Obavijest o praksama privatnosti DSHS-a za medicinske informacije klijenta

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information

Na snazi od 1. studenog 2025.

DSHS vas mora obavijestiti o vašim pravima na privatnost prema Zakonu o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja (HIPAA). (45 CFR §164.520). DSHS je „hibridni subjekt“. HIPAA ne pokriva sve programe DSHS-a nego samo programe navedene na web stranici DSHS-a Health Care Components (Komponente zdravstvene zaštite). Ova se obavijest odnosi samo na klijente koji dobivaju usluge ovih obuhvaćenih programa. Ova obavijest ne utječe na vaše pravo na usluge DSHS-a.

U ovoj se obavijesti opisuje kako se vaši medicinski podaci mogu koristiti i otkrivati i kako možete dobiti te podatke. Molimo da ih pažljivo pročitate.

Što su to zaštićene zdravstvene informacije, odnosno PHI?

Zaštićene zdravstvene informacije (Protected Health Information, PHI) su medicinske informacije klijenata koje posjeduju dijelovi DSHS-a obuhvaćeni HIPAA-om. PHI su medicinske informacije povezane s vama o vašem zdravstvenom stanju ili bolesti, zdravstvenoj zaštiti koju primate ili plaćanju za vašu zdravstvenu zaštitu. DSHS mora po zakonu zaštititi vaše zaštićene zdravstvene informacije, odnosno PHI.

Koje zaštićene zdravstvene informacije DSHS ima o meni?

Kako bismo vam mogli pružati usluge, možda ćete nam morati dati medicinske ili zdravstvene podatke, uključujući vašu lokaciju, financijske podatke ili medicinsku dokumentaciju. Također možemo dobiti zaštićene zdravstvene informacije, tj. PHI, o vama iz drugih izvora potrebnih za pružanje usluga ili plaćanje vaše skrbi.

Tko može vidjeti moje zaštićene zdravstvene informacije (PHI)?

Koristimo samo najmanju količinu zaštićenih zdravstvenih podataka (PHI) potrebnu za obavljanje našeg posla. Možemo dijeliti zaštićene zdravstvene informacije s drugim programima ili osobama ako je to dopušteno zakonom ili ako vi to dopustite. Na primjer, vaše zaštićene zdravstvene informacije mogu se dati i koristiti od strane Health Care Authority (Uprava za zdravstven zaštitu) i drugih pružatelja zdravstvene skrbi za koordinaciju i plaćanje vaše zdravstvene skrbi. Možemo dijeliti stare, sadašnje ili buduće zaštićene zdravstvene informacije (PHI).

Koje zaštićene zdravstvene informacije, PHI, dijeli DSHS?

Mi dijelimo samo one zaštićene zdravstvene informacije koje su drugima potrebni za obavljanje posla i u skladu sa zakonom. Možete zatražiti popis osoba s kojima je DSHS podijelio vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) u neku svrhu u proteklih šest godina.

Kada DSHS dijeli zaštićene zdravstvene informacije?

Dijelimo zaštićene zdravstvene informacije (PHI) na temelju „potrebe za znanjem“ kako bismo koordinirali usluge i za liječenje, plaćanje i druge postupke potrebne za zdravstvenu zaštitu. Na primjer, možemo dijeliti informacije:

- S pružateljima zdravstvene zaštite kako bi se osigurala medicinska skrb i upravljanje slučajevima.
- Sa strankom odgovornom za plaćanje usluga zdravstvene zaštite radi dogovora o plaćanju.
- Za donošenje odluke ispunjavate li uvjete za DSHS programe.
- Za podršku našim poslovnim operacijama, kao što je odlučivanje o tome ispunjava li skrb koju primate od pružatelja usluga zakonske norme. Te aktivnosti mogu uključivati objedinjavanje podataka, aktivnosti upravljanja rizicima i revizije.

Kada DSHS smije podijeliti moje zaštićene zdravstvene informacije (PHI) bez mog odobrenja?

Osim otkrivanja informacija o liječenju, plaćanju i postupaka potrebnih za zdravstvenu zaštitu., DSHS može dijeliti zaštićene zdravstvene informacije (PHI) bez vašeg dopuštenja iz nekih drugih razloga. Po zakonu, možemo imati obvezu ili dopuštenje dijeliti vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI). Neki primjeri uključuju sljedeće potrebe:

- Dijeljenje zdravstvenih informacija o vama s prijateljem ili članom obitelji koji je uključen u vašu skrb. Imate pravo usprotiviti se ovom dijeljenju. Ako se usprotivite, nećemo ih otkriti tom članu obitelji ili prijatelju.
- Dijeljenje s nadležnim javnim tijelima zdravstvene zaštite informacija o aktivnostima javnog zdravstva kao što su sprječavanje ili suzbijanje bolesti ili ozljeda ili prijavljivanje rođenja i smrti.
- Prijavljivanje slučajeva zlostavljanja ili zanemarivanja djece ili odraslih ili obiteljskog nasilja Službi za zaštitu djece, Službi za zaštitu odraslih, policiji ili drugim agencijama.
- Dostavljanje evidencija na temelju sudskog naloga, sudskog poziva, zahtjeva za otkrivanje dokaza ili drugog pravnog postupka ili za sudske i upravne postupke.
- Dijeljenje zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) s nadzornim agencijama koje licenciraju zdravstvene djelatnike te licenciraju i provode inspekciju u medicinskim ustanovama, kao što su domovi za starije i nemoćne i bolnice.
- Dijeljenje zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) sa saveznim i državnim vladinim agencijama kako bi se brinule o vama, ako je potrebno utvrditi ispunjavate li uvjete za usluge ili naknade ili kako je dopušteno zakonom.
- Pružanje zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) skrbnicima ili roditeljima maloljetnih osoba.
- Dijeljenje zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) radi sprječavanja ili smanjivanja ozbiljne i neposredne prijetnje zdravlju ili sigurnosti neke osobe ili javnosti.
- Dijeljenje određenih zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) s predstavnicima zakona.
- Dijeljenje zaštićenih zdravstvenih informacije (PHI) za istraživanje, za odobrenih projekt istraživanja, kada je zaštićena vaša privatnost.
- Dijeljenje s vojnim vlastima, u nekim situacijama, ako ste u oružanim snagama ili ste veteran.
- Davanje zaštićenih zdravstvenih informacije (PHI) agencijama koje se bave radničkim naknadama u slučaju ozljede na radu ili profesionalne bolesti.
- Upotreba ili otkrivanje zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) u hitnom slučaju ili u svrhe pomoći zbog katastrofe.
- Nakon vaše smrti, dijeljenje zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) sa zastupnikom vaše ostavštine, mrtvozornikom, pogrebnikom ili organizacijom za transplantaciju organa.
- Kada je to zakonom dopušteno ili propisano

Evidencije o liječenju poremećaja uzrokovanih zlouporabom supstanci	Nećemo dijeliti evidencije o liječenju poremećaja uzrokovanih zlouporabom supstanci (Substance Use Disorder, SUD) osim ako nemamo vaš pristanak ili je to dopušteno pravilima 42 C.F.R. Part 2 (Dio 2). Ako primimo evidencije o vama iz 2. dijela od nekog drugog subjekta, poput vašeg pružatelja usluga liječenja poremećaja uzrokovanih zlouporabom supstanci (SUD), možemo otkriti evidencije ako je to dopušteno prema HIPAA. Međutim, nećemo otkriti evidencije o liječenju poremećaja uzrokovanih zlouporabom supstanci (SUD) za građanske, kaznene, upravne i zakonodavne postupke protiv vas, osim ako ne date pisani pristanak ili kao odgovor na sudski nalog.
Što ako želim da netko drugi ima moje zaštićene zdravstvene informacije, PHI?	Za neka dijeljenja koja nisu navedena u ovoj obavijesti potrebno je vaše dopuštenje. Nećemo koristiti vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) za oglašavanje niti ih prodavati bez vašeg pismenog dopuštenja. Od vas će se zatražiti da potpišete obrazac za ovlaštenje kojim biste nam dopustili da dijelimo vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) ako: • Trebamo vaše dopuštenje za pružanje usluga ili skrbi; • Trebamo vaše dopuštenje za dijeljenje bilješki s psihoterapije; • Želite da vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) pošaljemo drugoj agenciji ili pružatelju usluga iz razloga koji nisu dopušteni zakonom bez vašeg dopuštenja; ili • Želite da se zaštićene zdravstvene informacije (PHI) pošalju nekome drugome, na primjer vašem odvjetniku, rođaku ili drugom zastupniku. Vaše dopuštenje za dijeljenje vaših zaštićenih zdravstvenih informacija vrijedi do krajnjeg datuma kojeg ste naveli u obrascu. Možemo dijeliti zaštićene zdravstvene informacije samo koje vi navedete. Ovo dopuštenje možete otkazati ili promijeniti upućujući pisani zahtjev DSHS-u.
Mogu li vidjeti moje zaštićene zdravstvene informacije, to jest PHI?	Možete vidjeti vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) u štampanom ili elektroničkom obliku. Ako zatražite, dobit ćete kopiju vaših zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI). DSHS vam može naplatiti razumnu naknadu za kopije.
Mogu li dobiti popis podataka o otkrivanju mojih zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI)?	Imate pravo na računovodstveno izvješće koje predstavlja popis podataka o otkrivanju vaših zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) u posljednjih šest godina, osim podataka u svezi s liječenjem, plaćanjem, operacijama ili s vašim dopuštenjem. Ako zatražite više od jednog obračuna u bilo kojem 12-mjesečnom razdoblju, DSHS vam može naplatiti razumnu naknadu.
Mogu li ja izmijeniti moje zaštićene zdravstvene informacije (PHI)?	Ako mislite da vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) nisu točne, možete od nas zatražiti pisanim putem da izmijenimo ili dodamo nove zaštićene zdravstvene informacije (PHI). Mi ćemo razmotriti zahtjev, ali nismo obvezni pristati. Također možete zatražiti da pošaljemo bilo koje promjene drugim subjektima koji imaju kopije vaših zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI).
Mogu li ja staviti ograničenja na dijeljenje mojih zaštićenih zdravstvenih informacija i kako ih mogu dobiti?	Možete nas pisanim putem zamoliti da ograničimo korištenje i dijeljenje vaših zaštićenih zdravstvenih informacija, ali ne moramo pristati na to. Također, možete zatražiti da vam vaše zaštićene zdravstvene informacije (PHI) dostavimo u drugom formatu ili na drugu lokaciju.

Što predstavlja kršenje?	Kršenje je korištenje ili otkrivanje vaših zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) koje nije dopušteno prema HIPAA-i, uključujući gubitak nastao krađom, pogreškom ili hakiranjem. Obavijestit ćemo vas poštom ako dođe do kršenja vaših zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) prema HIPAA-i.
Mogu li dobiti kopiju ove obavijesti o privatnosti?	Da. Ova obavijest je vaša i trebate ju sačuvati. Ako ste ovu obavijest primili elektroničkim putem, možete zatražiti tiskanu kopiju, a mi ćemo vam je dati.
Što ako se promijene prakse privatnosti zaštićenih zdravstvenih informacija, PHI?	Dužni smo pridržavati se odredbi iz ove obavijesti. Imamo pravo promijeniti ovu obavijest. Ako se promijene zakoni ili naše prakse privatnosti, ažurirat ćemo ovu obavijest i poslati vam kopiju ili vam poslati informacije o novoj obavijesti i gdje je možete pronaći.
Kome se mogu obratiti ako imam pitanja o ovoj obavijesti ili svojim pravima iz područja zaštite zdravstvenih informacija?	Ako imate bilo kakvih pitanja o ovoj obavijesti, možete se obratiti službeniku za zaštitu privatnosti DSHS-a na DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov ili (360) 902-8278.
Kako mogu prijaviti kršenje mojih prava na privatnost zaštićenih zdravstvenih informacija?	Ako smatrate da su vaša prava na privatnost zaštićenih zdravstvenih informacija (PHI) povrijeđena, možete podnijeti pritužbu: The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 ili e-poštom na DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Ako podnesete pritužbu, DSHS neće promijeniti ili prekinuti vaše usluge i ne smije poduzeti odmazdu protiv vas. **ILI** Podnesite pritužbu mrežnim putem na: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf ili pisanim na: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, telefon (800) 368-1019. Sve pritužbe DSHS-u moraju se podnijeti u roku od 180 dana od navodnog kršenja privatnosti.

Obavijest DSHS-a o Praksama privatnosti za medicinske podatke klijenata
Na snazi od 1. studenog 2025.

Potvrda

(Potrebno kada DSHS pruža izravne usluge liječenja)

Ime i prezime klijenta	Datum rođenja klijenta

Primio/la sam primjerak Obavijesti o privatnosti DSHS-a i imao/la sam priliku postaviti pitanja o tome kako će DSHS koristiti i dijeliti moje osobne zdravstvene informacije.

Potpis klijenta ili osobnog zastupnika	Datum

For DSHS Use Only

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	Datum