DSHS-ийн Нууцлалын тухай мэдэгдэл
Үйлчлүүлэгчийн Эрүүл Мэндийн Мэдээлэлд зориулсан

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information

2025 оны 11-р сарын 01-нээс эхэлж хэрэгжинэ

DSHS нь танд Эрүүл Мэндийн Даатгалын Зөөвөрлөлт ба Хариуцлагын Тухай Хуулийн (HIPAA) дагуу хувийн нууцыг хамгаалах эрхийн тухай мэдэгдэх үүрэг хүлээсэн. (45 CFR §164.520). DSHS нь "холимог бүтэцтэй байгууллага" юм. DSHS нь бүхэлдээ HIPAA-д хамаардаггүй, зөвхөн DSHS-ийн вэбсайт дээр Эрүүл Мэндийн Тусламж Үйлчилгээний Бүрэлдэхүүн Хэсгүүд гэж жагсаасан хөтөлбөрүүд HIPAA-д хамаарна. Уг мэдэгдэл нь зөвхөн эдгээр хамрагдсан хөтөлбөрүүдээр үйлчлүүлдэг хүмүүст хамаарна. Уг мэдэгдэл нь таны DSHS-ийн үйлчилгээнд хамрагдах эрхэд нөлөөлөхгүй.

Уг мэдэгдэлд таны эрүүл мэндийн мэдээллийг хэрхэн ашиглах ба задруулж болох, мөн та энэ мэдээллийг хэрхэн авах боломжтойг тодорхойлсон. Үүнийг анхааралтай уншина уу.

PHI гэж юу вэ?

Тусгай Хамгаалалттай Эрүүл Мэндийн Мэдээлэл (PHI) нь DSHS-ийн HIPAA-д хамрагддаг хэсгүүдэд хадгалагдаж буй үйлчлүүлэгчийн эрүүл мэндийн тухай мэдээлэл юм. PHI нь таны эрүүл мэндийн байдал эсвэл нөхцөл, авч буй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, эсвэл эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлбөртэй холбоотойгоор таныг тодорхойлох мэдээлэл юм. DSHS нь хуулийн дагуу таны PHI-ийг хамгаалах үүрэгтэй.

DSHS-д миний талаар ямар PHI байдаг вэ?

Танд үйлчилгээ үзүүлэхийн тулд та бидэнд өөрийн байршил, санхүүгийн мэдээлэл эсвэл өвчний түүх зэрэг эрүүл мэндийн мэдээллээ өгөх шаардлага гарч магадгүй. Бид мөн танд үйлчлэх эсвэл таны эмчилгээний төлбөрийг төлөхөд шаардлагатай бусад эх сурвалжаас таны тухай PHI-ийг авч болно.

Миний PHI-ийг хэн үздэг вэ?

Бид ажлаа гүйцэтгэхэд шаардагдах PHI-ийн хамгийн бага хэмжээг л ашигладаг. Хуулиар зөвшөөрсөн эсвэл таны зөвшөөрөлтэй бол, бид PHI-ийг бусад хөтөлбөр эсвэл хүмүүстэй хуваалцаж болно. Жишээлбэл, таны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг зохицуулах, төлбөрийг төлөхийн тулд таны PHI-ийг Эрүүл Мэндийн Газар буюу бусад эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчдэд өгч ашиглуулж болно. Бид өнгөрсөн, одоогийн эсвэл ирээдүйн PHI-ийг хуваалцаж болно.

DSHS ямар PHI-ийг хуваалцдаг вэ?

Бид зөвхөн бусдад ажлаа хийхэд шаардлагатай, хуулиар зөвшөөрөгдсөн PHI-ийг хуваалцдаг. Та сүүлийн зургаан жилийн хугацаанд DSHS таны PHI-ийг ямар зорилгоор хэнтэй хуваалцсан жагсаалтыг хүсч болно.

DSHS хэзээ PHI-ийг хуваалцдаг вэ?

Бид үйлчилгээг зохицуулах, мөн эмчилгээ, төлбөр тооцоо, эрүүл мэндийн үйл ажиллагаанд зориулж "мэдэх шаардлага"-д үндэслэн PHI-ийг хуваалцдаг. Жишээлбэл, бид дараах мэдээллийг хуваалцаж болно:

- Эмчилгээ хийх болон хэрэг хөтлөх зорилгоор эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчидтэй.
- Төлбөрийг зохицуулахын тулд эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийг хариуцдаг талтай.
- Таныг DSHS-ийн хөтөлбөрүүдэд хамрагдах эрхтэй эсэхийг шийдэхийн тулд.
- Үйлчилгээ үзүүлэгчдээс авч буй тусламж нь хууль эрх зүйн стандартад нийцэж байгаа эсэхийг шийдэх зэргээр бизнесийн үйл ажиллагаагаа дэмжихийн тулд. Эдгээр үйл ажиллагаанд өгөгдөл нэгтгэх, эрсдэлийн удирдлагын үйл ажиллагаа ба аудит зэрэг багтаж болно.

Хэзээ DSHS нь миний зөвшөөрөлгүйгээр миний PHI-ийг хуваалцаж болох вэ?

Эмчилгээ, төлбөр тооцоо, эрүүл мэндийн үйл ажиллагааны хүрээнд задруулахаас гадна, DSHS нь бусад хэд хэдэн шалтгаанаар таны зөвшөөрөлгүйгээр PHI-ийг хуваалцаж болно. Хуулийн дагуу бид таны PHI-ийг хуваалцах шаардлагатай эсвэл эрхтэй. Үүнд зарим жишээнд дараах хэрэгцээ багтана:

- Таны асаргаанд оролцох найз эсвэл гэр бүлийн гишүүнтэй таны эрүүл мэндийн мэдээллийг хуваалцах. Та ингэж хуваалцахыг эсэргүүцэх эрхтэй. Хэрэв та эсэргүүцвэл, бид үүнийг тухайн гэр бүлийн гишүүн эсвэл найзад задруулахгүй.
- Өвчин ба гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх, үүнийг хянах, төрөлт, нас баралтыг мэдээлэх зэрэг нийгмийн эрүүл мэндийн үйл ажиллагаанд зориулж нийгмийн эрүүл мэндийн байгууллагуудтай хуваалцах.
- Хүүхэд эсвэл насанд хүрэгчдийн хүчирхийлэл, үл хайхрах байдал, гэр бүлийн хүчирхийллийн тохиолдлуудыг Хүүхэд Хамгаалллын Алба, Насанд Хүрэгсдийн Хамгаалллын Алба, цагдаа эсвэл бусад байгууллагад мэдээлэх.
- Шүүхийн шийдвэр, зарлан дуудах хуудас, нотлох баримт гаргаж өгөх хүсэлт, эсвэл бусад хууль эрх зүйн үйл явцын дагуу, эсвэл шүүх болон захиргааны үйл ажиллагаанд зориулж бүртгэлийг гаргаж өгөх.
- Эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдэд тусгай зөвшөөрөл олгодог, сувилгааны гэр, эмнэлэг зэрэг эмнэлгийн байгууламжуудад тусгай зөвшөөрөл олгож, хяналт шалгалт хийдэг хяналтын байгууллагуудтай PHI-г хуваалцах.
- Танд санаа тавих, үйлчилгээ эсвэл тэтгэмжид хамрагдах эрхтэй эсэхийг тань тодорхойлоход шаардлагатай бол, эсвэл хуулиар зөвшөөрсний дагуу холбооны ба мужийн засгийн газрын агентлагуудтай PHI-г хуваалцах.
- Насанд хүрээгүй хүмүүсийн асран хамгаалагч эсвэл эцэг эхэд PHI-г өгөх.
- Хувь хүн эсвэл олон нийтийн эрүүл мэнд, аюулгүй байдалд учирч болзошгүй ноцтой бөгөөд шууд аюулаас урьдчилан сэргийлэх эсвэл бууруулахын тулд PHI-г хуваалцах.
- Хууль сахиулах байгууллагын ажилтнуудтай тодорхой PHI-г хуваалцах.
- Таны хувийн нууц хамгаалагдсан тохиолдолд, зөвшөөрөгдсөн судалгааны төслийн судалгаанд зориулж PHI-г хуваалцах.
- Хэрэв та зэвсэгт хүчинд алба хаадаг эсвэл та ахмад дайчин бол, зарим тохиолдолд цэргийн удирдлагуудтай хуваалцах.
- Ажиллагсдын Нөхөн Олговроос хариуцсан байгууллагуудад PHI-г өгөх.
- Онцгой байдлын үед эсвэл гамшгийн үр дагаврыг арилгах зорилгоор PHI-г ашиглах эсвэл задруулах.
- Таныг нас барсны дараа, таны өв хөрөнгийн хувийн төлөөлөгч, шүүх эмнэлгийн шинжээч, оршуулгын товчооны захирал эсвэл эрхтэн шилжүүлэн суулгах байгууллагатай PHI-г тань хуваалцах.
- Хуулиар зөвшөөрсөн эсвэл шаардсан үед

Мансууруулах Бодис Хэрэглэх Эмгэгийн Эмчилгээний Бүртгэл

Бид таны зөвшөөрөлгүйгээр, эсвэл 42 C.F.R. 2-р хэсэг (2-р хэсэг)-ийн дүрмээр зөвшөөрөгдөөгүй бол, мансууруулах бодис хэрэглэх эмгэг (SUD)-ийн эмчилгээний бүртгэлийг хуваалцахгүй. Хэрэв бид таны SUD үйлчилгээ үзүүлэгч гэх мэт өөр хэн нэгнээс таны 2-р хэсгийн бүртгэлийг хүлээн авбал HIPAA-ийн дагуу зөвшөөрөгдсөн тохиолдолд бүртгэлийг задруулж болно. Гэсэн хэдий ч бид таны эсрэг иргэний, эрүүгийн, захиргааны болон хууль тогтоох ажиллагаанд зориулж SUD бүртгэлийг таны бичгээр өгсөн зөвшөөрөлгүйгээр, эсвэл шүүхийн шийдвэрийн хариу болгохоос бусад тохиолдолд задруулахгүй.

Хэрэв би өөр хэн нэгэнд өөрийн PHI-г өгөхийг хүсвэл яах вэ?

Энэхүү мэдэгдэлд жагсаагдаагүй зарим хуваалцах үйлдэлд таны зөвшөөрөл шаардлагатай. Бид таны бичгээр өгсөн зөвшөөрөлгүйгээр таны PHI-ийг маркетингийн зорилгоор ашиглахгүй эсвэл худалдахгүй. Дараах тохиолдолд танаас PHI-ийг хуваалцахыг зөвшөөрсөн маягтад гарын үсэг зурахыг хүснэ:

- Үйлчилгээ эсвэл халамж үзүүлэхэд бидэнд таны зөвшөөрөл хэрэгтэй бол;
- Сэтгэл заслын тэмдэглэлийг хуваалцахад бидэнд таны зөвшөөрөл хэрэгтэй бол;
- Та хуулиар таны зөвшөөрөлгүйгээр зөвшөөрөгдөөгүй шалтгаанаар PHI-г өөр байгууллага эсвэл үйлчилгээ үзүүлэгч рүү илгээлгэхийг хүсвэл; эсвэл
- Та PHI-г өмгөөлөгч, хамаатан садан эсвэл бусад төлөөлөгч гэх мэт өөр хүнд илгээлгэхийг хүсвэл.

Таны PHI-г хуваалцах зөвшөөрөл нь маягт дээр заасан дуусах огноо хүртэл хүчинтэй байна. Бид зөвхөн таны жагсаасан PHI-г хуваалцах боломжтой. Та DSHS-д бичгээр хандаж энэхүү зөвшөөрлийг цуцлах эсвэл өөрчлөх боломжтой.

Би өөрийн PHI-г үзэж болох уу?

Та өөрийн PHI-г цаасан эсвэл цахим хэлбэрээр үзэж болно. Хэрэв та хүсэлт гаргавал PHI-ийнхээ хуулбарыг авч болно. DSHS хуулбарлахад боломжийн хэмжээний төлбөр төлнө.

Би өөрийн PHI-г задруулсан жагсаалтыг авч болох уу?

Та сүүлийн зургаан жилийн хугацаанд эмчилгээ, төлбөр тооцоо, үйл ажиллагаа, эсвэл таны зөвшөөрөлтэйгөөр хийснээс бусад тохиолдолд таны PHI-г задруулсан жагсаалт буюу тайланг авах эрхтэй. Хэрэв та 12 сарын хугацаанд нэгээс дээш удаа тайлан хүсвэл DSHS боломжийн хэмжээний төлбөр авч болно.

Би өөрийн PHI-г өөрчилж болох уу?

Хэрэв та PHI-г буруу хийгдсэн гэж бодож байвал, бидэнд бичгээр хандаж өөрчлөх эсвэл шинэ PHI нэмэхийг хүсч болно.

Бид хүсэлтийг авч хэлэлцэх боловч, зөвшөөрөх албагүй. Та мөн таны PHI-н хуулбарыг эзэмшиж буй бусад хүмүүст өөрчлөлтийг илгээхийг биднээс хүсч болно.

Би өөрийн PHI-г хуваалцах болон хүлээж авахдаа хязгаарлалт тавьж болох уу?

Та PHI-ийнхээ ашиглалт, хуваалцахыг хязгаарлах талаар бидэнд бичгээр хүсэлт гаргаж болох ч, бид зөвшөөрөх албагүй. Та мөн PHI-ээ өөр хэлбэрээр эсвэл өөр байршилд илгээхийг биднээс хүсч болно.

Зөрчил гэж юу вэ?

Зөрчил гэдэг нь хулгай, алдаа эсвэл хакерын халдлагад өртөж алдагдах зэрэг HIPAA-ийн дагуу зөвшөөрөгдөөгүй PHI-ийн ашиглалт эсвэл задруулалт юм. Хэрэв HIPAA-ийн дагуу таны PHI-д зөрчил гарвал бид танд шуудангаар мэдэгдэх болно.

Би уг нууцлалын мэдэгдлийн хуулбарыг авч болох уу?

Тийм. Энэхүү нууцлалын мэдэгдэл нь танд хадгалагдах болно. Хэрэв та энэхүү мэдэгдлийг цахимаар авсан бол цаасан хуулбарыг хүсч болох бөгөөд бид танд өгөх болно.

Хэрэв PHI нууцлалд өөрчлөлт ороход яах вэ?

Бид энэхүү мэдэгдлийг дагаж мөрдүүдэх үүрэгтэй. Бид энэхүү мэдэгдлийг өөрчлөх эрхтэй. Хэрэв хууль тогтоомж эсвэл бидний нууцлал өөрчлөгдвөл, бид энэхүү мэдэгдлийг шинэчилж, танд хуулбарыг илгээх эсвэл шинэ мэдэгдлийн талаарх мэдээлэл болон түүнийг хаанаас олж болохыг мэдэгдэх болно.

Хэрэв надад энэхүү мэдэгдэл эсвэл миний PHI эрхийн талаар асуулт гарвал би хэнтэй холбогдох вэ?

Хэрэв танд энэхүү мэдэгдлийн талаар асуулт гарвал, DSHS-ийн Нууцлалын ажилтантай DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov эсвэл (360) 902-8278 дугаараар холбогдож болно.

Би PHI нууцлалын эрхээ зөрчигдсөн тухай хэрхэн мэдээлэх вэ?

Хэрэв та PHI нууцлалын эрхээ зөрчигдсөн гэж үзвэл дараах хаягаар гомдол гаргаж болно:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 эсвэл DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov и-мэйл хаягаар. Хэрэв та гомдол гаргавал, DSHS таны үйлчилгээг өөрчлөхгүй, зогсоохгүй бөгөөд таны эсрэг хариу арга хэмжээ авах ёсгүй.

ЭСВЭЛ

Гомдлоо https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf хаягаар цахимаар, эсвэл Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 хаягаар бичгээр, (800) 368-1019 утсаар холбогдож гаргана уу. DHHS-д гаргах аливаа нэгэн гомдлыг нууцлалын зөрчил гарсан гэх өдрөөс хойш 180 хоногийн дотор гаргах ёстой.

DSHS-ийн Үйлчлүүлэгчийн Эрүүл Мэндийн Мэдээллийн Нууцлалын тухай Мэдэгдэл
2025 оны 11-р сарын 01-нээс хэрэгжинэ

Батламж

Acknowledgement

(DSHS эрүүл мэндийн шууд эмчилгээ үзүүлэх үед шаардлагатай)

Үйлчлүүлэгчийн Нэр	Үйлчлүүлэгчийн Төрсөн Огноо

Би DSHS-ийн Нууцлалын Мэдэгдлийн хуулбарыг хүлээн авсан бөгөөд DSHS миний Хувийн Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг хэрхэн ашиглах, хуваалцах талаар асуулт асуух боломжтой байсан.

Үйлчлүүлэгч эсвэл Хувийн Төлөөлөгчийн Гарын Үсэг	Огноо

Зөвхөн DSHS-ийн Хэрэгцээнд

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