

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЮТСЯ ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К НЕЙ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

Больница Island Hospital уважает неприкосновенность вашей личной жизни. Больница обязана соблюдать конфиденциальность вашей медицинской информации и предоставить вам уведомление («Уведомление») о своих обязанностях, предусмотренных законодательством, и о порядке соблюдения конфиденциальности. Мы понимаем, что ваша персональная медицинская информация является в высшей степени конфиденциальной. Больница Island Hospital вправе использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию только в случаях, предусмотренных в настоящем Уведомлении. Мы раскроем вашу информацию иным лицам, только если вы сами поручите нам это сделать, или в том случае, если мы обязаны и можем раскрыть вашу информацию согласно законодательству. Настоящее Уведомление применяется ко всей медицинской учетной информации, собранной больницей Island Hospital и ее персоналом, волонтерами, студентами и стажерами. Настоящее Уведомление также распространяется на иных поставщиков медицинских услуг, предоставляющих пациентам медицинские услуги в больнице Island Hospital, включая врачей, помощников врачей, физио- и психотерапевтов и иных поставщиков медицинских услуг, которые не являются сотрудниками Island Hospital, в том числе службу экстренной медицинской помощи и младших специалистов по оказанию неотложной медицинской помощи, которые могут доставить вас в Больницу, если только такие поставщики услуг не предоставят вам собственное Уведомление с описанием порядка соблюдения ими конфиденциальности вашей медицинской информации. Больница и вышеуказанные иные поставщики медицинских услуг совместно предоставляют вам медицинские услуги и обмениваются вашей медицинской информацией друг с другом в пределах, необходимых для предоставления вам медицинских услуг, получения оплаты за предоставленные вам услуги, или с целью осуществления таких операций в сфере здравоохранения, как проверка качества или анализ использования.

Законодательство защищает конфиденциальность медицинской информации, создаваемой и получаемой нами в ходе оказания вам медицинской помощи и предоставления медицинских услуг. В частности, к вашей защищенной медицинской информации относятся симптомы, результаты тестов, диагнозы, данные о лечении, медицинская информация от иных поставщиков услуг, а также информация о счетах и оплате вышеуказанных услуг. Федеральное законодательство и законодательство штата разрешает использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для осуществления лечения и предоставления медицинских услуг. На Island Hospital возложена обязанность соблюдать предусмотренный в настоящем Уведомлении (которое может меняться время от времени) порядок соблюдения конфиденциальности.

Разрешенное использование и раскрытие информации без вашего письменного согласия

Мы имеем право использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию без вашего письменного согласия в описанных ниже случаях. Приведенные в рамках каждой категории примеры не являются исчерпывающим перечнем и только иллюстрируют варианты разрешенного законом использования и раскрытия информации.

Для лечения:

- Информация, полученная медицинской сестрой, врачом или другим членом лечащей команды, заносится в вашу медицинскую карту и используется, чтобы помочь нам принять решение о наиболее подходящем для вас варианте лечения.
- Также мы можем передать информацию иным лицам, предоставляющим вам медицинские услуги. Таким образом они будут информированы о предоставляемых вам медицинских услугах.

Для оплаты:

- С вашего согласия мы обращаемся за оплатой в ваш план страхования. Планы страхования запрашивают у нас информацию о предоставляемых вам медицинских услугах. К информации, передаваемой планам медицинского страхования, могут относиться поставленные вам диагнозы, выполненные процедуры или рекомендованное лечение.

Для медицинской деятельности в целом:

- Мы используем вашу учетную медицинскую информацию для оценки и повышения качества услуг.
- Мы можем использовать и раскрывать учетную медицинскую информацию для проверки квалификации и эффективности работы наших поставщиков медицинских услуг, а также для обучения нашего персонала.
- Мы вправе использовать и раскрывать вашу информацию для осуществления и получения следующих услуг:
 - проверка качества медицинских услуг сотрудниками вашего плана медицинского страхования;
 - бухгалтерский учет, юридическое обслуживание, управление рисками и страхование;
 - аудит и проверки, в том числе выявление мошенничества и злоупотреблений, а также проверки соблюдения установленных требований.

Обязанности или права, предусмотренные законодательством:

- **Медикам-исследователям.** Если исследование было разрешено и в его рамках утверждена политика по защите конфиденциальности вашей медицинской информации. Кроме того, мы можем передать информацию медикам-исследователям, ведущим подготовку исследовательского проекта.

Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности HITECH Island Hospital

Источник/автор: Steiner Kay, Revenue Cycle Director Patient Access
Оригинал: 04/29/2014; утверждено: 05/28/2014; проверено: 05/28/2014

Печатные экземпляры предназначены исключительно для справки.

Для ознакомления с документом в актуальной редакции см. электронную копию

- **Уполномоченным похоронным бюро/коронерам.** В соответствии с применимым законодательством и в целях обеспечения выполнения ими своих обязанностей.
 - **Организациям, занимающимся трансплантацией (донорство и трансплантация тканей)** или лицам, которые приобретают, хранят либо трансплантируют органы.
 - **Food and Drug Administration (Управление по контролю качества продовольственных товаров и лекарственных средств, FDA).** В отношении проблем с продовольственными товарами, пищевыми добавками и продуктами.
 - **В целях исполнения законодательства о компенсациях при несчастных случаях на производстве.** Если вы подаете требование о компенсации в связи с несчастным случаем на производстве.
 - **В целях защиты здоровья и безопасности населения, в рамках обязанностей и прав, установленных законодательством:**
 - для предотвращения или уменьшения серьезной непосредственной угрозы здоровью или безопасности лица или населения;
 - органам власти в сфере здравоохранения или правовой защиты;
 - для защиты здоровья и безопасности населения;
 - для профилактики и контроля заболеваний, травматизма или инвалидности;
 - для предоставления статистики, например количества рождений и смертей.
 - **В целях сообщения органам власти о признаках жестокого обращения или пренебрежительного отношения.**
 - **Исправительным учреждениям.** Если вы находитесь в тюрьме или колонии, в той степени, в которой это необходимо в интересах вашего здоровья, а также для защиты здоровья и безопасности иных лиц.
 - **В интересах правоохранительной деятельности.** Например, если мы получаем повестку, судебное распоряжение или иной процессуальный документ, или если вы являетесь жертвой преступления.
 - **В целях контроля за здоровьем и безопасностью.** Например, мы можем передать медицинскую информацию Департаменту здравоохранения.
 - **В рамках трудовых отношений при следующих обстоятельствах:**
 - работодатель запросил медицинские услуги, которые были предоставлены пациенту;
 - предоставленные медицинские услуги должны быть связаны с медицинским контролем рабочего места или необходимы для установления у лица производственного заболевания либо травмы;
 - согласно требованиям Occupational Safety and Health Administration (Администрация профессиональной безопасности и здоровья, OSHA) или аналогичным требованиям законодательства штата, работодатель обязан вести учет вышеуказанной информации или на нее реагировать.
 - **Военным властям США и военнослужащим вооруженных сил иностранных государств.** Например, законодательство может обязывать нас предоставлять информацию, которая требуется для выполнения боевой задачи.
 - **В рамках судебного или административного производства.** По вашему запросу либо в соответствии с законодательством федерального уровня или штата.
 - **В целях решения особых государственных задач.** Например, мы можем передавать информацию в целях национальной безопасности.
- В целях привлечения финансирования:**
- Мы можем использовать вашу защищенную медицинскую информацию, чтобы связаться с вами для привлечения финансирования нашей деятельности. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию связанному с нами фонду для того, чтобы фонд имел возможность связаться с вами в целях привлечения финансирования в наших интересах. Любой контакт с вами в целях привлечения финансирования будет включать разъяснение того, каким образом вы можете отказаться от любых последующих контактов в целях привлечения финансирования.

Разрешенное использование и раскрытие информации, которые возможны без вашего разрешения, но против которых вы можете возразить:

Вы имеете право возразить против нашего использования или раскрытия вашей защищенной медицинской информации в следующих целях. Если вы заявите возражение, мы не будем использовать или раскрывать информацию для цели (целей), которые вы укажете.

- **Уведомление семьи или иных лиц.** Мы имеем право раскрыть вашу медицинскую информацию члену семьи, иному родственнику, близкому человеку или любому другому указанному вами лицу, участвующему в предоставлении вам медицинского ухода, если она прямо связана с участием указанного лица в предоставлении вам медицинского ухода. Мы также можем предоставить информацию лицу, которое помогает оплачивать предоставление вам медицинских услуг. Мы можем сообщить вашей семье или близким о вашем общем состоянии и о том, что вы находитесь в больнице.
- **Помощь при массовых бедствиях.** Мы вправе раскрыть вашу медицинскую информацию, чтобы содействовать устранению последствий массовых бедствий.

**Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности NITECH
Island Hospital**

Источник/автор: Steiner Kay, Revenue Cycle Director Patient Access
Оригинал: 04/29/2014; утверждено: 05/28/2014; проверено: 05/28/2014

*Печатные экземпляры предназначены исключительно для справки.
Для ознакомления с документом в актуальной редакции см. электронную копию*

- **Списки пациентов.** Информация может быть предоставлена лицам, которые спрашивают о вас, называя ваше имя. Мы вправе использовать и раскрывать в списке пациентов больницы следующую информацию:
 - ваши имя и фамилию,
 - местонахождение,
 - общее состояние, а также
 - исповедуемую религию (только священнослужителям).

Использование и раскрытие информации, которые требуют вашего письменного разрешения:

Мы имеем право использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию только после того, как получим на это ваше письменное разрешения, в следующих целях:

- **Психотерапевтическая медицинская документация.** Нам необходимо получить ваше разрешение на любое использование или раскрытие психотерапевтической медицинской документации, если такое использование или раскрытие не происходит в следующих случаях: (1) не осуществляется автором психотерапевтической медицинской документации в целях лечения, (2) не осуществляется для наших собственных программ обучения, в рамках которых студенты, стажеры или специалисты в области психотерапии под контролем овладевают навыками консультирования или совершенствуют такие навыки, (3) не предназначено для нашей защиты по возбужденному вами судебному делу, (4) не является обязательным в силу закона, (5) не предназначено для агентства по контролю в сфере здравоохранения в целях проверки автора психотерапевтической медицинской документации, (6) не предназначено для коронера или медика-исследователя; или (7) не предназначено для предотвращения или уменьшения серьезной и непосредственной опасности для здоровья или безопасности лица или населения.
- **Маркетинговая и рекламная деятельность, продажа защищенной медицинской информации.** Мы обязаны получить ваше письменное разрешение до использования или раскрытия защищенной медицинской информации (PHI) в маркетинговых целях или для ее продажи, в соответствии с применимыми условиями и исключениями, предусмотренными в HIPAA (Закон об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан).

Иные случаи использования и раскрытия защищенной медицинской информации

Использование и раскрытие информации, не предусмотренное в настоящем Уведомлении, допускается только на основании вашего письменного разрешения. Вы имеете право в любой момент отозвать любое такое согласие, направив нам письменное уведомление о таком аннулировании.

Ваши права в отношении медицинской информации

Все данные, относящиеся к медицинской информации и информации о счетах, которые мы создаем и храним, являются собственностью Island Hospital. При этом содержащаяся в них защищенная медицинская информация, как правило, принадлежит вам. Вы имеете право:

- Получить настоящее Уведомление, прочитать его и задать вопросы о его содержании.
- Обратиться к нам за ограничением случаев использования и раскрытия информации. Такой запрос следует подать в письменном виде. Мы не обязаны соглашаться на какое-либо запрошенное вами ограничение, если только вы не обращаетесь за ограничением раскрытия защищенной медицинской информации плану медицинского страхования в целях оплаты медицинских услуг; раскрытие не является иным образом обязательным по закону; медицинская информация относится исключительно к вопросу медицинской помощи или услуги, которая была оплачена в полном объеме лично вами либо иным физическим или юридическим лицом в ваших интересах. Однако мы обязуемся подчиниться любому утвержденному требованию.
- Запросить и получить бумажный экземпляр последней редакции Уведомления о порядке соблюдения конфиденциальности защищенной медицинской информации («Уведомление»).
- Обратиться за разрешением ознакомиться с вашей защищенной медицинской информацией и получить ее копию. Такой запрос следует подать в письменном виде. Для такого запроса у нас существует установленная форма.
- Обратиться к нам за проверкой отказа в предоставлении доступа к вашей медицинской информации (за исключением ряда случаев).
- Обратиться к нам за изменением вашей медицинской информации. Такой запрос следует подать в письменном виде. Если ваш запрос отклонен, вы имеете право заявить несогласие в письменном виде. Оно будет храниться в вашей медицинской карте и передаваться вместе с любым раскрытием вашей учетной медицинской информации.
- По вашему требованию мы предоставим вам список случаев раскрытия вашей медицинской информации. В такой список не будет включено раскрытие информации в целях лечения, оплаты или осуществления медицинского ухода, раскрытие, согласованное вами или выполненное в ваш адрес, несущественное раскрытие информации,

Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности HITECH

Island Hospital

Источник/автор: Steiner Kay, Revenue Cycle Director Patient Access
Оригинал: 04/29/2014; утверждено: 05/28/2014; проверено: 05/28/2014

Печатные экземпляры предназначены исключительно для справки.

Для ознакомления с документом в актуальной редакции см. электронную копию

раскрытие информации семье или иным лицам, участвующим в предоставлении вам медицинского ухода, раскрытие информации исправительным учреждениям и правоохранительным органам (при определенных обстоятельствах), раскрытие ограниченного объема информации или раскрытие сведений в целях национальной безопасности. Вы имеете право бесплатно получать вышеуказанную информацию один раз в 12 месяцев. Мы уведомим вас о сумме расходов, если вы запросите данную информацию чаще, чем раз в 12 месяцев.

- Вы вправе запросить предоставление вашей медицинской информации в иной форме или в ином месте. Просим направить ваш запрос в письменном виде с проставленными подписью и датой.
- Вы имеете право отменить любое разрешение на использование или раскрытие медицинской информации, данное вами прежде, направив нам аннулирование в письменной форме. Аннулирование не будет распространяться на информацию, которая была раскрыта ранее. Кроме того, оно не повлияет на любое действие, совершенное до того, как мы его получим. В некоторых случаях вы не можете отменить разрешение, если его целью было получение страховки.
- В соответствии с требованиями федерального законодательства вы имеете право получить уведомление, если мы выявим нарушение конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации.

Если вам нужна помощь в отношении указанных выше прав, обращайтесь в рабочее время:

Privacy Officer
Island Hospital
1211 24th Street
Anacortes, WA 98221
(360) 299-1300

Наши обязанности

Мы обязаны:

- обеспечивать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации;
- направить вам настоящее Уведомление;
- соблюдать условия данного Уведомления.

Мы имеем право изменить порядок обращения с защищенной медицинской информацией. В случае внесения изменений мы обновим настоящее Уведомление и разместим новую редакцию Уведомления на нашем веб-сайте, а также в других соответствующих источниках. Вы имеете право получить действующую редакцию настоящего Уведомления, обратившись с соответствующим запросом по телефону или посетив нашу регистратуру либо отдел учета медицинской информации.

Куда обратиться за помощью и кому сообщить о проблеме

Если у вас возникли вопросы, вам требуется дополнительная информация или вы хотите сообщить о проблеме, связанной с вашей защищенной медицинской информацией, вы можете связаться лично либо по телефону с уполномоченным по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
Island Hospital
1211 24th Street
Anacortes, WA 98221
(360) 299-1300

Если вы считаете, что ваши права в отношении конфиденциальности были нарушены, вы можете обсудить проблему с любым нашим сотрудником. Также вы имеете право подать письменную жалобу уполномоченному по вопросам конфиденциальности в Island Hospital. Кроме того, вы имеете право подать жалобу Секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения.

Мы уважаем ваше право подать жалобу либо нам, либо Секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения. Если вы подадите жалобу, никаких ответных мер против вас с нашей стороны принято не будет.

Веб-сайт

- Информация о нас содержится на веб-сайте нашей больницы. Для вашего удобства настоящее Уведомление размещено на веб-сайте по адресу: www.islandhospital.org.

Дата вступления в силу: 8.1.2013

Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности NITECH Island Hospital

Источник/автор: Steiner Kay, Revenue Cycle Director Patient Access
Оригинал: 04/29/2014; утверждено: 05/28/2014; проверено: 05/28/2014

Печатные экземпляры предназначены исключительно для справки.

Для ознакомления с документом в актуальной редакции см. электронную копию

Фамилия, имя _____

BD / MR# _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОРЯДКЕ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Своей подписью ниже я подтверждаю получение экземпляра Notice of Privacy Practices for Island Hospital (Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности больницы Island Hospital).

Подпись пациента или личного представителя

Дата

Имя печатными буквами

Кем приходится пациенту

Только для служебного пользования

Мною была предпринята попытка оформить письменное подтверждение получения нашего Уведомления о порядке соблюдения конфиденциальности, однако подтверждение оформить не удалось по следующей причине:

- Лицо отказалось ставить подпись
 - Получить подтверждение не позволило недопонимание
 - Получить подтверждение помешала чрезвычайная ситуация
- Иное (укажите)

Настоящая форма будет храниться в вашей медицинской карте.

**Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности HITECH
Island Hospital**

Источник/автор: Steiner Kay, Revenue Cycle Director Patient Access
Оригинал: 04/29/2014; утверждено: 05/28/2014; проверено: 05/28/2014

Печатные экземпляры предназначены исключительно для справки.
Для ознакомления с документом в актуальной редакции см. электронную копию