

Répît

Codes de Service NFOCUS

Soins de Répît 7395

Répît à Domicile 1113

Répît pour Traumatisme Crânien (TBI) 3471

Répît à Domicile pour Traumatisme Crânien (TBI) 6688

Définition du Service

Le répît est un service destiné aux adultes et aux enfants bénéficiant de la dérogation HCBS pour les personnes âgées, les adultes et les enfants en situation de handicap (AD), ainsi que de la dérogation pour traumatisme crânien (TBI). Il offre une prise en charge temporaire pour soulager le soignant habituel de ses responsabilités de soutien et de soins continus. Le service de répît est autorisé soit à domicile, soit en dehors du domicile du participant.

- A. Les soins de répît ou le répît pour traumatisme crânien (TBI) sont fournis dans un établissement approuvé ou agréé par le Département de la santé et des services humains du Nebraska (DHHS), tel que la résidence privée d'un prestataire de services de répît, un établissement de vie assistée agréé, un établissement de répît agréé ou un autre cadre communautaire. Il n'est pas fourni dans le domicile du participant. Si le service est fourni par un hôpital ou un autre établissement, le participant n'est pas considéré comme résident de l'établissement.
- B. Le répît à domicile ou le répît à domicile pour traumatisme crânien (TBI) est fourni dans le domicile du participant par un prestataire agréé et peut inclure des activités sociales ou récréatives dans la communauté.

Les composants du répît (tous les codes de service) incluent la supervision, les tâches liées aux besoins physiques de l'individu, les tâches liées aux besoins psychologiques de l'individu, ainsi que les activités sociales ou récréatives.

Conditions de Prestation

- A. Le besoin de répît doit être identifié lors de l'évaluation du participant et inclus dans le plan centré sur la personne (PCP).
- B. Lorsque le besoin de répît est identifié, le montant autorisé est basé sur l'évaluation de plusieurs facteurs tels que la disponibilité du soutien informel, le potentiel de maltraitance/négligence et l'état de santé du soignant.
- C. La couverture du répît par la dérogation est limitée par un maximum annuel de jours ou d'heures, tel que déterminé par le DHHS.
 - 1. Un maximum de 360 heures ou 60 jours pour tous les services de répît et répît à domicile peut être autorisé pendant la période annuelle d'éligibilité du participant.
 - 2. Une journée équivaut à six heures ou plus de soins en une seule fois.
- D. Le répît peut être autorisé pour une ou plusieurs des situations suivantes :
 - 1. Une urgence ou une crise survient qui :
 - a. Nécessite l'absence du soignant habituel ; ou
 - b. Exerce une pression excessive sur le soignant habituel.
 - 2. Le soignant habituel a besoin de services de santé, notamment de soins dentaires, de rendez-vous chez le médecin, d'une hospitalisation ou d'une incapacité temporaire du soignant.
 - 3. Le soignant habituel a besoin de répît pour des activités personnelles régulières et préprogrammées, y compris, mais sans s'y limiter, du temps pour étudier, assister à des services religieux, faire des courses ou participer à des réunions de clubs.
 - 4. Le soignant habituel a besoin de "périodes intermittentes" pour se reposer et se détendre.

5. Vacances du soignant habituel.
- E. Le répit n'est pas destiné à permettre au soignant habituel d'accepter ou de conserver un emploi, ni de suivre une formation visant à le préparer à un emploi rémunéré ou à un avancement professionnel.
- F. Le participant ne doit jamais être laissé seul pendant les services de répit.
- G. Les repas ou les collations sont fournis par le prestataire à des heures appropriées pour répondre aux besoins alimentaires du participant.
- H. La participation financière fédérale ne peut pas être demandée pour le logement et la pension dans le cadre du répit à domicile.
- I. Un participant ne peut pas être autorisé à recevoir ce service pendant des périodes qui chevauchent les services de compagnon, les soins de jour pour adultes, les soins personnels, l'assistance supplémentaire pour enfants handicapés ou les services de transport non médical.
- J. Les services dans le cadre des dérogations AD et TBI sont limités à des services supplémentaires non couverts par le plan d'État Medicaid, y compris l'EPSDT, mais conformes aux objectifs des dérogations visant à éviter l'institutionnalisation.

Exigences pour les Prestataires

- A. Tous les prestataires de services de dérogation doivent :
1. Être un prestataire Medicaid ;
 2. Se conformer à tous les titres applicables du Nebraska Administrative Code et aux lois de l'État du Nebraska ;
 3. Respecter les normes décrites dans l'accord de prestataire de services de la Division Medicaid et Soins de longue durée ;
 4. Suivre les formations DHHS sur demande ; et
 5. Utiliser les précautions universelles.
- B. Les services de répit peuvent être fournis par un individu ou une agence.
- C. Chaque prestataire d'agence doit :
1. Embaucher du personnel en fonction de ses qualifications, de son expérience et de ses compétences démontrées ;
 2. Fournir une formation pour confirmer que le personnel est qualifié pour fournir le niveau de soins nécessaire ;
 3. Accepter de mettre les plans de formation à la disposition du DHHS ; et
 4. Assurer une disponibilité et une qualité de service adéquates.
- D. Les prestataires de la dérogation TBI doivent suivre la formation TBI approuvée par DHHS avant de fournir des services de répit.
- E. Les prestataires de répit à domicile doivent disposer d'un système de vérification électronique des visites (EVV) opérationnel, permettant l'enregistrement électronique des heures d'entrée et de sortie des rendez-vous de service.
- F. Les prestataires de répit à domicile doivent posséder des compétences informatiques adéquates et avoir accès à la technologie nécessaire pour le système EVV.
- G. Les prestataires de répit fournis en dehors du domicile du participant doivent s'assurer que leur domicile ou établissement est accessible, sûr pour le participant et respecte les normes établies par la règle des environnements finaux pour les établissements appartenant et exploités par le prestataire. Cela doit être documenté au moins une fois par an avec leur Développeur de Ressources (RD).

Tarifs

- A. Les tarifs pour les prestataires individuels sont établis par DHHS et peuvent changer chaque année.
- B. Les tarifs pour les prestataires d'agences sont fixés individuellement par le biais d'un processus de négociation entre le prestataire et le RD.
1. Les tarifs sont examinés annuellement au moment où l'accord annuel du prestataire est sur le point de se terminer.
 2. Les prestataires d'agences peuvent demander une renégociation lorsque les besoins en soins d'un participant ont augmenté.
 3. La négociation des tarifs prend en compte le niveau des besoins en services du patient, le niveau de compétence du prestataire et la localisation géographique.

- 4. Les tarifs sont établis en fonction des tarifs habituels et courants, qui ne doivent pas être supérieurs à ceux que le prestataire facturerait à un particulier payant de manière privée.
- C. La fréquence du service est horaire ou quotidienne, en fonction du cadre dans lequel le service est fourni.
- 1. Le service à domicile est facturé à l'heure.
 - 2. Le service en dehors du domicile du patient peut être facturé à l'heure ou à la journée.
 - a. Six heures ou plus fournies en dehors du domicile du patient doivent être payées au tarif journalier, à moins que cette option ne soit pas offerte par le prestataire aux familles payant de manière privée.