

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN

Уведомление о защите конфиденциальности

Дата вступления в силу: 2 ноября 2015 г.

Данное Уведомление разъясняет, каким образом может использоваться и разглашаться ваша медицинская информация и как вы можете получить к ней доступ. **Прочтите внимательно.**

Ваши права

Вы имеете право:

- получить копию вашей медицинской карты и документов по исковым требованиям;
- вносить исправления в медицинскую карту и документы по исковым требованиям;
- требовать соблюдения конфиденциальности коммуникаций;
- попросить нас ограничить объем разглашаемой нами информации;
- получить перечень лиц, которым мы предоставляли вашу информацию;
- получить копию данного Уведомления о защите конфиденциальности;
- выбрать представителя, который будет действовать от вашего имени;
- подать жалобу, если вы считаете, что были нарушены ваши права в отношении конфиденциальности.

Ваши возможности

У вас есть возможность выбрать, как мы должны использовать и разглашать вашу информацию, когда:

- отвечаем на вопросы по страховке от членов вашей семьи и друзей;
- предоставляем информацию в случае стихийных бедствий;
- рекламируем свои услуги и продаем ваши данные.

Использование и разглашение нами вашей информации

**Мы можем использовать и сообщать ваши данные
вследующих ситуациях:**

- помощь в координировании предоставляемого вам медицинского лечения;
- осуществление деятельности нашей организации;
- оплата вашего медицинского обслуживания;
- управление вашим планом медицинского страхования;
- оказание помощи в вопросах общественного здравоохранения и обеспечения безопасности;
- проведение исследований;
- в рамках соблюдения законодательных требований;
- в ответ на запросы на трансплантацию органов и тканей и в рамках работы с патологоанатомом или сотрудником похоронного бюро;
- в рамках удовлетворения исков по выплате компенсаций рабочим, запросов правоохранительных органов и прочих правительственных запросов;
- в рамках судебных исков и процессов.

Ваши права

**Вы имеете определенные права в вопросах,
касающихся вашей медицинской информации.**

В данном разделе изложены ваши права и некоторые из наших обязанностей для оказания вам помощи.

Получать копию медицинской карты и документов по исковым требованиям

- Вы можете попросить показать вам или предоставить копию ваших медицинских записей и документов по исковым требованиям, а также прочей вашей медицинской информации, к которой есть у нас. Обратитесь к нам, чтобы узнать, как это сделать.
- Мы предоставим вам копию или краткую выписку по вашей медицинской информации и документам по исковым требованиям. Обычно такие запросы обрабатываются в течение 30 дней с момента их получения. Мы можем установить разумную плату за эту услугу, исходя из расходов, которые потребуются.

Просить нас внести исправления в медицинскую карту и документы по исковым требованиям

- Вы можете попросить нас внести исправления в вашу медицинскую информацию и документы по исковым требованиям, если считаете, что эти данные являются неверными или неполными. Обратитесь к нам, чтобы узнать, как это сделать.
- Мы можем отказать в вашей просьбе, однако мы обязаны сообщить вам причину отказа в течение 60 дней.

Попросить соблюдать конфиденциальность коммуникаций

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или направлять корреспонденцию на другой адрес.
- Мы рассмотрим все разумные просьбы и должны удовлетворить их, если вы сообщите нам, что наш отказ поставит вас в опасную ситуацию.

Попросить нас ограничить объем используемой или разглашаемой информации

- Вы можете попросить нас не использовать и не разглашать определенную информацию о лечении, оплате или нашей работе.
- Мы не обязаны удовлетворять вашу просьбу и можем отказать в ней, если она может сказаться на вашем лечении.

Получить перечень лиц, которым мы предоставляли вашу информацию

- Вы можете потребовать перечень (отчет) ситуаций, когда мы сообщали вашу информацию, за шестилетний период до даты запроса, с указанием лиц и причин разглашения ваших данных.
- Мы предоставим данные обо всех фактах разглашения ваших данных, кроме сведений об оплате, лечении и деятельности в рамках медицинского обслуживания, а также ряде определенных прочих фактов разглашения (например, сделанных по вашей просьбе).
- Мы предоставляем один отчет в год бесплатно, однако при повторном обращении с таким запросом в течение 12 месяцев за услугу будет установлена разумная плата, исходя из затрат.

Получить копию данного Уведомления о защите конфиденциальности

Вы можете в любое время попросить предоставить вам бумажную копию данного Уведомления, даже если вы согласились получать его в электронной форме. Мы в кратчайшие сроки предоставим вам бумажную копию документа.

Выбрать представителя, который будет действовать от вашего имени

- Если вы выдали кому-либо доверенность на право представлять ваши интересы или есть лицо, которое является вашим законным опекуном, данное лицо может пользоваться вашими правами и выбирать варианты использования вашей медицинской информации.
- Мы обязаны убедиться, что данное лицо обладает такими полномочиями и может действовать от вашего имени, прежде чем предпринимать какие-либо действия с нашей стороны.

Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права нарушаются

- Вы можете пожаловаться, если мы нарушили ваши права. Для этого вам необходимо связаться с нами (контактная информация указана на странице 5).

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights): отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; позвонив по телефону **1(877) 696-6775**; заполнив форму на веб-сайте **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- Мы не будем принимать какие-либо ответные меры против вас за подачу вами жалобы.

Ваши возможности

В отношении определенной медицинской информации вы можете сообщить нам свои пожелания относительно того, какие сведения мы можем разглашать. Если у вас есть определенные пожелания относительно того, как мы можем разглашать ваши данные в описанных далее ситуациях, обсудите это с нами. Сообщите нам, что вы бы хотели, чтоб мы сделали, и мы выполним ваши указания.

В этих ситуациях у вас есть право и возможность потребовать от нас:

- сообщать информацию вашей семье, близким друзьям и прочим лицам, участвующим в оплате расходов за ваше медицинское обслуживание;
- сообщать информацию в рамках помощи при стихийных бедствиях.

Если вы не в состоянии сообщить нам свои пожелания, например если вы находитесь без сознания, мы можем продолжать разглашать ваши данные, если считаем, что это в ваших интересах. Мы также можем разглашать ваши данные, если есть необходимость предотвратить неминуемую и серьезную угрозу здоровью или безопасности.

В следующих случаях мы никогда не разглашаем вашу информацию без вашего письменного разрешения:

- маркетинговые цели;
- продажа вашей информации.

Использование и разглашение нами вашей информации

Как мы обычно используем или разглашаем вашу медицинскую информацию?

Обычно мы используем и разглашаем вашу медицинскую информацию следующим образом.

Помощь в координировании предоставляемого вам медицинского лечения

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и сообщать ее профессиональным медработникам, которые осуществляют ваше лечение.

Пример. Врач направляет нам сведения о вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы смогли организовать предоставление вам дополнительных услуг.

Осуществление деятельности нашей организации

- Мы можем использовать и сообщать вашу информацию, чтобы вести деятельность нашей организации и связываться с вами при необходимости.
- Мы не имеем права использовать вашу генетическую информацию для принятия решения о предоставлении вам страхового покрытия и определения цены страховки. Данное требование не распространяется на планы долгосрочного медицинского ухода.

Пример. Мы используем вашу медицинскую информацию для повышения качества предоставляемых вам услуг.

Оплата вашего медицинского обслуживания

- Мы можем использовать и сообщать вашу медицинскую информацию в рамках оплаты вашего медицинского обслуживания.

Пример. Мы сообщаем ваши данные вашему плану страхования стоматологических услуг для координирования оплаты предоставляемых вам услуг стоматолога.

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

Управление вашим планом медицинского страхования

- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования для осуществления управления планом.

Пример. Работодатели и прочие организации финансируют программы медицинского страхования. Эти работодатели или спонсоры заключают договоры о сотрудничестве с SFHP для предоставления вам услуг и оплаты страховых требований. Мы можем уведомлять спонсора плана в случае вашего зачисления в план или исключения из него. Мы также можем сообщать вашу медицинскую информацию, чтобы спонсор плана мог проверить качество работы SFHP. Спонсор соглашается обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации.

Каким еще образом мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию?

Мы можем или обязаны разглашать вашу информацию в других целях — обычно в общественных интересах, например для охраны здоровья населения или проведения исследований. Для разглашения вашей информации в этих целях мы должны соблюдать множество законодательных требований.

Более подробную информацию см. на веб-сайте: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Оказание помощи в вопросах общественного здравоохранения и обеспечения безопасности

Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, таких как

- профилактика заболеваний;
- содействие в отзыве продукции;
- сообщение о побочных реакциях на препараты;
- сообщение о подозреваемых фактах жестокого обращения, халатности или домашнего насилия;
- предотвращение или снижение вероятности серьезной угрозы для чьего-либо здоровья или безопасности.

Проведение исследований

- Мы можем использовать или сообщать вашу медицинскую информацию в целях проведения медицинских исследований.

В рамках соблюдения законодательных требований

Мы обязаны сообщать сведения о вас, если этого требует федеральное законодательство или законы штата, в том числе мы обязаны сообщать эту информацию Департаменту здравоохранения и социального обеспечения США, если он захочет убедиться, что мы соблюдаем федеральный закон о защите конфиденциальности данных.

- В ответ на запросы на трансплантацию органов и тканей и в рамках работы с патологоанатомом или сотрудником похоронного бюро.
- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся поиском донорских органов.
- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию судебному следователю, патологоанатому или сотрудникам похоронного бюро в случае вашей смерти.

В рамках удовлетворения исков по выплате компенсаций рабочим, запросов правоохранительных органов и прочих правительственных запросов

Мы можем использовать или сообщать вашу медицинскую информацию в следующих ситуациях:

- в рамках удовлетворения исков по выплате компенсации рабочим;
- в целях обеспечения законности или представителям правоохранительных органов;
- службам по надзору в сфере здравоохранения для выполнения предусмотренных законом мероприятий;
- в целях осуществления определенных правительственных функций, таких как проведение военных мероприятий, обеспечение национальной безопасности и услуги по охране президента.

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

В рамках судебных исков и процессов

Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление или в ответ на повестку в суд.

Наши обязанности

- Согласно требованиям закона мы обязаны сохранять конфиденциальность в отношении вашей защищенной медицинской информации и охранять ее.
- Мы немедленно уведомим вас в случае выявления факта утечки информации, в результате которого могла пострадать конфиденциальность или безопасность ваших данных.
- Мы должны соблюдать обязанности и правила защиты конфиденциальности, изложенные в данном Уведомлении, а также предоставить вам экземпляр данного документа.
- Мы не будем использовать или разглашать ваши данные в каких-либо целях, отличных от описанных в данном Уведомлении, за исключением случаев, когда вы в письменной форме дадите нам разрешение на такие действия. Если вы разрешите нам использовать и разглашать ваши данные, вы можете в любое время передумать. Вам следует сообщить нам в письменной форме, если вы измените свое решение.

Более подробную информацию см. на веб-сайте:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/notic pepp.html.

Изменения в положениях данного Уведомления

Мы можем вносить изменения в положения данного Уведомления, и эти изменения будут распространяться на имеющиеся у нас сведения о вас. Новое Уведомление предоставляется по запросу, также с ним можно ознакомиться на нашем веб-сайте, и мы направим вам его по почте.

Контактная информация SFHP

San Francisco Health Plan

Attn: Officer, Regulatory Affairs and Compliance
P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119-4247

Тел.: **1(415) 547-7800**

или **1(800) 288-5555** (бесплатная линия)

Контактная информация секретаря Департамента здравоохранения и социального обеспечения

Secretary of Health and Human Services

Office of Civil Rights

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201