Notice of Privacy Practices
(Уведомление о правилах конфиденциальности)
для Client Medical Information
(Медицинской информации клиента)
Действует с 1 ноября 2024 г.

DSHS обязан уведомлять вас о ваших правах на конфиденциальность в соответствии с Health Insurance Portability and Accountability Act (Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования, HIPAA) (45 CFR §164.520). DSHS представляет собой «гибридную организацию». Не вся деятельность DSHS регулируется законом HIPAA. Под действие HIPAA подпадают только программы, указанные как компонент здравоохранения на вебсайте DSHS. Данное уведомление применимо только к клиентам, которые обслуживаются указанными программами. Данное уведомление не влияет на ваше право на получение услуг DSHS.

В данном уведомлении описываются возможные способы использования и раскрытия ваших медицинских данных и то, как вы можете получить доступ к этим данным. Пожалуйста изучите его внимательно.

Что такое PHI?

Protected Health Information (Защищенная медицинская информация, PHI) — медицинские данные клиентов, хранящиеся в подразделениях DSHS и подпадающие под действие HIPAA. PHI — это связанная с вами медицинская информация о состоянии вашего здоровья, получаемом вами медицинском обслуживании или оплате ваших медицинских услуг. DSHS по закону обязан защищать ваши данные PHI.

Какие данные PHI обо мне есть в DSHS?

Чтобы мы могли вас обслуживать, вы должны будете предоставить нам медицинские данные или информацию о вашем здоровье, включая ваше местоположение, финансовую информацию или медицинские записи. Мы также можем получать и из других источников данные PHI о вас, необходимые для вашего обслуживания или оплаты ваших медицинских услуг.

Кто видит мои данные PHI?

Мы используем только минимальный объем PHI, необходимый нам для выполнения своей работы. Мы можем делиться PHI с другими программами или лицами, если это допускается законом или разрешено вами. Например, ваши данные PHI могут предоставляться Health Care Authority (Управлению здравоохранения) и другим учреждениям здравоохранения и использоваться ими для координации и оплаты вашего медицинского обслуживания. Мы можем делиться прошлыми, нынешними и будущими данными PHI.

Какие данные PHI предоставляет DSHS?

Мы предоставляем только те данные PHI, которые необходимы другим лицам для выполнения своей работы и предоставление которых допускается законом. Вы можете запросить список лиц, которым DSHS передавал ваши данные PHI в каких-либо целях за последние шесть лет.

В каких случаях DSHS предоставляет данные PHI?

Мы предоставляем PHI на основе принципа служебной необходимости для координации услуг, а также для лечения, оплаты и медицинских операций. Например, мы можем предоставлять информацию:

- Учреждениям здравоохранения для обеспечения медицинского лечения и ведения пациентов.
- Организациям, отвечающим за оплату медицинских услуг, для организации оплаты.
- Для принятия решения о том, имеете ли вы право на участие в программах DSHS.
- Для поддержки наших деловых операций, например, для принятия решения о том, соответствует ли установленным законам стандартам медицинская помощь, которую вы получаете от учреждений здравоохранения. Эти мероприятия могут включать агрегирование данных, управление рисками и аудиты.

В каких случаях DSHS может передавать мою информацию PHI без моего разрешения?

Помимо раскрытия информации для лечения, оплаты и медицинских операций, DSHS может передавать PHI без вашего разрешения по некоторым другим причинам. По закону нам может быть предписано или разрешено передавать ваши данные PHI. Некоторые примеры:

- Предоставление медицинской информации о вас другу или члену семьи, который участвует в уходе за вами. Вы имеете право возражать против такого предоставления. Если вы возражаете, мы не будем раскрывать информацию члену семьи или другу.
- Предоставление информации органам здравоохранения для мероприятий в области здравоохранения, таких как профилактика заболеваний или травм или борьба с ними, регистрация рождений и смертей.
- Сообщение о случаях жестокого обращения с детьми или взрослыми, безнадзорности или бытового насилия в Child Protective Services (Службы защиты детей), Adult Protective Services (Службы защиты взрослых), полицию или другие учреждения.
- Предоставление записей в соответствии с судебным приказом, повесткой в суд, запросом о раскрытии информации или другим юридическим процессом, а также в рамках судебных и административных разбирательств.
- Предоставление PHI в надзорные органы, которые выдают лицензии медицинским работникам, а также лицензируют и инспектируют медицинские учреждения, такие как дома престарелых и больницы.
- Предоставление PHI федеральным органам власти и учреждениям штата, которые позаботятся о вас, если это необходимо для определения, имеете ли вы право на получение услуг или льгот, или в соответствии с требованиями закона.
- Передача PHI опекунам или родителям несовершеннолетних.
- Предоставление PHI в целях предотвращения или уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности человека или общества.
- Предоставление некоторых данных PHI сотрудникам правоохранительных органов.
- Предоставление PHI для проведения исследований, одобренного исследовательского проекта, когда ваша конфиденциальность защищена.
- Предоставление данных военным властям в некоторых ситуациях, если вы служите в вооруженных силах или являетесь ветераном.
- Передача PHI агентствам по выплате компенсаций работникам.
- Использование или раскрытие PHI в случае чрезвычайной ситуации или в целях оказания помощи при стихийных бедствиях.
- После вашей смерти предоставление ваших данных PHI управляющему вашим посмертным имуществом, судебно-медицинскому эксперту, распорядителю похорон или организации по пересадке органов.
- В тех случаях, когда это разрешено или требуется законом

Записи о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

Мы не будем предоставлять записи о лечении substance use disorder (расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, SUD) за исключением случаев, когда вы на это согласились или это разрешено правилами Части 2 42 C.F.R.2 (Часть 2). Если мы получим ваши записи в соответствии с Частью 2 от другого лица, например от вашего поставщика услуг SUD, мы можем раскрыть эти записи в тех случаях, когда это разрешено HIPAA. Однако мы не будем раскрывать записи SUD в ходе гражданских, уголовных, административных и законодательных разбирательств против вас за исключением случаев, когда вы дали на это письменное согласие или в ответ на постановление суда.

Записи об оказании медицинской помощи в области репродуктивного здоровья

Мы не будем использовать или передавать вашу информацию PHI (1) для проведения уголовного, гражданского или административного расследования или (2) для привлечения к уголовной, гражданской или административной ответственности за обращение, получение, оказание или организацию медицинской помощи в области репродуктивного здоровья, если медицинская помощь является законной там, где она была оказана. Например, мы не будем предоставлять PHI правоохранительным органам другого штата для расследования услуг в области репродуктивного здоровья, которые законны в штате Washington.

Если ваши записи о законных услугах в области репродуктивного здоровья запрашиваются для деятельности по надзору за здравоохранением, судебных или административных разбирательств, в правоохранительных целях или для раскрытия судебно-медицинскому эксперту или судебному медику, мы не передадим эти записи, пока они не предоставят нам письменное заявление о том, что они не будут использовать эти записи для расследования или наложения юридических санкций за законные услуги в области репродуктивного здоровья. Например, мы не будем передавать ваши записи правоохранительным органам или судебно-медицинскому эксперту, если они не подтвердят, что не будут использовать эти записи для расследования или наложения юридических санкций за услуги в области репродуктивного здоровья.

А если я хочу, чтобы мое данные PHI были переданы другому лицу?

Любое предоставление данных, не указанное в настоящем уведомлении, требует вашего разрешения. Мы не будем использовать ваши данные PHI в маркетинговых целях или продавать ваш PHI без вашего письменного разрешения. Вам будет предложено подписать форму разрешения, чтобы разрешить нам передавать ваши данные PHI, если:

- Нам нужно ваше разрешение для предоставления услуг или ухода;
- Нам нужно ваше разрешение для передачи записей о психотерапии;
- Вы хотите, чтобы мы отправили ваши данные PHI другому ведомству или поставщику услуг по причинам, не разрешенным законом без вашего разрешения; или
- Вы хотите, чтобы данные PHI были отправлены другому лицу, например вашему адвокату, родственнику или другому представителю.

Ваше разрешение на передачу данных PHI действительно до даты окончания срока действия, указанной вами в форме. Мы вправе передавать только перечисленные вами данные PHI. Вы можете отменить или изменить свое разрешение, написав на адрес DSHS.

Могу ли я увидеть свои данные PHI?

Вы можете увидеть свои данные PHI в бумажном или электронном виде. Если вы попросите, вы получите копию своих PHI. DSHS может взимать с вас плату в разумном размере за изготовление копий.

Могу ли я получить список раскрытий моих данных PHI?	Вы имеете право на учетную запись, которая представляет собой список раскрытий ваших PHI, сделанных за последние шесть лет, за исключением раскрытий в целях лечения, оплаты, операций или с вашего разрешения. Если вы запросите более одного отчета в течение любого 12-месячного периода, DSHS может взимать с вас плату в разумном размере.
Могу ли я изменять свои данные PHI?	Если вы считаете, что ваши данные PHI неверны, вы можете попросить нас в письменной форме изменить или добавить новые PHI. Мы рассмотрим ваш запрос, но не обязаны давать согласие. Вы также можете попросить нас отправлять любые изменения другим лицам, у которых есть копии ваших данных PHI.
Могу ли я установить ограничения на предоставление моих данных PHI и как мне это сделать?	Вы можете попросить нас в письменной форме ограничить использование и предоставление ваших данные PHI, но мы не обязаны давать согласие. Вы также можете попросить, чтобы мы передали вам ваши данные PHI в другом формате или в другое место.
Что такое нарушение конфиденциальности информации?	Нарушение конфиденциальности — это использование или раскрытие ваших данных PMI, которое не разрешено в соответствии с HIPAA, включая потерю информации в результате хищения, ошибки или взлома. Мы уведомим вас по почте, если произойдет нарушение конфиденциальности ваших данных PHI в соответствии с HIPAA.
Могу я получить копию этого уведомления о конфиденциальности?	Да. Вы можете хранить это уведомление о конфиденциальности. Если вы получили это уведомление в электронном виде, вы можете запросить бумажную копию, и мы предоставим ее вам.
А что если правила конфиденциальности PHI изменятся?	Мы обязаны соблюдать это уведомление. Мы имеем право изменить это уведомление. Если законы или наши правила конфиденциальности изменятся, мы обновим это уведомление и отправим вам копию или отправим вам информацию о новом уведомлении и о том, где его найти.
К кому мне следует обратиться, если у меня возникнут вопросы по поводу данного уведомления или моих прав в отношении PHI?	Если у вас возникли вопросы по поводу данного уведомления, вы можете связаться с Privacy Officer (должностным лицом по вопросам конфиденциальности) DSHS по электронной почте DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov или по телефону (360) 902-8278.

Как я могу сообщить о нарушении моих прав на конфиденциальность данных PMI?

Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность данных PMI были нарушены, вы можете подать жалобу по адресу:

Privacy Officer (должностное лицо по вопросам конфиденциальности) DSHS, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA по телефону 98504-5135 или по электронной почте email to DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Если вы подадите жалобу, DSHS не изменит и не остановит ваши услуги и не должен предпринимать в отношении вас ответных действий.

ИЛИ

Подайте жалобу онлайн по ссылке: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf или напишите по адресу: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, **200** Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, телефон (800) 368-1019. Любые жалобы в DHHS должны быть поданы в течение 180 дней с момента заявленного нарушения конфиденциальности.

Notice of Privacy Practices (Уведомление о правилах конфиденциальности) DSHS для Client Medical Information (Медицинской информации клиента)
Действует с 1 ноября 2024 г.

Acknowledgement (Подтверждение)

(Необходимо, когда DSHS обеспечивает непосредственное медицинское лечение)

ФИО клиента	Дата рождения клиента

Я получил(-а) копию уведомления о конфиденциальности DSHS и имел(-а) возможность задать вопросы о том, как DSHS будет использовать и передавать мою персональную медицинскую информацию.

Подпись клиента или личного представителя	Дата

For DSHS Use Only (Только для использования DSHS)

To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

Staff Member's Name and Title (Please Print)	Administration / Division

Staff's Signature	Date