

延長對老年人及殘障者的連續性護理的常見問題

2011年9月

問題 #1: 如果受益人現在求診的普通的 Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) 醫生不收任何保健計劃，那在受益人加入一個保健計劃之後將如何繼續就診于該醫生呢？

回答: 如果受益人加入一個保健計劃之前就診于普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生，受益人在加入了一個保健計劃期間可能可以繼續就診于該醫生的時間可長達12個月，只要該醫生同意跟該保健計劃合作，接受該計劃的付款，並且沒有護理品質的問題。這段時間就叫做「連續性護理延長期」。如果受益人仍然想就診於其現在的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生，必須遵守下述步驟：

1. 受益人必須致電他們的新的保健計劃。
2. 受益人必須告訴他們的保健計劃 -- 他們想繼續就診於其現在的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生。
3. 受益人必須告訴保健計劃他們的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生的姓名，並請保健計劃替他們跟該醫生聯繫。如果保健計劃確定受益人在過去的12個月內一直就診于該醫生，並且該醫生沒有護理品質的問題，同時該醫生和保健計劃在付款金額上達成一致意見的話，該普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生則可以繼續診治該受益人。
4. 在收到受益人請求的30天內，保健計劃將告訴受益人是否能夠繼續就診于他們的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生或將被安排給保健計劃內的醫生。
5. 如果普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生願意繼續診治受益人，但是保健計劃不同意，受益人可以諮詢該計劃，瞭解如何提出申訴。

問題 #2: 受益人可以繼續就診於網路外的哪些醫生？

回答: 在「連續性護理延長期」(12個月)內可使用的網路外的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生包括內、外科醫生以及專科醫生，但不包括耐用型醫療設備、交通或其他附屬設施。也不包括管理護理不承保的那些服務，因為 **Seniors and Persons with Disabilities (SPDs)** (老年人及殘障者) 被強制加入管理護理以後，這些服務仍然不被管理護理承保。

問題 #3: 這適於在管理護理計劃內的所有 Medi-Cal 受益人嗎？

回答: 不。這僅適於以前就診于普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生，並且現在必須加入一個管理護理計劃的受益人。

這不適於已經在一個管理護理計劃內或者已經成為有資格享受 Medi-Cal 的受益人或者最近重獲 Medi-Cal 享受資格並且必須加入一個保健計劃的受益人，這些情況下的受益人將必須就診于保健計劃網路以內的醫生。

問題 #4: 如果受益人改變其保健計劃，該受益人可以再次得到一個12個月的延長期以就診於網路外的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生嗎？

回答: 不。受益人只能得到從其首次加入管理護理計劃日期算起的12個月的延長期。

問題 #5: 受益人將在什麼時候得到自己是否可以繼續就診于其普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生的通知？

回答: 保健計劃將受理每個請求，並將根據受益人的健康狀況儘快地、並且在保健計劃收到請求之日起的30個日曆日之內提供有關通知。

問題 #6: 受益人已獲准的網路外的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生可以將受益人轉介給另一個網路外的醫生嗎？

回答: 不行。網路外的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生不能將受益人轉介給另一個醫生。保健計劃批准的網路外的醫生必須在連續性護理延長期期間與保健計劃及保健計劃的簽約網路合作。如果保健計劃在其網路內沒有受益人需要的專科醫生，該計劃必須根據醫療必需性，將受益人轉介給網路外專科醫生。

問題 #7: 如果受益人的普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生不會或不能與保健計劃合作該怎麼辦？

回答: 如果保健計劃和普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生不能達成協議，即醫生將不接受保健計劃的付款或者保健計劃跟該醫生有護理品質的問題，受益人將需要與該保健計劃協作，轉到網路內的醫生處。受益人和他們的醫生也可以提出「醫療豁免請求」Medical Exemption Request (MER)。(參閱問題#9)

問題 #8: 如果受益人在加入管理計劃之後，獲得享受 Medicare 資格，那該怎麼辦？

回答: 一旦受益人已加入了 Medicare, Medi-Cal 將寄一封信告訴受益人，通知他們不再需要留在一個保健計劃內。但是，受益人如果願意則可以繼續留在他們的保健計劃之內。

問題 #9: 「連續性護理延長期」對現行的 Medical Exemption Request 過程有沒有任何影響？

回答: 沒有。「連續性護理延長期」要求只是對最近從普通的 Medi-Cal (FFS) 轉入強制性的 Medi-Cal Managed Care (Medi-Cal 管理護理) 的 SPDs 的新要求。為確保順利轉入強制性的管理護理，如果SPD受益人與他們的普通 Medi-Cal (FFS) 醫生目前有醫生病人的關係，如果保健計劃跟該醫生沒有護理品質的問題，並且如果該醫生接受保健計劃的合同價或普通 Medi-Cal (FFS) 醫生價格(依據 Welfare and Institutions Code Section 14182 (b) (13)，醫生可取較高的那個價格)，那該受益人在 12 個月內可繼續就診于其普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生。

對保健計劃的「連續性護理延長期」要求不會取消 SPD 受益人在任何時候提出 MER 或退出計劃請求的權利。

按 Title 22, Section 53887, 現行的 MER 過程以及 Health and Safety Code, Section 1373.96 規定下的須完成承保服務的要求，對所有的 Medi-Cal 管理護理成員(包括 SPDs) 均保持不變。

問題 #10: 保健計劃必須批准受益人提出的繼續從目前的醫生處得到護理的請求嗎？

回答: 保健計劃必須批准一個正過渡到強制性的 SPD 提出的延長連續性護理的所有請求，條件是所請求的醫生在 **Fee-For-Service Medi-Cal** 使用資料中顯示出其在最近的 12 個月內為該受益人提供過服務，並且該醫生接受保健計劃的合同價或普通 **Medi-Cal (FFS)** 醫生價格（依據 **Welfare and Institutions Code Section 14182 (b)(13)**，醫生可取較高的那個價格），同時該醫生沒有護理品質的問題，否則，將沒有資格為任何保健計劃成員提供服務。此外，保健計劃必須遵守 **Health and Safety Code Section 1373.96** 的規定，這些規定概括了所有成員（包括 SPDs）必須得到就診于網路外醫生許可的特殊情況。

問題 #11: 護理品質問題是什麼意思？

回答: 護理品質問題的意思是：保健計劃可以因醫生提供的護理存在問題而不與該醫生簽約，並將此記錄在案，同時這樣的問題也讓該醫生沒有資格為任何保健計劃成員提供服務。

問題 #12: 強制性SPDs及醫生是怎麼樣得到有關連續性護理延長要求的通知的？

回答: 在被強制加入管理護理之前，受益人分別收到了 90 天和 60 天的通知，通知上說他們可能可以繼續就診於其目前的普通的 **Medi-Cal (FFS)** 醫生，即使該醫生並不在保健計劃網路內，並且他們應該跟保健計劃聯絡，開始延長連續性護理這一過程。所有的普通的 **Medi-Cal (FFS)** 醫生將通過 **Medi-Cal Provider Bulletin** 被告知連續性護理延長要求。

問題#13: 如果保健計劃否決了受益人提出的想延長從目前的普通的 **Medi-Cal (FFS)** 醫生處繼續接受護理的請求，該受益人可在多長時間內提出申訴？

回答: 受益人可在任何時候向保健計劃提出申訴。保健計劃必須解決每個申訴，並將根據受益人的健康狀況儘快地、並且在保健計劃收到申訴之日起的 30 個日曆日之內提供書面通知。

問題 #14: 如果受益人患有嚴重的、急性或持續疾病或健康狀況，需要治療或監護，在保健計劃對受益人的網路外醫生做出任何決定之前或在申訴期間，該受益人應該怎麼辦？

回答: 如果受益人有緊急的醫療需要，他們必須給他們保健計劃內的家庭醫生以及保健計劃打電話。依據 **Health and Safety Code, Section 1373.96**，保健計劃必須保證受益人得到所有醫療必須的、**Medi-Cal** 承保的服務，並且為受益人提供連續性護理，以完成承保的服務。保健計劃內的家庭醫生將協助受益人得到所有醫療必須的服務。

問題 #15: 如果受益人希望繼續就診於其網路外的醫生超過允許的 12 個月該怎麼辦？

回答: 在 12 個月的「連續性護理延長期」期滿以後，每個保健計劃可以選擇繼續與受益人的網路外的醫生合作，但這不是必須的。另外的選擇是，受益人及其醫生可以按 **Health Care Options (HCO)** 網站上有關內容所述，提出 **MER**，請求退出管理護理。在這種情況下，醫生必須提供有關證明，說明受益人的病情不穩定程度嚴重到不能安全地將他們轉到保健計劃網路內的醫生。

問題 #16: 在受益人加入了管理護理保健計劃以後還可以如期去普通的 Medi-Cal (FFS) 醫生那兒赴約嗎？

回答: 管理護理保健計劃必須允許 SPD 受益人在「連續性護理延長期」期間就診於其目前的醫生，條件是 SPD 受益人的醫約是跟過去 12 個月內一直就診的醫生預訂的，並得到 Fee-For-Service 使用資料的證實，並且該醫生同意接受保健計劃的付款，同時該醫生沒有護理品質的問題。如果受益人跟以前沒有就診過的醫生預了約，但鑒於受益人病情的嚴重性、根據醫療需要必須如期赴約，在這種情況下，保健計劃必須遵守 Health and Safety Code Section 1373.96 的完成承保服務的規定，允許該受益人如期赴約。

問題 #17: 受益人在加入管理護理保健計劃以後，應該怎麼做才能得到新的藥物或按藥方再配現服用的藥物？

回答: 如果由受益人目前的普通的 Medi-Cal (FFS) 開出的新藥或再配藥的藥方是在保健計劃批准的藥物目錄上，則將按藥方配藥。對於不在藥物目錄上的，保健計劃將告知藥劑師，這些藥需要事先授權，並且保健計劃將根據處方醫生提出的醫療理由在 24 小時之內做出決定。按照 Health and Safety Code 1367.01 規定，屬於持續治療的一部分的非目錄藥物的再配可能在藥物必須被承保期間會由保健計劃進行同期審查，直到受益人的醫生被告知計劃的有關決定並且受益人醫生同意了相關的、滿足受益人醫療需求的恰當的護理計劃為止。

欲瞭解更多資訊，請流覽公眾 SPD 網站：

<http://dhcs.ca.gov/SPDinfo>.