

# VNSNY CHOICE MLTC HEALTH PLAN

## Важная информация о ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ УЧАСТНИКА

Во вложении:

Права и обязанности участников	3
Принципы самоопределения пациента	6
Принятие решений о медицинском обслуживании	8
Заблаговременное планирование медицинской помощи	11
Предоставление услуг бытовой помощи по индивидуальным потребностям пациента	13



**CHOICE**<sup>SM</sup>  
Health Plans



## 1. Права подписчика Плана координированного долгосрочного медицинского обслуживания VNSNY CHOICE

Ваши здоровье, безопасность и благополучие являются предметом основной заботы для коллектива самоотверженных и преданных делу сотрудников программы, предоставляющих вам обслуживание. У вас как у пациента есть определенные права, понимание которых крайне важно. Попросите своего координатора услуг или любого другого представителя команды VNSNY CHOICE, работающего с вами, объяснить вам эти права в случае возникновения каких-либо вопросов. В качестве пациента VNSNY CHOICE вы имеете право на следующее.

- Обращение с вами должно основываться на соблюдении вашего достоинства, постоянном внимании и неизменном уважении к вам. Это подразумевает, помимо прочего, соблюдение права на неприкосновенность вашей частной жизни и максимально уважительное отношение к вам.
- Получать все необходимые сведения от своего врача, координатора услуг или других поставщиков, чтобы быть в состоянии дать информированное согласие перед началом лечения.
- Вы имеете право на доступ к своей истории болезни.
- Вы будете поставлены в известность обо всех ваших медицинских диагнозах и прогнозах, равно как и обо всех процедурах и методах лечения, которые назначены вам сотрудниками VNSNY CHOICE, вашим врачом или любым другим медицинским работником.
- Вам предоставят информацию на том языке и в той форме, которые доступны для вашего понимания.
- Вы принимаете участие в своем медицинском уходе, а также в планировании всех соответствующих мероприятий.
- Вы имеете право на получение информации о любых изменениях в плане обслуживания.
- Вам предоставляется информация о владельце организации и о лицах, контролирующих ее деятельность.
- Вы имеете право на доступ к профессиональным услугам круглосуточно, 365 дней в году.
- Вы имеете право на соблюдение конфиденциальности всех ваших медицинских документов на максимальном разрешенном законом уровне.
- Вы имеете право на просвещение в отношении плана VNSNY CHOICE и покрываемых льгот и услуг.
- Вы имеете право знать, какие услуги, и медицинские принадлежности вы можете получить через VNSNY CHOICE.

- Вы имеете право на получение информации обо всех услугах, которые будут предоставлены организацией, а также о том, когда и как эти услуги будут предоставлены.
- Вы имеете право на получение информации об обязанности осуществления выплат по программе Medicaid surplus, если это является условием вашего соответствия критериям Medicaid. Если ваше финансовое положение изменилось, у вас есть право поставить организацию в известность в устной и письменной форме до записи вас в программу. Вам следует сделать это как можно скорее, не позднее 30 календарных дней с момента, когда организации станет известно изменение размера вашей задолженности.
- Вы имеете право знать имена, уровень квалификации и круг обязанностей людей, которые оказывают вам помощь.
- К вашему имуществу относятся с уважением.
- Вы имеете право знать, что страхование ответственности сотрудников VNSNY CHOICE компенсирует ущерб, полученный в результате их деятельности в то время, когда они находятся у вас дома.
- Вы имеете право пользоваться услугами независимо от расовой принадлежности, вероисповедания, цвета кожи, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, наличия статуса ветерана, инвалидности или состояния здоровья.
- Вы не должны сталкиваться с злоупотреблениями или эксплуатацией, в каком бы виде они ни проявлялись.
- Вы имеете право подать жалобу на VNSNY CHOICE, а также порекомендовать изменить правила или услуги.
- Вы имеете право свободно высказывать претензии, не опасаясь, что это повлияет на уход за вами или на услуги, оказываемые вам, и получать информацию о процессе рассмотрения претензий. Мы просим вас оказывать нам содействие в решении проблем, относящихся к вашему обслуживанию; тем не менее у вас есть право пожаловаться непосредственно в Управление здравоохранения штата, позвонив по телефону 1-866-712-7197.
- Вы имеете право на оформление заблаговременных распоряжений, содержащих инструкции для медицинских работников в будущем, на тот случай, если в связи с болезнью или травмой вы будете не в состоянии выразить свои пожелания.
- Вы имеете право получить направление в другую программу медицинского обслуживания, если ваше участие в программе VNSNY CHOICE закончится.
- Вы имеете право отказаться (полностью или частично) от проводимых мероприятий, после того как вас поставят в известность обо всех последствиях для вашего здоровья, которые может повлечь данное мероприятие. Вы имеете право в любое время отказаться от участия в программе.
- Вы имеете право знать, что все сотрудники, предоставляющие вам обслуживание и уход от имени организации, поставлены в известность о ваших правах и отвечают за защиту и реализацию ваших прав.

- Эти права могут быть реализованы отдельным лицом, опекуном или другим юридическим лицом, которое по закону наделено правом представлять ваши интересы в том случае, если вы не можете сделать это самостоятельно в связи с состоянием вашего здоровья.
- Вы имеете право обратиться к омбудсмену по правам участников программы.

## **2. Обязанности участника Плана координированного долгосрочного медицинского обслуживания VNSNY CHOICE**

Как и у участников любой другой программы, у пациентов, получающих медицинское обслуживание от VNSNY CHOICE, есть определенные обязанности. Они важны, потому что помогают нам обеспечить вам помощь / уход на максимально высоком уровне. Далее вкратце перечислены ваши основные обязанности.

- Обсудите со своим координатором услуги, в которых вы нуждаетесь. Перед тем как воспользоваться теми или иными услугами в рамках плана VNSNY CHOICE, обычно требуется получить разрешение координатора.
- Заранее сообщайте своему координатору услуг о планируемом отъезде из города. Он временно отменит все услуги, которые вы получаете на дому или в учреждении здравоохранения, расположенном вблизи вашего места жительства. Кроме того, если вам нужна помощь во время вашей поездки, он сможет ее организовать.
- Если у вас возникли проблемы со здоровьем, требующие немедленной помощи, вы должны сразу же обратиться в медицинское учреждение. Тем не менее постарайтесь сообщить нам об этом в течение 24 часов (или как только сможете), чтобы мы могли быть уверены в соответствии помощи, получаемой вами от VNSNY CHOICE, переменам в состоянии вашего здоровья.
- Приложите все усилия для уплаты VNSNY CHOICE излишков дохода, которые вы должны тратить на медицинские цели, чтобы соответствовать критериям участия в программе Medicaid (Spendedown). Это требование обусловлено правилами соответствия критериям программы Медикейд и определено вашим местным отделением социальных служб (в городе Нью-Йорк — HRA). Рекомендуем вам обратиться в ваше местное отделение DSS или HRA, чтобы обсудить правила и критерии подписки на программу Medicaid, а также схему расчета суммы излишков дохода (Spendedown). Ваш координатор услуг будет рад помочь вам в этом. Просто позвоните в часы работы по номеру телефона VNSNY CHOICE, указанному в начале этого документа.
- Звоните в VNSNY CHOICE в любое время, когда у вас возникнет вопрос, касающийся вашего участия в программе, или вам потребуется помощь.
- Необходимо соблюдать все правила и процедуры, приведенные в Руководстве участника VNSNY CHOICE, включая ответственность получения всех льгот, покрываемых планом VNSNY CHOICE предоставляемых медицинскими работниками, включенными в Указатель поставщиков медицинского обслуживания VNSNY CHOICE.

## Принципы самоопределения пациента

### Принципы самоопределения пациента при осуществлении прав пациентов на участие в принятии решений о медицинском обслуживании

Настоящее программное заявление представлено в рамках программы медицинского обслуживания VNSNY CHOICE в соответствии с федеральным Законом о самоопределении пациента 1990 года и законами штата Нью-Йорк, действующими в отношении принятия решений в области медицинского обслуживания. Согласно данным законам, патронажные учреждения предоставляют каждому совершеннолетнему пациенту, поступающему в учреждение для ухода, письменную информацию о действующих в данном учреждении принципах в отношении осуществления прав пациента на принятие решений о медицинском обслуживании и на оформление предварительных распоряжений. Более подробная информация о данных правах содержится в сопроводительных материалах.

Программа VNSNY CHOICE уважает права каждого совершеннолетнего лица на участие в принятии решения о медицинском обслуживании в той мере, в которой данное лицо в состоянии принимать такие решения, и уважает все права, соответствующие требованиям законодательства штата Нью-Йорк, и определила конкретные принципы и процедуры, направленные на обеспечение соблюдения решений пациента о медицинском обслуживании.

#### 1. **Информация для пациента:** Каждому участнику VNSNY CHOICE предоставляются следующие информационные материалы:

- a. **«Принятие решений о медицинском обслуживании: информация для пациентов»** (см. стр. 10)
- b. Две брошюры, составленные Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health): **«Заблаговременное планирование медицинской помощи»** (см. стр. 13) и **«Назначение медицинского представителя – закон штата Нью-Йорк о назначении доверенных лиц»** (см. отдельный документ и форму в «Приветственном наборе»)
- c. Этот документ представляет собой правила VNSNY относительно права каждого участника на принятие решений о медицинском обслуживании и составление предварительных распоряжений.

#### 2. **Определения:** «предварительное распоряжение» — письменное распоряжение в отношении предоставления медицинского обслуживания в случае недееспособности совершеннолетнего лица, включая, среди прочего, медицинскую доверенность, распоряжение о поддержании жизни и согласие на выдачу или просьбу о выдаче распоряжения не реанимировать.

**a. Медицинская доверенность**

Документ, передающий другому совершеннолетнему лицу, известному как представитель по медицинскому обслуживанию, полномочие на принятие решений о медицинском обслуживании от имени лица в том случае, если данное лицо в дальнейшем будет не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании.

**b. Распоряжение о поддержании жизни**

Документ, который содержит конкретные указания по поводу видов медицинского обслуживания и лечения, которые лицо желает или не желает получать, но не назначает представителя, который будет принимать решения о медицинском обслуживании.

**c. Согласие на выдачу или просьба о выдаче распоряжения не реанимировать («распоряжение об отказе от реанимации (DNR)»)**

Распоряжение о поддержании жизни, содержащее согласие или просьбу о распоряжении врача не реанимировать («распоряжение об отказе от реанимации (DNR)»). При наличии такого распоряжения медицинские работники не должны проводить сердечно-легочную реанимацию (CPR), если у пациента случится сердечный приступ или остановка дыхания. Просьба о таком распоряжении может быть выражена в медицинской доверенности или в распоряжении о поддержании жизни.

- 3. Документация:** В медицинской карте подписчика VNSNY CHOICE документально фиксируется наличие предварительного распоряжения. Если копия распоряжения будет передана в VNSNY CHOICE, она будет включена в медицинскую карту участника.
- 4. Соблюдение законодательства:** VNSNY CHOICE соблюдает все применимое законодательство штата Нью-Йорк, касающееся предварительных распоряжений, включая законодательные акты и решения судебных органов.
- 5. Недопущение дискриминации:** VNSNY CHOICE не может ограничивать обслуживание или иным образом дискриминировать подписчиков на основании наличия или отсутствия предварительного распоряжения.
- 6. Обучение:** VNSNY CHOICE проводит обучение персонала по вопросам, касающимся принятия решений участниками.

## Информация для участников

Данная информация распространяется в соответствии с федеральным законом под названием «Закон о самоопределении пациента». Данный закон, как и законодательство штата Нью-Йорк, призван защищать ваши права на принятие решений о собственном медицинском обслуживании, включая право давать согласие или отказ в отношении лечения. Вы также имеете право поручить другому лицу принимать решения за вас в том случае, если вы не сможете принимать их самостоятельно.

## Как совершеннолетнее лицо, вы имеете следующие права:

- Вы вправе выбирать, какую медицинскую помощь вы желаете или не желаете получать в настоящее время или в дальнейшем.
- Вы вправе поручить другому лицу принимать за вас решения о вашем медицинском обслуживании в том случае, если в дальнейшем вы не сможете принимать данные решения самостоятельно.
- Вы можете сообщить о своих решениях в отношении медицинской помощи, проинформировав своего врача или оформив свои решения в письменном виде.
- Вы можете изменить свое решение в любой момент.

## ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ О ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

### Почему мне нужно участвовать в принятии решений о моем медицинском обслуживании?

Предоставляемое вам медицинское обслуживание прежде всего затрагивает вас, поэтому вам следует участвовать в любых решениях в отношении вашего медицинского обслуживания.

### Как я могу участвовать в принятии решений о моем медицинском обслуживании?

Обсудите со своим врачом или координатором услуг решения, которые вы собираетесь принять. Задавайте вопросы и сообщите лицам, осуществляющим уход за вами, о своих предпочтениях. Обсудите с ними свои настоящие и будущие пожелания на случай, если вы когда-либо потеряете способность принимать решения в отношении медицинского обслуживания. Вы можете защитить свои права, оформив свои пожелания в письменном виде и скрепив заявление подписями двух свидетелей. Такое заявление называется предварительным распоряжением (advance directive).

### Что такое предварительное распоряжение?

Предварительное распоряжение представляет собой документ, в котором вы указываете, что следует делать в том случае, если в дальнейшем вы не сможете самостоятельно принимать решения о медицинской помощи. В штате Нью-Йорк

документ, с помощью которого другому совершеннолетнему лицу поручают принимать за вас решения о медицинском обслуживании, называется медицинской доверенностью (Health Care Proxy). Документ, содержащий конкретные указания вашему врачу и другим лицам, участвующим в вашем лечении, называется распоряжением о поддержании жизни (living will). Вы можете назначить другое лицо и оставить конкретные указания в одном документе.

### **На основании чего делается вывод, что я не в состоянии принимать решения о медицинском обслуживании?**

По закону предполагается, что вы в состоянии принимать решения о медицинском обслуживании, если ваш врач, иногда совместно с другими врачами, не приходит к выводу, что вы не в состоянии понять, какие решения в отношении медицинского обслуживания вам следует принять, или осознать те риски и ту пользу, которую могут принести те или иные решения.

### **Кто будет принимать за меня решения о медицинском обслуживании?**

Если вы никого не назначите, любое лицо, участвующее в вашем лечении, или суд может в итоге принимать решения за вас.

### **Кто должен следовать моим указаниям в предварительном распоряжении?**

Любое лицо, участвующее в вашем лечении, должно следовать вашим указаниям или постараться найти другое лицо, которое будет им следовать, при условии, что ваши указания законны.

### **Что, если я не согласен(-на) с врачом?**

Ваш врач должен лечить вас в соответствии с его/ее представлением о том, что для вас наиболее полезно. Если вы и ваш врач не можете достигнуть согласия насчет лечения, вы можете найти другого врача.

### **Что следует указать в предварительном распоряжении?**

Вы можете указать все, что хотите, но лучше всего назначить представителя и обсудить с ним следующие вопросы. Вы также можете выразить в нем свои чувства.

- Хотите ли вы, чтобы вас реанимировали в случае остановки дыхания или сердца?
- Хотите ли вы, чтобы вас подключили к аппарату искусственного дыхания (дыхательному аппарату или аппарату искусственной вентиляции легких), чтобы восстановить легочную деятельность в том случае, если вы будете не в состоянии дышать самостоятельно?
- Хотите ли вы, чтобы вам вводили зонды (для искусственного питания и ввода жидкости) в том случае, если другое питание будет невозможно?
- Хотите ли вы, чтобы вам вводили лекарства, например обезболивающие препараты, даже если они могут ускорить наступление смерти?
- Хотите ли вы, чтобы вам вводили лекарства, например обезболивающие препараты, даже если они могут замедлить наступление смерти?

### **Обязательно ли мне иметь предварительное распоряжение?**

Нет, но желательно его иметь, с тем чтобы лица, участвующие в вашем лечении, знали о ваших пожеланиях на случай, если вы когда-либо не сможете самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании.

### **Как составить предварительное распоряжение?**

Вы можете записать свои пожелания на листе бумаги или на бланке, который можно получить у нас. Вам следует проставить дату на документе, и два лица должны подписать его в качестве свидетелей.

### **Что следует делать с предварительным распоряжением?**

Вы должны передать копию лицу, назначенному ответственным за принятие решений о медицинском обслуживании, своему врачу и кому-либо еще, кто может быть связан с принятием решений в вашем медицинском обслуживании.

### **Можно ли изменить предварительное распоряжение?**

Вы можете изменить или аннулировать свое предварительное распоряжение в любой момент. Вы можете составить новое предварительное распоряжение, уничтожить старое предварительное распоряжение или сообщить лицам, предоставляющим вам медицинское обслуживание, о том, что вы передумали. Вам следует уведомить всех, кому вы ранее сообщили о своих пожеланиях, о том, что они изменились. Особенно важно сообщить своему врачу или координатору услуг о любых изменениях ваших пожеланий.

### **Как обеспечить законность предварительного распоряжения?**

Наш бланк соответствует требованиям законодательства штата Нью-Йорк. Если вы будете следовать указаниям, содержащимся в данном бланке, ваше предварительное распоряжение должно иметь законную силу в штате Нью-Йорк. Вы также можете обратиться к юристу, чтобы он помог в составлении предварительного распоряжения или проверил составленный вами вариант. На данный момент нет бланка предварительного распоряжения, который имеет законную силу во всех 50 штатах.

### **Где можно получить дополнительную информацию о предварительном распоряжении?**

Обратитесь к нам, и мы постараемся ответить на ваши вопросы или направим вас к другому лицу, которое сможет помочь.

Данная информация распространяется в соответствии с законом «О самоопределении пациента» (Свод законов США, раздел 42, параграфы 1395сс и 1396а(а)). Настоящая брошюра также соответствует требованиям законодательства штата Нью-Йорк

# Заблаговременное планирование медицинской помощи



## Ваше право принимать решение о лечении

Совершеннолетние лица в штате Нью-Йорк имеют право давать согласие или отказ в отношении медицинской помощи, включая искусственное поддержание жизненных функций. Данное право защищено конституцией страны и законами штата. Это означает, что вы имеете право обратиться за медицинской помощью или дать согласие на лечение, отказаться от лечения до его начала и в процессе оказания медицинской помощи.

## Заблаговременное планирование

Иногда в связи с болезнью или травмой люди не в состоянии самостоятельно общаться с врачом и принимать решение о лечении. Вы можете заранее позаботиться о том, чтобы ваши пожелания по поводу лечения были выполнены в случае кратковременной или длительной неспособности самостоятельно принимать решения. Если вы не позаботитесь об этом заранее, членам семьи или другим близким людям может быть отказано в принятии решений за вас и в выполнении ваших пожеланий.

Лучший способ защитить свои пожелания и интересы в отношении лечения в штате Нью-Йорк — поручить лицу, которому вы доверяете, принимать решения по поводу лечения в случае вашей неспособности принимать решения самостоятельно. Вы имеете право назначить другое лицо, заполнив бланк под названием «Медицинская доверенность». Копию настоящего бланка и информацию о Медицинской доверенности можно получить у вашего поставщика медицинских услуг.

Если вам некого назначить или вы не хотите никому поручать принятие решений за вас, вы также можете заблаговременно дать конкретные указания по поводу лечения. Эти инструкции могут оформляться в письменном виде и обычно именуется распоряжением о поддержании жизни (Living Will).

Следует понимать, что общие указания об отказе от лечения, даже если они записаны, могут быть недостаточны. Ваши указания должны четко определять, какие решения должны быть приняты по поводу лечения. Например, указания могут быть недостаточно конкретными, если вы просто напишете, что не хотите приложения «героических усилий». Вам следует указать вид лечения, от которого вы отказываетесь, например, искусственная вентиляция легких или химиотерапия, и описать состояние здоровья, при котором вы предпочтете отказаться от лечения, например, неизлечимая болезнь или пребывание в перманентно бессознательном состоянии без какой-либо надежды на выздоровление. Вы также можете дать инструкции в устной форме при обсуждении лечения со своим врачом, членами семьи или другими близкими людьми.

Письменные указания надежнее устных распоряжений, но самый эффективный способ

— поручить другому лицу принимать решения за вас. Зачастую людям сложно предугадать, что с ними случится, или какая медицинская помощь потребуется в будущем. Если вы поручите другому лицу принимать решения за вас, при необходимости данное лицо сможет общаться с врачом и принимать решения, которые, по его мнению, вы предпочли бы, или которые являются для вас оптимальными. Если вы назначите другое лицо, а также оставите указания по поводу лечения в Завещании о жизни, в разделах, предусмотренных в самой бланке медицинской доверенности, или каким-либо другим образом, выбранное вами лицо сможет руководствоваться данными указаниями для принятия наиболее оптимального для вас решения.

### **Принятие решения о сердечно-легочной реанимации и отказе от реанимации (DNR)**

Ваше право принимать решение относительно лечения также включает право принимать решение о сердечно-легочной реанимации (СЛР). СЛР — неотложная медицинская помощь, направленная на восстановление сердечной и легочной деятельности в случае остановки дыхания или кровообращения. Иногда врачи и пациенты заранее принимают решение о том, что СЛР проводить не следует, и врач дает медицинским работникам распоряжение не реанимировать пациента (распоряжение об отказе от реанимации). Если ваше физическое или психическое состояние не позволяет вам принять решение о СЛР, назначенный вами представитель, члены вашей семьи или другие близкие лица могут принять такое решение. Брошюру с информацией о СЛР и ваших правах, предусмотренных законодательством штата Нью-Йорк, можно получить у вашего поставщика медицинских услуг.

### **Принятие решения об отказе от интубации (DNI)**

Отказ от интубации (DNI) означает, что в случае затруднения или остановки дыхания в горло не будет вводиться дыхательная трубка. В случае остановки дыхания вас не будут подключать к аппарату искусственного дыхания и не будут проводить интубацию или искусственную вентиляцию легких.

Предварительное распоряжение об отказе от интубации (DNI) может быть дано отдельно от распоряжения об отказе от реанимации (DNR), но в большинстве случаев эти распоряжения даются вместе.

## **Предоставление услуг бытовой помощи по индивидуальным потребностям пациента**

---

### **Программа услуг бытовой помощи по индивидуальным потребностям пациента (CDPAS)**

С 1 ноября 2012 года Программа услуг бытовой помощи по индивидуальным потребностям пациента (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS) покрывается программой VNSNY CHOICE в качестве льготы долгосрочного контролируемого медицинского ухода.

Программа CDPAS предусматривает все или некоторые из следующих видов помощи: индивидуальный уход, патронажное обслуживание на дому и специализированный уход. Эти услуги оказываются специалистом по персональной помощи под контролем участника (пациента) или назначенного им представителя.

Предоставление услуг предусматривает соответствие определенным стандартам и выполнение обязательств.

За дополнительной информацией обращайтесь к своему координатору.

220 East 42nd Street, 3rd Floor  
New York, NY 10017

**Отдел обслуживания участников плана  
VNSNY CHOICE MLTC**  
**1-888-867-6555 (линия ТТУ: 711)**  
С 09:00 до 17:00, с понедельника по пятницу

[vnsnychoice.org/for-our-members](https://vnsnychoice.org/for-our-members)



**CHOICE<sup>SM</sup>**  
**Health Plans**