ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК
Отдел программ медицинского страхования

Согласие на включение участника в программу Health Home
Часто задаваемые вопросы (Frequently Asked Questions, FAQ)
Для использования детьми младше 18 летт

Инструкции: данная форма должна быть выдана детям, не достигшим 18-летнего возраста, которые имеют право на зачисление в программу медицинского ухода «Здоровый дом» (Health Home) а также их родителям, опекунам или законным представителям. Необходимо обсудить с ними этот документ до того, как они заполнят форму *«Согласие на включение участника в программу Health Home в отношении детей младше 18 лет»* (DOH 5200) и форму *«Согласие в рамках программы Health Home / Передача информации / Для использования в отношении детей младше 18 лет»* (DOH 5201). Однако дети, которые являются родителями, беременными и/или состоят в браке, и которые способны предоставить разрешение иным образом, не должны использовать данную форму. Им необходимо предоставить для ознакомления и заполнения форму *«Согласие на передачу информации пациента-участника программы Health Home»* (DOH 5055).

1. Что представляет собой программа Health Home?

Цель программы Health Home состоит в том, чтобы 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** есть люди, которые могут помочь. Они называются «менеджерами по медицинскому обслуживанию» (care managers). У вас, как у участника программы Health Home, будет собственный менеджер по медицинскому обслуживанию.

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

- приемы у медработников (врачей, медсестер, диетологов, консультантов, психиатров, наркологов; учреждения для помощи людям с отставанием в развитии);
- лекарства;
- безопасное жилье;
- страховку, покрывающую медицинский уход и обслуживание; и (или)
- перевозку к месту приемов у специалистов.

Ваш менеджер по медицинскому обслуживанию 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» (team) программы Health Home. Для того чтобы вы получали все, что вам нужно, члены вашей команды должны взаимодействовать друг с другом, обмениваясь вашей медицинской информацией.

Задача вашего менеджера по медицинскому обслуживанию — 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 или более хронических заболеваний,
- иметь потребность в Care Manager, который облегчает получение помощи и услуг; и
- иметь страховку по программ Medicaid.

3. Каковы преимущества участия в программе Health Home?

- У вас будет один менеджер по медицинскому обслуживанию, координирующий уход за вами и получаемые вами услуги.
- Ваш менеджер по медицинскому обслуживанию может помочь вам более эффективно удовлетворять свои медицинские и социальные потребности.
- Ваша команда специалистов готова ответить на любые ваши вопросы.
- Ваш менеджер по медицинскому обслуживанию будет следить за тем, чтобы обслуживающие вас специалисты взаимодействовали друг с другом для поддержания вашего здоровья.

4. Как стать участником программы Health Home?

Ваш родитель, опекун или законный представитель включит Вас в программу Health Home подписав форму *«Согласие на включение участника в программу Health Home в отношении детей младше 18 лет»* (DOH 5200).

В целях включения участника в программу термин «законный 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, вашим специалистам и программе, Health Home будет нужно передавать друг другу вашу медицинскую информацию. Что такое «медицинская информация» (health information)?

Информация о состоянии здоровья включает общие сведения о вашем здоровье. Она также может включать информацию о заболеваниях и травмах, которые были у вас ранее; медицинские документы: рентгеновские снимки, результаты анализов, список препаратов, которые вы принимали. Ваша медицинская информация может относиться к лечению заболеваний, данные о которых требуют особо деликатного обращения, включая, помимо прочего: передающихся половым путем (в том числе ВИЧ); ВИЧ-профилактика (доконтактная и постконтактная профилактика (PrEP/PEP)); психические расстройства; отставания в развитии; лечение от алкогольной или наркотической зависимости.

6. Что предполагает «передача» (sharing) медицинской информации?

Люди, 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 программе Health Home и специалистам 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:

- помочь вам получать помощь,
- облегчить процесс регулирования вашего медицинского обслуживания; и
- следить за тем, чтобы ваша медицинская страховка работала, и за тем, на что она распространяется.

Программы здравоохранения (страховые компании) не смогут использовать эту медицинскую информацию при принятии решения о предоставлении вам страховки. Кроме того, они не смогут использовать эту информацию при принятии решения об оплате ваших счетов за медицинские услуги. У программ здравоохранения есть свои способы получения этой информации.

8. Из каких источников будут получать мою медицинскую информацию?

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

9. Кто может передавать мою медицинскую информацию?

Ваш родитель, опекун или законный представитель решит, кто будет иметь право на передачу вашей медицинской информации, подписав форму *«Согласие в рамках программы Health Home / Передача информации / Для использования в отношении детей младше 18 лет»* (DOH 5201), раздел 1. В целях передачи информации термин «законный представитель» означает любое лицо или учреждение, уполномоченное законодательством штата, племени, военным или другим применимым законом, постановлением суда или согласием действовать от имени какого-либо лица с целью 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 форму *«Согласие в рамках программы Health Home / Передача информации / Для использования в отношении детей младше 18 лет»* (DOH 5201):

- планирование семьи
- экстренная контрацепция
- аборт
- тестирование и лечение венерических заболеваний (в том числе ВИЧ)
- Доконтактная и постконтактная профилактика ВИЧ (PrEP/PEP)
- пренатальный уход, роды/родоразрешение
- лечение наркомании и алкоголизма
- услуги для жертв сексуального насилия

Только если вам уже исполнилось двенадцать лет, ваш врач может попросить у вас разрешение на передачу информации о получаемой вами психиатрической помощи и/или медицинских услугах, оказанных в связи с отставанием в развитии, станет доступной для других.

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 CFR, ч. 2 и 45 CFR, ч. 160 и ч. 164 (именуемые в дальнейшем законом «Об ответственности и переносе медицинской информации» (Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA)). Программа Health Home и специалисты, передающие медицинскую информацию ребенка, должны соблюдать эти законы и нормативные акты.

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

В таком случае вы можете:

- позвонить на горячую линию Medicaid по номеру 1-800-541-2831, или
- обратиться в Департамент здравоохранения и социальных служб США по номеру 1-800-368-1019, или подать жалобу на сайте https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html

Также рекомендуется:

- позвонить одному из специалистов, которым вы разрешили просматривать вашу информацию,
- обратиться к своему менеджеру по медицинскому обслуживанию или в программу Health Home: _____ по номеру _____, или
- позвонить в свою программу управляемого медицинского обслуживания (Managed Care Plan), если вы являетесь участником Managed Care Plan.

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 программеHealth 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. После того, как вам предоставят информацию о программе Health Home и о том, какую помощь вы получите, вы примите решение о том, хотите или нет принять в ней участие.

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 Health Home в любое время?

Да. Вы можете передумать и выйти из программы Health Home в любое время. Но ваш родитель, опекун или законный представитель должен будет подписать форму «*Отзыв согласия участника программы Health Home на включение в программу Health Home и передачу информации — форма для использования в отношении детей младше 18 лет*» (DOH 5202). Если вы выйдете из программы Health Home, вы сможете ходить на приемы к врачам и другим специалистам и получать медицинские услуги, пока у вас есть страховка Medicaid.

16. Каков срок действия моего согласия?

Ваше согласие остается в силе, пока вы его не отзовете или не прекратите участие в программе Health Home либо до прекращения работы программы Health Home.

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

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

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

_____ из _____ в _____

Имя Care Manager | Наименование ведомства по управлению обслуживанием (Care Management Agency) | Номер телефона

Наименование учреждения программы Health Home: _____ Номер телефона: _____