

Повідомлення про правила

Вступ

У цьому повідомленні описано, як захищена медична інформація (Protected Health Information, PHI) про вас може використовуватися та розкриватися, та як ви можете отримати доступ до цієї інформації. Прочитайте це повідомлення уважно.

Відповідно до закону Громадський центр охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County, CHC) зобов'язаний:

- Захищати конфіденційність вашої інформації
- Надати вам це повідомлення про наші правила конфіденційності
- Дотримуватися правил конфіденційності, описаних у цьому повідомленні
- Повідомляти про будь-які випадки можливого порушення конфіденційності медичної інформації пацієнтів

Щоб отримати додаткову інформацію про дотримання конфіденційності чи додаткові копії цього повідомлення, зв'яжіться з нами за допомогою інформації, наведеної в кінці цього повідомлення.

Використання та розкриття інформації без вашого письмового дозволу

Ось деякі приклади випадків, у яких ми можемо використовувати і передавати вашу захищену медичну інформацію (PHI) без вашого дозволу.

Для зв'язку з вами: Ми можемо використовувати вашу захищену медичну інформацію для зв'язку з вами. Наприклад, ми можемо телефонувати вам, надсилати вам текстові повідомлення або листи з нагадуваннями про призначені прийоми, а також для передавання результатів аналізів, інформації про варіанти лікування або про заходи чи послуги з медичної освіти.

Для лікування: Ми можемо використовувати й розкривати вашу захищену медичну інформацію в рамках надання вам лікування. Наприклад, ми можемо вивчати і використовувати вашу захищену медичну інформацію про попереднє медикаментозне лікування для постановки діагнозу, реалізації лікування і надання вам медичних послуг. Ми також можемо передавати вашу захищену медичну інформацію іншим медичним працівникам, які надають вам медичну допомогу.

З метою стягнення оплати: Ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію за низки обставин і під час виконання певних дій, як-от: визначення рамок страхового покриття, забезпечення оплати за надані послуги, управління компенсаційними запитами та відшкодування витрат. Наприклад, ми можемо поінформувати ваш план медичного страхування про курс лікування, який вам можуть призначити, щоб визначити, чи поширюється на таке лікування забезпечуване планом страхове покриття. Ми також можемо передавати вашу захищену медичну

інформацію для запиту або отримання оплати від вашого плану медичного страхування.

Для виконання операцій / дій у сфері охорони здоров'я: Ми можемо використовувати і розкривати захищену медичну інформацію для планування, перевірки та поліпшення якості наших операцій і послуг. Наприклад, ми можемо використовувати захищену медичну інформацію для оцінювання якості роботи нашого персоналу та послуг, що надаються.

Для збору коштів: Ми можемо використовувати захищену медичну інформацію, щоб зв'язатися з вами в рамках кампаній із залучення коштів для здійснення нашої діяльності. Ми також можемо розкривати захищену медичну інформацію пов'язаним з нами фондам, щоб ті могли зв'язатися з вами в рамках кампаній із залучення коштів для здійснення їхньої діяльності. Усі матеріали, присвячені кампаніям зі збору коштів, міститимуть опис дій, яких ви можете вжити, щоб більше не отримувати кореспонденцію, пов'язану з кампаніями зі збору/залучення коштів.

На виконання вимог законодавства, або якщо використання / розкриття інформації дозволено законом: Ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію, якщо від нас того вимагає закон, або якщо таке використання / розкриття дозволено законом. Наприклад, ми можемо розкрити захищену медичну інформацію компетентним органам, якщо у нас є підстави вважати, що ви є жертвою жорстокого або зневажливого поведіння чи побутового насильства або ж можливою жертвою інших злочинів. Також ми можемо розкрити захищену медичну інформацію в мінімальному обсязі, необхідному для запобігання серйозній загрози вашому здоров'ю або безпеці, або ж для запобігання загрози здоров'ю або безпеці оточуючих.

Інші випадки розкриття інформації, дозволені або необхідні за законом:

- У межах діяльності органів нагляду у сфері охорони здоров'я, що здійснюють ліцензування та аудит
- У межах діяльності у сфері охорони здоров'я
- У межах діяльності з нагляду та контролю у сфері охорони здоров'я
- У контексті діяльності правоохоронних органів, якщо таке розкриття вимагається або дозволено законом
- Під час проведення досліджень, схвалених відомчою наглядовою радою
- На виконання заяв про відшкодування втрат працівників
- У межах діяльності військових відомств або відомств у сфері національної безпеки
- У межах діяльності слідчих органів, медичних експертів і керівництва бюро ритуальних послуг

Повідомлення про правила

Використання та розкриття інформації без вашого письмового дозволу (із правом заперечення)

Якщо ви недієздатні, а також у надзвичайних ситуаціях ми розкриємо вашу захищену медичну інформацію відповідно до раніше висловлених вами вподобань, які відомі нам, а також виходячи з ваших інтересів, визначених нашою експертною думкою. Ми також керуватимемося нашою експертною думкою і нашим досвідом, обґрунтовано посилаючись на ваші інтереси під час ухвалення рішень щодо допуску тих чи інших осіб до отримання лікарських засобів за виписаними вам рецептами.

Члени сім'ї та інші особи, які беруть участь у догляді за вами. Ми можемо використовувати або розкривати вашу захищену медичну інформацію для повідомлення або для допомоги в пошуку членів сім'ї або інших осіб, відповідальних за ваш догляд, щоб повідомити їм про ваше місцеперебування, загальний стан здоров'я або смерть.

Заходи з ліквідації наслідків надзвичайних подій. Ми можемо використовувати або розкривати вашу захищену медичну інформацію державним або

приватним структурам, що мають необхідні повноваження відповідно до закону або статуту, які беруть участь у заходах з ліквідації наслідків надзвичайних подій на рівні координації заходів з інформування ваших членів сім'ї про ваше місцеперебування, ваш загальний стан здоров'я або ж про вашу смерть..

Використання та розкриття інформації, що потребують вашого письмового дозволу

Записи психотерапевта. Зазвичай ми зобов'язані отримати ваш дозвіл на використання або розкриття записів психотерапевта; винятками є такі обставини / випадки: (1) дані використовує / розкриває сам автор з метою лікування, (2) у контексті реалізації наших власних навчальних програм, у рамках яких студенти, які здобувають спеціальності, що пов'язані з психічним здоров'ям, стажисти та практиканти під наглядом вчаться застосовувати на практиці або покращують свої навички та вміння, (3) з метою нашого захисту в судових розглядах, ініційованих вами, (4) відповідно до вимог законодавства, (5) контролюючим органам у сфері охорони здоров'я в контексті контролю автора записів/даних, (6) слідчим або судовим медичним експертам; або (7) для запобігання або скорочення серйозної чи безпосередньої загрози здоров'ю або безпеці особи чи оточуючих.

ПРОДОВЖЕННЯ НА

Повідомлення про правила

Маркетинг. Перед використанням вашої захищеної медичної інформації в маркетингових цілях або перед її продажем ми мусимо отримати ваш письмовий дозвіл відповідно до застосованих визначень та виключних умов згідно із Законом про передачу даних і звітності у сфері медичного страхування (HIPAA).

Інші випадки використання та розкриття інформації. В інших випадках, крім описаних вище, використання або розкриття вашої захищеної медичної інформації може мати місце тільки з вашого письмового дозволу. Так, вам необхідно підписати форму дозволу до того, як ми надішлемо захищену медичну інформацію до вашої компанії зі страхування життя або вашому адвокату. Ви можете відкликати такий дозвіл у будь-який момент, надавши нам письмове повідомлення про відкликання дозволу.

Ваші індивідуальні права

Право на вивчення та копіювання. Ви можете запросити про доступ до наявних у нас ваших медичних даних і даних про фактурування послуг, які ви можете вивчити і скопіювати. Усі запити про доступ до даних мають оформлятися письмово. В обмежених випадках ми можемо відмовити вам у доступі до ваших даних. Ми можемо зажадати плату за копіювання і пересилання вам будь-яких запитаних даних.

Право на альтернативні способи обміну інформацією. Ви можете запросити, а ми задовольнимо будь-який доцільний і оформлений письмово запит, що формулює ваше бажання отримувати захищену медичну інформацію, використовуючи альтернативні способи обміну інформацією або ж альтернативні адреси.

Право запити обмежень. Ви маєте право запросити про обмеження обсягу захищеної медичної інформації, яку ми використовуємо або розкриваємо в цілях лікування, оформлення рахунків за обслуговування або для реалізації інших релевантних операцій / дій у сфері охорони здоров'я. Запити про обмеження обсягу інформації повинні оформлятися письмово і направлятися на ім'я відповідального за дотримання норм і правил на адресу Compliance Office, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Ми не зобов'язані задовольняти ваші запити, однак, ми можемо задовольнити такі запити в таких випадках: якщо ви запитуєте про обмеження обсягів захищеної медичної інформації, яка розкривається планам медичного страхування з метою забезпечення плати за обслуговування або реалізації інших операцій/дій у сфері охорони здоров'я, якщо таке розкриття не є необхідним згідно із законом, та якщо захищена медична інформація відноситься виключно до допомоги або послуг у сфері охорони здоров'я, що цілком оплачені вами або іншою особою.

Право на звіти у зв'язку з розкриттям інформації. За письмовим запитом ви можете отримати звіт про випадки розкриття нами вашої захищеної медичної інформації, що відбулися за останні шість років (за умови дотримання певних обмежувальних і лімітуючих умов).

Право запити поправок. Ви маєте право запросити про внесення поправок до вашої захищеної медичної інформації. Ваш запит, який в обов'язковому порядку має бути оформлений письмово, має роз'яснювати причини, через які до вашої інформації мають бути внесені поправки. За певних обставин ми можемо відмовити вам у задоволенні вашого запиту.

Право на повідомлення. Ви маєте право отримати паперову копію цього повідомлення, у будь-який час надіславши запит на адресу: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Право на отримання повідомлення про порушення. Ми зобов'язані повідомити Вас, якщо виявимо порушення незахищеної PHI, відповідно до вимог федерального законодавства.

Запитання або скарги

Якщо ви хочете отримати додаткову інформацію про свої права на конфіденційність або стурбовані тим, що ми порушили ваші права на конфіденційність, ви можете зв'язатися з нашим відділом забезпечення конфіденційності за телефоном 425-789-3774. Ви також можете подати письмову скаргу до Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США.

За подання скарги нам або в OCR вас не переслідують. Адреса регіонального офісу OCR у Вашингтоні:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

Дата набрання чинності та зміни цього повідомлення

Дата набрання чинності. Це повідомлення набуло чинності 8 вересня 2023 р.

Зміни цього Повідомлення. Ми можемо змінити умови цього повідомлення в будь-який час. Якщо ми змінимо це повідомлення, ми можемо зробити нові умови повідомлення дійсними для всієї PHI, яку ми зберігаємо, включно з будь-якою інформацією, створеною або отриманою до оприлюднення нового повідомлення. Якщо ми змінимо це повідомлення, ми розмістимо відредаговане повідомлення в зоні очікування нашого офісу та на нашому вебсайті www.chcsno.org. Ви також можете отримати будь-які змінені повідомлення, надіславши в Community Health Center of Snohomish County лист на адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.