



## Информационный листок о порядке обмена медицинской информацией

---

Чтобы предложить вам наилучшее обслуживание, NYSDOH предоставляет поставщикам возможность обмена вашей медицинской информацией через компьютерную сеть SHIN-NY (State Health Information Network for New York). VNS Health участвует в **SHIN-NY** в соответствии с федеральными нормативными актами и нормативными актами штата, допускающими передачу медицинской информации другим поставщикам услуг для ознакомления с ней и повышения качества, согласованности и эффективности ухода при соблюдении конфиденциальности и безопасности пациента.

**SHIN-NY** — это «сеть сетей», объединяющая восемь региональных Аттестованных организаций (QEs) по всему штату Нью-Йорк. Каждая Аттестованная организация (или RHIO) имеет собственную сеть, которая занимается сбором электронной медицинской документации от участвующих поставщиков.

VNS Health работает со следующими некоммерческими Региональными организациями по обмену медицинской информацией (Regional Health Information Organizations, RHIO): Bronx RHIO и Healthix с целью предоставления вашей демографической и медицинской информации сети SHIN-NY.

Просим подписать одобренную NYSDOH форму согласия на доступ VNS Health к информации о вас и получение ее от SHIN-NY. VNS Health получит от SHIN-NY доступ к вашей медицинской информации только при наличии вашего письменного разрешения на это в нашей Форме согласия.

Ваше согласие останется в силе, пока вы не решите его отменить. Вы можете отменить согласие в любое время, заполнив новую форму, в которой вы отказываете VNS Health в доступе к вашей информации в SHIN-NY.

Дополнительную информацию можно найти на веб-сайте:  
[nyhealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny](http://nyhealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny)

### Часто задаваемые вопросы об обмене медицинской информацией

#### Какие поставщики медицинских услуг смогут получать мою информацию?

VNS Health является участником нескольких Региональных организаций по обмену медицинской информацией в Нью-Йорке и прилегающих территориях. Перечень поставщиков, относящихся к каждой из этих организаций, находится на нашем веб-сайте [vnshealth.org/health-information-exchange](http://vnshealth.org/health-information-exchange) и регулярно обновляется.

Если больницы, врачи, медсестры и другие поставщики медицинских услуг будут иметь доступ к вашей медицинской информации, они смогут предоставить вам лучшее лечение и обслуживание. Чтобы ваши поставщики могли оказывать вам первоклассную помощь, сеть SHIN-NY позволяет им быстро и конфиденциально получать доступ к актуальной информации о состоянии вашего здоровья, включая результаты лабораторных тестов, историю болезни, список принимаемых лекарств, сведения о наличии аллергии и иные медицинские сведения.



## Информационный листок о порядке обмена медицинской информацией

---

### **Каким образом предоставление моей медицинской информации улучшит качество обслуживания?**

Сеть SHIN-NY способствует улучшению качества вашего обслуживания, поскольку дает поставщикам возможность координировать свои услуги. Ваша медицинская документация будет более полной, и это поможет снизить количество ошибок и избежать повторного проведения дорогостоящих тестов и процедур. Все ваши врачи и другие поставщики медицинских услуг будут получать одинаковую информацию и смогут ставить более точные диагнозы и назначать более целенаправленное лечение.

### **Является ли моя медицинская информация защищенной и конфиденциальной?**

Безусловно. Поставщики соблюдают требования федерального законодательства и законодательства штата в отношении конфиденциальности медицинской информации. SHIN-NY обязуется не передавать вашу медицинскую информацию никому без вашего согласия, за исключением особых (чрезвычайных) обстоятельств, когда доступ к вашей информации имеет критическое значение для вашего здоровья или общественной безопасности.

### **Каковы мои права?**

Как пациент/участник, вы имеете право решать, предоставлять или нет VNS Health доступ к вашей электронной медицинской информации. Если вы решили не давать письменного разрешения, VNS Health не получит доступ к вашей информации через RHIO. Если вы дали письменное разрешение, но передумали, вы можете отменить его, заполнив новую форму, в которой отказываете VNS Health в праве доступа к вашей информации в SHIN-NY.

Если вы решили не давать согласия, VNS Health не получит доступ к медицинской информации, которая может оказаться важной и полезной для вашего лечения. Если у вас есть вопросы о конфиденциальности, см. совместное уведомление HIPAA о порядке использования конфиденциальной информации VNS Health OHCA ([Joint HIPAA Notice of Privacy Practices of VNS Health OHCA](https://vnshealth.org/hipaa)) ([vnshealth.org/hipaa](https://vnshealth.org/hipaa)) полученное вами при госпитализации (если вам требуется еще один экземпляр, обратитесь к своей медсестре или терапевту службы VNS Health).

### **К кому можно обратиться за дополнительной информацией?**

Если вы хотите задать вопрос или получить дополнительную информацию, обратитесь к **VNS Health Privacy Officer**: 220 East 42nd Street, 6th Floor, New York, NY 10017; [VNSHealthCompliance@vnshealth.org](mailto:VNSHealthCompliance@vnshealth.org).

Отдельные операции сетей обмена медицинской информацией (Health Information Exchanges, HIE) и/или участвующие в них поставщики медицинских услуг иногда могут меняться без уведомления, но актуальная версия соответствующего документа всегда находится на нашем веб-сайте по адресу [vnshealth.org/health-information-exchange](https://vnshealth.org/health-information-exchange).

## Существует ли риск кражи идентификационных данных?

Для выставления счета VNS Health предоставляет *только* необходимую медицинскую информацию, а также информацию о медицинском страховании. Мы обязуемся не предоставлять вашу финансовую информацию сетям НІЕ. Кроме того, сети НІЕ используются только поставщиками медицинских услуг, которым требуется ваша медицинская информация для повышения качества оказываемых услуг. Доступ к вашей информации имеют только поставщики, получившие от вас соответствующее разрешение и обязавшиеся соблюдать строгие меры и процедуры по соблюдению безопасности и конфиденциальности. Специальная технология исключает возможность несанкционированного просмотра вашей персональной и конфиденциальной информации.

## Примечание о деликатной информации.

Если вы дали согласие, VNS Health сможет получать доступ ко всей вашей медицинской информации, имеющейся в электронном виде, через указанные RHIO, которые могут раскрывать VNS Health всю вашу медицинскую информацию. В состав вашей медицинской информации входят, в частности, медицинские документы и другая соответствующая медицинская информация: история перенесенных заболеваний или травм (например, диабет или перелом), результаты обследований (например, рентгеновские снимки или анализы крови), а также перечни лекарств, которые вы принимали. Эта информация может быть получена от других поставщиков медицинских услуг и страховых планов. Кроме того, может быть предоставлен доступ к прочим данным об оказываемых вам услугах, например, персональной и конфиденциальной информации, которая может быть использована для вашей идентификации; информации о вас и вашей семье; финансовой информации и реквизитах для выставления счетов.

Обратите внимание, что сведения о состоянии вашего здоровья могут касаться таких деликатных вопросов, как:

- алкогольная и наркотическая зависимость;
- использование средств контрацепции и аборт (планирование семьи);
- рак;
- генетические (наследственные) заболевания и тестирование для их выявления, а также тесты на генетическую предрасположенность;
- ВИЧ/СПИД;
- психические заболевания, умственная отсталость и нарушения развития;
- инфекционные заболевания, в том числе венерические и передающиеся половым путем.

## Разрешение

Чтобы дать письменное согласие на предоставление информации сетям НІЕ, необходимо заполнить отдельную Форму согласия.



Разрешение на доступ к информации пациента/участника  
при посредничестве организации по обмену медицинской информацией

Имя и фамилия пациента/участника	Дата рождения	Идентификационный номер пациента/участника
Адрес пациента/участника		

Прошу предоставлять доступ к медицинской информации об оказываемых мне помощи и лечении в порядке, предусмотренном в настоящей форме. Я могу по своему усмотрению разрешать или не разрешать поставщикам медицинских услуг VNS Health и планам медицинского страхования получать доступ к моей медицинской документации через организации по обмену медицинской информацией Bronx RHIO и Healthix. Поставщики медицинских услуг под названием VNS Health Home Care, VNS Health Hospice Care, VNS Health Personal Care, Medical Care at Home, P.C. и VNSNY Care Management IPA, а также планы медицинского страхования VNS Health в данной форме совместно именуется VNS Health. Если я предоставляю согласие, моя медицинская информация из различных учреждений, оказывающих мне медицинские услуги, станет доступной через действующую по всему штату компьютерную сеть. Bronx RHIO и Healthix — это некоммерческие организации, осуществляющие обмен электронной информацией о состоянии здоровья граждан, соблюдающие стандарты конфиденциальности и безопасности, установленные Законом о преювенности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) и законодательством штата Нью-Йорк, и являющиеся участниками SHIN-NY (государственной медицинской информационной сети Нью-Йорка). Более подробную информацию об этих организациях можно найти на их веб-сайтах:

- [BronxRHIO.org](http://BronxRHIO.org)
- [Healthix.org](http://Healthix.org)

Принимаемое мной решение при заполнении настоящей формы НЕ повлияет на возможность получения мной медицинской помощи. Принимаемое мной решение при заполнении настоящей формы НЕ позволит страховым компаниям получать доступ к моей информации в целях принятия решения о предоставлении мне медицинского страхования или о покрытии расходов за медицинские услуги.

<p><b>Мое решение о согласии.</b> Слева от моего решения отмечен ОДИН пункт. Я могу заполнить эту форму сейчас или позже. Я также могу изменить свое решение в любое время, заполнив новую форму.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ</b> на доступ VNS Health ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через Bronx RHIO и Healthix в целях оказания медицинской помощи.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ</b> на доступ VNS Health к моей электронной медицинской информации через Bronx RHIO и Healthix в каких-либо целях.</p>

Если я не хочу давать согласия на то, чтобы все организации-поставщики медицинских услуг и планы медицинского страхования, сотрудничающие с Bronx RHIO и/или Healthix, имели доступ к моей электронной медицинской информации через Bronx RHIO и/или Healthix, я могу сделать это через их веб-сайты или по следующим номерам телефонов:

- [BronxRHIO.org](http://BronxRHIO.org) (718) 708-6630
- [Healthix.org](http://Healthix.org) (877) 695-4749

**Я получил(а) ответ на вопросы, касающиеся настоящей формы, а также получил(а) ее экземпляр.**

Подпись пациента/участника или законного представителя	Дата
Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (в соответствующем случае)	Кем законный представитель приходится пациенту/участнику (в соответствующем случае)

**Описание информации, доступ к которой предоставляется через Bronx RHIO и Healthix, и разъяснение процедуры согласия:**

- 1. Как может быть использована ваша информация.** Ваша электронная медицинская информация будет использоваться **только** для оказания следующих медицинских услуг:
  - **Лечение.** Оказание вам медицинской помощи и сопутствующих услуг.
  - **Проверка соответствия критериям страхования.** Проверка наличия у вас полиса медицинского страхования и объема страхового покрытия.
  - **Деятельность по управлению медицинскими услугами.** К этой деятельности относится содействие в получении необходимой медицинской помощи, повышение качества и координация предоставляемых медицинских услуг и поддержка, оказываемая вам в целях реализации плана медицинского обслуживания.
  - **Деятельность, направленная на повышение качества.** Оценка и повышение качества медицинского обслуживания всех пациентов, включая вас.
- 2. Какая информация о вас включена в обмен.** Если вы даете согласие, то указанные поставщик(и) медицинских услуг и/или план(ы) медицинского страхования могут получить доступ ко ВСЕЙ вашей электронной медицинской информации через Bronx RHIO и Healthix. Согласие распространяется на информацию, собранную как до, так и после даты заполнения данной формы. В вашей медицинской документации может содержаться информация о заболеваниях или травмах (например, о диабете или переломах), результаты обследований (например, рентгеновские снимки или анализы крови), а также перечни лекарств, которые вы принимали. Эта информация может касаться таких деликатных вопросов, как:


• алкогольная и наркотическая зависимость, в т. ч. диагностика зависимости	• заболевания, передающиеся половым путем	• информация о трудоустройстве
• использование средств контрацепции и аборт (планирование семьи)	• принимаемые лекарства и дозировки	• домашняя обстановка
• генетические (наследственные) заболевания и результаты генетических тестов	• диагностическая информация	• меры социальной поддержки
• ВИЧ/СПИД	• аллергические заболевания	• данные обращений за страховыми выплатами
• психические заболевания	• краткие сведения об истории употребления психоактивных веществ	• лабораторные анализы
	• клинические заметки	• история травм
	• выписные эпикризы	• история обращений за страховыми выплатами в рамках медицинского страхования
- 3. Откуда поступает информация о состоянии вашего здоровья.** Информация о вас поступает из учреждений и от поставщиков услуг, которые предоставили вам медицинское обслуживание или медицинскую страховку. Это могут быть больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховые медицинские компании, программа Medicaid и другие организации, осуществляющие обмен электронной медицинской информацией. Их актуальный и полный перечень можно получить, обратившись в Bronx RHIO и Healthix. Вы можете в любое время получить обновленный перечень на сайтах данных учреждений и поставщиков или связаться с ними по телефону.
  - [BronxRHIO.org](http://BronxRHIO.org) (718) 708-6630
  - [Healthix.org](http://Healthix.org) (877) 695-4749
- 4. Кто получит доступ к информации, если вы дадите согласие.** Только осуществляющие указанные в настоящей форме (см. п. 1) виды деятельности врачи и другие штатные сотрудники организаций, на которые распространяется данное вами согласие.
- 5. Доступ со стороны государственных организаций здравоохранения и организаций трансплантационной координации.** Государственные организации здравоохранения федерального уровня, уровня штата и местного уровня, а также некоторые организации в сфере трансплантационной координации по закону имеют право доступа к медицинской информации без согласия пациента в определенных целях, связанных с здравоохранением и трансплантацией органов. Эти организации могут получить доступ к вашей информации через Bronx RHIO и Healthix в указанных целях независимо от того, давали ли вы согласие и заполняли ли настоящую форму.

6. **Санкции за неправомерный доступ к вашей информации или ее использование.** За неправомерный доступ или использование вашей электронной медицинской информации предусмотрены санкции. Если вы подозреваете, что кто-либо неправомерно осуществил доступ к вашей медицинской информации, позвоните в Visiting Nurse Service of New York по номеру (212) 290-4773, посетите указанные выше сайты Bronx RHIO и/или Healthix, позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS Department of Health) по номеру (518) 474-5423 или подайте жалобу в федеральное Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights), пройдя по следующей ссылке: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
7. **Повторное раскрытие информации.** Любые организации, которым вы разрешили доступ к медицинской информации, могут в дальнейшем раскрывать ее другим лицам, но только в предусмотренных федеральными законами и нормативными актами пределах. Информация о лечении алкогольной/наркотической зависимости или конфиденциальная информация о ВИЧ-инфекции могут быть раскрыты в дальнейшем другим лицам только в том случае, если раскрытие сопровождается соответствующими гарантиями запрета на последующее раскрытие.
8. **Срок действия.** Настоящая форма согласия действует до тех пор, пока вы не измените свое решение о согласии, или до тех пор, пока Bronx RHIO и/или Healthix не прекратят свою деятельность (**либо по истечении 50 лет после вашей смерти; в зависимости от того, что произойдет раньше**). Если Bronx RHIO и/или Healthix объединятся с другой аттестованной организацией, для вновь образованной организации ваше решение о согласии останется в силе.
9. **Изменение решения о согласии.** Вы можете изменить решение о согласии в любое время и в отношении любого поставщика медицинских услуг или плана медицинского страхования; для этого необходимо представить новую заполненную форму согласия с вашим новым решением. Организации, имеющие доступ к вашей медицинской информации через Bronx RHIO и/или Healthix в течение срока действия вашего согласия, могут копировать или вносить вашу информацию в собственные медицинские документы. Даже если вы впоследствии решите отменить согласие, они не обязаны возвращать эту информацию или удалять ее из своих документов.
10. **Копия формы.** Вы имеете право на получение экземпляра настоящей Формы согласия.