ПРИЛОЖЕНИЕ D

Часто задаваемые вопросы (ЧаВо) для участников программы Medi-Cal

ЧаВо: Обзор пилотной формы ASCMI

1. **Что такое форма ASCMI?**
   Форма ASCMI - это документ, в котором запрашивается ваше согласие на обмен вашей информацией между вашими поставщиками медицинских услуг, включая врачей и персональных координаторов медицинских услуг (также известных как ваши партнеры по медицинскому обслуживанию). Это поможет вам избежать необходимости передавать одну и ту же информацию несколько раз или подписывать новую форму согласия каждый раз, когда требуется передать вашу информацию вашим партнерам по медицинскому обслуживанию. Это также может ускорить получение направлений и назначение встреч с другими поставщиками услуг.

2. **Зачем мне нужно подписывать форму ASCMI?**
   Ваши партнеры по медицинскому обслуживанию смогут лучше определить, направить или помочь скоординировать получение других услуг и поддержки, необходимых для удовлетворения ваших медицинских или иных потребностей. Например, если вам понадобится помощь в поиске жилья и вы подписали форму ASCMI, ваш лечащий врач сможет связать вас с поставщиком жилья в вашем районе и предоставить ему информацию для оказания соответствующих услуг.

3. **Кто может подписывать форму?**
   Форма ASCMI проходит пилотное тестирование в округах Санта-Крус, Сан-Диего и Сан-Хоакин. В настоящее время всем участникам программы Medi-Cal, проживающим в одном из пилотных округов, рекомендуется подписать форму ASCMI.

4. **Почему мне нужно подписать эту форму?**
   Подписание формы ASCMI позволит вашим партнерам по медицинскому обслуживанию обмениваться вашей информацией для координации предоставляемых услуг и подключения вас к медицинскому обслуживанию, льготам, программам, социальным услугам, социальному сопровождению, ресурсам сообщества и другим видам поддержки. Это позволит избежать задержек и необходимости подписывать дополнительные документы для получения необходимых услуг.

5. **Обязательно ли подписывать эту форму?**
   Нет. Подписание формы ASCMI является необязательным и НЕ требуется для получения ухода или услуг.

6. **Что произойдет, если я не подпишу эту форму? Будет ли мне отказано в обслуживании, если я не подпишу эту форму?**
   Если вы решите не подписывать форму, вам не будет отказано в обслуживании или уходе. Однако, если вы подпишете форму ASCMI, ваш партнер по медицинскому обслуживанию будет иметь более широкий доступ к вашей социальной и медицинской информации и сможет лучше координировать предоставление или подключение необходимых услуг. Это избавит вас от необходимости каждый раз передавать свою социальную и медицинскую информацию.

7. **Буду ли я зачислен(а) в программу Medi-Cal или другие виды программ, подписав эту форму?**
   Нет. Подписание формы ASCMI не зачисляет вас в программу Medi-Cal либо другие виды программ и услуг. Однако, если вы подпишете форму ASCMI, ваши партнеры по медицинскому обслуживанию получат информацию, которая поможет определить программы и услуги, на которые вы можете претендовать.

8. **Нужен ли представитель, чтобы подписать эту форму от моего имени?**
   Участники программы Medi-Cal в возрасте до 18 лет: Форму должны подписать как несовершеннолетний участник, так и его родитель или опекун.

   Участники программы Medi-Cal в возрасте 18 лет и старше: Если вам уже исполнилось 18 лет, вам необходимо лично подписать эту форму, если только у вас нет опекуна, который действует от вашего имени.

9. **Что происходит после подписания формы ASCMI?**
   Запись вашей подписи хранится в «службе управления согласием», являющейся защищенной онлайн-платформой. Вы и ваши партнеры по медицинскому обслуживанию могут получить доступ к службе управления согласием, чтобы в любое время изменить или отозвать свое разрешение. Ваши партнеры по медицинскому обслуживанию предоставят вам инструкции о том, как получить доступ к службе управления согласием.

10. **Если я передумаю, как мне изменить или отозвать свое разрешение?**
    Вы можете изменить или отозвать свое разрешение, связавшись со своими партнерами по медицинскому обслуживанию и сообщив им о своем желании. Дополнительную информацию об отзыве разрешения с помощью телемедицины см. в п.15 ЧаВо. Вы также можете отозвать или удалить свое разрешение, войдя в службу управления согласием и обновив свои предпочтения.

11. **Как можно получить копию этой формы?**
    Вы можете запросить копию у своих партнеров по медицинскому обслуживанию.

12. **В чем разница между защищенной информацией о состоянии здоровья, информацией о состоянии психического здоровья и информацией о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ?**
Защищенная информация о состоянии здоровья обычно включает в себя информацию о состоянии вашего здоровья, которая хранится у ваших поставщиков медицинских услуг и в вашем медицинском страховом плане, включая информацию о состоянии физического здоровья, информацию о состоянии психического здоровья и информацию о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Вся защищенная информация о состоянии здоровья защищена Законом о преемственности страхования и отчётности в области здравоохранения от 1996 года (HIPAA). Чтобы узнать больше о HIPAA, посетите сайт HHS.gov. Информация о состоянии психического здоровья и информация о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ - это виды защищенной информации о состоянии здоровья, на которые в соответствии с федеральным законодательством могут распространяться дополнительные меры защиты.

13. **Может ли быть передана моя конфиденциальная информация, даже если я не подпишу эту форму?**
Да, некоторые сведения о вас могут быть переданы, даже если вы не подпишете форму. Например, ваши лечащие врачи как правило могут обмениваться вашей информацией для оказания помощи в лечении.

14. **Если я подпишу эту форму, будет ли передана вся моя конфиденциальная информация?**
Даже если вы подпишете эту форму, определенная конфиденциальная информация не будет передана без вашего дополнительного согласия.
    - Защищенная информация о состоянии здоровья, связанная с лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, может быть передана только в случае вашего специального письменного согласия, для чего вам нужно поставить отметку в соответствующем пункте в Части 7: Разрешение формы ASCMI.
    - Определенная информация о состоянии психического здоровья, например, записи сеансов с вашим терапевтом, также требует вашего специального согласия для дальнейшей передачи.

15. **Могу ли я подписать эту форму по телефону или во время онлайн-консультации. Если да, то как?**
Да. Электронная подпись является действительной, и согласно федеральному законодательству может также включать ваше согласие в виде устной записи. Ваши партнеры по медицинскому обслуживанию могут прислать вам электронную копию для подписания. Ваши партнеры по медицинскому обслуживанию могут также зачитать вам форму ASCMI и записать ваше устное согласие.

ЧаВо: Раскрытие информации

16. **Что делать, если я не хочу делиться всеми видами информации, перечисленными в Части 2: Виды вашей информации, на обмен которой вы даете разрешение, в форме ASCMI. Могу ли я выбрать, какие виды информации могут подлежать раскрытию?**
    В настоящее время вы можете выбрать, подлежит ли раскрытию ваша информация о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, установив отметку в Части 7: Разрешение формы ASCMI.

    На данный момент у вас нет возможности сделать другой выбор.

17. **Если я подпишу эту форму, будет ли информация о моем репродуктивном здоровье передана моим партнерам по медицинскому обслуживанию? Сможет ли информация о моем репродуктивном здоровье быть передана поставщикам услуг или государственным учреждениям за пределами Калифорнии?**
    Информация о вашем репродуктивном здоровье, например, информация, касающаяся фертильности, противозачаточных средств, беременности и абортов, является защищенной информацией о состоянии здоровья. Подписывая эту форму, вы даете согласие на передачу вашей информации о репродуктивном здоровье партнерам по медицинскому обслуживанию и их подрядчикам только в целях, описанных в Части 1: Цели формы ASCMI и только в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата.

    Например, если ваши врачи знают, что вы беременны, они могут помочь вам получить надлежащее медицинское обслуживание и доступ к другим ресурсам. Данная форма не позволяет передавать эту информацию государственным учреждениям за пределами Калифорнии.

ЧаВо: Организации, которые отправляют и получают мои данные

18. **Кто отправляет мои данные? Кто получает мои данные?**
    Ваши партнеры по медицинскому обслуживанию, перечисленные в Части 3: Вашими данными будут обмениваться источники и получатели вашей информации, указанной в форме ASCMI Например, ваш врач может передать информацию о вашем жилье вашей компании медицинского страхования, чтобы его представители помогли записать вас в службу общественной поддержки (Community Supports) для получения услуг, связанных с жильем.

19. **Если я не хочу передавать свою информацию всем организациям, перечисленным в Части 3: Источники и получатели вашей информации. Могу ли я выбрать, какие организации могут обмениваться моей информацией?**
В настоящее время у вас нет возможности выбрать отдельные организации, которые могут обмениваться вашей информацией. Ваше согласие будет распространяться на всех партнеров по медицинскому обслуживанию, перечисленных в Части 3: Источники и получатели вашей информации в форме ASCMI. Эти организации являются поставщиками медицинских услуг и другой общественной поддержки, и они должны соблюдать все законы, защищающие вашу информацию.

20. **Может ли моя информация быть передана организациям, не перечисленным в Части 3: Источники и получатели вашей информации в форме ASCMI.**
В некоторых случаях ваша информация может быть передана другим организациям, но только если это разрешено законом. Например, некоторые учреждения в области здравоохранения могут иметь законное право получить вашу информацию, даже если вы не подписываете форму, разрешающую им ознакомиться с ней.

21. **При подписании этой формы получают ли доступ к моей конфиденциальной информации полиция или иммиграционные службы?**
Нет, подписание формы ASCMI не дает доступа к вашей конфиденциальной информации полиции или иммиграционным службам. Если данные организации захотят получить вашу информацию, им придется получить для этого другие законные основания (например, постановление суда).

22. **Если мне не исполнилось 18 лет, будет ли моя конфиденциальная информация передана моим родителям или законным опекунам?**
В некоторых случаях ваша конфиденциальная информация может быть передана вашему родителю или законному опекуну. Родители и опекуны часто имеют право видеть информацию о своих детях, не достигших 18 лет.

    Однако родитель или опекун не будет иметь права доступа к записям об услугах, на которые несовершеннолетний имеет право дать согласие без участия родителей, например, некоторые услуги по охране репродуктивного здоровья, лечение психических заболеваний и лечение наркотической зависимости. Например, если вам уже исполнилось 12 лет и вы принимаете противозачаточные средства, ваш родитель не будет иметь права доступа к вашим записям о противозачаточных средствах.

23. **Могу ли я узнать, кому была передана моя конфиденциальная информация?**
Да, вы можете получить список ваших партнеров по медицинскому обслуживанию, которым была передана ваша информация. Для этого обратитесь в службу обмена медицинской информацией или общественную службу обмена информацией, которая обеспечивает обмен данными в вашем округе.

ПРИЛОЖЕНИЕ E
Глоссарий

- **Свод федеральных нормативных актов 24, часть 2 (42 C.F.R. Часть 2)**: Федеральное законодательство, призванное защитить конфиденциальность информации о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и гарантировать, что такая информация не будет использована против пациента в уголовном процессе, при опеке над детьми, разводе или трудоустройстве. Полный текст федерального закона *(«Раскрытие информации о пациентах с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ», Управление по надзору за злоупотреблением психоактивными веществами и психическим здоровьем)* см. здесь.

- **Программа California Advancing and Innovating Medi-Cal (CalAIM)**: Многолетняя инициатива Департамента здравоохранения по внедрению всеобъемлющих изменений политики во всех системах предоставления услуг программы Medi-Cal со следующими целями:
    - Выявление и удовлетворение всесторонних потребностей с помощью подходов, предусматривающих комплексную заботу о человеке и социальные факторы здоровья.
    - Улучшение качества результатов, сокращение неравенства в области здравоохранения и реформирование системы предоставления услуг посредством инициатив, основанных на ценностях, модернизации и реформы оплаты.
    - Превращение Medi-Cal в более последовательную и бесперебойную систему, в которой участникам программы будет гораздо легче ориентироваться за счет снижения сложности и повышения гибкости.

  (CalAIM, DHCS)

- **Партнеры по медицинскому обслуживанию**: Организации и учреждения, от которых вы получали, получаете или будете получать льготы, лечение или услуги. См. Часть 3: "Источники и получатели вашей информации формы ASCMI" для получения дополнительной информации.

- **Общественный информационный обмен (Community Information Exchange, CIE)**: Позволяет сети многопрофильных поставщиков и партнеров получать надлежащий доступ, интегрировать и надежно обмениваться информацией о физических, социальных и других услугах для населения для координации ухода и обеспечения проактивного, личностно-ориентированного комплексного ухода за членами программы.

- **Обмен медицинской информацией**: Электронный обмен медицинской информацией позволяет врачам, медсестрам, фармацевтам, другим поставщикам медицинских услуг и пациентам получать надлежащий доступ к жизненно важной медицинской информации пациента и надежно

обмениваться ею в электронном виде, что повышает скорость, качество, безопасность и стоимость обслуживания пациентов *(Управление национального координатора по информационным технологиям здравоохранения США).*

- **Индивидуальная образовательная программа**: Письменное заявление для ребенка с ограниченными возможностями, которое разрабатывается, проверяется и пересматривается в соответствии с §§ 300.320 - 300.324 *(Свод федеральных нормативных актов 34 (34 CFR) § 300.22 - Индивидуальная образовательная программа).*

- **Медицинская страховая компания Medi-Cal:** Медицинская страховая компания, заключившая контракт с Департаментом здравоохранения на предоставление услуг по охране физического и психического здоровья легкой и средней степени тяжести участникам программы Medi-Cal через сеть поставщиков по фиксированной ставке. Медицинские страховые компании уделяют особое внимание первичному и профилактическому уходу *(Предложение CalAIM, январь 2021 года)*.

- **Управление здоровьем населения**: Согласованный, общенациональный подход, обеспечивающий участникам программы Medi-Cal доступ к комплексной программе, которая ведет к более долгой, здоровой и счастливой жизни. В рамках управления здоровьем населения будет разработан комплексный, подотчетный план действий по удовлетворению потребностей и предпочтений участников на протяжении всего периода обслуживания *(Инициатива CalAIM PHM - веб-страница Департамента здравоохранения)*.

- **Защищенная информация о состоянии здоровья**: Информация о состоянии здоровья, созданная или хранящаяся в организациях, участвующих в медицинской программе (например, медицинских планах и поставщиках медицинских услуг), которая в соответствии с федеральным законодательством является конфиденциальной. Обмен защищенной информацией о состоянии здоровья может осуществляться без вашего согласия только при определенных обстоятельствах, например, организациями, участвующими в медицинской программе (и их деловыми партнерами) для целей лечения, оплаты или операций в сфере здравоохранения, или для соблюдения действующего законодательства. У вас есть определенные права на вашу защищенную информацию о состоянии здоровья, включая, но не ограничиваясь следующими:

- Вы можете попросить посмотреть или получить копию вашей медицинской карты и другой информации о состоянии здоровья.
- Вы можете узнать, как информация о вашем состоянии здоровья используется и передается вашим врачом или медицинской страховой компанией.
- Вы можете сообщить своим поставщикам услуг или компаниям медицинского страхования о наличии информации, которой вы не хотите делиться.

(«Что такое защищенная информация о состоянии здоровья?» и «Ваши права на конфиденциальность информации о состоянии здоровья», Министерство здравоохранения и социального обеспечения США)