

Инструкции: данная форма должна быть выдана детям, не достигшим 18-летнего возраста, которые имеют право на зачисление в программу медицинского ухода Health Home, а также их родителям, опекунам или уполномоченным представителям. Необходимо обсудить с ними этот документ, прежде чем они заполнят форму «Согласие на зачисление в программу Health Home и раскрытие информации участников младше 18 лет» (DOH-5201). Однако дети, которые являются родителями, беременными и (или) состоят в браке либо которые способны самостоятельно предоставить разрешение (в возрасте 18 лет и старше), не должны заполнять данную форму. Им необходимо предоставить для ознакомления и заполнения форму «Согласие на передачу информации участника программы Health Home» (DOH-5055).

1. Что представляет собой программа Health Home?

Цель программы Health Home — гарантировать вам необходимые для поддержания здоровья помощь и услуги. Возможно, вам трудно найти нужного врача. Или вы недавно были в больнице или отделении неотложной помощи. В программе **Health Home** работают специалисты, которые могут помочь. Они называются «координаторы медицинского обслуживания». Вам, как участнику программы Health Home, будет назначен собственный координатор медицинского обслуживания.

Он будет следить за тем, чтобы вы получали все необходимые услуги, включая:

- приемы у поставщиков медицинских услуг (врачей, медсестер, диетологов, консультантов, психиатров, наркологов и посещения учреждений для помощи людям с нарушениями развития);
- лекарства;
- безопасное жилье;
- страховку, покрывающую медицинский уход и обслуживание; и (или)
- обеспечение транспорта для проезда на медицинские приемы.

Ваш координатор медицинского обслуживания вместе с вами составит план обслуживания. В нем будут указаны ваши потребности, цели для каждой из них, а также какие специалисты и услуги вам необходимы для достижения этих целей. Люди и службы, которые будут принимать участие в реализации вашего плана, станут вашей «командой» программы Health Home. Для обеспечения вас всем необходимым члены вашей команды должны взаимодействовать друг с другом и обмениваться вашей медицинской информацией.

Задача вашего координатора медицинского обслуживания — помогать вам и отвечать на ваши вопросы.

2. Подхожу ли я для участия в программе Health Home?

Чтобы стать участником программы Health Home, необходимо:

- иметь одно соответствующее критериям отбора заболевание или два и больше хронических заболевания;
- иметь потребность в координаторе медицинского обслуживания, чтобы получать помощь и услуги;
- иметь страховку Medicaid.

3. Каковы преимущества участия в программе Health Home?

- У вас будет один координатор медицинского обслуживания, который будет следить за процессом предоставления ухода и услуг.
- Ваш координатор медицинского обслуживания может помочь вам более эффективно удовлетворять свои медицинские и социальные потребности.
- Ваша команда специалистов готова ответить на любые ваши вопросы.
- Ваш координатор медицинского обслуживания будет следить за тем, чтобы обслуживающие вас специалисты взаимодействовали друг с другом для поддержания вашего здоровья.

4. Как зарегистрироваться в программе Health Home?

Ваш родитель, опекун или уполномоченный представитель регистрирует вас в программе Health Home, подписав форму «Согласие на зачисление в программу Health Home и раскрытие информации участников младше 18 лет» (DOH-5201).

В целях регистрации участника термин «уполномоченный представитель» означает любое лицо или учреждение, уполномоченное по законодательству штата, племени, военному или другому применимому закону, постановлению суда или согласию действовать от вашего имени при принятии решений о медицинском обслуживании.

5. Когда вас включат в программу Health Home, поставщикам услуг и работникам программы будет необходимо передавать друг другу вашу медицинскую информацию. Что представляет собой «медицинская информация»?

Ваша медицинская информация включает в себя общую информацию о вашем здоровье. Это могут быть данные о перенесенных вами болезнях или травмах, медицинская документация, например результаты рентгенографии или анализов, либо список рецептурных лекарств, которые вы принимаете. Ваша медицинская информация может относиться к лечению заболеваний, данные о которых конфиденциальны, включая, помимо прочего: ВИЧ/СПИД; заболевания, передающиеся половым путем; психические расстройства; лечение от алкогольной или наркотической зависимости.

6. Что подразумевается под «передачей» медицинской информации?

Лица, имеющие право передавать вашу медицинскую информацию, могут:

- получать,
- просматривать,
- читать,
- обсуждать и (или)
- создавать копии вашей медицинской информации в соответствии с требованиями закона.

7. Зачем работникам программы Health Home и поставщикам услуг нужна ваша медицинская информация?

Помните, что членам вашей команды Health Home необходимо взаимодействовать друг с другом. Это означает, что им потребуется передавать друг другу вашу медицинскую информацию. Ваша медицинская информация будет использоваться, чтобы:

- помогать вам получать помощь;
- облегчать процесс регулирования вашего медицинского обслуживания; и
- проверять, действует ли ваша медицинская страховка, и что она покрывает.

Планы медицинского страхования (страховые компании) не могут использовать эту медицинскую информацию при принятии решения о предоставлении вам страховки. Кроме того, они не могут использовать эту информацию при принятии решения об оплате ваших счетов за медицинские услуги. Планы медицинского страхования имеют свои способы получения этой информации.

8. Из каких источников будет поступать моя медицинская информация?

Ваша медицинская информация будет поступать из учреждений и от людей, которые предоставляли или предоставляют вам услуги либо медицинскую страховку. К ним могут относиться больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, планы медицинского страхования (страховые компании), программа Medicaid, стоматологи, а также другие лица и организации, осуществляющие обмен сведениями.

9. Кто может передавать мою медицинскую информацию?

Ваш родитель, опекун или законный представитель решит, кто будет иметь право на передачу вашей медицинской информации, заполнив раздел 1 формы «Согласие на зачисление в программу Health Home и раскрытие информации участников младше 18 лет» (DOH-5201). В целях передачи информации термин «уполномоченный представитель» означает лицо или учреждение, уполномоченное по законодательству штата, племени, военному или другому применимому закону, постановлению суда либо согласию действовать от имени какого-либо лица для раскрытия медицинской информации. Если разрешение на ваше медицинское обслуживание выдает руководитель местной социальной службы, он предоставит разрешение и на передачу вашей медицинской информации.

В некоторых случаях закон позволяет вам определять лиц, уполномоченных передавать вашу медицинскую информацию. Ниже перечислено несколько ситуаций, в которых вы имеете контроль над своей медицинской информацией и решаете, кто будет иметь право на ее передачу. Для этого необходимо заполнить раздел 2 формы «Согласие на зачисление в программу Health Home и раскрытие информации участников младше 18 лет» (DOH-5201):

- Планирование семьи
- Экстренная контрацепция
- Аборт
- Анализы на инфекции, передающиеся половым путем, и их лечение
- Анализ на ВИЧ
- Дородовой уход, роды/родоразрешение
- Лечение наркотической и алкогольной зависимости
- Услуги для жертв сексуального насилия
- Психиатрическая помощь и (или) услуги, связанные с нарушениями развития (ваш врач может попросить у вас разрешение на передачу информации об этих услугах, если вы старше 12 лет)

Штат Нью-Йорк также имеет доступ к вашей медицинской информации, потому что он оплачивает получаемые вами услуги в рамках программы Medicaid. Штат Нью-Йорк может использовать вашу медицинскую информацию для углубленного изучения программы Health Home и внесения в нее изменений и улучшений.

10. Какие законы и нормативные акты регулируют процесс передачи моей медицинской информации?

Есть несколько федеральных и действующих на уровне штата законов. К ним относятся: Закон штата Нью-Йорк о психической гигиене (New York Mental Hygiene Law), разделы 33.13 и 33.16, Закон штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении (New York Public Health Law), статья 27-F, и федеральные нормативные акты о соблюдении конфиденциальности, включая 42 C.F.R., ч. 2, и 45 C.F.R., ч. 160 и ч. 164 (которые в совокупности называются Законом о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA)). Акты соблюдения конфиденциальности Medicaid включают следующее: Закон штата Нью-Йорк о социальных службах (New York Social Services Law), §§ 367(b)(4), 369(4), Закон о социальном обеспечении (Social Security Act), § 1902(a)(7), 42 C.F.R., § 431.300 и далее, 42 C.F.R., § 457.1110, 42 USC, § 1396a(a)(7); 10 NYCRR, ч. 300 — региональная информационная сеть здравоохранения штата Нью-Йорк (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY) и Закон о психической гигиене (Mental Hygiene Law), 41.05, 41.07 и 41.13 описывают ответственность подразделения местного самоуправления (Local Government Unit, LGU) за администрирование плана местных услуг, а также ответственность LGU за предоставление или заключение контракта на предоставление услуг. Программа Health Home и поставщики услуг, передающие медицинскую информацию ребенка, должны соблюдать эти законы и нормативные акты.

11. Что предпринять, если кто-либо использует мою медицинскую информацию без моего разрешения?

В этом случае вы можете:

- позвонить в Отдел по защите гражданских прав (Office of Civil Rights) по номеру 1-800-368-1019;
- подать письменную жалобу по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints/>.

Также можно:

- позвонить одному из специалистов, которым вы разрешили просматривать вашу информацию;
- обратиться к своему координатору медицинского обслуживания или сотруднику программы Health Home _____ по номеру _____;
- позвонить в свой план управляемого медицинского обслуживания (Managed Care Plan), если вы являетесь участником такого плана.

Если вы столкнулись с дискриминацией из-за раскрытия информации о физическом или психическом расстройстве, лечении алкогольной или наркотической зависимости либо данных, связанных с ВИЧ/СПИД, вы можете обратиться в Управление по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по номеру 1-888-392-3644. Это ведомство отвечает за защиту ваших прав.

12. Нужно ли платить за участие в программе Health Home?

Нет. Программа Health Home реализуется в рамках Medicaid.

13. Является ли участие в программе Health Home обязательным?

Нет. Вы не обязаны участвовать в программе Health Home.

14. Если я не стану участником программы Health Home, смогу ли я продолжать получать медицинские услуги?

Да. Вы сможете как обычно ходить на приемы к врачам и другим специалистам, получать медицинские услуги и пользоваться своей медицинской страховкой.

15. Если я стану участником программы Health Home сегодня, смогу ли я выйти из нее в любое время?

Да. Вы можете передумать и выйти из программы Health Home в любое время. Однако ваш родитель, опекун или уполномоченный представитель должен будет дать согласие и связаться с вашим координатором медицинского обслуживания, учреждением по координации медицинского обслуживания или сотрудниками программы Health Home.

16. Каков срок действия моего согласия?

Ваше согласие будет действовать в следующих случаях: пока вы не покинете программу Health Home или не прекратите соответствовать критериям участия в программе Health Home, пока программа Health Home действует или пока вы не достигнете соответствующего возраста либо не попадете в ситуацию, чтобы самостоятельно дать согласие и заполнить форму «Согласие на передачу информации участника программы Health Home» (DOH-5055).

17. Если я не стану участником программы Health Home сегодня, смогу ли я потом передумать?

Да. Вы можете стать участником в любое время, если соответствуете установленным критериям.

18. Если у меня появятся вопросы о программе Health Home, я могу обратиться к:

_____ Из _____ В _____
Имя и фамилия координатора медицинского обслуживания Название учреждения по координации медицинского обслуживания Номер телефона
(если известно)

Наименование учреждения программы Health Home: _____ Номер телефона: _____