



Ubezpieczenia w Illinois

Departament Ubezpieczeń stanu Illinois

Zwroty nadpłat oraz standard wskaźnika szkodowości z tytułu wydatków na leczenie na rynku ubezpieczeń grupowych

listopad 2012 r.

Uwaga: Niniejsze opracowanie zostało przygotowane celem przekazania konsumentom ogólnych informacji oraz wskazówek odnoszących się do ochrony i przepisów ubezpieczeniowych. Jego zamierzeniem nie jest dostarczenie formalnej, wiążącej wykładni ani interpretacji polityki Departamentu. Aby uzyskać informacje na temat określonej polityki Departamentu, jednostki objęte regulacjami (z branży ubezpieczeniowej) i inne zainteresowane strony powinny kontaktować się bezpośrednio z Departamentem.

Kontekst

- W dniu 22 października 2010 r. wydano nową regulację określaną jako „klauzula MLR” („dotycząca wskaźnika szkodowości z tytułu wydatków na leczenie”, będącą częścią ACA (Ustawy o przystępności opieki medycznej)). Ta regulacja sprawi, że rynek będzie bardziej przejrzystym.
- Aby sprawić, że Twoje składki są przeznaczane przede wszystkim na opiekę zdrowotną, standardy ACA MLR wymagają od ubezpieczycieli na rynku ubezpieczeń indywidualnych i małych grup stosowania wskaźnika MLR na poziomie co najmniej 80%. Minimalny MLR dla ubezpieczycieli sprzedających plany dla dużych grup to 85%. Każdego roku, w którym firmy ubezpieczeniowe nie spełniają standardów MLR ustanowionych przez ACA w odniesieniu do polis indywidualnych, a także dla małych i dużych grup, są one zobligowane do zwrotu nadpłaconych składek posiadaczom polis w danym planie.
- Trzy MLRy są obliczane corocznie dla każdego stanu, w którym ubezpieczyciel prowadzi działalność w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych: po jednym MLR dla rynku ubezpieczeń indywidualnych, dla małych i dla dużych grup (jeśli ubezpieczyciel działa na każdym z tych rynków). Dla każdego z tych trzech rynków obliczenia są wykonywane w oparciu o składki, odszkodowania oraz wydatki na poprawę jakości obejmujące cały dany rynek w danym stanie.
- W Illinois pod pojęciem małych grup mieszczą się grupy składające się z maksymalnie 50 pracowników. Duże grupy to te, które składają się z minimum 51 pracowników.
- Wymogi federalne odnoszące się do MLR są zapisane w [45 CFR \(Kodeks Przepisów Federalnych\), Część 158](#).

Kiedy weszła w życie zasada wskaźnika szkodowości z tytułu wydatków na leczenie?

- Zasada wskaźnika szkodowości z tytułu wydatków na leczenie weszła w życie w roku 2011, a pierwsze zwroty nadpłat zostały dokonane w sierpniu 2012 r. Wskaźniki MLR były wyliczone na podstawie składek, odszkodowań oraz wydatków na poprawę jakości za okres styczeń-grudzień 2011 r.
- Nadpłaty odnoszące się do okresu styczeń-grudzień 2012 r. zostaną zwrócone w sierpniu

2013 r.

- Nadpłaty za okres rozpoczynający się od roku kalendarzowego 2013 będą wyliczone w oparciu o wskaźniki MLR przy uwzględnieniu kumulatywnych danych za rok bieżący i dwa poprzednie lata. Przykładowo, MLR obliczony na cele zwrotu nadpłat w roku 2013 będzie uwzględniał dane łączne za lata 2011, 2012 i 2013.

Plany dla których grup podlegają wymogom MLR?

W pełni finansowane plany ubezpieczeń zdrowotnych dla małych i dużych grup, w tym plany wcześniej zawiązane. (W całości finansowane plany ubezpieczeń zdrowotnych to plany, w których firmy ubezpieczeniowe biorą na siebie całe ryzyko z tytułu ponoszonych wydatków na cele medyczne)

Plany dla których grup nie podlegają wymogom MLR?

- Reguły MLR odnoszące się do zwrotu nadpłat nie odnoszą się do ubezpieczycieli, którzy w danym stanie lub na danym rynku pozyskali mniej niż 1000 klientów ubezpieczeniowych.
- Wymóg MLR nie odnosi się do samofinansujących się planów w obszarze opieki zdrowotnej, w których podmioty będące pracodawcami biorą na siebie ryzyko finansowe z tytułu opieki medycznej.
- Wymogi MLR na mocy ACA również nie mają zastosowania wobec “świadczeń wyłączonych”, ponieważ świadczenia te nie są uważane za zdrowotne zgodnie z definicją Ministerstwa Pracy. Mówimy tu o świadczeniach pielęgnacyjnych, planach przewidujących wyłącznie ubezpieczenie wypadkowe, ubezpieczeniach od utraty dochodów w wyniku trwałej niezdolności do pracy, odszkodowania pracownicze oraz plany dentystyczne i okulistyczne o ograniczonym zakresie.
- Inne świadczenia są również traktowane jako świadczenia wyłączone, w związku z czym nie podlegają wymogom MLR, jeśli są oferowane osobno. Wliczamy w to plany ochrony przed konkretnymi chorobami, odszkodowania za pobyt w szpitalu lub inne stałe plany odszkodowań.
- Ponadto, nie są objęte wymogami MLR takie plany jak: Medicare Advantage, Medicare Supplement oraz plany Medicare związane z lekami na receptę

Wymogi dotyczące raportowania składek i wydatków

- W grudniu 2010 r. HHS (Ministerstwo Zdrowia i Usług dla Osób Chorych, Niepełnosprawnych i Seniorów) opublikowało ostateczne wewnętrzne regulacje wdrażające klauzulę MLR, opierające się NAIC (Narodowe Stowarzyszenie Komisarzy Ubezpieczeniowych). W późniejszym terminie, 16 maja 2012 r., HHS wydało regulacje końcowe.
- Ubezpieczyciele są zobowiązani co roku przed 1 czerwca przesłać do HHS raport zawierający dane o przychodach z tytułu składek oraz wydatkach dotyczących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ochrony z tytułu ubezpieczeń indywidualnych i grupowych zawartych w poprzednim roku kalendarzowym (od stycznia do grudnia). Jeśli ubezpieczyciel nie przeznaczył 80% kwoty składek w przypadku rynku ubezpieczeń indywidualnych i małych grup (lub 85% kwoty składek w przypadku rynku ubezpieczeń dużych grup) na usługi związane z opieką zdrowotną lub poprawę jakości opieki zdrowotnej, zobowiązany jest do zwrotu nadpłat posiadaczom polis na danym rynku przed 1 sierpnia kolejnego roku.
- Aby udzielić ubezpieczycielowi wsparcia w procesie raportowania, HHS przygotowało i opublikowało formularz corocznego raportowania MLR zawierający instrukcje jak wypełnić i przesłać raport.

<http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-annual-form-instructions051612.pdf>

Wzór na obliczenie MLR

$$\text{MLR} = \frac{\text{(odszkodowania z tytułu opieki medycznej)} + \text{(wydatki na poprawę jakości)}}{\text{(składki)} - \text{(podatki, licencje i opłaty ustawowe)}}$$

Odszkodowania z tytułu opieki medycznej: płatności dokonane przez ubezpieczycieli tytułem opieki medycznej oraz leków na receptę.

Wydatki na poprawę jakości: należy je uwzględnić w tych obliczeniach. Działania dotyczące poprawy zdrowia muszą prowadzić do wymiernej poprawy wyników lub bezpieczeństwa pacjenta, zapobiegać konieczności ponownej hospitalizacji, promować dobrą kondycję fizyczną i psychiczną lub poprawiać technologię informacyjną w zakresie zdrowia w taki sposób, aby nastąpiła poprawa jakości, przejrzystości lub wyników leczenia.

Składki: wszystkie składki pozyskane od posiadaczy polis

Podatki, licencje i opłaty ustawowe: w tym podatki federalne, stanowe i lokalne, a także licencje i opłaty ustawowe.

Zwroty nadpłat posiadaczom polis

Ubezpieczyciele w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, którzy nie spełnią wymogu minimalnego MLR ustanowionego przez ACA, są zobowiązani do zwrotu nadpłat posiadaczom polis. Nadpłaty należy zwrócić przed 1 sierpnia roku następującego po roku kalendarzowym, dla którego obliczono

MLR (od stycznia do grudnia). Za rok kalendarzowy 2011 ubezpieczyciele byli zobowiązani zwrócić nadpłaty z tytułu składek przed 1 sierpnia 2012 r. Do posiadaczy polis zaliczamy pracodawców i osoby indywidualne. Poniżej zostaną omówione nieznaczące różnice w procedurach między planami finansowanymi przez pracodawców a planami na rynku ubezpieczeń indywidualnych.

Kto kwalifikuje się do zwrotu nadpłat na rynku ubezpieczeń grupowych?

- Na cele określenia podmiotów, które kwalifikują się do zwrotu nadpłaty, HHS ustanowiło określenie "klient ubezpieczeniowy" oznaczające subskrybenta, posiadacza polisy i/lub instytucję rządową, którzy zapłacili składkę z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego osoby indywidualnej w trakcie danego roku kalendarzowego.
- W przypadku ochrony finansowanej przez pracodawcę, ubezpieczyciel zwraca nadpłatę pracodawcy, który następnie zwraca część nadpłaty klientowi ubezpieczeniowemu (pracownikowi). Kwota nadpłaty zwróconej pracodawcy oraz pracownikowi uzależniona jest od ich procentowego udziału w opłacanych składkach, których dotyczy nadpłata. Przykładowo, jeśli pracodawca zapłacił 70% składki, a pracownik 30%, nadpłata zostanie zwrócona w proporcjach 70% do 30%. Ponadto, nadpłata od klientów ubezpieczeniowych, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową jedynie przez część roku kalendarzowego, zostanie zwrócona po pomniejszeniu proporcjonalnie do części roku objętego ochroną.
- Klienci ubezpieczeniowi, którzy opłacili składki w planie ubezpieczeniowym, który nie spełnił wymogów MLR, są uprawnieni do zwrotu nadpłaty. Dotyczy to również tych osób, które obecnie nie są już objęci danym planem ubezpieczeniowym (z pewnymi wyjątkami). Przykładowo, jeśli pracodawca ustali, że koszt zwrotu części nadpłaty byłemu klientowi ubezpieczeniowemu objętemu planem jest w przybliżeniu równy wartości nadpłaty, pracodawca może dokonać alokacji zwrotu nadpłaty na obecnych klientów ubezpieczeniowych, stosując rozsądną, uczciwą i obiektywną metodę alokacji.¹

Jak przebiegają zwrotu nadpłat od polisy grupowej?

Wielu Amerykanów nie płaci pełnej składki ubezpieczeniowej, ponieważ objęci są ochroną za pośrednictwem swojego pracodawcy, który bierze na siebie część kosztów. Dlatego zwroty nadpłat wynikające z polis z tytułu ubezpieczeń grupowych muszą być przeprowadzone przy współpracy z pracodawcą. Dzięki ACA (Ustawie o przystępności opieki medycznej) ubezpieczyciel może w porozumieniu z posiadaczem polisy grupowej (pracodawcą) podzielić zwroty nadpłat w imieniu ubezpieczyciela, jeśli spełnione są następujące warunki:

- Ubezpieczyciel jest nadal odpowiedzialny za stosowanie się do wymogów ACA.
- Ubezpieczyciel przechowuje dokumentację potwierdzającą, że zwroty nadpłat zostały dokładnie podzielone. Dokumentacja musi wskazywać kwotę składek opłaconych przez pracodawcę, kwotę składek opłaconych przez pracownika, kwotę zwróconej nadpłaty dla każdego klienta ubezpieczeniowego, a także kwoty nadpłat zatrzymanych przez pracodawcę lub zwróconych nadpłat, do których nikt nie rościł praw.

Skutki podatkowe zwrotów nadpłat w ujęciu MLR na rynku ubezpieczeń grupowych

Nadpłaty zwrócone pracownikom przez pracodawców w formie ryczaftu będą traktowane jak stały dochód, w związku z czym mogą podlegać opodatkowaniu. Dlatego, celem uniknięcia konsekwencji podatkowych, pracodawcy będą zachęceni do zwrotu nadpłat w formie kredytów składkowych na nadchodzący okres ubezpieczenia.

Formy zwrotu nadpłat dla obecnych i byłych pracowników

- NAIC (Narodowe Stowarzyszenie Komisarzy Ubezpieczeniowych) zaleciło, a HHS (Ministerstwo Zdrowia i Usług dla Osób Chorych, Niepełnosprawnych i Seniorów) wyraziło zgodę, aby jednostka zwracająca nadpłaty mogła wybrać czy zamierza dokonywać wypłat obecnym klientom ubezpieczeniowym w formie zryczałtowanego czeku czy w formie wpłaty na rachunek karty kredytowej lub debetowej.²
- Obecni klienci ubezpieczeniowi mogą również otrzymywać refundację w formie kredytu pod przyszłe składki. Jeśli pracodawca lub ubezpieczyciel udostępni klientowi ubezpieczeniowemu kredyt pod składki, cała kwota nadpłaty musi być przypisana do pierwszej składki w danym planie przypadającej począwszy od 1 sierpnia.
- Jeśli kwota nadpłaty będzie wyższa od pierwszej składki, pozostająca część zostanie przypisywana do przyszłych składek aż do chwili wykorzystania całej kwoty nadpłaty.
- Zwroty nadpłat dla byłych klientów ubezpieczeniowych mogą się odbywać w formie czeku lub przelewu na rachunek karty debetowej lub kredytowej.

Nadpłaty de minimis

¹ Ministerstwo Pracy, “Wskazówki na temat zwrotów nadpłat w planach grupowych ubezpieczeń zdrowotnych przyznawanych zgodnie wymogami MLR Ustawy o publicznej opiece medycznej (w oryginale: Public Health Service Act)”, publikacja nr 2011-04 z 2 grudnia 2011 r., <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/tr11-04.pdf>

² Ministerstwo Zdrowia i Usług dla Osób Chorych, Niepełnosprawnych i Seniorów, 45 CFR (Kodeks Przepisów Federalnych) Część 158, “Podmioty oferujące ubezpieczenia zdrowotne, wdrażający wymogi MLR zgodnie z Ustawą o Ochronie Pacjenta i Dostępności Opieki – wewnętrzny zapis końcowy”, *Rejestr Federalny*, 1 grudnia 2010 r., (§158.241); <https://www.federalregister.gov/articles/2010/12/01/2010-29596/healthinsurance-issuers-implementing-medical-loss-ratio-mlr-requirements-under-the-patient>.

Ustanowiono specjalne reguły dla nadpłat de minimis i innych niewielkiej wagi odnoszących się do ubezpieczeń grupowych, w których wystawca polisy zwraca nadpłatę jej posiadaczowi (na ogół pracodawcy), a całkowita kwota należności z tytułu łącznych nadpłat wobec posiadacza polisy i klientów ubezpieczeniowych jest niższa niż \$20 na dany rok; lub do ubezpieczeń grupowych, w których ubezpieczyciel zwraca nadpłatę bezpośrednio klientowi ubezpieczeniowemu, a kwota tej nadpłaty jest niższa niż \$5 na dany rok; lub do ubezpieczeń indywidualnych, w których łączna kwota nadpłaty należnej subskrybentom od ubezpieczyciela jest niższa niż \$5 na rok, za który raportowany jest MLR.⁴³

Biorąc pod uwagę te założenia, nie wymaga się bezpośrednich zwrotów nadpłat, ponieważ koszt administrowania tak małymi świadczeniami może przewyższyć ich wartość. Ubezpieczyciele dokonujący zwrotów nadpłat są zobligowani gromadzić te kwoty de minimis i przekazać je innym klientom ubezpieczeniowym w stanie, w którym należy jest zwrot nadpłaty.⁴⁴

Ponadto pracodawcy, w większym stopniu niż ubezpieczyciele, nadzorujący plany nie są zobligowani do zwrotu nadpłaty, jeśli koszt ich zwrotu przewyższyłby kwotę samej nadpłaty, jednak muszą oni wykorzystać kwoty de minimis na dopuszczalne działania na rzecz klientów ubezpieczeniowych.

Wymogi dotyczące powiadomień

Wymogi dotyczące powiadomień o nadpłacie w ujęciu MLR, gdy nadpłata jest zwracana

Każdy ubezpieczyciel musi przesłać powiadomienie do:

- wszystkich pracodawców objętych ubezpieczeniami grupowymi, którzy otrzymują zwrot nadpłaty;
- wszystkich obecnych pracowników objętych planem, w którym pracodawca otrzymuje zwrot nadpłaty;
- wszystkich obecnych pracowników na rynku ubezpieczeń grupowych, którzy otrzymują zwrot nadpłaty bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Są to standardowe powiadomienia, które zawierają informację na temat MLR ubezpieczyciela oraz zwrotu nadpłaty. Nie jest dozwolone odejście od standardowej formuły powiadomień, z wyjątkiem możliwości wypełnienia pól przeznaczonych na zmienne lub dodania logo ubezpieczyciela lub planu.

Powiadomienia muszą być wystosowane przez ubezpieczyciela, a nie przez pracodawcę.

Powiadomienia w formie oraz trybie przedstawionym powyżej muszą być dołączone do czeku regulującego nadpłatę lub kredytu składkowego.

Powiadomienia należy przesłać pracodawcom oraz subskrybentom na podany przez nich adres, z góry opłaconą przesyłką, za pośrednictwem amerykańskiej poczty zaklasyfikowanej do klasy 1. Powiadomienia można również przesłać w wersji elektronicznej, jeśli ubezpieczyciel regularnie komunikuje się z posiadaczami swoich polis i/lub subskrybentami za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Należy dołożyć wszelkich starań, aby wszyscy subskrybenci oraz pracodawcy otrzymali wymagane powiadomienie.

Dla rynku ubezpieczeń grupowych występują dwa standardowe powiadomienia. Oba zawierają numer w górnym-prawym rogu, aby łatwo można było się do niego odnieść. (Formularz nr 1 odnosi

się do osób na rynku ubezpieczeń indywidualnych)

³ Ministerstwo Zdrowia i Usług dla Osób Chorych, Niepełnosprawnych i Seniorów, 45 CFR (Kodeks Przepisów Federalnych) Część 158, “Wymogi MLR odnoszące się do zwrotu nadpłat w planach pozarządowych – wewnętrzny zapis końcowy”, *Rejestr Federalny*, 7 grudnia 2011 r., § 158.243, p. 76596-76600, <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-12-07/>.

⁴ Centra Medicare i centra usług Medicaid, Instrukcje dotyczące formularza corocznego raportowania wskaźnika szkodowości z tytułu wydatków na leczenie (MLR) dla każdej ze stron, <http://ccio.cms.gov/resources/files/mlr-annual-form-instructions051612.pdf>.

Formularz nr 2 – posiadacze oraz subskrybenci polis grupowych, w przypadku gdy ubezpieczyciel zwraca nadpłatę pracodawcy, a także każdy pracownik obecnie objęty planem ubezpieczeń grupowych.

<http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-notice-2-group-markets-rebate-to-policyholder.pdf>

Formularz nr 3 – subskrybenci w ubezpieczeniach grupowych, w przypadku gdy ubezpieczyciel zwraca nadpłatę bezpośrednio do subskrybentów. Zaliczamy do tej grupy (1) plany ubezpieczeń kościelnych, w których nie ma zgody na zwrot nadpłat w sposób podobny do wymogów wobec planów niefederalnych ubezpieczeń rządowych, a także (2) plany grupowych ubezpieczeń zdrowotnych, które były zakończone w chwili zwrotu nadpłaty, a ubezpieczyciel nie jest w stanie zlokalizować posiadacza polisy, związanej z planem, którego uczestnicy zostali włączeni w plan grupowych ubezpieczeń zdrowotnych.

<http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-notice-3-group-markets-rebate-to-subscribers.pdf>

Powiadomienia należy dostarczyć przed 1 sierpnia roku następującego po roku raportowania MLR, dla którego dokonuje się zwrotu nadpłaty. Przykładowo, powiadomienia dotyczące zwrotów nadpłat odnoszących się do roku 2011 raportowania MLR muszą być dostarczone przez 1 sierpnia 2012 r.

Sam zwrot nadpłaty może być albo dołączony do powiadomienia, albo przesłany osobno. Powiadomienie może być wysłane przed lub po dokonaniu zwrotu nadpłaty, pod warunkiem, że obie czynności nastąpią przed 1 sierpnia roku następującego po roku raportowania MLR, dla którego dokonuje się zwrotu nadpłaty.

Wymogi dotyczące powiadomień o nadpłacie w ujęciu MLR, gdy nie jest dokonywany zwrot nadpłaty

- Dla roku 2011 raportowania MLR wystawca, którego MLR spełnia lub przekracza standardy MLR wg wymogów [§ 158.210](#) lub [§ 158.211](#), zobowiązany jest każdemu uczestnikowi planu na rynku ubezpieczeń grupowych dostarczyć powiadomienie, informujące standardowym językiem, że ubezpieczyciel spełnił minimalne standardy MLR w ujęciu ACA.
- Powiadomienie nie ma podawać wskaźnika MLR ubezpieczyciela za obecny ani poprzedni rok raportowania. Zamiast tego, ma przekazać konsumentom wiedzę na temat miar MLR i kierować ich na witrynę HealthCare.gov, na której znajdują się informacje o wskaźnikach MLR różnych ubezpieczycieli.
- Ponadto, ubezpieczyciele będą musieli wystosować powiadomienie za rok 2011 raportowania MLR, jeśli wiedza konsumentów na temat MLR jest niewielka i największe korzyści mogą zostać odniesione poprzez dostarczenie klientom ubezpieczeniowym informacji merytorycznych.
- Ubezpieczyciel, który spełnia lub przekracza standardy MLR, może dostarczyć jednorazowe powiadomienie na temat MLR niezależnie od jakichkolwiek innych dokumentów odnoszących się do planu, pod

warunkiem, że uczyni to wcześniej lub równocześnie z pierwszymi dokumentami odnoszącymi się do planu, przekazanymi uczestnikom począwszy od lipca 2012 r. (Przykłady dokumentów odnoszących się do planu obejmują polityki, opisy planu zbiorczego oraz podsumowania korzyści)

<http://cciio.cms.gov/resources/files/Files2/2012-0511-medical-loss-ratio-information.pdf>

Aby uzyskać dalsze wskazówki:

Wskazówki dotyczące MLR:

<http://cciio.cms.gov/programs/marketreforms/mlr/index.html>.

Publikacja DOL nr 2011-4: www.dol.gov/ebsa/newsroom/tr11-04.html.

Najczęściej zadawane pytania skierowane do Urzędu Podatkowego w USA:

www.irs.gov/newsroom/article/0,,id=256167,00.html.

Aby uzyskać dodatkowe informacje

Zadzwoń do Sekcji Obsługi Klienta w Departamencie Ubezpieczeń pod numer (312) 814-2427 lub na bezpłatny numer naszego Biura Ubezpieczeń Zdrowotnych: (877) 527-9431. Możesz również odwiedzić naszą witrynę internetową:

<http://insurance.illinois.gov>