

DSHS-ova Obavijest o postupcima zaštite privatnosti zdravstvenih podataka klijenta

**DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
Datum stupanja na snagu 23. septembar 2013.**

DSHS vas mora obavijestiti o pravima na zaštitu privatnosti koja se temelje na Zakonu o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)). (45 CFR 164.520). DSHS je "hibridni subjekt". Nisu svi programi DSHS-a pokriveni zakonom HIPAA (Zakon o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja), nego su samo programi navedeni [na web stranici DSHS-a Health Care Components \(Dijelovi zdravstvene njege\)](#) pokriveni ovim zakonom. Ova obavijest se odnosi na klijente koji se koriste pokrivenim programima. Ova obavijest ne utiče na vašu podobnost za usluge DSHS-a.

U ovoj obavijesti opisuje se način na koji se vaši zdravstveni podaci mogu koristiti i objaviti i kako možete dobiti ove podatke. Molimo da ih pažljivo pregledate.

Šta su Zaštićeni zdravstveni podaci?

PHI (eng. Protected Health Information - Zaštićeni zdravstveni podaci) su zdravstveni podaci klijenta koje čuva DSHS, a koji su pokriveni Zakonom o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja). PHI su zdravstvene informacije povezane s vama koje se odnose na vaše zdravstveni status ili stanje, zdravstvenu njegu koju dobijate ili uplate za vašu zdravstvenu njegu. DSHS mora zaštititi vaše PHI po zakonu.

Kakve PHI ima DSHS o meni?

Kako biste nam pomogli da vam pružimo uslugu, možda ćete nam morati pružiti medicinske ili zdravstvene podatke uključujući vašu lokaciju, financijske informacije ili zdravstvenu dokumentaciju. Mi također možemo dobiti PHI o vama od drugih izvora potrebnih za pružanje usluga ili plaćanje za vašu njegu.

Ko može vidjeti moje PHI?

Mi vidimo samo najmanji dio PHI podataka koji nam je potreban kako bismo radili svoj posao. Možemo dijeliti PHI s drugim programima ili osobama ako je to dopušteno zakonom ili nam vi date dozvolu. Na primjer, vaši PHI mogu se dati i biti korišteni od Uprave za zdravstvenu njegu (eng. Health Care Authority) i drugih pružatelja zdravstvenih usluga, radi koordiniranja i plaćanja za vašu zdravstvenu njegu. Možemo dijeliti prošle, sadašnje ili buduće PHI.

Kakve PHI dijeli DSHS?

Mi dijelimo samo PHI koji su drugima potrebni kako bi radili svoj posao i na način dopušten zakonom. Mi možemo zatražiti spisak onih koji su vidjeli vaše PHI za neke svrhe.

Kada DSHS dijeli PHI?

Mi dijelimo PHI na "ono što se mora znati" temelju radi koordiniranja usluga i za postupke liječenja, plaćanja i pružanja zdravstvene njege. Na primjer, možemo podijeliti informacije kako bismo donijeli odluku u sljedećim slučajevima:

- Potrebno je obezbijediti medicinsko liječenje.
- Možemo platiti za usluge koje daju pružatelji zdravstvene njege.
- Ispunjavate uslove za programe DSHS-a.
- Njega koju dobijate od pružatelja zdravstvene njege ispunjava zakonske standarde.

Mogu li vidjeti moje PHI?

Možete vidjeti vaše PHI. Ako zatražite, dobićete primjerak vaših PHI. DSHS vam može naplatiti za te primjerke.

Mogu li izmijeniti moje PHI?

Ako smatrate da su vaši PHI netačni, od nas možete zatražiti da promijenimo ili dodamo nove PHI. Također, možete zatražiti da pošaljemo bilo koje izmjene drugima koji imaju primjerke vaših PHI.

Šta ako nekome drugom trebaju moji PHI?

Od vas se može zatražiti da potpišete obrazac kojim nam dopuštate dijeliti vaše PHI ako:

- Trebamo vaše dopuštenje za pružanje usluga ili njege;
- Želite da mi pošaljemo vaše PHI drugoj agenciji ili pružatelju usluga iz razloga jer nije dopušteno zakonom bez vaše dozvole;
- Želite da se PHI pošalju nekom drugom, kao što je vaš advokat, rođak ili drugi zastupnik.

Vaše dopuštenje za dijeljenje vaših PHI vrijedi do krajnjeg datuma koji stavite u obrascu. Mi možemo dijeliti samo one PHI koje vi navedete. Vi možete otkazati ili izmijeniti dopuštenje pismom upućenim DSHS-u

DSHS-ova Obavijest o postupcima zaštite privatnosti zdravstvenih podataka klijenta

Datum stupanja na snagu 23. septembar 2013.

Može li DSHS dijeliti moje PHI bez mog dopuštenja?

U nekim slučajevima DSHS može dijeliti PHI bez vašeg dopuštenja. Po zakonu, od nas se može zatražiti ili nam biti odobreno dijeliti vaše PHI. Neki primjeri uključuju potrebu za:

- Prijavlivanje incidenata o zloupotrebi djeteta ili odrasle osobe ili zanemarivanja Službi za zaštitu djece (eng. Child Protective Services), policiji ili drugim agencijama.
- Pružanje evidencije na temelju sudskog naloga.
- Pružanje PHI drugim agencijama koje vrše reviziju rada DSHS-a.
- Dijeljenje PHI s agencijama koje licenciraju i obavljaju inspekciju medicinskih ustanova, kao što su domovi za odrasle i bolnice.
- Dijeljenje PHI s pružateljima usluga ili drugim agencijama kako bi se pobrinule za vas ili kada je potrebno utvrditi imate li pravo na usluge ili beneficije.
- Pružanje PHI starateljima ili roditeljima maloljetnih osoba.
- Korištenje PHI za istraživanje.
- Korištenje ili otkrivanje PHI u hitnim slučajevima ili u slučajevima katastrofe.

Mogu li staviti ograničenja na dijeljenje mojih PHI i kako ih mogu dobiti?

Od nas možete zatražiti da ograničimo upotrebu i dijeljenje vaših PHI, ali se mi ne moramo složiti s tim. Možete također zatražiti da vam pošaljemo vaše PHI u drugačijem formatu ili na drugu lokaciju.

Šta je prekršaj?

Prekršaj je upotreba ili otkrivanje vaših PHI koje nije dopušteno po Zakonu o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja (HIPAA), uključujući krađu, grešku ili hakiranje. Obavijestićemo vas poštom ukoliko dođe do prekršaja vaših PHI po Zakonu o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja (HIPAA).

Mogu li dobiti primjerak ove obavijesti?

Da. Ova obavijest pripada vama i trebate je čuvati. Ako ovu obavijest dobijete elektronskim putem, možete zatražiti papirni primjerak i mi ćemo vam dati jedan.

Šta ako se promijene postupci zaštite privatnosti PHI?

Mi smo obavezni biti usklađeni s ovom obavijesti. Imamo pravo izmijeniti ovu obavijest. Ako se zakoni ili naša pravila o postupcima zaštite privatnosti promijene, poslaćemo vam informacije o novoj obavijesti i o tome gdje je možete pronaći ili ćemo vam je poslati.

Kome se obraćam ako imam pitanja o ovoj obavijesti ili mojim pravima u vezi PHI?

Ako imate bilo kakvih pitanja o ovoj obavijesti, možete se obratiti službeniku DSHS-a za zaštitu privatnosti na DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov ili (360) 902-8278.

Kako mogu prijaviti kršenje prava na zaštitu privatnosti mojih PHI?

Ako smatrate da su vaša prava na zaštitu privatnosti vaših PHI prekršena, možete uložiti žalbu na:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 ili putem e-pošte na DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Ako uložite žalbu, DSHS neće izmijeniti niti obustaviti usluge koje primete i ne smije vršiti odmazdu.

ILI

Pošaljite žalbu na: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf ili pisanim putem 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 žalbe upućene DHHS-u moraju se sačiniti u roku od 180 dana od navedene povrede zaštite privatnosti.



DSHS-ova OBAVIJEST O POSTUPCIMA ZAŠTITE PRIVATNOSTI ZA POVJERLJIVE INFORMACIJE
Datum stupanja na snagu 23. septembar 2013.

Potvrda primitka
Acknowledgement

(Potrebno kad DSHS direktno obezbjeđuje liječenje)

| | |
|------------------------|------------------------|
| IME I PREZIME KLIJENTA | DATUM ROĐENJA KLIJENTA |
|------------------------|------------------------|

Primio/la sam primjerak DSHS-ove Obavijesti o postupcima zaštite privatnosti i imao/la sam priliku postaviti pitanja o načinu na koji će DSHS koristiti i dijeliti moje Osobne zdravstvene podatke.

| | |
|--|-------|
| POTPIS KLIJENTA ILI OSOBNOG ZASTUPNIKA | DATUM |
|--|-------|

FOR DSHS USE ONLY (SAMO ZA KORIŠTENJE DSHS-a)

To be completed if unable 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 |
|-------------------|------|