ประกาศแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ DSHS สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการ

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information

มีผลบังคับใช้ 1 พฤศจิกายน 2025

DSHS (Department of Social and Health Services) ต้องแจ้งให้ท่านทราบถึงสิทธิด้านความเป็นส่วนตัวของท่านตาม Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (45 CFR §164.520) DSHS เป็น "หน่วยงานแบบผสม" ไม่ใช่ทุกหน่วยงานของ DSHS ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ HIPAA มีเพียงโปรแกรมที่ระบุไว้เป็น ส่วนงานด้านการดูแลสุขภาพบนเว็บไซต์ของ DSHS เท่านั้นที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ HIPAA ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้กับผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากโปรแกรมที่ได้รับความคุ้มครองเหล่านั้นเท่านั้น ประกาศฉบับนี้ไม่มีผลต่อคุณสมบัติในการรับบริการของ DSHS ของท่าน

ประกาศฉบับนี้อธิบายวิธีการใช้และเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับท่าน และวิธีที่ท่านสามารถขอรับข้อมูลนี้ได้ โปรดอ่านอย่างละเอียด

PHI หมายถึงอะไร

Protected Health Information (PHI)
หมายถึงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการที่จัดเก็บโดยส่วนงานของ DSHS ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ HIPAA PHI
คือข้อมูลทางการแพทย์ของท่านที่เชื่อมโยงกับสถานะหรือภาวะสุขภาพของท่าน การดูแลสุขภาพที่ท่านได้รับ หรือการชำระเงินค่าดูแลสุขภาพของท่าน DSHS ต้องคุ้มครอง PHI ของท่านตามกฎหมาย

DSHS มี PHI อะไรเกี่ยวกับข้าพเจ้าบ้าง

เพื่อช่วยให้เราสามารถให้บริการท่านได้
ท่านอาจต้องให้ข้อมูลทางการแพทย์หรือสุขภาพแก่เรา ซึ่งรวมถึงข้อมูลตำแหน่งที่ตั้ง ข้อมูลทางการเงิน หรือเวชระเบียนของท่าน เราอาจได้รับ PHI เกี่ยวกับท่านจากแหล่งอื่นที่จำเป็นต่อการให้บริการท่านหรือชำระค่าดูแลของท่าน

ใครบ้างที่เห็น PHI ของข้าพเจ้า

เราใช้ PHI ในปริมาณน้อยที่จำกัดที่สุดเท่าที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของเรา
เราอาจแบ่งปัน PHI กับโปรแกรมหรือบุคคลอื่นหากกฎหมายอนุญาตหรือหากท่านอนุญาต ตัวอย่างเช่น PHI ของท่านอาจถูกมอบให้และใช้โดยหน่วยงาน Health Care Authority และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพรายอื่น ๆ
เพื่อประสานงานและชำระค่าดูแลสุขภาพของท่าน เราอาจแบ่งปัน PHI ในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต

DSHS แบ่งปัน PHI อะไรบ้าง

เราจะแบ่งปัน PHI
ของท่านเฉพาะส่วนที่ผู้อื่นจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานและตามที่กฎหมายอนุญาตเท่านั้น ท่านสามารถขอรายชื่อผู้ที่ DSHS ได้แบ่งปัน PHI ของท่านให้เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างในช่วงหกปีที่ผ่านมา

DSHS แบ่งปัน PHI เมื่อใด

เราแบ่งปัน PHI เฉพาะเมื่อ "มีความจำเป็นต้องทราบ"
เพื่อประสานงานการบริการและเพื่อการรักษา การชำระเงิน และการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างเช่น เราอาจแบ่งปันข้อมูล:

- กับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อจัดหาการรักษาพยาบาลและการจัดการรายกรณี
- กับฝ่ายที่รับผิดชอบในการชำระค่าบริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดการเรื่องการชำระเงิน
- เพื่อตัดสินว่าท่านมีคุณสมบัติสำหรับโปรแกรมของ DSHS หรือไม่
- เพื่อสนับสนุนการดำเนินธุรกิจของเรา เช่น
  เพื่อตัดสินว่าการดูแลที่ท่านได้รับจากผู้ให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานทางกฎหมายหรือไม่ กิจกรรมเหล่านี้อาจรวมถึงการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง และการตรวจสอบ

DSHS สามารถแบ่งปัน PHI ของข้าพเจ้าโดยไม่ได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าได้เมื่อใด

นอกเหนือจากการเปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษา การชำระเงิน และการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพแล้ว DSHS อาจแบ่งปัน PHI โดยไม่ได้รับอนุญาตจากท่านด้วยเหตุผลอื่นบางประการ ตามกฎหมาย เราอาจถูกกำหนดหรือได้รับอนุญาตให้แบ่งปัน PHI ของท่าน ตัวอย่างบางส่วนรวมถึงความจำเป็นในการ:

- แบ่งปันข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับท่านกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลท่าน ท่านมีสิทธิ์คัดค้านการแบ่งปันข้อมูลนี้ หากท่านคัดค้าน เราจะไม่เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนคนนั้น
- แบ่งปันกับหน่วยงานสาธารณสุขสำหรับกิจกรรมด้านสาธารณสุข เช่น การป้องกันหรือควบคุมโรคหรือการบาดเจ็บ หรือการรายงานการเกิดและการเสียชีวิต
- รายงานเหตุการณ์การล่วงละเมิดหรือทอดทิ้งเด็กหรือผู้ใหญ่ หรือความรุนแรงในครอบครัวต่อหน่วยงานคุ้มครองเด็ก (Child Protective Services) หน่วยงานคุ้มครองผู้ใหญ่ (Adult Protective Services) ตำรวจ หรือหน่วยงานอื่น ๆ
- จัดหาบันทึกตามคำสั่งศาล หมายศาล คำร้องขอให้เปิดเผยพยานหลักฐาน หรือกระบวนการทางกฎหมายอื่น ๆ หรือสำหรับการดำเนินการทางตุลาการและทางปกครอง
- แบ่งปัน PHI กับหน่วยงานกำกับดูแลที่ออกใบอนุญาตแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานที่ออกใบอนุญาตและตรวจสอบสถานพยาบาล เช่น บ้านพักคนชราและโรงพยาบาล
- แบ่งปัน PHI กับหน่วยงานของรัฐบาลกลางและรัฐเพื่อดูแลท่าน หากจำเป็นเพื่อพิจารณาว่าท่านมีคุณสมบัติสำหรับบริการหรือสิทธิประโยชน์หรือไม่ หรือตามที่กฎหมายอนุญาต
- มอบ PHI ให้แก่ผู้ปกครองหรือบิดามารดาของผู้เยาว์
- แบ่งปัน PHI เพื่อป้องกันหรือลดภัยคุกคามที่ร้ายแรงและใกล้จะถึงต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของบุคคลหรือสาธารณะ
- แบ่งปัน PHI บางอย่างกับเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย
- แบ่งปัน PHI เพื่อการวิจัย สำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติ เมื่อความเป็นส่วนตัวของท่านได้รับการคุ้มครอง
- แบ่งปันกับหน่วยงานทางทหาร ในบางสถานการณ์ หากท่านอยู่ในกองทัพหรือเป็นทหารผ่านศึก
- มอบ PHI ให้แก่หน่วยงานเงินทดแทนแรงงาน
- ใช้หรือเปิดเผย PHI ในกรณีฉุกเฉินหรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการบรรเทาสาธารณภัย
- หลังจากที่ท่านเสียชีวิต แบ่งปัน PHI ของท่านกับผู้แทนส่วนตัวในกองมรดกของท่าน เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพ ผู้ประกอบการจัดงานศพ หรือองค์กรปลูกถ่ายอวัยวะ
- เมื่อได้รับอนุญาตหรือกำหนดโดยกฎหมาย

บันทึกการรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder)	เราจะไม่แบ่งปันบันทึกการรักษาภาวะการใช้สารเสพติด (SUD) เว้นแต่เราจะได้รับความยินยอมจากท่าน หรือได้รับอนุญาตตามกฎ 42 C.F.R. Part 2 (Part 2.) หากเราได้รับบันทึก Part 2 ของท่านจากบุคคลอื่น เช่น ผู้ให้บริการ SUD ของท่าน เราอาจเปิดเผยบันทึกดังกล่าวหากได้รับอนุญาตภายใต้ HIPAA อย่างไรก็ตาม เราจะไม่เปิดเผยบันทึก SUD สำหรับการดำเนินการทางแพ่ง ทางอาญา ทางปกครอง และทางนิติบัญญัติต่อท่าน เว้นแต่ท่านจะให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หรือเพื่อตอบสนองต่อคำสั่งศาล
จะทำอย่างไรหากข้าพเจ้าต้องการให้ผู้อื่นมี PHI ของข้าพเจ้า	การแบ่งปันข้อมูลบางอย่างที่ไม่ได้ระบุไว้ในประกาศฉบับนี้ต้องได้รับอนุญาตจากท่าน เราจะไม่ใช้ PHI ของท่านเพื่อการตลาดหรือขาย PHI ของท่านโดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน ท่านจะถูกขอให้ลงนามในแบบฟอร์มให้ความยินยอมเพื่อให้เราแบ่งปัน PHI ของท่านได้ในกรณีที่: • เราต้องการการอนุญาตจากท่านเพื่อให้บริการหรือการดูแล • เราต้องการการอนุญาตจากท่านเพื่อแบ่งปันบันทึกการบำบัดทางจิต • ท่านต้องการให้เราส่ง PHI ของท่านไปยังหน่วยงานหรือผู้ให้บริการรายอื่นด้วยเหตุผลที่กฎหมายไม่อนุญาตหากไม่ได้รับอนุญาตจากท่าน หรือ • ท่านต้องการให้ส่ง PHI ไปให้บุคคลอื่น เช่น ทนายความ ญาติ หรือผู้แทนอื่น ๆ ของท่าน การอนุญาตให้แบ่งปัน PHI ของท่านมีผลจนถึงวันที่สิ้นสุดที่ท่านระบุในแบบฟอร์ม เราสามารถแบ่งปันได้เฉพาะ PHI ที่ท่านระบุไว้เท่านั้น ท่านสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการอนุญาตนี้ได้โดยทำหนังสือแจ้งไปยัง DSHS
ข้าพเจ้าสามารถดู PHI ของข้าพเจ้าได้หรือไม่	ท่านสามารถดู PHI ของท่านได้ในรูปแบบกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์ หากท่านร้องขอ ท่านจะได้รับสำเนา PHI ของท่าน DSHS อาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมตามสมควรสำหรับสำเนา
ข้าพเจ้าสามารถขอรายชื่อการเปิดเผยข้อมูล PHI ของข้าพเจ้าได้หรือไม่	ท่านมีสิทธิ์ในการรับบัญชีรายการ ซึ่งเป็นรายชื่อการเปิดเผย PHI ของท่านที่เกิดขึ้นในช่วงหกปีที่ผ่านมา ยกเว้นการเปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษา การชำระเงิน การดำเนินงาน หรือที่ได้รับอนุญาตจากท่าน หากท่านขอบัญชีรายการมากกว่าหนึ่งครั้งในรอบ 12 เดือนใด ๆ DSHS อาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมตามสมควรจากท่าน
ข้าพเจ้าสามารถเปลี่ยนแปลง PHI ของข้าพเจ้าได้หรือไม่	หากท่านคิดว่า PHI ของท่านไม่ถูกต้อง ท่านสามารถขอให้เราเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่ม PHI ใหม่เป็นลายลักษณ์อักษรได้ เราจะพิจารณาคำขอ แต่ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ท่านยังสามารถขอให้เราส่งการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ไปยังผู้อื่นที่มีสำเนา PHI ของท่าน
ข้าพเจ้าสามารถกำหนดข้อจำกัดในการแบ่งปัน PHI ของข้าพเจ้าและวิธีที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลนั้นได้หรือไม่	ท่านสามารถขอให้เราจำกัดการใช้และการแบ่งปัน PHI ของท่านเป็นลายลักษณ์อักษรได้ แต่เราไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ท่านยังสามารถขอให้เราสื่อสาร PHI ของท่านในรูปแบบที่แตกต่างออกไปหรือไปยังสถานที่ที่แตกต่างออกไปได้

การละเมิดคืออะไร	การละเมิดคือการใช้หรือเปิดเผย PHI ของท่านที่ไม่ได้รับอนุญาตภายใต้ HIPAA รวมถึงการสูญหายจากการโจรกรรม ความผิดพลาด หรือการแฮกข้อมูล เราจะแจ้งให้ท่านทราบเป็นลายลักษณ์อักษรทางไปรษณีย์หากมีการละเมิด PHI ของท่านภายใต้ HIPAA
ข้าพเจ้าสามารถขอสำเนาประกาศความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ได้หรือไม่	ใช่ ประกาศความเป็นส่วนตัวฉบับนี้เพื่อให้ท่านเก็บไว้ หากท่านได้รับประกาศนี้ทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านสามารถขอสำเนาที่เป็นกระดาษได้ และเราจะจัดหาให้ท่าน
จะเกิดอะไรขึ้นหากแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ PHI เปลี่ยนแปลง	เราจำเป็นต้องปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ เรามีสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนแปลงประกาศฉบับนี้ หากกฎหมายหรือแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของเราเปลี่ยนแปลง เราจะปรับปรุงประกาศฉบับนี้ให้เป็นปัจจุบันและส่งสำเนาให้ท่าน หรือส่งข้อมูลเกี่ยวกับประกาศฉบับใหม่และสถานที่ที่จะค้นหาได้
ข้าพเจ้าควรติดต่อใครหากมีคำถามเกี่ยวกับประกาศนี้หรือสิทธิ์ PHI ของข้าพเจ้า	หากท่านมีคำถามใด ๆ เกี่ยวกับประกาศฉบับนี้ ท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองความเป็นส่วนตัวของ DSHS ได้ที่ DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov หรือ (360) 902-8278
ข้าพเจ้าจะรายงานการละเมิดสิทธิด้านความเป็นส่วนตัวของ PHI ของข้าพเจ้าได้อย่างไร	หากท่านเชื่อว่าสิทธิด้านความเป็นส่วนตัวของ PHI ของท่านถูกละเมิด ท่านสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนได้ที่: The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 หรือทางอีเมลไปที่ DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov หากท่านยื่นเรื่องร้องเรียน DSHS จะไม่เปลี่ยนแปลงหรือระงับการให้บริการแก่ท่าน และจะต้องไม่ดำเนินการตอบโต้ใด ๆ ต่อท่าน **หรือ** ส่งเรื่องร้องเรียนของท่านทางออนไลน์ได้ที่: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf หรือโดยการเขียนจดหมายไปที่: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, โทรศัพท์ (800) 368-1019 การร้องเรียนใด ๆ ต่อ DHHS จะต้องกระทำภายใน 180 วันนับจากวันที่ถูกกล่าวหาว่ามีการละเมิดความเป็นส่วนตัว

ประกาศเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ DSHS
สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการ
มีผลบังคับใช้ 1 พฤศจิกายน 2025

การรับทราบ

Acknowledgement

(จำเป็นเมื่อ DSHS ให้การรักษาพยาบาลโดยตรง)

ชื่อผู้รับบริการ	วันเดือนปีเกิดของผู้รับบริการ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาประกาศความเป็นส่วนตัวของ DSHS และมีโอกาสสอบถามเกี่ยวกับวิธีที่ DSHS จะใช้และแบ่งปันข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้แทนส่วนบุคคล	วันที่

For DSHS Use Only (สำหรับเจ้าหน้าที่ DSHS ใช้เท่านั้น)

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