

Wzmocnienie ochrony przed dyskryminacją i popieranie praw obywatelskich w opiece zdrowotnej na mocy art. 1557 Ustawy o przystępnej opiece zdrowotnej: Arkusz informacyjny

Niniejszy arkusz jest zaledwie podsumowaniem informacji – nie stanowi on odrębnej interpretacji artykułu 1557. Aby zapoznać się z dokładną wykładnią w tym zakresie, należy odnieść się do treści ostatecznych zasad.

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (Department of Health and Human Services, HHS) wydał ostateczne zasady mające na celu zwiększenie równości i zmniejszenie nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej. [Artykuł 1557 Ustawy o przystępnej opiece zdrowotnej \(Affordable Care Act, ACA\)](#) zabrania dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, wiek lub niepełnosprawność w jakimkolwiek programie opieki zdrowotnej lub działalności, która otrzymuje pomoc finansową ze strony rządu federalnego, na jakiejkolwiek stanowej giełdzie ubezpieczeń zdrowotnych oraz w programach i działaniach związanych ze służbą zdrowia podejmowanych przez HHS. Artykuł ten stanowi jedno z najpotężniejszych rządowych narzędzi zapewniających dostęp do opieki zdrowotnej na zasadach wolnych od dyskryminacji. Zasady te zapewniają przejrzystość w zakresie interpretacji artykułu 1557 i pomagają wdrożyć środki mające zapewnić wolny od dyskryminacji dostęp do opieki dla wszystkich, włącznie z kobietami, osobami niepełnosprawnymi, osobami LGBTQI+, osobami o ograniczonej znajomości języka angielskiego (LEP), osobami o innym kolorze skóry i wszelkimi innymi osobami, niezależnie od wieku. Jeśli uważa Pan/Pani, że Pan/Pani lub inna osoba padła ofiarą dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, wiek lub niepełnosprawność, proszę odwiedzić [portal do składania skarg Biura Praw Obywatelskich \(Office for Civil Rights, OCR\)](#), aby złożyć skargę online.

Podsumowanie ostatecznych zasad

Zasady przywracają ochronę ubezpieczeniową zgodnie z artykułem 1557 (45 CFR 92.2, 92.4 i 92.207).

Ostateczne zasady przywracają zastosowanie artykułu 1557 do emitentów ubezpieczeń zdrowotnych, którzy otrzymują federalną pomoc finansową oraz zwiększa zakres, w którym artykuł ten jest stosowany. Zdając sobie sprawę z istotnej roli, jaką ubezpieczenie zdrowotne odgrywa w zapewnianiu opieki zdrowotnej, zasady te zapewniają jasne standardy niedyskryminacyjne dla branży.

Zasady przywracają stosowanie artykułu 1557 do wszystkich programów i działań zdrowotnych zarządzanych przez HHS (45 CFR 92.2(a)(2)).

Zasady obejmują standardami w zakresie zakazu dyskryminacji wszystkie programy i działania w zakresie służby zdrowia podejmowane przez HHS. Zasady z 2020 r. ([Reg. 85 Fed. 37160](#) (19 czerwca 2020 r.)) ograniczyły zakres wymogów ujętych w treści artykułu 1557, które muszą zostać spełnione, by zasady dotyczące zakazu dyskryminacji miały zastosowanie. Departament uważa, że interpretacja artykułu 1557, z której wynika objęcie wszystkich programów opieki zdrowotnej i działań zarządzanych przez HHS, jest najlepszym możliwym sposobem interpretacji ustawy, który chroni największą możliwą ilość osób przed dyskryminacją w szerokim zakresie programów i działań zdrowotnych prowadzonych przez Departament, w tym między innymi programów i działań administrowanych przez Indian Health Service, centra usług związane z programami Medicare i Medicaid oraz Narodowe Instytuty Zdrowia.

Zasady chronią pacjentów LGBTQI+ przed dyskryminacją i wyjaśniają postanowienia artykułu 1557 w zakresie zakazu dyskryminacji ze względu na płeć (45 CFR 92.101, 92.206).

Zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych w sprawie [Bostock przeciwko hrabstwu Clayton – PDF](#), ostateczne zasady potwierdzają, że ochrona przed dyskryminacją ze względu na orientację seksualną obejmuje ochronę przed dyskryminacją ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową.

Ostateczne zasady wyjaśniają również, że dyskryminacja ze względu na płeć obejmuje dyskryminację ze względu na stereotypy płciowe, cechy płciowe, w tym cechy interseksualne oraz ciężę lub powiązane warunki.

Od osób objętych zasadami, w tym świadczeniodawców, wydawców ubezpieczeń i programów zarządzanych przez HHS, wymaga się poinformowania domeny publicznej, że dostępna jest pomoc i obsługa językowa (45 CFR 92.11).

Ostateczne zasady stanowią, że od beneficjentów federalnej pomocy finansowej, programów i działań zdrowotnych zarządzanych przez HHS oraz stanowych i wspieranych federalnie giełd wymaga się poinformowania domeny publicznej, że w razie potrzeby dostępna jest pomoc i obsługa językowa. Powiadomienie musi być przekazywane w języku angielskim i przynajmniej w 15 najpopularniejszych językach używanych przez osoby z ograniczoną znajomością języka angielskiego (LEP) w określonych stanach. Aby zapewnić skuteczną komunikację, powiadomienia należy przekazywać osobom niepełnosprawnym tak samo skutecznie, jak osobom bez niepełnosprawności. Podmioty objęte zasadami są zobowiązane do przekazywania tych informacji w widocznych miejscach, zarówno fizycznych, jak i na ich stronach internetowych, udostępniania ich na żądanie i dołączania do nich określonej listy komunikatów.

Od osób objętych zasadami wymaga się podjęcia kroków w celu zidentyfikowania i złagodzenia dyskryminacji wynikającej z podejmowania decyzji dotyczących pacjentów za pomocą narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji (45 CFR 92.210).

Ostateczne zasady stanowią, że beneficjenci federalnej pomocy finansowej, programy i działania zdrowotne zarządzane przez HHS oraz stanowe i wspierane federalnie giełdy nie mogą nikogo dyskryminować ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub

niepełnosprawność poprzez korzystanie z narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji dotyczących opieki nad pacjentem, które obejmują zautomatyzowane i nieautomatyczne narzędzia, mechanizmy, metody i technologie zapewniające opiekę nad pacjentem. Postanowienie to nie ma na celu utrudniania korzystania z takich narzędzi. Ma ono za zadanie równoważyć rolę technologii w zmniejszaniu nierówności w zakresie zdrowia i zwiększaniu dostępu do opieki z potrzebą odpowiedzialnego korzystania z tych narzędzi w sposób, który nie prowadzi do dyskryminacji w opiece nad pacjentem. Ostateczne zasady wymagają, aby osoby i podmioty objęte ich zakresem dołożyły uzasadnionych starań w celu zidentyfikowania narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji dotyczących opieki nad pacjentem, które biorą pod uwagę czynniki takie jak rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność oraz dołożyły uzasadnionych starań w celu ograniczenia ryzyka dyskryminacji, które może wynikać z korzystania z takich narzędzi.

Od osób objętych zasadami wymaga się wdrożenia postanowień artykułu 1557 w zakresie szkoleń dla personelu (45 CFR 92.8-92.9).

Ostateczne zasady wymagają od beneficjentów federalnej pomocy finansowej, programów i działań zdrowotnych administrowanych przez HHS oraz stanowych i wspieranych federalnie giełd wdrożenia zasad i procedur w celu zapewnienia zgodności z postanowieniami zasad. W szczególności podmioty objęte zasadami muszą wdrożyć zasady świadczenia usług pomocy i obsługi językowej dla osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego oraz zapewnić skuteczną komunikację i uzasadnione udogodnienia dla osób niepełnosprawnych. Podmioty objęte zakresem zasad są również zobowiązane do przeszkolenia personelu w zakresie treści odnośnych zasad i procedur. Wymogi te pomogą poprawić zgodność z przepisami.

Zasady wyjaśniają, że wymogi dotyczące zakazu dyskryminacji mają zastosowanie do programów opieki zdrowotnej i działań świadczonych za pośrednictwem usług telemedycyny (45 CFR 92.211).

Ostateczne zasady odnoszą się konkretnie do zakazu dyskryminacji w usługach z zakresu telemedycyny. Postanowienie to wyjaśnia, że beneficjenci federalnej pomocy finansowej, programy i działania zdrowotne administrowane przez HHS oraz stanowe i wspierane federalnie giełdy nie mogą dyskryminować obsługiwanych osób w ramach świadczenia programów i działań zdrowotnych, które realizowane są za pomocą usług w zakresie telemedycyny. Oznacza to zapewnienie dostępu do takich usług osobom niepełnosprawnym i zapewnienie znaczącego dostępu do programu osobom z ograniczoną znajomością języka angielskiego.

Zasady podkreślają poszanowanie federalnych gwarancji dotyczących wolności religijnej i sumienia (45 CFR 92.3 i 92.302).

Treść ostatecznych zasad stanowi, że ich zastosowanie nie będzie wymagane w przypadku, gdyby takie zastosowanie naruszyło federalne mechanizmy ochrony wolności religijnej i sumienia. Na mocy zasad, beneficjent federalnej pomocy finansowej może zwyczajnie polegać na takich mechanizmach ochrony lub uzyskać ich gwarancję ze strony OCR HHS.

Powiadomienie dotyczące federalnej pomocy finansowej w ramach Części B Medicare.

Zasady te stanowią potwierdzenie interpretacji Departamentu, z której wynika, że płatności dokonane w ramach Części B programu Medicare kwalifikują się jako federalna pomoc finansowa na cele objęcia ubezpieczeniem na mocy federalnych ustaw o prawach obywatelskich, które Departament egzekwuje. Obejmują one [tytuł VI ustawy z 1964 r. o prawach obywatelskich](#), [artykuł 504 ustawy o rehabilitacji z 1973 r.](#), [tytuł IX poprawek edukacyjnych z 1972 r.](#), [ustawę o dyskryminacji ze względu na wiek z 1975 r.](#) oraz artykuł 1557 ACA. Fundusze wypłacane w ramach Części B programu Medicare spełniają definicję federalnej pomocy finansowej zgodnie z przepisami prawa, określoną w przepisach dotyczących powyższych ustaw. Departament uważa, że zważywszy na zmiany, które zaszły w prawie i w odniesieniu do programu Medicare, wcześniejsze wyjaśnienia uzasadniające wyłączenie Części B programu Medicare są nieaktualne oraz że zmiana polityki w tym zakresie jest najlepszą możliwą wykładnią praw obywatelskich w kontekście celu i zasady działania Części B programu Medicare.

Ostateczne zasady można przeczytać lub pobrać tutaj: [\[adres URL\]](#)