DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (Повідомлення DSHS про політику конфіденційності медичної інформації клієнта)

Дата набуття чинності – 1 листопада 2025 року

DSHS зобов'язаний повідомити вас про ваші права на конфіденційність відповідно до Health Insurance Portability and Accountability Act (Закону про переносимість та підзвітність медичного страхування, HIPAA). (45 CFR §164.520). DSHS – це «гібридна організація». Не всі програми DSHS підпадають під дію HIPAA, лише програми, перелічені як компоненти охорони здоров'я на веб-сайті DSHS, підпадають під дію HIPAA. Це повідомлення поширюється тільки на клієнтів, щодо яких діють ці програми. Це повідомлення не впливає на ваше право на отримання послуг від DSHS.

В цьому повідомленні описується, як може використовуватися та розкриватися ваша медична інформація та яким чином ви можете отримати цю інформацію. Уважно ознайомтеся з ним.

Що таке PHI?

Protected Health Information (Захищена медична інформація, PHI) – це медична інформація клієнта, що зберігається в підрозділах DSHS, на які поширюється HIPAA. PHI – це пов'язана з вами медична інформація про стан вашого здоров'я, медичне обслуговування, яке ви отримуєте, або оплату вашого медичного обслуговування. DSHS повинні захищати вашу PHI відповідно до закону.

Якою PHI про мене володіє DSHS?

Для покращення якості нашого обслуговування, вам може знадобитися надати нам медичну інформацію, включаючи ваше місцезнаходження, фінансову інформацію або медичні записи. Ми також можемо отримувати PHI про вас з інших джерел, необхідних для обслуговування вас або оплати вашого догляду.

Хто має доступ до моєї PHI?

Ми використовуємо лише мінімальну кількість PHI, необхідну для виконання нашої роботи. Ми можемо передавати PHI іншим програмам або особам, якщо це дозволено законом або з вашого дозволу. Наприклад, ваша PHI може бути передана та використана Health Care Authority (органом охорони здоров'я) та іншими постачальниками медичних послуг для координації та оплати вашої медичної допомоги. Ми можемо ділитися минулою, поточною або майбутньою PHI.

Якою PHI ділиться DSHS?

Ми ділимося тільки тією PHI, що необхідна іншим особам для виконання їх роботи, і тільки відповідно до закону. Ви можете запитати список тих осіб, з якими DSHS з будь-яких причин ділився вашою PHI за останні шість років.

У яких випадках DSHS ділиться PHI?

Ми ділимося PHI за принципом «необхідності знати» для координації послуг, а також з метою лікування, оплати та надання медичної допомоги. Наприклад, ми можемо ділитися інформацією:

- З постачальниками медичних послуг для забезпечення медичного обслуговування та ведення пацієнтів.
- Зі стороною, відповідальною за оплату медичних послуг, для організації оплати.
- Для прийняття рішення про те, чи маєте ви право на участь у програмах DSHS.
- Для підтримки нашої бізнес-діяльності, наприклад, для прийняття рішення про те, чи відповідає медична допомога, яку ви отримуєте від постачальників послуг, юридичним стандартам. Ця діяльність може включати збір даних, управління ризиками та аудит.

У яких випадках DSHS може надавати доступ до моєї PHI без мого дозволу?

На додаток до розкриття інформації з метою лікування, оплати та надання медичної допомоги. DSHS може надавати PHI без вашого дозволу з деяких інших причин. За законом від нас можуть вимагати або дозволити ділитися вашою PHI. Деякі приклади включають необхідність:

- Ділитись вашою медичною інформацією з другом або членом сім'ї, який бере участь у вашому лікуванні. Ви маєте право відсунути заперечення проти такого надання інформації. У разі висування вами заперечення, ми не будемо розкривати її цьому члену сім'ї чи другові.
- Діліться з органами охорони здоров'я інформацією про заходи в галузі охорони здоров'я, такі як профілактика захворювань або травми або боротьба з ними, а також звітність про народжуваність і смертність.
- Повідомлення про випадки жорстокого поводження з дітьми чи дорослими, нехтування чи домашнього насильства Child Protective Services (службам захисту дітей), Adult Protective Services (службам захисту дорослих), поліції чи іншим установам.
- Надання записів відповідно до судового наказу, повістки до суду, запиту на розкриття інформації чи іншого юридичного процесу, а також для судових та адміністративних процесів.
- Надання PHI наглядовим органам, які видають ліцензії медичним працівникам, а також ліцензують та перевіряють медичні установи, такі як будинки престарілих та лікарні.
- Надання PHI федеральним органам влади та державним органам, щоб вони подбали про вас, якщо це необхідно для визначення того, чи маєте ви право на послуги чи пільги, або відповідно до закону.
- Надання PHI опікунам або батькам неповнолітніх.
- Надання PHI для запобігання або зменшення серйозної та безпосередньої загрози здоров'ю або безпеці людини або суспільства.
- Надання PHI працівниками правоохоронних органів.
- Надання PHI для досліджень, для затвердженого дослідницького проекту, за умови захищеності вашої інформації.
- У деяких ситуаціях надання інформації військовими органами, якщо ви служите у збройних силах або є ветераном.
- Надання PHI агентствам з надання компенсації працівникам.
- Використання або розкриття PHI в разі надзвичайної ситуації або з метою надання допомоги при стихійних лихах.
- Після вашої смерті – надання вашої PHI особистому представнику вашої спадщини, коронеру, директору похоронного бюро або організації з трансплантації органів.
- У випадках, дозволених чи необхідних законом

Записи про лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Ми не надаємо записи про лікування substance use disorder (розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, SUD) без вашої згоди або якщо це дозволено правилами 42 C.F.R. частина 2 (частина 2.). Якщо ми отримаємо ваші записи відповідно до частини 2 від іншої особи, наприклад від вашого постачальника послуг SUD, ми можемо розкрити ці записи, якщо це дозволено HIPAA. Однак ми не будемо розкривати записи SUD у зв'язку з цивільними, кримінальними, адміністративними та законодавчими провадженнями проти вас, якщо ви не дасте письмової згоди, або якщо не буде надана постанова суду.

Що робити, якщо я хочу, щоб інша особа отримала мою PHI?

Для деяких видів надання інформації, не зазначених в цьому повідомленні, потрібен ваш дозвіл. Ми не будемо використовувати вашу PHI для маркетингу або продавати вашу PHI без вашого письмового дозволу. Вам буде запропоновано підписати форму авторизації, яка дозволить нам ділитися вашою PHI, якщо:

- Нам потрібен ваш дозвіл для надання послуг або догляду;
- Нам потрібен ваш дозвіл, для надання записів про психотерапію;
- Якщо ви хочете, щоб ми надіслали вашу PHI іншому агентству або постачальнику послуг з причин, коли це не дозволяється законом без вашого дозволу; або
- Ви хочете, щоб PHI було надіслано іншої особі, наприклад, вашому адвокату, родичу чи іншому представнику.

Ваш дозвіл на надання вашої PHI дійсний до дати закінчення дії, зазначеної вами у формі. Ми можемо надавати тільки ту PHI, яка була вказана вами. Ви можете скасувати цей дозвіл або внести зміни до нього, звернувшись письмово до DSHS.

Чи можу я переглядати свою PHI?

Ви можете переглядати свою PHI в письмовому або електронному вигляді. У разі надсилання вами запиту, ви отримаєте копію своєї PHI. DSHS може стягувати з вас обгрунтовану плату за надання копій.

Чи можу я отримати список розкритої інформації щодо моєї PHI?

Ви маєте право на отримання звітності, яка являє собою перелік інформації з вашої PHI, розкритої за останні шість років, за винятком інформації, розкритої з метою лікування, оплати, здійснення операційної діяльності або з вашого дозволу. Якщо ви запитаєте більше ніж одну звітність протягом будь-якого 12-місячного періоду, DSHS може стягнути з вас обгрунтовану плату.

Чи можу я внести зміни до моєї PHI?

Якщо ви вважаєте, що ваша PHI містить невірні відомості, ви можете письмово запросити нас внести зміни в PHI або додати до неї нову інформацію.

Ми розглянемо ваш запит, але не зобов'язані погоджуватися з ним. Ви також можете попросити нас надіслати будь-які зміни іншим особам, які мають копії вашого PHI.

Чи можу я обмежити доступ до своєї PHI та способів її отримання?

Ви можете попросити нас у письмовій формі обмежити надання вашої PHI, але ми не зобов'язані погоджуватися з вами. Ви також можете попросити нас надати вам вашу PHI в іншому форматі або в іншому місці.

Що таке порушення?

Порушення — це використання або розголошення вашої PHI, яке заборонено HIPAA, включаючи втрату в результаті крадіжки, помилки або злому. Ми повідомимо вас поштою, якщо відбудеться порушення вашої PHI відповідно до HIPAA.

Чи можу я отримати копію цього повідомлення про конфіденційність?

Так. Ви можете розпоряджатися цим повідомленням про конфіденційність. Якщо ви отримали це повідомлення в електронному вигляді, ви можете запросити паперову копію, яка буде вам надана нами.

Що буде, якщо політика конфіденційності щодо PHI зміниться?

Ми зобов'язані дотримуватися положень цього повідомлення. Ми маємо право вносити зміни в це повідомлення. Якщо закони або наша політика конфіденційності зміняться, ми оновимо це повідомлення та надішлемо вам копію або надішлемо інформацію про нове повідомлення та де його можна знайти.

До кого я повинен звернутися, якщо у мене виникнуть запитання щодо цього повідомлення чи моїх прав у зв’язку з PHI?

Якщо у вас є будь-які питання з приводу даного повідомлення, ви можете зв'язатися зі співробітником DHS з питань конфіденційності ел. поштою DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov або зателефонувати за номером (360) 902-8278.

Як я можу повідомити про порушення моїх прав конфіденційності PHI?

Якщо ви вважаєте, що ваші прав конфіденційності були порушені, ви можете подати скаргу:

Співробітнику DSHS з питань конфіденційності, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 або електронною поштою за адресою DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Якщо ви подасте скаргу, DSHS не змінить і не припинить надання ваших послуг і не мститиме вам.

АБО

Надішліть свою скаргу в Інтернеті за адресою: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf або письмово за адресою: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, **200** Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, тел. (800) 368-1019. Будь-які скарги до DHHS повинні бути подані протягом 180 днів з моменту заявленого порушення конфіденційності.

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (Повідомлення DSHS про політику конфіденційності медичної інформації клієнта)
Дата набуття чинності – 1 листопада 2025 року

Acknowledgement (Підтвердження)

(Необхідно, при безпосередньому наданні DSHS медичного обслуговування)

Ім'я клієнта	Дата народження клієнта

Я отримав копію повідомлення про конфіденційність DSHS і мав можливість задати питання про те, яким чином DSHS використовуватиме та передаватиме мою особисту медичну інформацію.

Підпис клієнта або особистого представника	Дата

For DSHS Use Only (Тільки для використання в DSHS)

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