

# Washington Állam Szociális és Egészségügyi Minisztériuma (Department of Social and Health Services – DSHS) közleménye az ügyfél orvosi információira vonatkozó adatvédelmi gyakorlatokról DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information Hatálybalépés dátuma 2013. szeptember 23.

A DSHS-nek kötelezően tájékoztatnia kell Önt az Egyesült Államok egészségbiztosítás-hordozhatósági és elszámoltathatósági törvényére (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) vonatkozó adatvédelmi jogaival kapcsolatban. (45 CFR 164.520). A DSHS egy „hibrid szervezet.” A HIPAA nem fedi le a DSHS egészét, hanem csak a [DSHS weboldalán található Egészségügyi Összetevőkként \(HCC\)](#) listázott programokat. Ez a közlemény csak a fent említett lefedett programok szolgáltatásaiban részesülő ügyfelekre vonatkozik. Ez a közlemény nem befolyásolja a DSHS-szolgáltatásokra való jogosultságát.

**A közlemény leírja, hogyan történhet az Önre vonatkozó orvosi információk felhasználása és másokkal való megosztása, és hogyan szerezheti meg ezeket adatokat. Kérjük, gondosan olvassa el a közleményt.**

**Mit jelent a PHI?**

A védett egészségügyi információ (PHI) a DSHS HIPAA hatálya alá tartozó részeinek birtokában lévő, az ügyfélre vonatkozó egészségügyi információkat jelenti. Ezek Önhöz köthető orvosi információk, amelyek az egészségügyi állapotával, a kapott egészségügyi ellátással vagy annak kifizetésével kapcsolatosak. A DSHS-nek jogszabályban előírt kötelessége az Ön védett egészségügyi információinak védelme.

**Milyen, rólam szóló védett egészségügyi információkkal rendelkezik a DSHS?**

Előfordulhat, hogy orvosi vagy egészségügyi információkat kell megadnia nekünk ahhoz, hogy a szolgáltatásra lehessünk, beleértve a tartózkodási helyét, a pénzügyi adatait vagy az egészségügyi dokumentációját. Emellett más, az Ön kiszolgálásához vagy az ellátás kifizetéséhez szükséges forrásokból is beszerezhetünk Önről szóló védett egészségügyi információkat.

**Ki láthatja a rólam szóló védett egészségügyi információkat?**

Csak azt a nagyon kevés védett egészségügyi információt látjuk, amely a munkánk elvégzéséhez szükséges. Megtörténhet, hogy ezeket a védett egészségügyi információkat más programokkal vagy személyekkel is megosztjuk, amennyiben a jogszabály vagy Ön ezt engedélyezi.

**Milyen, rólam szóló védett egészségügyi információkat oszt meg a DSHS?**

Megtörténhet például, hogy az egészségügyi hatóságnak (Health Care Authority, HCA) és más egészségügyi szolgáltatóknak továbbítjuk a védett egészségügyi információkat az egészségügyi ellátás koordinálása és kifizetése céljából, amelyek ezeket a fenti célok érdekében kezelik. A megosztás múltbeli, jelenlegi és jövőbeli védett egészségügyi információkra egyaránt vonatkozik. Kizárólag azokat a védett egészségügyi információkat osztjuk meg, amelyek mások számára szükségesek a munkájuk elvégzésében, és a jogszabályok engedélyezik a megosztást.

**Mikor osztja meg a DSHS a rólam szóló védett egészségügyi információkat?**

A szükségesség elve alapján osztunk meg védett egészségügyi információkat a szolgáltatások összehangolása érdekében, valamint kezelés, fizetés és egészségügyi ellátás céljából. Megtörténhet például, hogy azért osztunk meg információkat, hogy eldönthessük a következőket:

- Szükséges-e az orvosi kezelés?
- Fizethetünk-e az egészségügyi szolgáltatók szolgáltatásaiért?
- Jogosult-e a DSHS programjaira?
- A szolgáltatóktól kapott ellátás megfelel-e a jogszabályok előírásainak?

**Láthatom-e a rám vonatkozó védett egészségügyi információkat?**

Joga van látni a saját védett egészségügyi információit. Kérésére adhatunk Önnek egy példányt ezekről az adatokról. A DSHS ezért a szolgáltatásért díjat számíthat fel.

**Megváltoztathatom-e a rólam szóló védett egészségügyi információkat?**

Ha úgy gondolja, hogy az Önről szóló védett egészségügyi információk nem felelnek meg a valóságnak, kérheti ezek megváltoztatását vagy kiegészítését. Ha szeretné, a változtatásokat elküldhetjük az összes olyan félnek, aki rendelkezik az Önről szóló védett egészségügyi információk egy példányával.

**Mi az eljárás abban az esetben, ha valaki másnak is szüksége van a rám vonatkozó védett egészségügyi információkra?**

Megtörténhet, hogy megkérjük, hogy egy űrlap aláírásával hozzájáruljon az Önre vonatkozó védett egészségügyi információk külső felekkel való megosztására, ha:

- szükségünk van a hozzájárulására ahhoz, hogy szolgáltatásokat vagy ellátást biztosíthassunk;
- azt szeretné, hogy egy olyan ügynökségnek vagy szolgáltatóknak küldjük el az Önre vonatkozó védett egészségügyi információkat, amellyel/akivel ezen adatok megosztása az Ön hozzájárulása nélkül törvénytelen volna;
- azt szeretné, hogy az Önre vonatkozó védett egészségügyi információkat valaki másnak, például az ügyvédjének, egy hozzátartozónak vagy más képviselőnek továbbítsuk.

A védett egészségügyi információk megosztására vonatkozó hozzájárulás az Ön által az űrlapon feltüntetett határidőig érvényes. Kizárólag azokat a védett egészségügyi információkat oszthatjuk meg, amelyek megosztásához hozzájárult. Hozzájárulását egy, a DSHS-nek címzett levélben megváltoztathatja vagy visszavonhatja.

## A Szociális és Egészségügyi Minisztérium (DSHS) közleménye az ügyfél orvosi információira vonatkozó adatvédelmi gyakorlatokról

Hatálybalépés dátuma: 2013. szeptember 23.

### Megoszthatja-e a DSHS a rólam szóló védett egészségügyi információkat a hozzjárulásom nélkül?

A DSHS bizonyos esetekben a hozzájárulása nélkül is megoszthatja ezeket a védett egészségügyi információkat. A jogszabályok alapján megtörténhet, hogy kötelességünk vagy jogunk van az Önről szóló védett egészségügyi információk megosztására. Néhány példa a következők szükségességére terjed ki:

- Gyermek vagy felnőtt bántalmazásának jelentése a Gyermekvédelmi Szolgálatnak (Child Protective Services) vagy más ügynökségeknek.
- Nyilvántartás kiadása bírósági végzés alapján.
- Védett egészségügyi információk megadása más ügynökségeknek a DSHS műveleteinek felülvizsgálata céljából.
- Védett egészségügyi információk megosztása olyan ügynökségekkel, amelyek engedélyezik és ellenőrzik az egészségügyi létesítményeket, mint például az időszothonokat vagy a kórházakat.
- Védett egészségügyi információk szolgáltatókkal vagy más ügynökségekkel való megosztása annak érdekében, hogy gondját viseljék vagy annak megállapítására, hogy Ön jogosult-e a szolgáltatásokra és juttatásokra.
- Védett egészségügyi információk megadása gyámoknak vagy kiskorúak szüleinek.
- Kutatás céljából történő felhasználás.
- Védett egészségügyi információk felhasználása vagy közzététele vész helyzetben vagy katasztrófa-elhárítás céljából.

### Korlátozhatom-e a rólam szóló védett egészségügyi információk megosztását, és ha igen, hogyan?

Igényelheti, hogy korlátozzuk az Önnel kapcsolatos védett egészségügyi információk használatát és megosztását, de nem vagyunk kötelesek ennek eleget tenni. Ha szeretné, a védett egészségügyi információkat más formátumban és más címre is elküldhetjük Önnek.

### Mi számít adatsértési incidensnek?

Adatsértési incidensnek számít a HIPAA által nem engedélyezett védett egészségügyi információk használata vagy közzététele, beleértve az adatok lopás, hiba vagy feltörés következtében történő elvesztését is. E-mailben értesítjük Önt, ha védett egészségügyi információi esetében a HIPAA értelmében adatsértési incidens következett be.

### Kaphatok-e egy példányt ebből a közleményből?

Igen. Ezt a közleményt megtarthatja. Amennyiben a közlemény elektronikus formában érkezett Önhöz, igényelhet egy papíralapú példányt, amit oda is adunk Önnek.

### Mi történik akkor, ha megváltoznak a védett egészségügyi információkra vonatkozó adatvédelmi gyakorlatok?

Kötelességünk megfelelni a közleményben leírtaknak. Jogunkban áll változtatásokat végezni a közleményen. Ha változtatás történik a jogszabályokban vagy az adatvédelmi gyakorlatunkban, elküldjük Önnek az új közleményről és annak lelohelyéről szóló információkat, vagy elküldjük Önnek a közleményt.

### Kihez fordulhatok a közleménnyel vagy a rólam szóló védett egészségügyi információkra vonatkozó kérdéseimmel?

Amennyiben bármilyen kérdése van a közleménnyel kapcsolatban, keresse a DSHS adatvédelmi tisztviselőjét (Privacy Officer) a [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) e-mail-címen vagy a (360) 902-8278 telefonszámon.

### Hogyan jelenthetem a védett egészségügyi információkra vonatkozó adatvédelmi jogaim megsértését?

Ha úgy érzi, hogy megsértették a védett egészségügyi információkra vonatkozó adatvédelmi jogait, a következő címen tehet panaszt:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 vagy a [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) e-mail-címen.

Amennyiben panaszt tesz, a DSHS nem változtatja meg és nem állítja le az Ön számára biztosított szolgáltatásait, és tilos Önnel szemben megtorlást gyakorolnia.

### VAGY

Tegyen panaszt online a [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) weboldalon keresztül vagy a következő címre intézett levélben: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, telefonszám: (800) 368-1019. Ha az Egészségügyi és Szociális Minisztérium (Department of Health and Human Services, DHHS) nyújt be panaszt, ezt az adatvédelem állítólagos megsértése utáni 180 napon belül kell megtennie.

## Elismerés

### Acknowledgement

(Abban az esetben szükséges, ha a DSHS közvetlen egészségügyi ellátást biztosít)

ÜGYFÉL NEVE	ÜGYFÉL SZÜLETÉSI DÁTUMA
<b>Kaptam egy példányt a DSHS adatvédelmi közleményéből, és lehetőségem volt kérdéseket feltenni azzal kapcsolatban, hogy a DSHS miként használja fel és osztja meg a személyes egészségügyi adataimat.</b>	
ÜGYFÉL VAGY AZ ŐT KÉPVISELŐ SZEMÉLY ALÁÍRÁSA	DÁTUM
<b>FOR DSHS USE ONLY (KIZÁRÓLAG A DSHS ÁLTALI FELHASZNÁLÁSRA)</b>	
<b>To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.</b>	
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