



Партнерство HEALTH SHARE OF OREGON
ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В
ТРЕХ ОКРУГАХ

Сеть учреждений по охране
психического здоровья
округов Клакамас,

УЧАСТНИКИ вправе:

1. Выбирать подходящие им услуги и варианты поддержки, которые предоставляются и входят в их план обслуживания. Услуги учитывают культурные особенности и предоставляются на уровне местного сообщества. Участники вправе получать социальные услуги и поддержку от поставщиков услуг, которые понимают их культуру, в любой точке штата Орегон.
2. Получать услуги, которые не мешают им жить и обеспечивают максимальную степень самостоятельности.
3. Выбирать поставщика услуг в сфере психического здоровья и по мере необходимости вносить изменения в рамках правил партнерства Health Share. Обращаться к поставщику услуг, предоставляемых в рамках программы, без предварительного получения одобрения другого поставщика услуг. Для получения услуг более высокого уровня может потребоваться разрешение, выданное планом предоставления услуг в сфере психического здоровья Health Share Behavioral Health.
4. Получать заранее одобренные и необходимые с медицинской точки зрения услуги по профилактике, предусмотренные планом предоставления услуг в сфере психического здоровья участников, или получать направления к узким специалистам для получения соответствующих услуг. Получать экстренные услуги в сфере психического здоровья 24 часа в сутки, семь дней в неделю.
5. Предоставить письменное информированное согласие до начала получения услуг, кроме случаев, требующих экстренного медицинского вмешательства, или других случаев, предусмотренных законом. Участники вправе отказаться от получения услуг и получить информацию о последствиях такого решения, кроме случаев, когда такие услуги должны быть предоставлены по решению суда.
6. Делать заявления в отношении лечения психического заболевания, если участник с правовой точки зрения является взрослым.
7. Получить письменные материалы о своих правах, обязанностях и выгодах. Получить письменные инструкции о том, как получить доступ к услугам, а также что делать в экстренных случаях. Получить объяснение этих материалов и всех прочих письменных материалов таким образом, чтобы обеспечить их понимание участником. Получить информацию о совместной работе поставщиков по предоставлению услуг.
8. Получить информацию о том, какие услуги покрываются программой, а какие нет. Получить информацию о результатах и рисках, связанных с предлагаемыми услугами и поддержкой, чтобы иметь возможность принять информированное решение.
9. Получить необходимые услуги для диагностики своего состояния или состояния своих детей, а также получить информацию об этом состоянии.
10. Получать уход, которого они ожидают и заслуживают, и который был одобрен их поставщиками услуг, работать с постоянной командой поставщиков услуг, которая будет способствовать удовлетворению их потребностей в лечении и уходе, а также не ложиться в больницу и получать услуги в сфере психического здоровья в том месте, где им будет удобно находиться. Участники также смогут получить дополнительную консультацию специалистов бесплатно.
11. Принимать участие в разработке письменного плана предоставления услуг. Получать услуги в соответствии с таким планом. Принимать участие в периодическом пересмотре потребностей в услугах и поддержке. Получить письменную копию этого плана.
12. Общаться с поставщиком услуг и рассчитывать на сохранение конфиденциальности всего сказанного. А также рассчитывать на сохранение конфиденциальности информации, содержащейся в их медицинских карточках, кроме случаев, когда раскрытие такой информации предусмотрено законом.
13. Иметь медицинскую карточку, в которой будет описано их состояние здоровья, полученные услуги и будут отражены любые направления для получения услуг. Ознакомиться со своей карточкой, а также требовать передачи своей карточки другому поставщику услуг и требовать внесения исправлений в случае, если в медицинской карточке представлена неверная информация.
14. Получать информацию о том, как может использоваться и кому может предоставляться их медицинская информация, а в случае ее фактического предоставления кому-либо – получить отчет с объяснением того, как произошло такое предоставление и почему.
15. Дать свое согласие на предоставление своей клинической информации тем, с кем они решили ею поделиться.
16. Своевременно получать уведомления в случае отмены записи на прием или процедуру.
17. Получать уведомления о завершении предоставления услуг или переводе до такого завершения или перевода. Такие уведомления не предоставляются, если ситуация, вызвавшая завершение предоставления услуг или перевод, создает угрозу жизни и здоровью. В случае несогласия участники вправе потребовать проведения слушания в Управлении здравоохранения Орегона.
18. Получить письменное уведомление в случае отказа в предоставлении услуг, запрошенных участниками или их поставщиками услуг. Получить письменное уведомление в случае изменения уровня обслуживания, с которым они не согласны.
19. Молодые люди в возрасте младше 18 лет вправе иметь равный доступ к услугам и учреждениям в соответствии с обязательствами согласно ORS 417.270. Дети могут пользоваться всеми правами, указанными в ORS 109.610 - 109.697 включительно, а дети, находящиеся на учете отдела по охране детства Управления здравоохранения Орегона, могут пользоваться всеми правами, предусмотренными ORS 426.385.
20. Получать информацию о политиках и процедурах организации, предоставляющей услуги. Получать информацию о договорах о предоставлении услуг и стоимости услуг. Получить помощь родителя-опекуна, попечителя или представителя в понимании предоставленной информации.
21. Рассчитывать на присутствие друзей, родственников (включая родителей несовершеннолетних участников, получающих услуги) или адвокатов вместе с ними на приемах у врача. Эти лица также могут находиться вместе с участниками и в другие моменты по мере необходимости (и если это уместно). Они могут присутствовать вместе с участниками во время планирования и предоставления услуг.
22. Получать бесплатную помощь переводчика (устного и письменного) и сотрудников, которые говорят с ними на одном языке. Получать информацию в понятном формате, в том числе и на других языках, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или представленную в электронной форме. Если у участника есть страховка Medicare вследствие его инвалидности, ему будет представлена информация о причитающихся ему льготах в оптимальной для него форме.
23. Получать информацию о своих правах в начале предоставления услуг и периодически после этого. Все права, описанные в этом правиле, можно реализовывать, не боясь какого-либо наказания за это.
24. Рассчитывать на уважительное отношение к себе, сохранение чувства собственного достоинства и отсутствие какой-либо дискриминации при получении или льгот и услуг. Иметь свободу вероисповедания. Получать лечение таким же образом, как и другие лица, которые его получают, и использовать прочие страховые льготы. Не принимать участия в экспериментальном лечении. Получать лекарства, соответствующие их потребностям.
25. Не подвергаться насилию, злоупотреблениям или халатному отношению. Сообщать о любых проявлениях насилия, злоупотреблений или халатного отношения со стороны поставщика услуг, не боясь мести или преследования.
26. Не подвергаться изоляции и ограничениям, кроме случаев, предусмотренных административным законодательством штата Орегон.
27. Подавать жалобы и получать на них ответ. Также можно подавать апелляцию на решение, принятое по итогам рассмотрения жалобы, и требовать проведения слушания в Управлении здравоохранения Орегона.
28. Подписывать формы предварительных указаний, такие как «завещание о жизни» или доверенность. В таких документах объясняется уход, который участник хочет или не хочет получать в случае, если он не сможет самостоятельно принимать решения о лечении его заболеваний, зависимостей, психических заболеваний, или о проведении операций.
29. Получать информацию о поставщиках услуг, которые сотрудничают с Health Share, предоставляемых ими услугах, а также своих правах и обязанностях как участников. Также можно вносить предложения о политике прав и обязанностей и спрашивать своего поставщика услуг от Health Share о своих правах. При возникновении подозрений об ущемлении прав участника можно подать жалобу поставщику услуг такого участника или направить ее в страховую компанию или в отдел обслуживания клиентов подразделения программ медицинской помощи (Client Services Unit of the Division of Medical Assistance Programs), позвонив по телефону 1-800-273-0557 или ТТТ 1-503-378-6791.
30. Получить информацию о профессиональной подготовке поставщика услуг, позвонив в отдел обслуживания клиентов. Также можно получить информацию о том, как работает партнерство Health Share и его программы.

УЧАСТНИКИ ОБЯЗАНЫ:

1. Выбрать организацию по предоставлению скоординированного обслуживания. Выбрать поставщика услуг в сфере психического здоровья.
2. Помочь своему поставщику услуг получить предыдущие записи, связанные с их психическим здоровьем, или заполнить новые формы.

- 3. Честно делиться своими проблемами и потребностями в сфере психического здоровья. Предоставлять своему поставщику (или поставщикам) услуг точную информацию.
- 4. Задавать вопросы о том, что им не ясно, в том числе о поставленном диагнозе и лечении.
- 5. Помогать своему поставщику в разработке плана предоставления услуг или позволить кому-либо из своих друзей или родственников сделать это вместо них. Участники могут одобрить план до начала его реализации, а также должны выполнять его после того, как он будет одобрен.
- 6. Использовать информацию, полученную от поставщиков услуг, для принятия оптимальных решений о своем лечении до его начала.
- 7. С уважением и вежливо относиться к поставщикам услуг и персоналу плана предоставления услуг в сфере психического здоровья Орегона Health Share of Oregon Behavioral Health.
- 8. Вовремя являться на все приемы к врачу и процедуры. Звонить поставщику услуг в случае, если они опаздывают или не могут прийти на прием к врачу или процедуру.
- 9. Сообщать поставщикам о том, что они являются участниками плана предоставления услуг в сфере психического здоровья Орегона Health Share of Oregon Behavioral Health до начала получения услуг.
- 10. Иметь при себе идентификационную карточку DMAP Medical Care ID каждый раз при необходимости получения услуг. Сообщать своему поставщику услуг о любых прочих имеющихся у них страховках.
- 11. Сообщать сотрудникам плана Health Share Oregon Behavioral Health о наличии каких-либо ресурсов третьих сторон, за счет которых могут быть оплачены предоставляемые им услуги.
- 12. При необходимости оплачивать свои ежемесячные взносы в план ОНР. Оплачивать любые виды лечения или услуг, которые не покрываются в рамках данного плана. Более подробная информация содержится в OAR 410-120-1200 и OAR 410-120-1280.
- 13. Пользоваться услугами выбранного поставщика услуг для удовлетворения потребностей в сфере психического здоровья. В экстренных случаях может потребоваться предоставление услуг кем-либо другим.
- 14. Сообщать сотрудникам своего плана Health Share of Oregon Behavioral Health об использовании экстренных услуг в сфере психического здоровья, когда они или их дети находились за пределами зоны обслуживания, в течение трех дней после получения таких услуг.
- 15. Сообщать сотрудникам Health Share of Oregon Behavioral Health и своим поставщикам услуг об изменении своего адреса, номера телефона, состава семьи или условий проживания.
- 16. При необходимости доводить до сведения сотрудников плана Health Share of Oregon Behavioral Health информацию о любых проблемах или жалобах.
- 17. Подписывать заявления в ответ на запрос о проведении административного слушания, если оно им необходимо.
- 18. Обращаться в отдел обслуживания клиентов плана Health Share of Oregon Behavioral Health с любыми вопросами о порядке получения направлений к узким специалистам в сфере психического здоровья.

ЭТОТ ДОКУМЕНТ С ОПИСАНИЕМ ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ТРЕБОВАНИЮ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕН В АЛЬТЕРНАТИВНОМ ФОРМАТЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ДРУГОМ ЯЗЫКЕ, ШРИФТОМ БРАЙЛЯ, КРУПНЫМ ШРИФТОМ И В ЭЛЕКТРОННОЙ ФОРМЕ.

Ред. 5-14 Настоящий документ с описанием прав и обязанностей участников соответствует OAR 410-141-0320 и 309-019-0115.