

**Powiadomienie DSHS o zasadach zachowania poufności
w odniesieniu do Informacji medycznych Klienta
(DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information)
Ważne od 23 września 2013 roku**

DSHS musi poinformować pacjenta o prawach do prywatności wynikających z Ustawy o przenoszeniu i odpowiedzialności za informacje zdrowotne (Health Information Portability and Accountability Act; HIPAA). (45 CFR 164.520). DSHS jest „podmiotem hybrydowym”. Ustawa HIPAA nie obejmuje wszystkich usług DSHS. Ustawą HIPAA objęte są tylko programy wymienione jako [Elementy opieki zdrowotnej na witrynie internetowej DSHS](#). Niniejsze powiadomienie dotyczy wyłącznie klientów obsługiwanych w ramach tychże programów. Niniejsze powiadomienie nie ma wpływu na Państwa kwalifikację do świadczeń DSHS.

Niniejsze powiadomienie opisuje, jak Państwa informacje medyczne oraz inne poufne informacje mogą zostać użyte i ujawnione oraz sposób, w jaki Państwo mogą uzyskać dostęp do tych informacji. Proszę je uważnie przejrzeć.

Czym są Poufne informacje medyczne?

Poufne informacje medyczne (Protected Health Information; PHI) to informacje medyczne klientów przechowywane przez części DSHS objęte ustawą HIPAA. PHI to informacje medyczne związane z pacjentem, dotyczące jego stanu zdrowia lub kondycji, otrzymywanej opieki zdrowotnej lub płatności za opiekę zdrowotną. DSHS musi chronić informacje PHI pacjentów zgodnie z przepisami prawa.

Jakie informacje PHI posiada o mnie DSHS?

Aby pomóc nam w opiece nad pacjentem, konieczne może być przekazanie nam informacji medycznych lub zdrowotnych, w tym informacji o lokalizacji, informacji finansowych lub dokumentacji medycznej. Możemy również pozyskiwać Państwa informacje PHI wymagane do świadczenia usług lub zapłaceniu za opiekę z innych źródeł.

Kto widzi moje informacje PHI?

My posiadamy dostęp wyłącznie do minimalnej ilości informacji PHI koniecznych dla nas do wykonywania swojej pracy. Jeśli jest to zgodne z przepisami prawa lub jeżeli Państwo wyrażą swoją zgodę, możemy udostępniać Państwa informacje PHI innym programom. Na przykład, informacje PHI pacjenta mogą być przekazywane i wykorzystywane przez Urząd Opieki Zdrowotnej (Health Care Authority) i innych dostawców usług opieki zdrowotnej w celu koordynowania i opłacania opieki zdrowotnej pacjenta. Możemy udostępniać przeszłe, obecne i przyszłe informacje PHI.

Jakie informacje PHI udostępnia DSHS?

Udostępniamy informacje PHI tylko tym osobom, które potrzebują ich do wykonywania swojej pracy oraz w zakresie dozwolonym przez prawo. Dla pewnych celów pacjent może poprosić o listę osób, które widziały jego informacje PHI.

Kiedy DSHS udostępni informacji PHI?

Informacji PHI udostępniamy na zasadzie „ściślej potrzeby” w celu koordynowania usług oraz operacji leczenia, płatności i opieki zdrowotnej. Przykładowo, informacje możemy udostępnić, aby zadecydować, czy:

- Należy zapewnić leczenie medyczne.
- Możemy zapłacić za świadczenia usługodawców.
- Są Państwo uprawnieni do korzystania z programów DSHS.
- Opieka, którą otrzymują Państwo od dostawców spełnia standardy prawne.

Czy mogę zobaczyć swoje informacje PHI?

Tak, mogą Państwo zobaczyć swoje informacje PHI. Jeśli Państwo poproszą, otrzymają Państwo kopię swoich informacji PHI. DSHS może naliczyć opłatę za kopie Państwa dokumentacji.

Czy mogę zmienić swoje informacje PHI?

Jeżeli pacjent uważa, że jego informacje PHI są nieprawidłowe, może poprosić nas o zmianę lub dodanie nowych informacji PHI. Pacjent może również poprosić o przesłanie wszelkich zmian do innych osób, które posiadają kopie jego informacji PHI.

Co zrobić w sytuacji, w której ktoś inny potrzebuje moich informacji PHI?

Pacjent może zostać poproszony o podpisanie formularza zezwalającego nam na udostępnienie jego informacji PHI, jeśli:

- Zgoda pacjenta jest nam potrzebna do świadczenia usług lub opieki;
- Pacjent chce, abyśmy wysłali jego informacje PHI do innej agencji lub dostawcy z powodów niedozwolonych przez prawo bez jego zgody;
- Pacjent chce, aby informacje PHI zostały wysłane do innej osoby, takiej jak adwokat, krewny lub inny przedstawiciel.

Państwa zgoda na udostępnianie informacji PHI jest ważna do daty końcowej, którą umieścili Państwo na formularzu. Możemy udostępniać tylko te informacje PHI, które zostały wymienione przez pacjenta. Można anulować lub zmienić niniejsze zezwolenie, pisząc do DSHS.

Powiadomienie DSHS o zasadach zachowania poufności w odniesieniu do informacji medycznych Klienta

Ważne od 23 września 2013 roku

Czy DSHS może udostępnić moje informacje PHI bez mojej zgody?

W niektórych przypadkach DSHS może udostępnić informacje PHI bez zgody pacjenta. Zgodnie z prawem możemy być zobowiązani do udostępnienia Państwu informacji PHI lub otrzymać takie zezwolenie. Niektóre przykłady obejmują konieczność:

- Zgłaszania do służb ochrony dzieci, na policję lub do innych stosownych agencji przypadków znęcania się lub zaniedbywania dzieci lub osób starszych.
- Udostępnienia rejestrów na podstawie nakazu sądowego.
- Udzielenia informacji PHI innym agencjom, które sprawdzają działalność DSHS.
- Udzielenia informacji PHI agencjom, które udzielają pozwoleń i kontrolują obiekty medyczne, takie jak domy seniora i szpitale.
- Udzielenia informacji PHI wymaganych przez usługodawców lub inne agencje w celu objęcia pacjenta opieką lub określenia, czy pacjent kwalifikuje się do otrzymywania usług i świadczeń.
- Przekazywania informacji PHI opiekunom lub rodzicom osób niepełnoletnich.
- Wykorzystania informacji PHI dla celów badawczych.
- Wykorzystania lub ujawnienia informacji PHI w nagłych przypadkach lub dla celów pomocy w przypadku katastrofy.

Czy mogę ograniczyć udzielanie informacji PHI oraz sposób, w jaki ja je otrzymuję?

Mogą nas Państwo poprosić o ograniczenie wykorzystania i udzielania informacji PHI, lecz my nie musimy się tym zgodzić. Mogą nas Państwo również poprosić o przesłanie informacji PHI w innym formacie lub pod inny adres.

Czym jest naruszenie?

Naruszenie to wykorzystanie lub ujawnienie informacji PHI, które nie jest dozwolone w ramach ustawy HIPAA, w tym utrata w wyniku kradzieży, pomyłki lub włamania. W przypadku naruszenia danych PHI zgodnie z ustawą HIPAA, zostaną Państwo powiadomieni pocztą.

Czy mogę otrzymać kopię niniejszego powiadomienia?

Tak. Mogą Państwo zatrzymać niniejsze powiadomienie. Jeżeli otrzymali Państwo powiadomienie w wersji elektronicznej, mogą Państwo poprosić nas o jego wydruk, a my go Państwu dostarczymy.

Co zrobić w sytuacji, w której zmieniają się zasady zachowania poufności informacji PHI?

Jesteśmy zobowiązani do przestrzegania zasad opisanych w niniejszym powiadomieniu. Mają Państwo prawo do zmiany niniejszego powiadomienia. Jeśli przepisy prawa lub nasze praktyki ochrony prywatności ulegną zmianie, prześlemy Państwu informacje o nowym powiadomieniu oraz o tym, gdzie można je znaleźć lub do Państwa wysłać.

Z kim mogę się skontaktować, jeżeli mam pytania na temat niniejszego powiadomienia i swoich praw związanych z informacjami PHI?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących tego powiadomienia, można skontaktować się z Inspektorem DSHS ds. prywatności pod adresem DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov lub numerem telefonu (360) 902-8278.

Jak mogę zgłosić naruszenie moich praw związanych z zachowaniem poufności informacji PHI?

Jeśli uważają Państwo, że Państwa prawa związane z zachowaniem prywatności informacji PHI zostały naruszone, mogą Państwo złożyć skargę, pisząc na adres:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 lub drogą mailową DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Jeżeli złożą Państwo skargę, DSHS nie zmieni, ani nie wstrzyma świadczenia Państwa usług i nie może podejmować przeciw Państwu żadnych działań odwetowych.

LUB

Przesłać skargę online poprzez stronę: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf lub pisząc na adres: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, numer telefonu (800) 368-1019. Wszystkie skargi skierowane do DHHS muszą zostać złożone w ciągu 180 dni od domniemanego naruszenia prywatności.

Potwierdzenie
Acknowledgement

(Wymagane, jeżeli DSHS zapewnia bezpośrednią opiekę zdrowotną)

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA	DATA URODZENIA KLIENTA
-------------------------	------------------------

Otrzymałem kopię Powiadomienia DSHS o zachowaniu poufności i miałem możliwość zadania pytań związanych z tym, jak DSHS będzie wykorzystywać i udostępniać moje osobiste informacje.

PODPIS KLIENTA LUB PRZEDSTAWICIELA OSOBISTEGO	DATA
---	------

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO DSHS

Wypełnić tylko, jeżeli nie można uzyskać podpisu klienta lub przedstawiciela osobistego.

Opisz próby dołożone do uzyskania od klienta potwierdzenia, że klient otrzymał Powiadomienie o zachowaniu poufności (Notice of Privacy Practices, NPP):

Opisz, z jakiego powodu nie uzyskano potwierdzenia:

IMIĘ, NAZWISKO I STANOWISKO CZŁONKA PERSONELU (DRUKOWANYMI LITERAMI)	ADMINISTRACJA/DZIAŁ
--	---------------------

PODPIS CZŁONKA PERSONELU	DATA
--------------------------	------