



BELLINGHAM FIRE DEPARTMENT

Whatcom Medic One

1800 Broadway

Bellingham, WA 98225-3133

Тел.: (360) 778-8450 КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКС: (360) 778-8469

Пожарный департамент Беллингема/служба Medic One округа Уотком Уведомление о порядке обращения с личной информацией

ВНИМАНИЕ! В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ВОЗМОЖНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСЬБА ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

Пожарный департамент Беллингема/служба Medic One округа Уотком (BFD/WMO) стремится защищать вашу личную медицинскую информацию. Согласно требованиям закона, мы сохраняем конфиденциальность медицинской информации, которую обоснованно можно считать идентифицирующей вас и которая носит название «закрытая информация о состоянии здоровья» или «ЗИСЗ». Кроме того, закон требует, чтобы мы предоставили вам прилагаемое подробное Уведомление о порядке обращения с личной информацией (далее — «Уведомление»), содержащее сведения о наших юридических обязанностях и порядке обращения с конфиденциальной информацией в отношении вашей ЗИСЗ.

Мы защищаем ваши личные сведения, а обработка всей медицинской информации, касающейся наших пациентов, выполняется нашим персоналом с соблюдением всех жестких требований действующей политики конфиденциальности.

**ПРОЧТИТЕ ПРИЛАГАЕМОЕ ПОДРОБНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ. ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКЛИ ВОПРОСЫ ПО ЕГО СОДЕРЖАНИЮ, СВЯЖИТЕСЬ С НАШИМ СОТРУДНИКОМ, ЗАНИМАЮЩИМСЯ ВОПРОСАМИ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ HIPAA, ИЛИ С НАЗНАЧЕННЫМ ИМ ЛИЦОМ:
360-778-8400 или medic@cob.org.**

Подробное Уведомление о порядке обращения с личной информацией

Назначение данного Уведомления. Данное Уведомление содержит описание ваших юридических прав, сведения о действующих у нас правилах соблюдения конфиденциальности и информацию о порядке использования и раскрытия вашей ЗИСЗ департаментом BFD/WMO.

Случаи использования и раскрытия вашей ЗИСЗ, не требующие вашего разрешения

Департамент BFD/WMO может использовать и раскрывать вашу ЗИСЗ *без* вашего разрешения или *не* предоставляя вам возможности для возражений в следующих случаях:

Лечение. Сюда относятся получаемые и используемые нами устные и письменные сведения о вас, относящиеся к состоянию вашего здоровья и лечению, которое вам предоставляется нами и другим медицинским персоналом (включая врачей и медсестер, дающих рекомендации, на основе которых мы предоставляем вам лечение). Сюда также относится информация, предоставляемая нами прочему медицинскому персоналу, которому мы поручаем лечение и уход за вами, а также передача ЗИСЗ по радио или по телефону в больницу или диспетчерский центр и предоставление в больницу копии письменных материалов, которые мы создаем в ходе лечения и транспортировки вас как пациента.

Оплата. Сюда относятся любые действия, выполняемые нами для получения оплаты услуг, которые мы вам предоставляем, включая такие действия, как создание вашей ЗИСЗ, отправка счетов страховым компаниям (напрямую или через стороннюю биллинговую компанию), обработка требований на оплату предоставленных услуг, определение медицинской обоснованности услуг и порядка обращения к специалистам, а также взыскание задолженностей по счетам.

Функционирование системы здравоохранения. Сюда относятся действия, направленные на обеспечение качества, лицензирование и организацию обучения в целях следования нашим персоналом принятым стандартам здравоохранения и установленным правилам и процедурам, а также получение юридических и финансовых услуг, планирование, обработка жалоб и претензий, создание отчетов на основе сведений, не идентифицирующих вас, в целях сбора данных, сбор средств и некоторые маркетинговые действия.

Информация о прочих услугах. Мы также можем связаться с вами для информирования вас об альтернативных услугах, предоставляемых нами, или о связанных с медициной льготах и услугах, которые могут представлять для вас интерес.

Другие случаи использования и раскрытия вашей ЗИСЗ, не требующие разрешения.

Департамент BFD/WMO также может использовать или раскрывать вашу ЗИСЗ *без* вашего письменного разрешения в следующих ситуациях:

Дата вступления в силу данного уведомления: 23.09.2013 (для получения предыдущих версий обратитесь к сотруднику, занимающемуся вопросами соблюдения требований HIPAA)

- ❖ Для проведения лечебных мероприятий другим медицинским учреждением.
- ❖ Другому медицинскому учреждению или организации с целью получения оплаты или организации, получающей информацию (таким как ваша больница или страховая компания).
- ❖ Другому медицинскому учреждению (например, больнице, в которую вас направляют) для организации лечебных мероприятий учреждения, получающего информацию, при условии, что это учреждение обслуживает или обслуживало вас, и ЗИСЗ имеет отношение к этому обслуживанию.
- ❖ Для выявления возможных случаев мошенничества или нарушений в системе здравоохранения или для обеспечения соблюдения закона.
- ❖ Члену семьи, родственнику, близкому личному другу или другому лицу, вовлеченному в уход за вами, при условии получения вашего устного согласия на такое раскрытие или если при предоставлении вам возможности воспрепятствовать такому раскрытию вы этой возможностью не воспользуетесь. Также мы можем раскрыть медицинскую информацию вашей семье, родственникам или друзьям, если в сложившихся обстоятельствах у нас есть причины предполагать, что вы не будете против этого возражать. Например, мы можем предположить, что вы согласны на раскрытие нами вашей личной медицинской информации вашему супругу (супруге), если ваш супруг (супруга) вызвал (-а) для вас скорую помощь. В ситуациях, когда вы не в состоянии выразить возражение (из-за вашего отсутствия, вашей неспособности или при необходимости оказания неотложной медицинской помощи), мы можем, основываясь на нашем профессиональном суждении, решить, что раскрытие информации члену вашей семьи, родственнику или другу полностью отвечает вашим интересам. В подобной ситуации мы раскроем медицинскую информацию только в объеме, соответствующем степени вовлеченности данного лица в уход за вами. Например, мы можем проинформировать лицо, сопровождавшее вас в машине скорой помощи, о наличии у вас определенных симптомов и предоставлять ему свежие сведения об основных показателях состояния вашего организма и о медицинских мероприятиях, выполняемых нашей бригадой скорой помощи.
- ❖ Органу общественного здравоохранения в определенных ситуациях (например, при сообщении о рождении, смерти или заболевании, как того требует закон), в рамках расследования в сфере общественного здравоохранения, для сообщения о жестоком обращении, безнадзорности или домашнем насилии по отношению к ребенку или взрослому, для сообщения о нежелательных явлениях, таких как недоброкачественные продукты, или для уведомления конкретного лица о возможности заражения инфекционным заболеванием в соответствии с требованием закона.
- ❖ Для надзорных мероприятий в сфере здравоохранения, включая аудиты и правительственные расследования, инспекции, дисциплинарные разбирательства и прочие действия административных органов или судебных властей, предпринимаемые правительством (или его представителями) в соответствии с законом в целях контроля системы здравоохранения.
- ❖ Для судебных и административных разбирательств, по распоряжению суда или административного органа или, в некоторых случаях, в ответ на повестку о явке в суд или в рамках другого юридического процесса.

- ❖ Для осуществления правоохранительной деятельности в ограниченном количестве ситуаций, например в случае наличия правомочия для такого требования или если эта информация необходима для установления местонахождения подозреваемого или для предотвращения преступления.
- ❖ Для военных целей, обеспечения национальной безопасности и осуществления прочих особых государственных функций.
- ❖ Для предотвращения серьезных угроз здоровью и безопасности лица или общества.
- ❖ Для компенсационных выплат работникам и в соответствии с законами о компенсации работникам.
- ❖ Коронерам, медицинским экспертам и представителям похоронных бюро для установления личности умершего и выяснения причины смерти или для обеспечения возможности выполнения ими обязанностей, возложенных на них по закону.
- ❖ Если вы являетесь донором органов, ваша медицинская информация может быть предоставлена организациям, занимающимся поставками органов или трансплантацией органов, глаз или тканей, или банку донорских органов, если это необходимо для обеспечения мероприятий по донорству или трансплантации.
- ❖ Для исследовательских проектов, но в этом случае раскрытие информации выполняется под более строгим надзором и при наличии разрешений, и раскрытие медицинской информации выполняется только в случае, если угроза вашей конфиденциальности сведена к минимуму и при этом приняты адекватные меры ее защиты в соответствии с законом.

Случаи использования и раскрытия вашей ЗИСЗ, требующие вашего письменного согласия

Любые другие случаи использования или раскрытия ЗИСЗ, отличные от перечисленных выше, могут иметь место только при наличии вашего письменного разрешения (такое разрешение должно содержать специальное указание, какую именно информацию можно использовать или раскрывать, а также когда и каким образом мы можем использовать или раскрыть ее). В частности, мы должны получить от вас разрешение в письменной форме перед использованием или раскрытием следующих ваших сведений: (а) записи психотерапевта, не предназначенные для выполнения нами собственных лечебных мероприятий, платежей или медицинского ухода, (b) ЗИСЗ для маркетинговых целей, когда мы получаем оплату за осуществление маркетинговой коммуникации, или (c) ЗИСЗ при осуществлении продажи вашей ЗИСЗ. **Вы можете отозвать свое разрешение в любое время в письменной форме, исключая случаи, когда ваша медицинская информация уже использовалась или была раскрыта на основании данного разрешения.**

Ваши права в отношении вашей ЗИСЗ

Как пациент вы обладаете набором прав, относящихся к вашей ЗИСЗ, включая следующие:

Право на доступ, копирование и проверку своей ЗИСЗ. Вы имеете право на проверку и копирование большей части вашей медицинской информации, собранной и сохраняемой нами. Запросы доступа к вашей ЗИСЗ следует подавать в письменной форме нашему сотруднику, занимающемуся вопросами соблюдения требований HIPAA. В ограниченных обстоятельствах мы

Дата вступления в силу данного уведомления: 23.09.2013 (для получения предыдущих версий обратитесь к сотруднику, занимающемуся вопросами соблюдения требований HIPAA)

можем отказать вам в доступе к вашей медицинской информации, при этом отказы определенных типов могут быть обжалованы. У нас есть бланки заявлений о получении доступа к вашей ЗИСЗ, и в случае отказа в доступе мы предоставим вам письменный ответ и проинформируем о ваших правах на обжалование. Если вы желаете осуществить проверку и копирование своей медицинской информации, вам необходимо связаться с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA.

При обычных обстоятельствах доступ к этой информации вы получите в течение 30 дней со дня оформления вашего письменного запроса. Если мы храним вашу медицинскую информацию в электронном формате, вы имеете право на получение электронной копии этой информации. Кроме того, если вам требуется переслать копию вашей ЗИСЗ напрямую другому лицу, мы сделаем это при условии, что ваше требование оформлено в письменном виде, подписано вами (или вашим представителем) и содержит четкое определение назначенного лица и адреса, по которому должна быть направлена копия вашей ЗИСЗ.

Право на требование внесения поправок в вашу ЗИСЗ. Вы имеете право обратиться к нам с просьбой о внесении поправок в сохраняемую нами закрытую информацию о состоянии вашего здоровья. Требования о внесении поправок в вашу ЗИСЗ необходимо оформлять письменно; для этого вам необходимо связаться с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA, и заполнить бланк запроса на внесении поправок.

Если того требует закон, мы внесем поправки в вашу информацию в течение 60 дней с момента оформления вами требования и уведомим вас о факте внесения таких поправок. По закону в определенной ситуации мы можем отклонить ваше требование о внесении поправок в вашу медицинскую информацию, например, когда мы полагаем, что информация, в которую вы просите внести поправки, верна.

Право на требование отчета о случаях использования и раскрытия вашей ЗИСЗ. Вы можете потребовать у нас отчет о случаях раскрытия вашей медицинской информации. Для того чтобы потребовать отчет о случаях раскрытия вашей ЗИСЗ, подпадающей под требование об отчете, вам необходимо связаться с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA, и оформить письменное требование.

Вы имеете право на получение отчета об определенных случаях раскрытия вашей ЗИСЗ, имевших место в течение шести (6) лет, непосредственно предшествующих дате вашего требования. Однако мы не обязаны предоставлять вам отчеты о случаях раскрытия вашей ЗИСЗ: (а) для целей лечения, оплаты или функционирования системы здравоохранения; (b) в случае раскрытия, по поводу которого вами было выражено согласие; (c) в случае раскрытия информации вам, членам вашей семьи или друзьям или (d) в случае раскрытия в целях осуществления правоохранительной деятельности или некоторых других государственных функций.

Право на требование ограничения случаев использования и раскрытия вашей ЗИСЗ. Вы имеете право потребовать, чтобы мы наложили ограничения на использование и раскрытие вашей медицинской информации в целях лечения, оплаты или функционирования системы здравоохранения, или потребовать ограничить информацию, которую мы предоставляем членам семьи, друзьям и прочим лицам, вовлеченным в уход за вами. Однако мы обязаны придерживаться запрашиваемых вами ограничений только в ограниченном количестве ситуаций; как правило, мы не даем согласия ни на какие ограничения, если они не оговорены законом. Чтобы потребовать ограничения случаев использования или раскрытия вашей ЗИСЗ, вам необходимо связаться с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA, и оформить письменное требование.

Департамент BFD/WMO обязан соблюдать требуемое ограничение, когда вы просите не раскрывать ЗИСЗ вашей компании медицинского страхования, в частности, это касается сведений об услуге, которую вы (или другое лицо от вашего имени) оплатили департаменту BFD/WMO в полном объеме. Кроме того, мы обязаны соблюдать любые ограничения, на которые мы даем согласие. Однако, если вы просите об ограничении, на которое мы дали согласие, но при этом информация, на которую вы просите наложить ограничение, необходима для предоставления вам неотложного лечения, то мы вправе раскрыть вашу ЗИСЗ медицинскому учреждению, которое будет оказывать вам неотложную медицинскую помощь.

Действие наложенного ограничения может быть прекращено на условиях вашего согласия или по вашему требованию. Департамент BFD/WMO может также прекратить действие большинства текущих ограничений, уведомив вас об этом. В этом случае ЗИСЗ, сформированная или полученная после прекращения действия ограничения, больше не подлежит этому ограничению. Однако ЗИСЗ, подлежавшая ограничению до получения вами уведомления об аннулировании ограничения, должна рассматриваться как ЗИСЗ, на которую наложено ограничение.

Право на получение уведомления о несанкционированном доступе к закрытой медицинской информации, сохранность которой не была обеспечена. При обнаружении нами случая несанкционированного доступа к вашей ЗИСЗ, сохранность которой не была должным образом обеспечена, мы уведомим вас о таком несанкционированном доступе письмом первого класса, отправленным на последний почтовый адрес, указанный в ваших документах. Если вы предпочитаете получать уведомления о несанкционированном доступе по электронной почте, свяжитесь с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA, чтобы поставить BFD/WMO в известность о вашем желании и указать действующий адрес электронной почты, на который может быть направлено электронное уведомление. Вы можете в любое время отозвать свое согласие на получение уведомлений по электронной почте, обратившись к нам.

Право на подачу заявления об использовании конфиденциальных способов связи. Вы имеете право потребовать, чтобы мы выслали вашу ЗИСЗ на другой адрес (отличающийся от вашего домашнего адреса) или особым способом (например, по электронной почте вместо обычной почты). Однако мы удовлетворяем обоснованные требования только в том случае, если от нас этого требует закон. Если вы желаете, чтобы мы отправляли ЗИСЗ на особый адрес или в особой

Дата вступления в силу данного уведомления: 23.09.2013 (для получения предыдущих версий обратитесь к сотруднику, занимающемуся вопросами соблюдения требований HIPAA)

форме, вам необходимо связаться с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA, и оформить письменное требование.

Интернет, электронная почта и право на получение бумажной копии уведомления

Если у нас есть веб-сайт, мы опубликуем копию данного Уведомления на видном месте, таким образом оно станет доступно в электронной форме. При наличии разрешения от вас мы направим вам это Уведомление по электронной почте, а не в бумажном виде, хотя вы всегда можете потребовать предоставить вам бумажную копию Уведомления.

Пересмотр положений данного Уведомления

Департамент BFD/WMO обязан соблюдать положения, изложенные в редакции Уведомления, действующей в настоящее время. Однако BFD/WMO оставляет за собой право в любое время вносить изменения в положения данного Уведомления, и такие изменения вступают в силу незамедлительно по внесению и распространяются на всю сохраняемую нами ЗИСЗ. Любые существенные изменения, внесенные в данное Уведомление, будут незамедлительно распространены в наших отделениях и опубликованы на нашем веб-сайте, если таковой имеется. Вы можете получить копию новейшей редакции данного Уведомления, связавшись с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA.

Ваши юридические права и жалобы на их несоблюдение

Вы также имеете право подать жалобу нам или министру здравоохранения и социального обеспечения США (Secretary of the United States Department of Health and Human Services), если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность нарушены. К вам не могут быть применены ответные санкции за подачу жалобы ни с нашей стороны, ни со стороны правительственных органов.

Если у вас есть вопросы, замечания или жалобы, вы можете направлять все запросы нашему сотруднику, занимающемуся вопросами соблюдения требований HIPAA. К лицам, подавшим жалобы, не могут быть применены ответные санкции.

Если у вас есть какие-либо вопросы или вы хотите подать жалобу или воспользоваться правами, перечисленными в данном Уведомлении, просим вас связаться с нашим сотрудником, занимающимся вопросами соблюдения требований HIPAA:

Bellingham Fire Department
Whatcom Medic One
1800 BROADWAY
BELLINGHAM, WA 98225-3133
360-778-8450
medic@cob.org

Дата вступления в силу данного уведомления: 23.09.2013 (для получения предыдущих версий обратитесь к сотруднику, занимающемуся вопросами соблюдения требований HIPAA)