

Расширенное непрерывное медицинское обслуживание для пожилых людей и лиц с инвалидностью Часто задаваемые вопросы

Сентябрь 2011 г.

Вопрос #1: Если врач участника в рамках текущего стандартного плана Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) не принимает страховые планы медицинского обслуживания, как участник может продолжать посещать этого врача после зачисления в план медицинского обслуживания?

Ответ: Если до зачисления в план медицинского обслуживания участник пользовался услугами врача в рамках стандартного плана Medi-Cal (FFS) участник может по-прежнему посещать этого врача в течение 12 месяцев после регистрации в плане, если врач согласится сотрудничать с планом, будет принимать платежи от плана и оказывать качественное медицинское обслуживание. Этот период называется «периодом расширенного непрерывного медицинского обслуживания». Если участник хочет продолжить пользоваться услугами своего текущего врача в рамках стандартного плана Medi-Cal (FFS), ему необходимо выполнить следующие шаги:

1. Участник должен позвонить в свой новый план медицинского обслуживания.
2. Участник должен сообщить сотрудникам своего плана медицинского обслуживания о желании продолжать пользоваться услугами своего врача в рамках стандартного плана Medi-Cal (FFS).
3. Участник должен сообщить сотрудникам своего плана медицинского обслуживания имя и фамилию своего врача в рамках стандартного плана Medi-Cal (FFS) и попросить их связаться с этим врачом от своего имени. Врач стандартного плана Medi-Cal (FFS) продолжать обслуживать участника, если сотрудники плана медицинского обслуживания установят, что участник наблюдался у этого врача в течение последних 12 месяцев и этот врач предоставляет качественные медицинские услуги, а также если врач и сотрудники плана медицинского обслуживания придут к согласию в отношении суммы оплаты.
4. В течение 30 дней после получения запроса от участника сотрудники плана медицинского обслуживания сообщат участнику, может ли он по-прежнему посещать своего врача стандартного плана Medi-Cal (FFS) или ему назначили врача из плана медицинского обслуживания.
5. Если врач стандартного плана Medi-Cal (FFS) желает по-прежнему обслуживать участника, но план медицинского обслуживания отказывает в этом, участник имеет право узнать у сотрудников плана медицинского обслуживания о процедуре подачи жалобы.

Вопрос #2: Каких врачей, не входящих в сеть плана медицинского обслуживания, участник может продолжать посещать?

Ответ: Доступ к не входящим в сеть плана медицинского обслуживания врачам стандартного плана Medi-Cal (FFS) в течение периода расширенного непрерывного медицинского обслуживания (12 месяцев) распространяется на терапевтов, хирургов и врачей-специалистов, но не распространяется на медицинское оборудование длительного пользования, транспортировку и прочие вспомогательные услуги. Он также не распространяется на услуги, не покрываемые планом организованного медицинского обслуживания, поскольку обязательное зачисление пожилых людей и лиц с инвалидностью (Seniors and Persons with Disabilities, SPDs) в план организованного медицинского обслуживания никак не влияет на то, как они получают доступ к услугам, не покрываемым планом организованного медицинского обслуживания.

Вопрос #3: Это относится ко всем участникам программы Medi-Cal, зарегистрированным в плане организованного медицинского обслуживания?

Ответ: Нет. Это относится только к тем участникам, которые ранее пользовались услугами врача стандартного плана Medi-Cal (FFS) и теперь обязаны вступить в план организованного медицинского обслуживания.

Это не относится к участникам, уже являющимся участниками плана организованного медицинского обслуживания, а также к участникам, которые впервые или повторно получили право на участие в программе Medi-Cal и должны зарегистрироваться в плане медицинского обслуживания; такие участники должны будут пользоваться услугами врачей, входящих в сеть плана.

Вопрос #4: Если участник поменяет план медицинского обслуживания, получит ли он дополнительный 12-месячный период для посещения своего врача стандартного плана Medi-Cal (FFS), не входящего в сеть плана?

Ответ: Нет. Участник получает только один 12-месячный период с даты своего первоначального зачисления в план организованного обслуживания.

Вопрос #5: Когда участнику сообщат, сможет ли он по-прежнему пользоваться услугами своего врача стандартного плана Medi-Cal (FFS)?

Ответ: Сотрудники плана медицинского обслуживания должны обрабатывать каждый запрос и уведомлять каждого участника так скоро, как того требует состояние здоровья участника, но не позднее чем через 30 календарных дней с даты получения запроса планом.

Вопрос #6: Может ли одобренный врач стандартного плана Medi-Cal (FFS), не входящий в сеть плана медицинского обслуживания, направить участника к другому врачу, не входящему в сеть плана?

Ответ: Нет. Не входящий в сеть плана медицинского обслуживания врач стандартного плана Medi-Cal (FFS) не может направить участника к другому врачу. Не входящий в сеть плана медицинского обслуживания врач, одобренный планом согласно периоду расширенного непрерывного медицинского обслуживания, должен работать с планом и врачами из его сети. Если в сети плана медицинского обслуживания отсутствует специалист, в котором нуждается участник, план обязан предоставить направление к не входящему в его сеть специалисту, необходимому с медицинской точки зрения.

Вопрос #7: Что если врач участника по стандартному плану Medi-Cal (FFS) не хочет или не может сотрудничать с планом медицинского обслуживания?

Ответ: Если сотрудники плана медицинского обслуживания и врач стандартного плана Medi-Cal (FFS) не смогут прийти к соглашению, то есть врач не согласится принимать оплату от плана или план не будет доволен качеством обслуживания этого врача, участнику придется сотрудничать с планом для перехода к врачу из сети плана. Участник и его врач также могут подать Medical Exemption Request (MER). (См. вопрос #9)

Вопрос #8: Что произойдет, если участник получит право на участие в Medicare после зачисления в план организованного обслуживания?

Ответ: Как только участник будет зачислен в Medicare, сотрудники программы Medi-Cal отправят участнику письмо о том, что он больше не обязан участвовать в плане медицинского обслуживания. Однако участник имеет право остаться в плане по своему желанию.

Вопрос #9: Влияет ли период расширенного непрерывного обслуживания на существующую процедуру Medical Exemption Request?

Ответ: Нет. Требования расширенного непрерывного медицинского обслуживания — это новые требования, которые распространяются только на SPDs, осуществляющих переход из стандартного плана Medi-Cal (FFS) в обязательный план организованного медицинского обслуживания Medi-Cal Managed Care. Для обеспечения плавного перехода в обязательный план организованного медицинского обслуживания участник SPD может по-прежнему посещать своего врача в рамках стандартного плана Medi-Cal (FFS) в течение 12 месяцев, если на данный момент участник получает услуги у врача стандартного плана Medi-Cal (FFS), если план медицинского обслуживания доволен качеством обслуживания этого врача и если врач согласен получать оплату в соответствии со ставками по контракту плана медицинского обслуживания или ставками стандартного плана Medi-Cal (FFS) в зависимости от того, какие из них выше, в соответствии с Welfare and Institutions Code Section 14182(b) (13).

Требования периода расширенного непрерывного медицинского обслуживания не лишают участников SPD прав на подачу MER или запроса о прекращении участия в любое время.

Существующий процесс подачи MER, описанный в Title 22, Section 53887, и требования к завершению оказания покрываемых услуг, описанные в Health and Safety Code, Section 1373.96, остаются в силе для всех участников планов организованного медицинского обслуживания Medi-Cal, включая SPDs.

Вопрос #10: Обязан ли план медицинского обслуживания удовлетворить запрос участника о продолжении обслуживания у врача, которого он посещает в настоящее время?

Ответ: План медицинского обслуживания обязан удовлетворять все запросы, поданные переходящими в обязательный план участниками SPD в отношении расширенного непрерывного обслуживания, если требуемый врач оказывал, согласно данным Fee-For-Service Medi-Cal, услуги участнику в течение последних 12 месяцев, если врач согласен получать оплату в соответствии со ставками по контракту плана медицинского обслуживания или ставками стандартного плана Medi-Cal (FFS), в зависимости от того, какие из них выше, в соответствии с Welfare and Institutions Code Section 14182(b)(13), и если врач предоставляет качественное медицинское обслуживание; в противном случае он не будет иметь право оказывать услуги участникам плана медицинского обслуживания. Кроме того, планы медицинского обслуживания обязаны соблюдать требования Health and Safety Code Section 1373.96, которые описывают особые обстоятельства, при которых план обязан предоставлять всем участникам, в том числе SPDs, доступ к врачам не из сети плана.

Вопрос #11: Что означает проблема качества медицинского обслуживания?

Ответ: Проблема качества медицинского обслуживания означает, что план медицинского обслуживания может документально зафиксировать свое нежелание сотрудничать с врачом в связи с недостаточным качеством оказываемых им услуг, тем самым лишив его права предоставлять обслуживание участникам плана.

Вопрос #12: Каким образом подлежащие обязательному зачислению SPDs и врачи были уведомлены о требованиях в отношении расширенного непрерывного медицинского обслуживания?

Ответ: За 90 и 60 дней до обязательного зачисления в план организованного медицинского обслуживания участники получили уведомление, в котором объяснялось, что они могут продолжить посещать своего врача в рамках текущего стандартного плана Medi-Cal (FFS), даже если этот врач не входит в сеть плана, и что для этого им следует связаться с планом. Все врачи стандартного плана Medi-Cal (FFS) будут уведомлены с помощью Medi-Cal Provider Bulletin.

Вопрос #13: В течение какого времени участник должен подать жалобу, если план медицинского обслуживания не удовлетворит его запрос в отношении периода расширенного непрерывного обслуживания у своего врача в рамках стандартного плана Medi-Cal (FFS)?

Ответ: Участник плана медицинского обслуживания может подать жалобу в любое время. Сотрудники плана медицинского обслуживания должны рассмотреть каждую жалобу и отправить письменное уведомление каждому участнику так скоро, как того требует состояние здоровья участника, но не позднее чем через 30 календарных дней с даты получения жалобы планом.

Вопрос #14: Что следует делать участнику, если у него наблюдается опасное, острое или хроническое заболевание, требующее лечения или наблюдения до того, как план примет решение о враче, не входящем в сеть плана, или во время процедуры рассмотрения жалобы?

Ответ: Если участник нуждается в неотложном лечении, он должен позвонить своему основному лечащему врачу плана медицинского обслуживания и сотрудникам плана. Сотрудники плана медицинского обслуживания должны убедиться, что участник получит все необходимые с медицинской точки зрения покрываемые Medi-Cal услуги, и предоставить участнику непрерывное медицинское обслуживание для завершения оказания покрываемых услуг в соответствии с Health and Safety Code, Section 1373.96. Основной лечащий врач плана медицинского обслуживания поможет участнику получить все необходимые с медицинской точки зрения услуги.

Вопрос #15: Что если участник хочет продолжать посещать своего текущего врача, не входящего в сеть плана, дольше разрешенных 12 месяцев?

Ответ: Любой план медицинского обслуживания имеет право продолжить сотрудничество с врачом участника, не входящим в сеть плана, по истечении 12-месячного периода непрерывного обслуживания, но он не обязан это делать. Или же участник и его врач могут подать MER, чтобы участника освободили от организованного медицинского обслуживания, как описано на веб-сайте Health Care Options (HCO). В таком случае врач должен предоставить документы о том, что состояние здоровья участника в настоящий момент нестабильно и его нельзя передать врачу, входящему в сеть плана, без риска для его здоровья.

Вопрос #16: Будет ли участнику позволено прийти на уже назначенный прием к врачу стандартного плана Medi-Cal (FFS) после зачисления в план организованного медицинского обслуживания?

Ответ: План организованного медицинского обслуживания обязан разрешить участникам SPD прийти на прием в течение периода расширенного непрерывного обслуживания, если этот прием назначен у врача, у которого участник SPD наблюдался в течение последних 12 месяцев согласно данным Fee-For-Service; если врач согласен получать оплату от плана; и если врач предоставляет качественное обслуживание. Если же это прием у врача, у которого участник никогда не наблюдался, но в связи с серьезностью его заболевания ему с медицинской точки зрения необходимо прийти на прием, то план медицинского обслуживания обязан разрешить этот прием в соответствии с требованиями к завершению оказания покрываемых услуг, изложенными в Health and Safety Code Section 1373.96.

Вопрос #17: Каким образом участник может получить новые лекарства или повторно заказать текущие лекарства после зачисления в план организованного медицинского обслуживания?

Ответ: По рецепту на новое или повторное получение препаратов, выписанному текущим врачом участника в стандартном плане Medi-Cal (FFS) можно получить препараты, если они находятся в справочнике одобренных лекарственных препаратов плана медицинского обслуживания. Если новый рецептурный препарат отсутствует в справочнике, план медицинского обслуживания уведомит фармацевта о том, что необходимо предварительное разрешение, о предоставлении которого план должен принять решение в течение 24 часов на основании мнения врача, выписавшего препарат. Повторное получение отсутствующих в справочнике рецептурных препаратов, которые необходимы на постоянной основе, может подлежать текущему рассмотрению планом медицинского обслуживания; при этом препарат будет оплачиваться планом до тех пор, пока врач участника не будет уведомлен о решении плана и план и врач участника не придут к соглашению относительно необходимости этого препарата для удовлетворения медицинских потребностей участника, в соответствии с Health and Safety Code 1367.01.

Дополнительную информацию см. на веб-сайте SPD:

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