпечення на здоров'я, то воно може бути дорогим. На відміну від колективних планів, де кошти і ризик медичного забезпечення діляться на багатьох людей, в індивідуальних медичних полісах береться до уваги тільки

Ваша медична історія. Будь-які умови, такі як хвороба серця, діабет і навіть вагітність, можуть звести до нуля вірогідність отримати поліс або значно підвищать вартість страхівки. Деякі штати вимагають, аби страхові компанії надавали кожному громадянину можливість отримати страховий поліс ("guaranteed issue").

Індивідуальні та сімейні страхові плани діляться на гарантовані ("indemnity") та управляючі ("managed-care"). Але, напевно, найбільшою різницею між ними є вибір медичних провайдерів (лікарів), витрати з власної кишені та спосіб оплати медичних білів. Зазвичай, гарантовані плани надають ширший вибір провайдерів, ніж управляючі плани. Гарантовані плани оплачують свою частину витрат тільки після того, як отримають біл, тобто власник полісу може бути змушений зарплатити наперед і отримати відшкодування від страхової компанії пізніше.

Існує кілька типів управляючих медичних планів: НМО, РРО, та POS. Такі плани працюють із мережею медичних провайдерів, які в свою чергу погоджуються надавати послуги для пацієнтів-власників таких планів за попередньо домовленими цінами і самі висилають клейми до страхової компанії замість Вас. З таким планом Ви маєте менше мороки з паперами, менші витрати з власної кишені та більший вибір медичних провайдерів.

Будьте готові платити все більше та більше.

Якщо Ви придбали медичний поліс, не думайте, що його вартість буде сталою. Медичні страхові компанії часто шукають дозволу підняти вартість полісу. І додаток до цього, деякі штати дозволяють страховим компаніям "заповняти і використовувати" підняття вартості полісу. Тобто, страховій компанії потрібно пред'явити це в письмовій формі і відразу почати вимагати більше грошей від клієнтів. Страхові компанії мають повне право це робити, у винятку хіба що їх ціни будуть офіційно визнані завишеними.

Адвокат Михайло Добронос каже, якщо Ви маєте колективну страхівку, існує велика ймовірність, що ціна піде догори. "Навіть якщо Ви і не мали клеймів, інші у Вашому колективному плані могли їх мати і це вплинуло на ціну, яку Ви платите за Ваш поліс", пояснює Добронос.

Допомога у випадку неспроможності купити індивідуальну страхівку.

Якщо Ви є студентом і Вам потрібне медичне забезпечення – можливо Вас зняли з батьківської страхівки – Ваш навчальний заклад може запропонувати Вам доступне забезпечення.

Незалежно від Вашого віку, існує кілька державних програм, якщо Ви не в змозі придбати індивідуальний страховий поліс на здоров'я, але Вам необхідно відповідати їх стандартам.

- Medicare, медична програма для людей віку 65 років і старше, молодшого віку з інвалідністю та смертельно хворих.
- Medicaid, програма для найбільш вразливих та малозабезпечених з дітьми.
- The Children's Health Insurance Program (CHIP), програма для дітей, чії батьки заробляють забагато, аби отримувати Medicaid, але не в змозі дозволити собі придбати індивідуальний поліс.

Багато штатів пропонують забезпечення для дітей, чії батьки не мають страхового полісу від роботодавця і не в змозі придбати індивідуальний поліс. Деякі штати покривають навіть і батьків.

Як працює страховий поліс на здоров'я

Уявімо, Ви маєте \$100,000 операцію на серце, яка покривається Вашим страховим планом. Скажімо, Ваш план має \$1,000 річного **deductible**, 20% **coinsurance** після **deductible**, \$2,000 **out-of-pocket limit** (максимум витрат на рік з власної кишені) та \$5 Million **lifetime maximum** (максимум, що страхівка виплатить на протязі Вашого життя). **Не всі страхові поліси мають deductible чи coinsurance.**

Що таке deductible? Зазвичай, deductible – це сума грошей, яку Вам потрібно заплатити щорічно перед тим, як Ваш страховий план почне покривати Ваші медичні витрати. Із \$100,000 білом після операції на серце, Ви є відповідальні за оплату першої \$1,000. Це Ви заплатили Ваш \$1,000 **deductible**. Тепер Ваша страхова компанія заплатить процентне співвідношення від загальної суми, що називається **coinsurance**.

Що таке coinsurance? Coinsurance –це є процентне співвідношення, де Ви платите певну процентну суму і страхова компанія оплачує решту, після того, як Ви заплатили deductible. У страховому плані з 20% **coinsurance**, після того, як заплачено deductible, страхова компанія оплачує 80% витрат тоді як Ви відповідаєте за решту 20% доки Ваш **out-of-pocket limit** на цей рік не досягнуто.

Що таке out-of-pocket limit? Out-of-pocket limit – це є максимальна сума, яку Ви заплатите з власної кишені на рік. У плані з \$2,000 **out-of-pocket limit**, Ви заплатите \$1,000 deductible and \$1,000 coinsurance, тоді як страхова компанія покриє \$98,000 від загальної суми. Навіть якщо Ви потрапите до лікарні знову в тому ж році, страхова компанія покриє Ваші витрати 100% аж до суми життєвого максимуму (**lifetime maximum**).

Що таке lifetime maximum ? Lifetime Maximum –це максимальна сума, яку страхова компанія заплатить за медичні послуги на протязі Вашого життя. Якщо Ваш страховий план має **Lifetime Maximum** у розмірі 5 мільйонів і Ви продовжуєте платити Ваш deductible, coinsurance і витрати з власної кишені щорічно, страхова компанія заплатить за

решту медичних витрат, що покриваються Вашим планом аж до 5 мільйонів протягом Вашого життя.

Ще одне визначення... Деякі страхові плани пропонують **co-payment**.

Що таке co-payment? Co-payment - це стала ціна, яку Ви платите за певні медичні послуги, такі як \$30 за візит до лікаря, після чого страхова компанія платить решту. Скажімо Ви себе погано почували і пішли до лікаря, який бере \$200 за візит. Якщо ваш страховий план має \$30 co-payment за візит до лікаря, то ви і заплатите лише \$30, і страхова компанія решту \$170.

Мова страхового полісу

Перед тим, як відвідати країну, населення якої розмовляє іноземною мовою, варто вивчити кілька ключових слів та фраз. Те саме стосується і мови страхового полісу на здоров'я. Не залежно від того, чи Ви купуєте індивідуальну чи колективну страховку, знайте, що існує кілька варіантів страхового плану, включаючи fee-for-service plans (FFS), health maintenance organizations (HMOs), point of service plans (POS), and preferred provider organizations (PPO). Кожен з них має свої переваги та недоліки.

FFS, або traditional indemnity (гарантований)

Покриття у цьому плані пропонує гнучкість в обмін на більші витрати з власної кишені, більше документації та вищі ціни.

Переваги FFS:

- Можливість вибору власних лікарів та лікарень
- Можливість відвідувати спеціаліста без направлення від головного лікаря

Недоліки FFS:

- В більшості випадків існує deductible (від \$500 до \$1,500), перед тим, як страхова компанія починає платити. Лікарі отримують близько 80% від компанії, Ви відповідаєте за решту 20%.
- Можливо Вам прийдеться заплатити власні гроші наперед і самому вислати біл в страхову компанію для отримання компенсації.
- Такий план оплачує лише стандартні медичні послуги в розумних мірках. Якщо Ваш лікар бере більше, ніж інші у вашій місцевості, Вам прийдеться доплачувати різницю.

HMO

HMO план є найдешевшим і в той же час найменш гнучким. Він більш направлений на членів групи, які шукають покриття на здоров'я.

Переваги НМО:

- Клієнтам пропонується малі со-payments, мінімум документації та покриття для більшості програм по покращенню здоров'я.

Недоліки НМО:

- Ви мусите вибрати для себе головного лікаря (PCP)
- **НМО** вимагає від Вас відвідувати тільки лікарів у мережі, або візити не будуть покриті.
- Вам необхідне направлення від головного лікаря, аби йти на прийом до спеціаліста

POS

POS плани є більш гнучкими, ніж у НМО, але вони також вимагають вибрати головного лікаря.

Переваги POS:

- Залежно від правил Вашої страхової компанії, Ви можете іти до лікаря, що не входить до мережі і отримати покриття – але сума покриття буде значно нижчою, ніж якби Ви пішли до лікаря у мережі
- Такі плани схильні до надання більшої профілактики здоров'я (бесіди про вплив куріння та знижки до клубів для здоров'я).

Недоліки POS:

- Ви мусите вибрати для себе головного лікаря (PCP)
- Якщо Ви ідете на прийом до лікаря без дозволу від Вашого головного лікаря, Вам прийдеється самому відсилати біл до страхової компанії і якщо Ви отримаєте відшкодування, то воно буде мінімальним.

PPO

PPO дає своїм клієнтам фінансовий стимул – доступні **co-payments (co-pays)** –аби вони ходили до лікарів у мережі.

Переваги PPO:

- Стандартний со-payment - **\$15** для візиту до лікаря у робочі години.
- Ви можете ходити до лікаря без обмежень, якщо тільки він входить до мережі.

Недоліки PPO:

- Якщо Ви ідете на прийом до лікаря поза мережою, Вам прийдеється самому відсилати біл до страхової компанії

- Вам, можливо, прийдеться заплатити deductible, якщо Ви ідете за межі мережі, або різницю у сумі, яку бувають лікарі у мережі та поза її межами.

Як знайти індивідуальний план для здоров'я

Першим кроком у пошуках покриття на здоров'я буде знайти страхового агента у Вашій околиці або страхову компанію. Агент повинен знати, які страхові компанії ведуть бізнес у Вашому штаті, особливо ті, які зможуть надати Вам необхідне покриття.

Ви можете мати справу з агентом, що працює з однією компанією безпосередньо, або з незалежним агентом чи брокером, що працює з багатьма компаніями. Список агентів можна знайти в телефонному довіднику або звернувшись до Департаменту Страхування у Вашому штаті.

Розкажіть Вашому агенту Ваші потреби стосовно страхування здоров'я. Зверніть увагу на покриття, яке Вам необхідне. Чи Вам потрібне забезпечення лише для себе, чи для усієї сім'ї? Чи Ви хочете мати вибір у провайдерах? Якщо Вам поза 65, чи Ви хочете заповнити прогалини у покритті, що надає Medicare? Чи Вам потрібне і чи можете Ви дозволити собі довготривалу інвалідність чи довготривале лікування?

Коли Ви знайдете необхідне покриття, Вам потрібно буде виповнити аплікацію або надати необхідну інформацію агенту. Будьте відверті. Якщо у Вас є якісь медичні проблеми, їх необхідно вказати в анкеті. Якщо Ви щось приховаете, компанія може не заплатити клейм або відмовити Вам у забезпеченні.

*Мета цієї статті – дати загальне уявлення про страховий поліс. Покриття та термінологія можуть бути різними у різних компаніях. **Перевірте свою страхівку щодо термінології та покриття.***

Про автора

Микола Житовка розпочав свою страхову кар'єру в 1997 році. В 2001 році він отримав ліцензію продавати страхівку в Огайо. З того часу він працював наполегливо, пропонуючи різні страхові послуги своїм клієнтам : страхування авто, бізнесу, здоров'я, дому та життя. Його професійний підхід до страхового бізнесу створив різноманітну та віддану клієнтуру в Клівленді(Пармі), Огайо.

У 2007 році була створена **Insurance Cleveland Agency LLC (ICA)**. Як незалежне агенство, Insurance Cleveland Agency має доступ до кількох різних страхових компаній, включаючи Aetna, Encompass (власник Allstate), Golden Rule, The Hartford, Medical Mutual

of Ohio, Ohio Casualty, Progressive Drive, Safeco, The Providence Association, Travelers, Victoria (власник Nationwide), Dairyland / Viking , та інші.

Нашій агенції приємно повідомити про долучення до нашої команди Івана Войтовича, Евеліни Яблонської, та Йосифа Чішкевича. Пан Войтович є високо кваліфікованим та цінним додатком до нашої команди і допомагає агенції обслуговувати клієнтів, що розмовляють англійською, українською та російською мовами. Пані Яблонська розмовляє англійською, польською та російською мовами а Пан Чішкевич англійською, та українською мовами.

Ми зручно розташовані від Pearl Rd. і Highway 71 в Islander Office complex. Наші робочі години: Понеділок - П'ятниця з 9:00 до 12:30 і 1:30 до 5:00. Будь-ласка телефонуйте завчасно аби призначити зустріч. Чекаємо на Ваш дзвінок!

Зателефонуйте нам або знайдіть нас на insurancecleveland.com і ваша безплатна оцінка вартості страхування чекає на Вас... жодного зобов'язання купувати що-небудь. Багато страхових полісів є дорогими без потреби... і часто застарілими. Ми зробимо все можливе, аби надати вам найкращий сервіс, так що існує дуже добра нагода, щоб зберегти вам гроші **і** одночасно покращити ваше забезпечення.