

## **Medicare**

Według danych statystycznych na chwilę obecną, około 11 tysiącom osób dziennie przysługuje możliwość wejścia w system Medicare. W związku z powyższym, uważam za konieczne rozwianie wątpliwości komu tak naprawdę przysługuje i czym jest ten program.

**Medicare** jest programem ubezpieczeniowym na zdrowie dedykowanym osobom z uregulowanym statusem emigracyjnym, spełniających określone warunki historii zawodowej oraz osobom, które:

- Ukończyły 65 lat lub więcej;
- Poniżej 65 roku życia Medicare przysługuje osobom przebywającym na rencie inwalidzkiej (disability) przez okres co najmniej 24 miesięcy;
- Osobom w końcowym stadium choroby nerek (ESRD);
- Osobom ze stwardnieniem zanikowym bocznym (ALS).

### **Odrobina Historii:**

Ustawa o Medicare została podpisana w roku 1965. Program ten jest administrowany przez Center of Medicare and Medicaid Services (CMS), która jest częścią Ministerstwa Opieki Społecznej - Department of Human Services (DHS).

### **Podstawowe elementy Medicare:**

#### **Części Medicare:**

- Part A – częściowe pokrycie kosztów szpitalnych;
- Part B – częściowe pokrycie kosztów medycznych;
- Part C – plany zdrowotne typu Medicare Advantage (plany te muszą pokrywać co najmniej te same benefity co Oryginalne Medicare Część A i Część B);
- Part D – zniżkowe plany na leki na receptę;
- Part E – dodatkowe przepisy dotyczące między innymi planów pokrywających Medigap.

### **Kilka szczegółów dotyczących poszczególnych części Medicare:**

**Oryginalne Medicare** (ma dwie części – Część A i Część B)

**Część A (Part A)** – Szpital, Skilled Nursing facility, hospicjum, opieka domowa

**Część B (Part B)** – Serwisy poza szpitalne świadczone przez lekarzy, terapeutów, serwisy laboratoryjne i inne serwisy medyczne

**Część C (Part C)** – Medicare Advantage (Plany Medicare Advantage muszą pokrywać co najmniej te same benefity co Oryginalne Medicare Part A i Part B):

- HMO (niektóre plany zawierają part D);
- PPO (niektóre plany zawierają part D);
- Prywatne Plany Fee-for-Service (planety te czasem zawierają part D Medicare, aczkolwiek nie są do tego zobligowane);
- Plany dla Osób o Specjalnych Potrzebach - Special Needs Plans (wszystkie SNP's zawierają part D);
- Medyczne Plany z Kontem Oszczędnościowym - Medical Savings Account Plans (MSA) (nie zawierają Part D);
- Plany oferowane przez pracodawcę lub Plany oferowane przez Związki Zawodowe.

**Część D (Part D)** – Plany zniżkowe na leki na receptę

- Samodzielne plany zniżkowe na leki na receptę (PDP);
- Plany oferowane jako element planów zdrowotnych Medicare (np. MAPD).

### **Karty identyfikacyjne:**

Każda osoba posiadająca Medicare otrzymuje papierową kartę identyfikacyjną formatu karty Social Security. Karta ta zawiera podstawowe informacje łącznie z imieniem i nazwiskiem, 11 znakowym numerem beneficjenta składającym się z cyfr i liter oraz datę wejścia w życie Części A i /lub Części B. Karta ta jest w kolorze białym z czerwonym i niebieskim akcentem. Chcielibyśmy po raz kolejny przypomnieć ze wszystkie osoby, które weszły w Medicare przed kwietniem 2018 roku powinny otrzymać już nowe karty, które zastąpią ich dotychczasowy dokument. Zamieniony tam zostanie ich stary numer identyfikacyjny składający się częściowo z ich własnego numeru Social Security na unikalny, 11 znakowy identyfikator składający się z liter i cyfr. Ważnym jest tutaj fakt, że stare karty Medicare z Państwa Social Security są już nieważne i nie można się nimi posługiwać.

**Każda osoba**, która do tej pory nie otrzymała nowej karty powinna jak najszybciej skontaktować się z biurem Social Security lub zadzwonić na 1-800-MEDICARE w celu zamówienia nowego dokumentu.

Zmiana ta ma na celu zabezpieczenie danych osobowych seniorów przed ich wykorzystywaniem bez zgody właściciela w innych celach niż świadczenia Medicare.

Po otrzymaniu karty beneficjent powinien natychmiast zacząć używać nowej karty w celu uzyskiwania świadczeń zdrowotnych. Stara karta, zawierająca stary numer identyfikacyjny częściowo składający się z Social Security powinna zostać zniszczona.

## **Medicare Część A i B - Ceny i pokrycia na 2021 rok**

Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) podało do wiadomości publicznej wysokości opłat i pokryć (premium, deductible i coinsurance) Części A i B Medicare na rok 2021.

### **Medicare Część A Premium/Deductible**

**W roku 2021 przykładowe koszty, za które odpowiedzialny jest posiadacz Części A Medicare są następujące:**

- **\$1,484** odpowiedzialności własnej (deductible) za pobyt w szpitalu do **60** dni;
- **\$371** współodpowiedzialności (coinsurance) za każdy dzień pobytu w szpitalu w dniach **61-90**;
- **\$742** współodpowiedzialności (coinsurance) dożywotniego limitu (lifetime reserve day) po **90** dniu pobytu w szpitalu (maksymalnie do 60 dni dożywotnio);
- **Wszystkie koszty** powyżej **150** dnia pobytu w szpitalu.

**Ponadto Część A pokrywa koszty:**

- Krwi;
- Pobytu w hospicjum;
- Domowej opieki medycznej;
- Skilled nursing i rehabilitative care tylko po 3 dniowym pobycie w szpitalu, do 100 dni. W roku 2021, beneficjenci płacą **\$185.50** za każdy dzień w dnich 21-100;
- Pobytu w klinice psychiatrycznej (do 190 dni z dożywotniego limitu).

**Część A nie pokrywa opieki długoterminowej (long term care).**

<b>Porównanie wysokości opłaty własnej i współodpowiedzialności za Część A w latach 2019, 2020 i 2021 według rodzaju kosztu</b>			
	2019	2020	2021
Opłata własna za pobyt w szpitalu	\$1,364	\$1,408	\$1,484

Dzienna dopłata za odpowiedzialność wspólną między 61, a 90 dniem pobytu	\$341	\$352	\$371
Dzienna dopłata za odpowiedzialność wspólną w rezerwie życiowej	\$682	\$704	\$742
Dzienna dopłata za odpowiedzialność wspólną Skilled Nursing Facility	\$170.50	\$176	\$185.50

*Dane na podstawie informacji z Medicare.gov*

Osoby wchodzące w 65 rok życia, które nie wypracowały jeszcze 40 kwartałów lub nie otrzymały renty inwalidzkiej (disability) będą odpowiedzialne za miesięczną opłatę za część A Medicare. Osoby, które przepracowały nie mniej niż 30 kwartałów lub są współmałżonkami osoby, która przepracowała nie mniej niż 30 kwartałów będą odpowiedzialne za stawkę miesięczną w wysokości \$259 za część A w roku 2021. Niektóre osoby w wieku powyżej 65 lat, które przepracowały mniej niż 30 kwartałów lub maksymalnie wykorzystaly benefity wynikające z renty inwalidzkiej są odpowiedzialne za pełną opłatę za część A w wysokości \$471 miesięcznie

## **Medicare Part B Premium/Deductible**

### **Cześć B Medicare odpowiedzialna jest częściowo za następujące koszty:**

- koniecznej wizyty u lekarzy ogólnych i specjalistów;
- zabiegów w przychodni przyszpitalnej;
- badań laboratoryjnych i testów diagnostycznych;
- terapii i opieki psychiatrycznej;
- sprzętu medycznego;
- lekarstw i środków medycznych niezbędnych w trakcie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty.

Posiadacze Części B Medicare odpowiedzialni są za miesięczną stawkę **\$148.50**, roczną opłatę własną (deductible) w wysokości **\$203** na rok 2020. Po uiszczeniu deductible odpowiedzialni są oni za **20%** tzw. współodpowiedzialności (coinsurance) za większość serwisów pokrywanych przez część B Medicare.

### **Serwisy prewencyjne pokrywane przez Cześć B:**

- jednorazowa wizyta prewencyjna „Welcome to Medicare”;
- coroczna wizyta prewencyjna;
- szczepionki na żółtaczkę typu B lub grypę;

- testy na nadużywanie alkoholu – co 12 miesięcy (w niektórych przypadkach);
- badania masy kostnej (w niektórych przypadkach co 24 miesiące);
- jednorazowe badanie na tętniaka aorty brzusznej;
- badanie układu krążenia – co 5 lat;
- test na raka jelita grubego;
- coroczne testy antydepresyjne;
- testy cukrzycowe dla osób podwyższonego ryzyka;
- szkolenie dla cukrzyków;
- coroczne badania na jaskrę dla osób podwyższonego ryzyka;
- test na żółtaczkę typu C;
- coroczne badania na obecność wirusa HIV
- terapia behawioralna dla osób z chorobami krążenia;
- badania na raka płuc;
- Mammografia;
- Terapia żywieniowa dla cukrzyków i osób z chorobami nerek;
- Badania i doradztwo dla osób z nadwagą;
- Cytologia i badania macicy co 24 miesiące dla wszystkich kobiet, co 12 miesięcy dla kobiet podwyższonego ryzyka;
- Coroczne badanie na raka prostaty dla mężczyzn powyżej 50 roku życia;
- Testy na choroby weneryczne;
- Konsultacje antynikotynowe.

### **Koszty innych serwisów pokrywanych przez Część B:**

- Karetki pogotowia;
- Koszty chirurgicznej opieki laboratoryjnej;
- Krwi;
- Sprzętu dla cukrzyków;
- Rehabilitacji pozawałowej;
- Niektórych usług chiropraktycznych;
- Defibrylatora;
- Aparatury medycznej;
- Koszty pogotowia;
- Okularów po operacji na kataraktę;
- Badania i leczenie stóp dla diabetyków;
- Badania słuchu i balansu;
- Opieki domowej (dla osób kwalifikujących się);
- Dializy nerek;
- Poza szpitalnej opieki psychiatrycznej;
- Fizykoterapii;
- Protez stomatologicznych;
- Rehabilitacji po chronicznym zapaleniu płuc;

- Drugiej opinii chirurgicznej;
- Nauki mówienia;
- Przeswietleń rentgenowskich, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej;
- Zabiegów i lekarstw niezbędnych po przeszczepach.

Od 2007 miesięczna stawka za Część B jest również ustalana w zależności od poziomu dochodów beneficjenta. Grupa osób dotknięta podwyżką związaną z wysokim poziomem dochodów wynosi około 5%. Ceny Części B Medicare dla osób o wysokich dochodach przedstawione są w poniższej tabeli.

<b>Beneficjenci rozliczający się indywidualnie, z dochodami:</b>	<b>Beneficjenci w małżeństwie rozliczający się wspólnie, z dochodami:</b>	<b>Dopłata ze względu na dochód</b>	<b>Całkowity koszt za Część B</b>
Nie więcej \$88,000	Nie więcej \$176,000	\$0.00	\$148.50
Więcej niż \$88,000 i nie więcej niż \$111,000	Więcej niż \$176,000 i nie więcej niż \$222,000	\$59.40	\$207.90
Więcej niż \$111,000 i nie więcej niż \$138,000	Więcej niż \$222,000 i nie więcej niż \$276,000	\$148.50	\$297.00
Więcej niż \$138,000 i nie więcej niż \$165,000	Więcej niż \$276,000 i nie więcej niż \$330,000	\$237.60	\$386.10
Więcej niż \$165,000 i nie więcej niż \$500,000	Więcej niż \$330,000 i nie więcej niż \$750,000	\$326.70	\$475.20
\$500,000 lub więcej	\$750,000 lub więcej	\$356.40	\$504.90

*Dane na podstawie informacji z Medicare.gov*

### **Główne serwisy nie pokrywane przez Cześci A i B:**

- Akupunktura;
- Rutynowe badania dentystyczne;
- Zabiegi kosmetyczne;
- Aparaty słuchowe;
- Opieka zdrowotna podczas podróży poza Stany Zjednoczone (z wyjątkami);
- Buty ortopedyczne;
- Lekarstwa na receptę;

- Rutynowe badania stóp;
- Rutynowe badania wzroku i okulary;
- Szczepionki z wyłączeniem tych pokrywanych przez Część B i Część D;
- Koszty insuliny;
- Niektóre testy i badania laboratoryjne (na przykład testy na tarczycę).