



2018/10/04

健康服務早期干預 (0-3)

終稿

I. 定義

健康服務是指，在兒童有資格接受早期干預服務時，使其能從本部分下的其他早期干預服務中受益所必需的服務。34 C.F.R § 303.16(a)；

該術語包括 -

1. 如清潔間歇導尿管、氣管造口護理、管飼、更換敷料或結腸造口術收集袋等服務以及其他健康服務；和
2. 醫生與其他服務提供者，就殘障嬰兒和幼兒，在提供其他早期干預服務過程中需要解決的特殊保健需求，提供諮詢。

該術語不包括 -

1. 下列服務 -

(1) 手術性質（如腭裂手術、足部手術或腦積水分流術）；

(2) 純粹的醫療性質（例如管理先天性心臟病的住院治療，或開具用於任何目的的藥物的處方）；或者

(3) 與手術植入的醫療器械的實施、優化（*例如*，映射）維護或更換有關的，包括人工耳蝸。

(A)這部分內容均不限制具有手術植入裝置（*例如*，人工耳蝸）的殘障嬰兒或幼兒接受兒童的 IFSP 中確定的滿足兒童發展成果所需要的早期干預服務。

(B)本部分並不阻止 EIS 提供者，對殘障嬰兒或幼兒的助聽器或手術植入裝置（*例如*，人工耳蝸）的外部部件是否工作正常的常規檢查。

2. 控制或治療疾病所需的裝置（如心臟監護儀、呼吸器和氧氣、胃腸管和泵）；和
3. 常規推薦給所有兒童的醫療保健服務（如免疫接種和定期「嬰兒護理」）34C.F.R. & 303.16 (b)(1)(2)(c)(1)(2)(3)。

II. 規則

在了解是否能獲得通用服務和支援時，對符合RC條件的嬰兒和幼兒，IFSP小組可以決定，對私人醫療保險或醫療保健服務計劃無法提供的IFSP中確定的醫療服務，ELARC可為該服務提供資金以確保遵守Code of Federal Regulations, Title 34, Part 303（從Section 303.1開始）中及時提供的服務要求。

如果計劃團隊確定 IFSP 中需要提供醫療服務，那麼它也可以考慮資助承擔該服務並由父母、監護人或照顧者負責保障的私人或一般健康計劃的共付額、共同保險或墊底費；前提是滿足以下所有條件：（1）客戶由其父母、監護人或照顧者的醫療保健服務計劃或健康保險單承保。（2）家庭的年收入總額（AGI）不超過聯邦貧困線（FPL）的 400%。應用家庭費用參與計劃確定家庭 AGI 不超過 FPL 的 400%。（3）沒有其他第三方負責服務費用。

當需要服務以成功維持孩子在家或成年人在限制最少的環境中時，ELARC 可以提供例外，為家庭收入超過聯邦貧困水平 400%的客戶承擔共付費、共同保險或墊底費，前提是父母可以證明下列一個或多個情況：（1）存在特殊情況，影響父母、監護人或照顧者滿足兒童的護理和監管需求的能力，或影響具有醫療保健服務計劃或健康保險單的父母、監護人或照顧者支付共付額、共同保險或墊底費的能力。（2）存在災難性損失，暫時限制了支付能力。（3）具有與照顧客戶或也是區域中心客戶的其他兒童相關的大額未償還醫療費用。

父母提交的任何財務困難資訊應立即與經理/主管分享，以便完成特例審核。

根據WIC §4648(a)(16)，自2009年7月1日起，ELARC不得購買試驗治療、治療服務或未經臨床確定或科學證明有效或安全或其風險和並發症未知的設備。

III. 服務數量

- A. 對於評估過程中的申請人（狀態0），如果需要進行評估才能確定是否符合資格，則可以考慮購買診斷健康服務。
- B. 健康服務是指，在兒童有資格接受早期干預服務時，使其能從本部分下的其他早期干預服務中受益所必需的服務。34 C.F.R. 303.16(a)。

IV. 替代資金來源

縣醫療機構和診所的Ability to Pay計劃、Medi-Cal、Medicare、HMO's、CCS和EPSDT；私人健康計劃、私人保險、CHAMPUS、Veteran's Administration Benefits等。

州不得使用兒童或父母的公共福利或保險來支付C部分的服務，除非州根據§303.520(a)(3)向兒童的父母提供書面通知，並且州符合該節(a)(2)中確定的無費用保護

要求。(2)關於使用兒童或父母的公共福利或保險來支付C部分的服務，如果該子女或父母尚未參加此類計劃，州 - (i) 不得要求父母簽署或註冊此類計劃作為獲得C部分的服務的條件，並必須在使用兒童或父母的公共福利或保險之前獲得同意[34 C.F.R.303.520(a)(1)(2)]。

V. 服務購買流程

- A. 在作為計劃團隊流程的一部分，與申請服務的客戶或其合法授權代表討論後，服務協調員盡可能詳細地完成R1-11，簽署，取得其主管的簽署，然後和圖表一起交給特殊服務秘書。來自客戶健康服務提供者的文件應在6個月以內，並且應提供書面拒絕/文件來證明所有其他付款資源已窮盡。所有申請應，由計劃小組同意後，至少在預定服務日期前四周提交給特殊服務秘書，因為購買服務不會考慮追溯資金申請。
- B. 申請將由合適的臨床顧問進行審查，以獲得有關服務申請是否有臨床指症以及提交的文檔是否足以支援此申請的意見和建議。如果符合，合適的臨床顧問將簽署R1-11，並將透過特殊服務秘書將其返回至服務協調員，以便由相應的業務辦公室助理安排預約和處理。付款將以SMA或供應商費率計算。

如果合適的臨床顧問有疑慮並建議更改申請，需反映在I.D.備註/備忘錄/記錄審核表，其將被提交給服務協調員，以與計劃團隊分享。R1-11將被返回給服務協調員，以便與計劃團隊進行審核。

- C. 根據合適的臨床顧問的建議，在計劃團隊同意繼續進行健康服務修改後，服務協調員將在備忘錄中註明，並附上R1-11和最初由臨床醫生完成並由特殊服務秘書經手由臨床顧問簽字的I.D.備註/備忘錄/記錄審核表的副本。R1-11將被返回給服務協調員，以便由相應的單位辦公室助理安排約會和處理。付款將以SMA或供應商費率計算。

VI. 服務評估

來自客戶/家庭的反饋，透過以人為本的計劃過程獲得的資訊，以及由合適的臨床顧問出具的審核評估報告、治療計劃和進展，是評估服務有效性的機制。