

Pytania i odpowiedzi dotyczące zasad awaryjnego rozszerzenia wirtualnej pomocy medycznej w ramach ubezpieczenia Medicaid

Dlaczego wprowadzono niniejszą awaryjną zmianę zasad?

W sytuacji epidemii koronawirusa COVID-19 znaczenie telemedycyny zdecydowanie wzrosło, a zwężanie jej dostępności stało się krytycznym elementem walki z ciągle pogarszającym się kryzysem. Zwiększając dostęp do telemedycyny możemy umożliwić dalsze korzystanie z usług medycznych osobom, które poddały się samoizolacji, z domu, a także zwolnić miejsce w szpitalach i innych placówkach opieki zdrowotnej dla pacjentów dotkniętych koronawirusem COVID-19, którzy wymagają leczenia szpitalnego. Ponadto, poszerzenie dostępu do telemedycyny umożliwi naszym mieszkańcom korzystanie z regularnych usług, takich jak kontrole stanu zdrowia, umawianie wizyt itp. w sytuacji, w której obowiązują ograniczenia w zakresie gromadzenia się.

Co powoduje rozporządzenie?

W ramach awaryjnych zasad HFS będzie pokrywał koszty medycznie niezbędnych i klinicznie wskazanych usług z zakresu telemedycyny i opieki wirtualnej zrealizowanych od dnia 9 marca 2020 r. włącznie do momentu ustania stanu zagrożenia dla zdrowia publicznego. Ponadto, zasady te wymagają opłacania świadczeniodawców usług telemedycznych według takich samych stawek, jakie mają zastosowanie do tradycyjnych usług świadczonych osobiście. Zasady bezpieczeństwa rozszerzają katalog środków komunikacji, które mogą być stosowane na potrzeby usług telemedycznych.

Jaka jest nowa definicja „placówek źródłowych” (*originating sites*) w ramach proponowanych zasad?

Placówki źródłowe to miejsca, w których pacjent otrzymuje usługi telemedyczne. W ramach zasad awaryjnych uczestnicy programu Medicaid mogą otrzymywać usługi w większej liczbie placówek, w tym w ich miejscu zamieszkania lub w innej tymczasowej lokalizacji na terytorium stanu Illinois lub poza nim. Lekarz lub inny licencjonowany pracownik służby zdrowia nie musi być cały czas obecny przy pacjencie w trakcie świadczenia usług w placówce źródłowej.

Jakie placówki źródłowe kwalifikują się do otrzymywania wynagrodzenia dla placówki?

Placówka źródłowa będzie uprawniona do otrzymywania wynagrodzenia dla placówki, gdy jest certyfikowaną uprawnioną placówką lub organizacją usługodawców działającą jako lokalizacja pacjenta w momencie świadczenia usługi telemedycznej, co obejmuje, między innymi programy leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych licencjonowane przez Wydział zapobiegania i leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych Departament ds. usług dla ludności (*Department of Human Services' Division Substance Use Prevention and Recovery (SUPR)*), dostawców usług w ramach programu *Supportive Living*, hospicja, dostawców usług *Community Integrated Living Arrangement (CILA)* oraz usługodawców otrzymujących wynagrodzenie za zakwaterowanie i wyżywienie pacjentów.

Jakie placówki są uznawane za „placówki zdalne” (*distant sites*) w ramach nowych zasad?

Określenie „placówka zdalna” odnosi się do pracownika służby zdrowia świadczącego usługi telemedyczne. Uczestniczący w programie pracownik służby zdrowia świadczący usługi w ramach swojej licencji lub właściwego certyfikatu może w odniesieniu do usług telemedycznych świadczyć je bez żadnych ograniczeń geograficznych ani ograniczeń w zakresie placówek.

Rozszerzenie zdalnych świadczeniodawców usług medycznych obejmuje aktualnie:

- A) lekarzy, asystentów lekarzy, podiatrów lub wysoko wykwalifikowane pielęgniarki licencjonowanych przez stan Illinois lub stan, na terytorium którego znajduje się pacjent,
- B) kwalifikowane na mocy przepisów federalnych centra opieki zdrowotnej, zdefiniowane w art. 1905(l)(2)(B) federalnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym,
- C) wiejskie placówki medyczne (*Rural Health Clinics*) lub placówki rozliczane na podstawie wizyt (*Encounter Rate Clinics*),
- D) licencjonowanych psychologów klinicznych (LCP),
- E) licencjonowanych klinicznych pracowników socjalnych (LCSW),
- F) wysoko wykwalifikowane pielęgniarki (*Advanced Practice Registered Nurses*) certyfikowane w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej i zdrowia psychicznego,
- G) lokalne agencje edukacyjne,
- H) szkolne placówki zdrowotne (*School Based Health Centres*) zdefiniowane w rozdziale 77 kodeksu administracyjnego stanu Illinois, art. 641.10,
- I) fizjoterapeutów, logopedów lub terapeutów zajęciowych zdefiniowanych w art. 140.457,
- J) stomatologów,
- K) lokalne departamenty zdrowia,
- L) wspólnotowe placówki zdrowia (*community health agencies*),
- M) wspólnotowe centra zdrowia psychicznego lub behawioralnego (*Community Mental Health Centers/Behavioral Health Centers*),
- N) szpitale zdefiniowane w art. 148.25.

Jaki ma to wpływ na behawioralne usługi zdrowotne?

W ramach zmiany zasad katalog behawioralnych usług zdrowotnych został rozszerzony. Za pośrednictwem telemedycyny dostępnych jest więcej behawioralnych usług zdrowotnych (za wyjątkiem mobilnego reagowania kryzysowego i usług stabilizacji kryzysowej (*Mobile Crisis Response/Crisis Stabilization*) zdefiniowanych w art. 140.453(d)(3). Zgodnie z nowymi zasadami awaryjnymi usługi te mogą być świadczone przy wykorzystaniu interakcji telefonicznych w czasie rzeczywistym wykorzystujących wyłącznie połączenia głosowe lub interakcji wideo.

Jakie nowe sposoby komunikacji obejmują zasady awaryjne?

Katalog technologii stosowanych na potrzeby telemedycyny został rozszerzony i obejmuje systemy komunikacji, w których informacje pomiędzy lekarzem lub innym wykwalifikowanym pracownikiem służby zdrowia a pacjentem w trakcie świadczenia usługi telemedycznej są wymieniane w takiej samej ilości i charakterze, jaki byłby wystarczający do spełnienia kluczowych elementów i wymagań mających zastosowanie do takiej samej usługi świadczonej w ramach interakcji osobistej. Obejmuje to między innymi smartfony i tablety. Najnowsze rozporządzenie w sprawie telemedycyny (EO 2020-09) dopuszcza stosowanie na potrzeby telemedycyny wszelkich niepublicznych metod porozumiewania się na odległość, takich jak rozmowy telefoniczne, połączenia przez Apple FaceTime, Google Hangouts, wideoczat Facebook Messenger itp. Wyjątek nie zezwala na stosowanie publicznych metod, takich jak Facebook Live, TikTok czy Twitch.

Jaka dokumentacja jest wymagana na mocy zasad awaryjnych?

Usługodawcy w placówkach zdalnych i placówkach źródłowych uprawnieni do otrzymywania

wynagrodzenia dla placówek muszą prowadzić odpowiednią dokumentację świadczonych usług telemedycznych zgodnie z wymaganiami HFS dotyczącymi prowadzenia dokumentacji.

Dokumentacja medyczna świadczonych usług telemedycznych musi być prowadzona przez placówki źródłowe i zdalne i powinna obejmować między innymi imię i nazwisko oraz numer licencji usługodawcy w placówce zdalnej, lokalizację placówki źródłowej i zdalnej, datę i godzinę rozpoczęcia i zakończenia świadczenia usług telemedycznych, medyczną konieczność świadczenia usług telemedycznej oraz rodzaj interaktywnego systemu telekomunikacyjnego wykorzystanego w placówkach źródłowych i zdalnych.

Co z wirtualnymi badaniami i e-wizytami?

Członkowie programu Medicaid mogą otrzymywać usługi za pośrednictwem wirtualnych badań, które muszą być przeprowadzane przez lekarza lub wysoko wykwalifikowaną pielęgniarkę albo asystenta lekarza. Tacy świadczeniodawcy mogą przeprowadzać wywiady (E/M) z określonymi pacjentami, nie wynikające z powiązanych wywiadów świadczonych na rzecz pacjenta w okresie minionych 7 dni ani nie prowadzące do wywiadów lub podobnych procedur w ciągu następných 24 godzin lub najbliższego dostępnego terminu.

Ponadto, pacjenci mogą inicjować usługi za pośrednictwem e-wizyt, które polegają na komunikacji pośredniej przy wykorzystaniu portali dla pacjentów. Usługi te można zgłaszać wyłącznie, gdy rozliczająca je praktyka posiada trwałą relację z pacjentem. Komunikacja może mieć miejsce w okresie 7 dni.