

# Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности

## Введение

В этом уведомлении описываются возможные варианты использования и раскрытия защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), а также способы, с помощью которых вы сможете получать доступ к этой информации. Внимательно ознакомьтесь с уведомлением.

**Согласно закону Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County, CHC) обязан:**

- защищать конфиденциальность вашей информации;
- предоставить данное уведомление о правилах конфиденциальности;
- соблюдать правила конфиденциальности, описанные в данном уведомлении;
- уведомлять о любых случаях возможного нарушения конфиденциальности медицинской информации пациентов.

Чтобы узнать подробнее о наших методах обеспечения конфиденциальности или получить дополнительные копии данного уведомления, свяжитесь с нами, используя данные, указанные в конце данного уведомления.

## Использование и раскрытие информации без вашего письменного разрешения

Ниже приведены некоторые примеры случаев, в которых мы можем использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию без вашего разрешения.

**Для связи с вами** мы можем использовать защищенную медицинскую информацию, чтобы связываться с вами, отправлять вам текстовые сообщения или письма с напоминаниями о назначенных приемах, а также передавать результаты анализов, сведения о вариантах лечения, о мероприятиях или об услугах по медицинскому просвещению.

**Для лечения** мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в рамках предоставления вам лечения. Мы также можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию другим медицинским работникам, которые оказывают вам медицинскую помощь.

**В целях взимания оплаты** мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию в ряде обстоятельств и при выполнении определенных действий, как то: определение рамок страхового покрытия, обеспечение оплаты за предоставленные услуги, управление компенсационными запросами и возмещение затрат. Мы также можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию для запроса или получения оплаты от вашего плана медицинского страхования.

## Для выполнения операций/действий в сфере

**здравоохранения** мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию для поддержки деловой деятельности вашего поставщика медицинских услуг и CHC, включая передачу вашей защищенной медицинской информации сторонним деловым партнерам, которые оказывают нашей организации услуги по выставлению счетов и расшифровке. Мы также можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если это необходимо для предоставления вам сведений об альтернативных вариантах лечения или о других медицинских льготах и услугах, которые могут вас заинтересовать.

**Для сбора средств** мы можем использовать защищенную медицинскую информацию для связи с вами в рамках кампаний по привлечению средств для осуществления нашей деятельности. Мы также можем раскрывать защищенную медицинскую информацию связанным с нами фондам, чтобы они могли обращаться к вам в рамках кампаний по привлечению средств для осуществления их деятельности. Все материалы, посвященные кампаниям по сбору средств, будут включать в себя описание действий, которые вы можете предпринять, чтобы более не получать корреспонденцию, связанную с кампаниями по сбору/привлечению средств.

## Во исполнение требований законодательства или если использование/раскрытие информации разрешено

**законом**, мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию, если от нас того требует закон, либо если такое использование/раскрытие разрешено законом. Кроме того, мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в минимальном объеме, необходимом для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или вашей безопасности или для предотвращения угрозы здоровью или безопасности окружающих.

## Другие случаи раскрытия информации, разрешенные или требуемые законом

- В рамках деятельности органов надзора в сфере здравоохранения, осуществляющих лицензирование и аудит.
- В рамках деятельности в сфере здравоохранения.
- В рамках деятельности по надзору и контролю в сфере здравоохранения.
- В контексте деятельности правоохранительных органов, если такое раскрытие требуется или разрешено законом.
- При проведении исследований, одобренных ведомственным наблюдательным советом.
- Во исполнение заявлений о возмещении ущерба работникам.
- В рамках деятельности военных ведомств или ведомств, обеспечивающих национальную безопасность.
- В рамках деятельности следственных органов, медицинских экспертов и руководства бюро ритуальных услуг.

## Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности

### Использование и раскрытие информации без вашего письменного разрешения (с правом возражения)

В случае вашей недееспособности, а также в чрезвычайных ситуациях мы раскроем вашу защищенную медицинскую информацию в соответствии с ранее выраженными вами предпочтениями, которые известны нам, а также исходя из ваших интересов, определенных согласно нашему экспертному мнению. Мы также будем руководствоваться нашим экспертным мнением и нашим опытом, обоснованно ссылаясь на ваши интересы при принятии решений о допуске тех или иных лиц к получению лекарственных средств по выписанным вам рецептам.

**Члены семьи и прочие лица, участвующие в уходе за вами.** Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для уведомления или для помощи в поиске членов семьи или других лиц, ответственных за ваш уход, чтобы сообщить им о вашем местонахождении, общем состоянии здоровья или смерти.

**Мероприятия по ликвидации последствий чрезвычайных происшествий.** Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию государственным или частным структурам, обладающим необходимыми полномочиями в соответствии с законом или уставом и принимающим участие в мероприятиях по ликвидации последствий чрезвычайных происшествий на уровне координации мер по информированию ваших членов семьи о вашем местонахождении, вашем общем состоянии здоровья или же о вашей смерти.

### Случаи использования и раскрытия информации, требующие вашего письменного разрешения

**Записи психотерапевта.** Как правило, мы обязаны получить ваше разрешение на использование или раскрытие записей психотерапевта; исключения составляют следующие обстоятельства/случаи: (1) при использовании/раскрытии психотерапевтических данных их составителем в целях лечения; (2) в контексте реализации наших собственных обучающих программ, в рамках которых студенты, получающие специальности в области психического здоровья, а также стажеры и практиканты под наблюдением учатся применять на практике или улучшают свои навыки и умения; (3) с целью нашей защиты в судебных разбирательствах, инициированных вами; (4) в соответствии с требованиями законодательства; (5) надзорным органам в сфере здравоохранения в контексте контроля составителя психотерапевтических записей/данных; (6) следователям или

судебным медицинским экспертам; (7) для предотвращения или уменьшения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности лица или окружающих.

### Конфиденциальность данных о репродуктивном здоровье.

Мы должны соблюдать законодательство о конфиденциальности при использовании или раскрытии медицинской информации, которая является частью данных о репродуктивном здоровье. Если это не разрешено законом, мы никогда не будем передавать какие-либо данные о репродуктивном здоровье без вашего письменного разрешения.

### Данные о расстройствах, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.

Мы должны соблюдать федеральное законодательство при использовании или раскрытии медицинской информации, которая является частью данных о лечении от наркозависимости. Если это не разрешено законом, мы никогда не будем передавать какие-либо данные о лечении от наркозависимости без вашего письменного разрешения.

**Маркетинг.** Перед использованием вашей защищенной медицинской информации в маркетинговых целях или перед ее продажей мы должны получить ваше письменное разрешение в соответствии с применимыми определениями и исключительными условиями, изложенными в Законе о передаче данных и отчетности в сфере медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

**Другие случаи использования и раскрытия.** В иных случаях, помимо описанных выше, использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации может иметь место только с вашего письменного разрешения. Вы можете отозвать такое разрешение в любой момент, предоставив нам письменное уведомление об отзыве разрешения.

### Ваши индивидуальные права

**Право на изучение и копирование.** Вы можете запросить доступ к имеющимся у нас вашим медицинским данным и сведениям о фактурировании, которые вы можете изучить и скопировать. Все запросы доступа к данным должны оформляться в письменном виде. В ограниченных случаях мы можем отказать вам в доступе к вашим данным. Мы можем затребовать плату за копирование и пересылку вам любых запрошенных данных.

### Право на альтернативные способы обмена информацией.

Любой целесообразный и оформленный в письменном виде запрос, формулирующий ваше желание получать защищенную медицинскую информацию, может быть отправлен вами и удовлетворен нами с использованием альтернативных способов обмена информацией или альтернативных адресов.

**Право на запрос ограничений.** Вы имеете право запросить ограничение объема защищенной медицинской информации, которую мы используем или раскрываем в целях лечения, оформления счетов за обслуживание или реализации других

## Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности

релевантных операций/действий в сфере здравоохранения. Запросы об ограничении объема информации должны оформляться в письменном виде и направляться на имя менеджера по рискам (сотрудника по вопросам конфиденциальности) 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208. Мы не обязаны удовлетворять ваши запросы, однако, мы можем удовлетворить такие запросы в следующих случаях: если вы запрашиваете об ограничении объемов защищенной медицинской информации, раскрываемой планам медицинского страхования в целях обеспечения платы за обслуживание или реализации иных операций/действий в сфере здравоохранения, если такое раскрытие не является необходимым по закону, и если защищенная медицинская информация относится исключительно к помощи или услугам в сфере здравоохранения, которые полностью оплачены вами, иным лицом или организацией от вашего имени.

**Право на получение отчетов в связи с раскрытием информации.** По письменному запросу вы можете получить отчет о случаях раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации, имевших место за последние шесть лет (при условии соблюдения определенных ограничивающих и лимитирующих условий).

**Право на запрос поправок.** Вы имеете право запросить внесение поправок в вашу защищенную медицинскую информацию. Ваш запрос (который обязательно необходимо оформлять в письменном виде) должен разяснять причины, по которым в вашу информацию должны быть внесены поправки. При определенных обстоятельствах мы можем отказать вам в удовлетворении вашего запроса.

**Право на получение уведомления.** Вы имеете право на получение бумажной копии настоящего уведомления, в связи с чем вы можете в любое время отправить соответствующий запрос в Общественный центр здравоохранения округа Snohomish (Community Health Center of Snohomish County) по адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

**Право на получение уведомления об утечке информации.** Согласно федеральному законодательству мы обязаны информировать вас о случаях обнаружения утечек вашей незащищенной медицинской информации.

### Вопросы или жалобы

Если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах, касающихся конфиденциальности, или подозреваете, что были нарушены ваши права на неприкосновенность личной жизни, вы можете обратиться к менеджеру по рискам (сотруднику по вопросам конфиденциальности) по номеру (425) 789-3775. Вы также можете подать письменную жалобу в Бюро гражданских прав (Office for Civil Rights, OCR) при Департаменте здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services).

В случае подачи жалобы в наш профильный отдел или в Бюро гражданских прав в отношении вас не будут предприниматься какие бы то ни было встречные/ответные действия. Далее указан адрес регионального отделения Бюро гражданских прав в штате Вашингтон.

#### Office for Civil Rights

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

### Дата вступления в силу и изменения настоящего уведомления

**Дата вступления в силу.** Настоящее уведомление действует с **21 мая 2024 г.**

**Изменения настоящего уведомления.** Мы можем изменить условия и формулировки настоящего уведомления в любое время. При внесении изменений в уведомление мы можем применить новые условия/формулировки уведомления ко всей защищенной медицинской информации, имеющейся в нашем распоряжении, в том числе к информации, созданной или полученной нами до выхода новой редакции уведомления. После внесения изменений в настоящее уведомление мы опубликуем его в новой редакции в зоне ожидания нашего учреждения и на нашем веб-сайте по адресу [www.chcsno.org](http://www.chcsno.org). Вы также можете получить уведомление в новой редакции, обратившись в Общественный центр здравоохранения округа Snohomish (Community Health Center of Snohomish County) по адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.