



# УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ РАБОТЫ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

*Дата вступления в силу: 1 ноября 2019 г.*

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И  
РАЗГЛАШЕНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ  
ВАМИ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ТЕКСТОМ  
УВЕДОМЛЕНИЯ.**

Округ Клакамас предоставляет медицинские услуги или получает охраняемую информацию о вашем здоровье через подразделения, указанные в настоящем уведомлении. Мы собираем охраняемую информацию о вашем здоровье для оказания этих услуг. В отношении охраняемой информации о вашем здоровье у вас есть определенные права, а у нас — обязанности. Настоящее уведомление разъясняет эти права и порядок использования и разглашения нами охраняемой информации о вашем здоровье.

Согласно законодательству мы обязаны направить вам настоящее уведомление о порядке работы с конфиденциальной информацией и соблюдать его условия. Мы имеем право вносить поправки в настоящее уведомление и вносить изменения в охраняемую информацию о вашем здоровье, которую мы уже имеем или можем получить. В случае внесения изменения копия нового уведомления публикуется в общественных учреждениях, которые вы посещаете для получения лечения, или на нашем общедоступном веб-сайте и предоставляется вам по запросу.

Если вы хотите задать какие-либо вопросы о настоящем уведомлении или разместить запрос, связанный с вашими правами, описанными здесь, направляйте их по адресу:

**Clackamas County Privacy Officer**  
**(уполномоченный по защите конфиденциальной информации округа Клакамас)**

150 Beavercreek Rd. Ste. 207  
Oregon City, OR 97045  
+1 503-722-6730

[HIPAA-Privacy@clackamas.us](mailto:HIPAA-Privacy@clackamas.us)

## **Кто должен соблюдать требования настоящего уведомления**

Порядок работы с конфиденциальной информацией должны соблюдать все медицинские специалисты, сотрудники, практиканты, студенты и добровольцы учреждений округа Клакамас, указанных в конце настоящего уведомления. Согласно законодательству мы обязаны соблюдать конфиденциальность охраняемой информации о вашем здоровье.

## **Как мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию**

Ниже описаны различные цели, для которых мы можем использовать вашу медицинскую информацию. Мы обязуемся соблюдать все применимое законодательство, связанное с защитой этой информации. Здесь указаны не все цели использования или разглашения информации. Однако все разрешенные цели использования и разглашения информации относятся к одной из следующих категорий.

### **В целях лечения**

Мы можем использовать или разглашать медицинскую информацию о вас с целью предоставления медицинской помощи или услуг. К примеру, врачу, который оказывает вам помощь при травме, может понадобиться ваша история болезни, поскольку некоторые заболевания могут затруднять процесс заживления. Также мы можем передавать вашу медицинскую информацию другим профессиональным и непрофессиональным поставщикам медицинских услуг, службам или учреждениям в целях предоставления или скоординированной организации лечения, в котором вы нуждаетесь, например для выдачи рецептов, проведения лабораторных анализов, рентгенографии или транспортировки.

### **В целях оплаты**

Мы можем использовать и разглашать медицинскую информацию о вас в целях выставления счетов и получения от вас, страховой компании или другого третьего лица оплаты за лечение и услуги, полученные вами от учреждений округа Клакамас, указанных в настоящем уведомлении, или других организаций, например от частных служб неотложной помощи. К примеру, мы можем передать информацию о вас организаторам вашего плана медицинского страхования, чтобы те оплатили полученные вами услуги.

### **В целях обеспечения качества медицинского обслуживания**

Мы можем использовать и разглашать медицинскую информацию о вас в целях обеспечения качества медицинского обслуживания. Это делается для повышения уровня оказания медицинской помощи и работы, обучения, стажировки медицинского персонала и общей хозяйственной деятельности. К примеру, мы можем использовать информацию для проверки качества получаемых вами услуг, а также для выявления мошенничества или злоупотребления полномочиями.

### **В целях организованных медицинских мероприятий**

Мы принимаем участие в организованных медицинских мероприятиях и можем использовать или передавать вашу информацию другим участникам таких мероприятий в порядке, предусмотренном законом «О мобильности и подотчетности медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). В некоторых обстоятельствах мы используем системы и услуги участников организованных медицинских мероприятий (Organized Health Care Arrangements, ОНСА) в целях ведения электронных медицинских записей и скоординированного направления к врачам-специалистам. Мы можем передавать вашу информацию участникам ОНСА для совместной медицинской работы в рамках ОНСА.

### **В целях проведения исследований и сопутствующей деятельности**

С разрешения, подписанного вами, мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию для исследовательских целей. В некоторых случаях федеральный закон позволяет

нам использовать вашу медицинскую информацию для исследовательских целей без вашего разрешения, при условии получения одобрения от специального наблюдательного совета. Эти исследования не повлияют на ваше лечение или благополучие, а ваша медицинская информация остается защищенной.

### **В целях общественного здравоохранения и безопасности**

Как правило, эти действия предполагают разглашение информации в целях профилактики или контроля заболеваний, травм или нетрудоспособности, регистрации рождения и смерти, сообщения о реакциях на препараты или проблемах с лекарственными средствами, для связи с человеком, который мог быть подвержен заболеванию, риску заражения или стать причиной распространения заболевания. В этом случае мы можем разглашать информацию только с вашего разрешения или в случаях, предусмотренных законом.

### **В целях обязательного сообщения об определенных ситуациях**

Для сообщения о подозреваемых злоупотреблениях полномочиями, халатном отношении или небезопасных ситуациях

### **Другие цели использования и разглашения вашей медицинской информации**

Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию без вашего разрешения (согласия) следующим лицам или для других целей, разрешенных или требуемых законодательством, в том числе:

- чтобы сообщить или порекомендовать вам возможные варианты лечения;
- чтобы рассказать вам о преимуществах или услугах, которые мы можем предоставлять;
- в случае катастрофы — организациям, оказывающим помощь при стихийных бедствиях, чтобы те могли сообщить вашей семье о вашем состоянии и местонахождении;
- если это требуется или разрешено законодательством штата или федеральным законодательством;
- чтобы предотвратить или снизить серьезную и надвигающуюся угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности населения или другого лица;
- уполномоченным федеральным должностным лицам для проведения разведывательных, контрразведывательных или других мероприятий, связанных с национальной безопасностью;
- коронерам, судебно-медицинским экспертам и распорядителям похорон, которые могут или обязаны по закону знать такую информацию для выполнения своих обязанностей;
- военным органам, если вы участник вооруженных сил, и мы имеем право или обязаны по закону предоставлять такую информацию;
- в рамках компенсационных или аналогичных программ, предусматривающих выплаты в случае производственных травм или заболеваний;
- уполномоченным федеральным должностным лицам, чтобы те могли проводить особые расследования или обеспечивать защиту президенту США или другим уполномоченным лицам;
- организациям, которые занимаются донорством органов и тканей, если это необходимо для оказания помощи в поставке, трансплантации или донорстве органов;
- надзорным органам в сфере здравоохранения для осуществления мероприятий, которые они имеют право проводить по закону, например проверок, расследований, инспекций, аккредитации и выдачи лицензий;
- исправительным заведениям, которые имеют право или обязаны по закону получать такую информацию, если вы находитесь в заключении или содержитесь под стражей в правоохранительных органах;
- третьим лицам, называемым деловыми партнерами, которые предоставляют услуги от нашего имени, например выставляют счета, осуществляют техническое обслуживание программного обеспечения и оказывают юридические услуги. Мы заключаем

письменное соглашение с деловым партнером, по которому он должен соблюдать конфиденциальность вашей информации в том же порядке защиты конфиденциальной информации, что и мы;

- лицам, которые осуществляют уход за вами или оплачивают его, например другу, члену семьи или любому указанному вами лицу, если вы даете устное разрешение или иным образом выражаете отсутствие возражений. Если вы не способны принять медицинское решение за себя, мы можем разгласить вашу информацию в случае необходимости, если мы считаем, что это в ваших лучших интересах;
- судам и адвокатам, если мы получаем распоряжение суда, повестку или другие правомерные инструкции от таких судов или государственных органов, или в целях защиты по иску, предъявленному против нас;
- представителям правоохранительных органов, если это разрешено или требуется по закону. Мы можем разглашать информацию, чтобы сообщить о преступлении, произошедшем в нашем учреждении.

### **Прочие цели использования вашей медицинской информации**

Использование и разглашение вашей медицинской информации для прочих целей, не указанных в настоящем уведомлении, будут осуществляться только с вашего письменного разрешения. Сюда относится разглашение в маркетинговых целях, с целью продажи вашей информации и практически любое разглашение данных о психотерапии. Другие законы могут требовать вашего письменного разрешения на передачу вашей информации о некоторых психических заболеваниях, лечении от алкогольной и наркотической зависимости, анализах на ВИЧ/СПИД или лечении от этих заболеваний, а также о генетических тестах.

Если вы даете нам разрешение на разглашение вашей медицинской информации, вы можете отозвать его в любое время в письменной форме. В случае отзыва разрешения мы прекратим использовать или разглашать вашу информацию в целях, указанных в письменном заявлении об отзыве. Такой отзыв разрешения не повлияет на информацию, разглашенную ранее по вашему письменному разрешению.

## **Ваши права**

У вас есть следующие права в отношении охраняемой информации о вашем здоровье, которую мы собираем.

### **Право на изучение и копии**

Вы можете потребовать предоставить вам на изучение или отправить вам электронную или печатную копию ваших медицинских записей и другой информации о вашем здоровье, которая хранится у нас в «специальном наборе записей». «Специальный набор записей» — это группа записей, которая используется для принятия решений касательно вас. Чтобы иметь возможность изучить эту информацию или получить ее копию, вы должны направить письменный запрос. Мы можем помочь вам составить такой запрос.

Мы можем предоставить записи вам или третьему лицу, указанному вами. Мы можем взыскать с вас разумную плату за копирование и отправку записей вам по почте. Если вы не можете оплатить указанную сумму, у вас все равно есть право просматривать и получать копию записей.

В определенных редких случаях мы можем отказать вам в запросе. В случае отказа мы в письменной форме сообщим вам причину и разъясним ваше право на пересмотр нашего решения.

### **Право требовать внести изменения**

Если вы считаете, что ваша медицинская информация, которая находится в нашем распоряжении, является неверной или неполной, вы можете потребовать от нас внести в нее изменения. Вы должны составить этот запрос в письменной форме и объяснить нам, почему вы требуете внести

такие изменения. Мы можем помочь вам составить такой запрос. Если мы принимаем ваш запрос, мы в письменной форме сообщим вам о нашем согласии и внесем соответствующие изменения. В случае отказа мы в письменной форме сообщим вам причину, по которой мы не внесли запрошенные изменения, и разъясним ваши права. У вас есть право сделать запрос на изменение, отказ и заявить о несогласии, если применимо, в том числе в будущих версиях ваших медицинских записей.

### **Право на отчет о разглашении информации**

Вы имеете право получить отчет о случаях разглашения нами охраняемой информации о вашем здоровье за шесть лет до момента подачи запроса. В этом отчете будут представлены все случаи разглашения вашей информации, в том числе в целях лечения, оплаты и обеспечения качества медицинского обслуживания.

Вы должны подать свой запрос в письменной форме. Мы можем помочь вам составить такой запрос. Вы должны указать период времени, за который вы хотите получить отчет. Первый отчет за год будет бесплатным, но если в течение этого периода вы запрашиваете дополнительные отчеты, мы можем взимать с вас плату.

### **Право требовать запрета на использование или разглашение информации**

Вы имеете право потребовать от нас запретить или ограничить использование или разглашение вашей информации для лечения, оплаты или улучшения качества медицинского обслуживания. Запрос должен быть составлен в письменной форме, но мы не обязаны соглашаться его выполнять. В случае согласия мы сообщим об этом в письменной форме и выполним ваш запрос, за исключением тех случаев, когда такая информация необходима для оказания вам неотложной помощи или ее разглашение требуется или разрешено по закону. Мы имеем право прекратить исполнение такого запрета, если мы сообщим вам о своем соответствующем намерении. Если вы потребуете не разглашать определенную медицинскую информацию компании, которая предоставляет вам медицинскую страховку, и такая информация касается медицинского изделия или услуги, за которые мы иным образом получили полную оплату от вас или вашего представителя, мы обязаны выполнить такое требование. Вы можете в любой момент направить нам письменный отказ от своего требования на запрет или ограничение.

### **Право требовать конфиденциальных способов связи**

Вы имеете право требовать обсуждения медицинских вопросов с вами определенным способом или в определенном месте. В своем запросе вы должны сообщить, как или где с вами следует связываться, и указать способ, которым мы будем выставлять вам счета. Мы выполняем любые разумные требования. Но, если мы не можем связаться с вами способом или в месте, которые вы запросили, мы можем это сделать с помощью любой имеющейся у нас информации.

### **Право на получение уведомлений в случае нарушений конфиденциальности**

Мы обязуемся сообщать вам, если конфиденциальность вашей медицинской информации была нарушена, т. е. о тех случаях, когда ее использование или разглашение противоречит закону и приводит к ее несанкционированному обнародованию.

### **Право на бумажную копию настоящего уведомления**

Вы имеете право на бумажную копию настоящего уведомления. Вы можете в любое время затребовать от нас бумажную копию настоящего уведомления. Копии настоящего уведомления будут доступны в любых учреждениях, которые вы посещаете для получения лечения, в том числе на веб-сайте округа Клакамас. Это уведомление может быть предоставлено на других языках и в альтернативных форматах.

### **Вопросы или жалобы**

Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность не соблюдаются, как это предусматривает применимый закон или настоящее уведомление, вы можете направить нам письменную жалобу. Направляйте любые жалобы уполномоченному по защите

конфиденциальной информации округа Клакамас (Clackamas County Privacy Officer) на адрес, указанный на первой странице настоящего уведомления. Вы также можете подать жалобу секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services). **К вам не будут применяться какие-либо меры по причине подачи жалобы.**

**Настоящее уведомление о порядке работы с конфиденциальной информацией применяется к следующим лицам.**

