



Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВАС, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОСТУПА К НЕЙ.

ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

Это уведомление описывает способы, к которым мы можем обращаться при использовании или раскрытии вашей медицинской информации. Здесь описываются ваши права и определенные наши обязанности в связи с использованием и раскрытием вашей медицинской информации.

Мы обязаны по закону:

- обеспечить конфиденциальность медицинской информации, позволяющей установить вашу личность;
- предоставить вам это уведомление с описанием наших правовых обязанностей и способов обеспечения конфиденциальности вашей медицинской информации;
- уведомлять вас о нарушении конфиденциальности вашей незащищенной персональной медицинской информации;
- соблюдать положения уведомления, которое в настоящее время является действительным.

Как мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию.

Далее описываются разные допустимые способы использования и раскрытия нами вашей медицинской информации. Мы объясним значение каждой категории использования или раскрытия и приведем некоторые примеры. Указаны не все случаи использования или раскрытия информации в пределах каждой категории. Тем не менее, все разрешенные способы использования и раскрытия нами информации будут относиться к какой-либо из категорий.

- **Для лечения**

Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для предоставления вам лечения или медицинских услуг. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию врачам, медсестрам/медбратьям, техникам, студентам-медикам или другому медицинскому персоналу, участвующему в предоставлении вам медицинских услуг в HMFP. Разные отделения и врачи также могут передавать вашу медицинскую информацию для координации предоставления разных необходимых вам услуг/лечения, таких как рецептурные препараты, лабораторные и рентгенологические исследования. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию людям, которые могут участвовать в предоставлении вам медицинских услуг или ухода, таким как родственники, друзья, персонал, предоставляющий медицинские услуги на дому, учреждения, предоставляющие услуги поддержки, духовенство, поставщики медицинского оборудования или другие лица, предоставляющие услуги, необходимые для обеспечения вашего благополучия.

- **Для оплаты**

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию с целью выставления счетов и получение оплаты за проведенное лечение и обслуживание в НМФР от вас, страховой компании или третьей стороны. Мы можем проинформировать ответственную за ваш план медицинского обслуживания страховую компанию о вашем предполагаемом лечении для получения предварительного одобрения или уточнения того, покрывает ли план такое лечение. Мы также можем предоставлять информацию лицу, которое участвует в оплате вашего лечения.

- **Для организации работы медицинского учреждения**

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для выполнения бизнес-задач, необходимых для ведения нашей деятельности. Среди прочего: в рамках повышения качества обслуживания, обучения персонала и студентов, обслуживания клиентов или выполнения любых необходимых бизнес-обязанностей для более качественного обслуживания наших пациентов и сообщества. Также мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию другим лицам, которых мы нанимаем для предоставления услуг и реализации программ.

Другие примеры, связанные с работой медицинского учреждения

- **Напоминания о приеме**

Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию для связи с вами с целью напоминания о том, что у вас назначен прием или лечебная процедура.

- **Альтернативные варианты лечения**

Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию, чтобы сообщить или рекомендовать вам возможные варианты лечения, либо лечебно-оздоровительные услуги, которые могут вас заинтересовать.

- **Исследования**

Мы можем раскрывать информацию исследователям, если экспертный совет учреждения, который ознакомился с предложенным исследованием и установил протоколы обеспечения конфиденциальности вашей медицинской информации, одобрил исследование.

- **В соответствии с требованиями закона**

Мы будем раскрывать вашу медицинскую информацию, когда этого требует федеральное, местное законодательство или законодательство штата.

- **Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности**

При необходимости мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности других лиц, а также в целях общественной безопасности и общественного здравоохранения. Вместе с тем, информация может быть раскрыта только тем сторонам, кто может предотвратить возможный ущерб.

- **Особые случаи**

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в процессе оказания помощи при стихийных бедствиях, чтобы можно было известить вашу семью о вашем состоянии, положении и местонахождении.

- **Донорство органов и тканей**

Если вы являетесь потенциальным донором органов, мы можем предоставлять медицинскую информацию организациям, которые осуществляют закупку органов, трансплантацию органов, глаз или тканей, или банку донорских органов, в необходимой степени, для содействия донорству и трансплантации органов.

- **Военнослужащие и ветераны**

Если вы являетесь военнослужащим, мы обязаны раскрывать вашу медицинскую информацию в соответствии с законодательством. Мы также обязаны раскрывать медицинскую информацию об иностранных военнослужащих соответствующему иностранному органу военной власти в соответствии с законодательством.

- **Выплаты по страховке от несчастного случая на рабочем месте**

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для осуществления выплат по страховке от несчастного случая на рабочем месте или реализации подобных программ. Речь идет о программах выплаты компенсаций в случае травматизма или заболеваний, связанных с работой.

- **Риски для общественного здравоохранения**

По запросу мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для выполнения задач общественного здравоохранения. К таким задачам, в основном, относятся следующие:

- для профилактики и контроля уровня заболевания, травматизма или нетрудоспособности;
- для информирования о рождаемости и смертности;
- для информирования о жестоком обращении и/или пренебрежительном отношении к ребенку, пожилому человеку или инвалиду;
- для информирования о реакциях на лекарства или проблемах, связанных с продуктами;
- для уведомления людей об отзыве продуктов, которые они потенциально могут использовать;
- для информирования людей о риске заражения или вероятности заболевания или распространения болезни или медицинского состояния.

- **Надзор за деятельностью медицинских учреждений**

По запросу мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию органу, осуществляющему надзор за деятельностью медицинских учреждений, для выполнения действий, разрешенных законодательством. Такие действия включают аудит, сертификацию, расследования, инспекции и выдачу лицензий. Они необходимы правительству для мониторинга системы здравоохранения, государственных программ и выполнения законодательства о гражданских правах.

- **Судебные процессы и споры**

Если вы участвуете в судебном процессе или споре, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в ответ на судебное предписание. При определенных обстоятельствах мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию в ответ на повестку или другой законно изданный судебный приказ, но мы сделаем это только в случае, если были предприняты меры для информирования вас о запросе на раскрытие информации или для получения распоряжения, защищающего запрошенную информацию, или если вы или суд предоставили письменное разрешение.

- **Деятельность правоохранительных органов**

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию, если это запрошено правоохранительным органом в соответствии с законом:

- в ответ на постановление суда, повестку в суд, ордер, вызов в суд или аналогичный судебный приказ;
- для идентификации или определения местонахождения подозреваемого лица, лица, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести лица;
- когда речь идет о жертве преступления и имеются определенные особые обстоятельства, при которых мы не можем получить согласие человека;
- когда речь идет о смерти, которая, по нашему мнению, может быть результатом преступного поведения;
- когда речь идет о преступном поведении в НМФР; и
- при чрезвычайных обстоятельствах, чтобы сообщить о преступлении; месте преступления или жертвах; или о личности, характеристике или местонахождении лица, совершившего преступление.

- **Коронеры, медицинские эксперты и похоронные агенты**

Мы можем раскрывать медицинскую информацию коронеру или медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для установления личности умершего человека или определения причины смерти. Помимо этого, медицинская информация пациентов может раскрываться похоронным агентам или уполномоченным лицам в объеме, необходимом для выполнения их обязанностей.

- **Обеспечение национальной безопасности и разведывательная деятельность**

Если это разрешено законодательством, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам в целях разведки, контрразведки и другой деятельности в сфере национальной безопасности, предусмотренной законом.

- **Безопасность президента и других лиц**

Если это разрешено законодательством, мы можем раскрывать медицинскую информацию уполномоченным представителям федеральной власти для обеспечения защиты президента, других уполномоченных лиц или глав иностранных государств или проведения специальных расследований.

- **Нахождение под стражей**

Если вы являетесь лицом, которое содержится под стражей в исправительном учреждении или находится на попечении сотрудника правоохранительных органов, при определенных обстоятельствах мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, если это разрешено законодательством. Такая информация должна быть необходима (1) учреждению, чтобы оказать вам медицинскую помощь, (2) для защиты здоровья и безопасности — вашего или других лиц или (3) для охраны и безопасности исправительного учреждения.

Ваши права в отношении вашей медицинской информации.

У вас есть следующие права в отношении вашей медицинской информации, которая хранится у нас:

➤ Ваше право на ознакомление и получение копии

Вы имеете право проверять и копировать вашу медицинскую информацию, которая может быть использована для принятия решений о медицинском обслуживании. К данному типу информации обычно относятся данные медицинской карты и выписка по счетам, но сюда не входят данные о психическом здоровье.

Для проверки и получения копии вашей медицинской информации, которая может использоваться для принятия решений о медицинском обслуживании, вы должны отправить свой запрос в письменном виде НМФР на адрес, указанный в конце этого уведомления. Если вы запрашиваете копию информации, с вас может взиматься плата за расходы на копирование, почтовую отправку или другие материалы, связанные с вашим запросом.

При определенных очень ограниченных обстоятельствах мы можем отклонить ваш запрос на ознакомление и получение копии данных о психическом здоровье. Если вам отказано в доступе к вашей медицинской информации, вы можете запросить пересмотр такого отказа. Другой дипломированный медицинский работник, назначенный НМФР, рассмотрит ваш запрос и отказ. Лицо, проводящее пересмотр, не может являться лицом, отклонившим ваш запрос. Наши дальнейшие действия будут зависеть от результатов пересмотра.

Пациенты, которым медицинское обслуживание предоставляется на дому, имеют дополнительные права на получение своих медицинских записей без оплаты. Для этого они должны сделать запрос при следующем визите на дом или не дожидаясь его.

➤ Хранение записей

Законодательство штата требует, чтобы записи лечащего врача хранились не менее семи лет с последней даты обслуживания или, если пациент является несовершеннолетним лицом, такие записи должны быть уничтожены через 7 лет, или когда несовершеннолетнее лицо достигнет 18 лет, в зависимости от того, что наступит позднее. Записи должны быть уничтожены безопасным образом, обеспечивающим защиту информации от несанкционированного раскрытия.

➤ Право на изменение

Чтобы запросить внесение изменений в записи лечащего врача, свяжитесь с офисом вашего лечащего врача. Запросы на изменение должны направляться в письменном виде и содержать причину, по которой вы запрашиваете изменение.

Мы можем отклонить ваш запрос о внесении изменений, если он не составлен в письменной форме, либо если он не содержит причины, обосновывающей такой запрос. Также мы можем отклонить ваш запрос, если вы просите нас изменить информацию, которая:

- не была создана нами, или лицо или организация, которые создали такую информацию, больше не могут осуществить внесение изменений;
- не является частью медицинской информации, хранимой у нас или для нас;
- не входит в состав информации, которую вам разрешено проверять и копировать; или
- является точной и полной.

У **Право запросить отчеты о разглашении информации**

Вы имеете право запросить отчеты о разглашении информации. Они будут содержать перечень случаев раскрытия вашей медицинской информации, по которым не было получено разрешение или которые не были осуществлены для лечения, оплаты или обеспечения работы медицинского учреждения.

Для запроса этого перечня или отчетов о разглашении информации вы должны отправить запрос в письменном виде на адрес HMFP, указанный в конце этого уведомления. В запросе должен быть указан период времени не ранее 14 апреля 2003 года, длительность которого не должна превышать шести лет. В запросе должно быть указано, в каком формате вы хотите получить список (например, в бумажном или электронном виде). Первый запрос за 12 месячный период оформляется бесплатно. Дальнейшие перечни предоставляются платно для компенсации расходов на предоставление такого перечня. Мы сообщим вам стоимость, и прежде чем понести такие расходы, вы будете иметь возможность аннулировать запрос или изменить его.

У **Право запрашивать ограничения раскрытия**

Вы имеете право потребовать применения ограничительных мер или ограничений в отношении вашей медицинской информации, которую мы используем или раскрываем в целях лечения, оплаты или выполнения медицинских операций. У вас также есть право запросить, чтобы мы ограничили раскрытие вашей медицинской информации лицам, участвующим в предоставлении вам медицинских услуг или их оплате (например, родственникам или друзьям).

За исключением случаев, описанных ниже, мы не обязаны удовлетворять ваш запрос относительно ограничений. В случае удовлетворения запроса мы будем соблюдать выдвинутые в нем требования за исключением случаев, когда информация необходима для оказания вам экстренной медицинской помощи. Согласно законодательству мы должны одобрить ваш запрос на ограничение раскрытия вашей медицинской информации ответственной за ваш план медицинского обслуживания страховой компании, если раскрытие (1) выполняется для осуществления оплаты или обеспечения работы медицинского учреждения, (2) иным образом не требуется по закону и (3) касается позиции или услуги, оплаченной вами в полном объеме самостоятельно.

У **Право запрашивать передачу информации по конфиденциальным каналам**

Вы имеете право потребовать, чтобы взаимодействие с вами по вопросам вашего здоровья происходило определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете обратиться к нам с просьбой направлять вам сообщения только по рабочему адресу или только по электронной почте.

Чтобы запросить передачу информации по конфиденциальным каналам, вы должны подать запрос в письменном виде в офис вашего лечащего врача.

Вы не обязаны указывать причину вашего запроса. По собственному усмотрению мы удовлетворяем все разумные запросы. В запросе необходимо указать, как и где, вы хотели бы, чтобы с вами связывались.

У **Право на получение распечатанной копии данного уведомления**

Вы имеете право на получение распечатанной копии данного уведомления. Вы можете запросить копию этого уведомления в любое время. Даже если вы выразили согласие на получение этого уведомления в электронном виде, вы имеете право на получение бумажной копии этого уведомления. Вы можете получить копию этого уведомления в офисе вашего лечащего врача или в HMFP по адресу, указанному в конце этого уведомления.

➤ **Внесение изменений в данное уведомление**

Мы оставляем за собой право вносить изменения в это уведомление. Мы сохраняем за собой право применять пересмотренные или измененные положения уведомления в отношении медицинской информации, которая у нас есть о вас и которую мы получим в будущем. Копия актуального уведомления будет опубликована. Уведомление будет содержать дату вступления в силу — она будет указана на первой странице в верхнем правом углу.

Кроме того, по вашему запросу вам будет предоставлена копия актуального уведомления при каждой регистрации или поступлении в больницу для прохождения лечения или получения медицинских услуг в амбулаторных или стационарных условиях.

➤ **Претензии**

Если вы считаете, что ваши права на обеспечение конфиденциальности информации нарушены, вы можете подать жалобу в НМФР на адрес, указанный в конце этого уведомления, или в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социального обеспечения США в виде письма, отправленного на адрес 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, по тел. 877-696-6775 или через веб-сайт <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>. Все претензии в адрес НМФР должны быть оформлены в письменном виде. **В случае подачи жалобы против вас не будет предпринято никаких штрафных санкций.**

➤ **Система Massachusetts Health Information Hlway (Mass Hlway)**

Мы являемся пользователем системы Mass Hlway — электронной системы обмена медицинской информацией на уровне штата. Система Mass Hlway позволяет врачам, больницам, лабораториям, аптекам, учреждениям квалифицированного медицинского ухода и другим медицинским учреждениям безопасно и беспрепятственно обмениваться медицинской информацией в электронном виде. В соответствии с законодательством штата, мы должны заручиться вашим согласием на использование вашей информации в системе Mass Hlway.

Специальные средства защиты конфиденциальности информации при участии в программах лечения от химической зависимости

Если вы проходили лечение, вам был поставлен диагноз или вас направили на программу лечения от химической зависимости, конфиденциальность записей о зависимости от наркотических веществ или алкоголя защищается федеральным законом и нормами. Как правило, мы не сообщаем людям вне программ о том, что вы участвуете в любой из этих программ и не раскрываем какую-либо информацию, позволяющую установить, что вы хотели пройти или проходили лечение от химической зависимости, за исключением следующих случаев:

вы разрешили такое раскрытие в письменном виде; или

- раскрытие информации разрешено в судебном порядке; или
- информация раскрывается медицинскому персоналу при оказании экстренной медицинской помощи или квалифицированному персоналу с целью проведения исследований, аудита или оценки эффективности программы.

Вам также нужно знать следующее:

1. Нарушение нами федерального законодательства и норм, регулирующих употребление наркотических веществ или алкоголя, может быть квалифицировано как преступление. О подозреваемых нарушениях можно сообщить федеральному прокурору США по тел. 617-748-3100.

2. Информация о преступлении, совершенном пациентом-участником программы или против какого-либо лица, которое работает в программе, или о какой-либо угрозе совершения такого преступления не является защищенной.
3. Законодательно информация о подозреваемых случаях жестокого обращения с детьми или пренебрежительного отношения к детям не защищена от раскрытия соответствующим органам.

Для получения дополнительной информации см. Закон 42 Свода законов США, раздел 290dd-2, и Закон 42 Свода федеральных нормативных актов, часть 2.

Другие виды использования медицинской информации

Другие виды использования и раскрытия медицинской информации, не указанные в этом уведомлении или в применимых к нашей деятельности законах, могут быть осуществлены только с вашего письменного разрешения. Если вы предоставляете нам разрешение на использование или раскрытие медицинской информации о вас, вы можете отозвать свое разрешение в любое время, направив нам письменное уведомление. Если вы отзываете свое разрешение, в дальнейшем не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию по причинам, указанных в вашем письменном разрешении. Вы принимаете к сведению, что мы не можем аннулировать ни одно раскрытие информации, уже сделанное нами ранее на основании вашего разрешения, и что мы обязаны хранить записи о предоставленных вам услугах.

Контактная информация

Harvard Medical Faculty Physicians at Beth Israel Deaconess Medical Center, Inc.

375 Longwood Ave., Suite 3

Boston, MA 02215

Горячая линия по вопросам соответствия нормативно-правовым требованиям: (888)-753-6533