



**ОКРУГ ДАКОТА
КОМПОНЕНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
(HEALTH CARE COMPONENTS)
УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ
ИНФОРМАЦИИ**

Вступило в силу 14 апреля 2003 года

Отредактировано 13 мая 2020 года

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ РАЗЪЯСНЯЮТСЯ УСЛОВИЯ ВОЗМОЖНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСЬБА ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИЗЛОЖЕННЫМ ДАЛЕЕ.

В соответствии с Законом о порядке и учете предоставления медицинской информации (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA) от 1996 года мы обязаны предоставить вам Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации («Уведомление»). В этом Уведомлении описывается порядок использования защищенной медицинской информации (protected health information, PHI) для компонентов медицинского обслуживания в округе Дакота (также именуемого «Округ») и компонентов сопутствующих услуг, а также ваши права на конфиденциальность, в соответствии с законом HIPAA. В соответствии с положениями закона HIPAA мы обязаны соблюдать конфиденциальность вашей медицинской информации PHI и уведомлять вас о наших юридических обязанностях и практике конфиденциальности в отношении PHI.

Округ также может располагать другими видами медицинской информации или персональных данных о вас, которые не классифицируются как медицинская информация HIPAA PHI. Настоящее Уведомление распространяется только на вашу медицинскую информацию PHI. Помимо закона HIPAA, вы также имеете право на конфиденциальность в соответствии с Законом штата Миннесота о порядке обращения с персональными данными (Minnesota Government Data Practices Act), Законом штата Миннесота о медицинских документах (Minnesota Health Records Act), а также в соответствии с другими законами, правилами и постановлениями, утвержденными правительством штата и федеральным законодательством. Указанные законы защищают вашу конфиденциальность, однако позволяют нам предоставлять информацию о вас другим лицам в рамках действующего законодательства.

Наши обязанности:

В соответствии с действующим законодательством мы обязаны соблюдать конфиденциальность и обеспечивать безопасность вашей медицинской информации PHI. Мы обязаны ограничить использование и раскрытие вашей медицинской информации PHI лишь случаями оказания вам необходимых услуг. Мы обязаны уведомить вас в случае утечки данных, которая может поставить под угрозу конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации PHI. Мы обязаны соблюдать условия действующего Уведомления. Мы можем в любой момент вносить изменения в

данное Уведомление. Указанные изменения будут распространяться на любую вашу медицинскую информацию PHI, которой мы располагаем. Уведомление в новой редакции предоставляется по запросу. Вы можете получить его в одном из наших офисов или на веб-сайте [HIPAA Privacy Practices](#).

В случае необходимости настоящее Уведомление может быть предоставлено вам на другом языке.

У вас есть право на конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (PHI). Ваши права:

- 1. Право на получение электронной или бумажной копии медицинской документации.** Вам необходимо направить письменный запрос. Если ваш запрос касается текущих медицинских сведений о вас, которыми мы располагаем, плата за него не взимается. В случае других запросов мы вправе взыскать с вас плату за копирование. В определенных обстоятельствах мы вправе отклонить ваш запрос.
- 2. Право на исправление медицинской информации PHI, которая, по вашему мнению, является недостоверной или неполной.** Вы можете направить нам письменный запрос о внесении изменений в вашу медицинскую информацию, которая, по вашему мнению, является неправильной или неполной. Мы вправе отклонить ваш запрос. В этом случае мы объясним причину отказа в письменном виде.
- 3. Право на отчетность по случаям раскрытия информации** Вы имеете право запросить перечень случаев (также именуемый «отчет»), в которых мы раскрывали вашу медицинскую информацию PHI, за последние 6 (шесть) лет до даты письменного запроса. Указанное право не распространяется на случаи раскрытия информации, которые не требуется отслеживать, например, в целях вашего лечения, получения причитающейся нам оплаты или организации деятельности по обеспечению медицинских услуг. Кроме того, указанное право не распространяется на случаи раскрытия такой информации вам или вашему уполномоченному представителю, а также на иные случаи, предусмотренные действующим законодательством. Такой отчет будет предоставляться один раз в год бесплатно; за дополнительные отчеты, предоставляемые в течение текущего 12-месячного периода, может взиматься плата с учетом соответствующих издержек.
- 4. Право на предоставление запроса об ограничении использования и раскрытия медицинской информации PHI.** Вам необходимо направить письменный запрос. В запросе необходимо указать использование и раскрытие какой именно информации вы хотите ограничить, а также к кому он относится. Мы не обязаны удовлетворять такие запросы и вправе отклонить их, если они могут негативно сказаться на результатах оказания вам медицинской помощи, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством. В соответствии с законодательством штата Миннесота раскрытие информации необходимо в целях лечения, получения причитающейся оплаты или организации деятельности, с учетом некоторых исключений; кроме того, Округ вправе раскрывать такую информацию внутри нашей «гибридной» организации.

Вы можете в любой момент снять указанные ограничения в устной или письменной форме. Мы учитываем любые устные запросы.

- 5. Право предоставить запрос о конфиденциальной коммуникации.** Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом. Например, попросить Округ отправлять вам информацию не на домашний, а на рабочий адрес. Запрос необходимо предоставить в

письменном виде. Вы не обязаны объяснять причину своего запроса.

6. **Право на подачу жалоб в случае предполагаемого нарушения прав.** Вы вправе пожаловаться, если полагаете, что Округ нарушил ваши права при использовании или раскрытии медицинской информации PHI. Жалобу необходимо направить по адресу, указанному в нижней части настоящего Уведомления. Вы также можете подать жалобу в Управление гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services), направив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201, позвонив по телефону 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. В отношении вас не будут приниматься какие бы то ни было ответные меры в связи с поданными жалобами.
7. **Право в любой момент запросить бумажную копию настоящего Уведомления.** Вы можете в любой момент запросить бумажную копию Уведомления, даже если вы предварительно согласились на получение электронных копий. Мы предоставим вам бумажную копию в ближайшее время.

Использование и раскрытие защищенной медицинской информации (PHI) округом Дакота:

1. **Лечение.** Мы можем без вашего согласия передавать медицинскую информацию, другим специалистам внутри нашей сети, которые занимаются вашим лечением, включая другие компоненты медицинского обслуживания округа Дакота. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию PHI другим медицинским учреждениям и поставщикам медицинских услуг за пределами нашей сети без вашего согласия, но только в случаях чрезвычайных ситуаций, характер которых не позволяет вам предоставить согласие. Также, мы можем раскрывать указанную информацию в случаях, предусмотренных действующим законодательством.
2. **Оплата за медицинские услуги, оказанные вам округом Дакота.** Например, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию PHI для выставления счетов за услуги, оказанные вам в рамках плана медицинского обслуживания, исключительно с вашего согласия или в других случаях, предусмотренных действующим законодательством.
3. **Для организации работы нашего учреждения,** повышения качества обслуживания и для связи с вами в случае необходимости. Например, мы можем использовать вашу медицинскую информацию PHI для оценки качества предоставляемых услуг, обучения персонала или чтобы обратиться к вам в приемной. Мы также можем направлять вам напоминания о визите к врачу.
4. **Мероприятия по надзору за здравоохранением.** Мы можем передавать вашу медицинскую информацию сотрудникам в округе Дакота или органам власти за пределами Округа для осуществления надзора за деятельностью поставщиков услуг.
5. **В целях деятельности по охране здоровья населения.** Мы можем раскрывать информацию о заболеваниях, рождении или смерти, случаях небрежного отношения или домашнего насилия. Действие настоящего пункта также распространяется на случаи снижения серьезной угрозы здоровью или безопасности людей.
6. **В случае судебных и административных разбирательств.** Мы можем раскрывать вашу информацию в ответ на постановление суда или в других случаях, предусмотренных

действующим законодательством. Например, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию PHI судье или адвокатам в ходе слушания в суде по семейным делам.

7. **В рамках государственных программ** для выплаты социальных пособий.
8. **Для предоставления отчетности патологоанатомам и судмедэкспертам** в установленных законом случаях. Например, мы можем раскрывать медицинскую информацию PHI для установления личности или причины смерти.
9. **С целью проведения медицинских исследований**, однако исключительно с вашего согласия.
10. **Для выплат компенсаций сотрудникам, обеспечения исполнения законодательства и выполнения прочих запросов органов власти.** Мы можем раскрывать соответствующую информацию в ответ на требования выплаты компенсаций сотрудникам, в целях обеспечения исполнения законодательства, например, в случаях судебных разбирательств или необходимости оказания срочной медицинской помощи, для осуществления военных действий, защиты национальной безопасности, либо для обеспечения безопасности президента.
11. **В целях соблюдения требований действующего законодательства.** В некоторых случаях мы обязаны раскрывать информацию о вас в соответствии с требованиями законов штата или федерального законодательства, включая требования Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) о раскрытии информации для надзора за соблюдением федерального закона о конфиденциальности данных. Указанное законодательство включает, помимо прочего, Закон штата Миннесота о порядке обращения с персональными данными (Minnesota Government Data Practices Act), Закон штата Миннесота о медицинских документах (Minnesota Health Records Act) и федеральный закон о защите данных о зависимости от химических веществ (Federal Chemical Dependency Privacy Law).
12. **В случае информации, касающейся несовершеннолетних лиц, когда отказ от раскрытия данных родителю/опекуну представляет серьезную угрозу их здоровью или безопасности.** В соответствии с положениями раздела 144.346 Статута штата Миннесота, медицинский работник может информировать родителей или опекунов несовершеннолетнего о любом назначенном или необходимом лечении, если, по мнению специалиста, отказ от раскрытия информации может представлять серьезную угрозу здоровью несовершеннолетнего. Родители также имеют общее право на доступ к информации о своем ребенке. Если несовершеннолетнее лицо полагает, что предоставление родителям доступа к информации может представлять угрозу его/ее физическому или эмоциональному состоянию, он/она может обратиться к нам с просьбой не раскрывать указанную информацию. Мы попросим несовершеннолетнего оформить запрос в письменном виде и определим, стоит ли отказывать в доступе к информации.

За исключением случаев, описанных выше, округ Дакота не будет использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию PHI без вашего письменного разрешения, если иное не предусмотрено законом. Это подразумевает, что мы ни при каких обстоятельствах не будем продавать вашу информацию для каких-либо иных целей, включая маркетинг.

Вы можете обратиться к представителю округа Дакота с просьбой предоставить вам доступ к медицинской информации PHI, внести изменения или ограничить ее использование. Вы можете

связаться с Уполномоченным округа по защите персональных данных по адресу, указанному в нижней части настоящего Уведомления, чтобы:

1. Подать запрос о доступе или предоставлении вам копии вашей медицинской информации.
2. Подать запрос об ограничении использования и раскрытия вашей медицинской информации.
3. Подать запрос об отмене предоставленного ранее согласия.
4. Подать запрос о внесении изменений или исправлении вашей медицинской информации.
5. Подать запрос о предоставлении вам отчетности по случаям раскрытия Округом вашей медицинской информации PHI.

Мы вправе отклонить ваш запрос на доступ, предоставление копии или внесение изменений в вашу медицинскую информацию. В этом случае мы объясним причину отказа в письменном виде, а также предоставим вам информацию о порядке пересмотра вынесенных решений. Вы вправе оспорить вынесенное нами решение, подав жалобу.

Конфиденциальность данных пациентов с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ

Некоторые подразделения и сотрудники округа Дакота специализируются на предоставлении услуг по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (Программы). Конфиденциальность данных пациентов с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, которые принимают участие в таких Программах, защищается специальным федеральным законом и актами, в дополнение к закону HIPAA. Как правило, такая Программа не может раскрывать лицам вне Программы информацию о том, что пациент принимает участие в Программе, или иные сведения, идентифицирующие пациента как имеющего или имевшего расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, за исключением случаев, когда: (1) пациент предоставил свое письменное согласие; (2) раскрытие информации необходимо в связи с постановлением суда; (3) информация раскрывается медицинским работникам в чрезвычайных ситуациях, связанных с оказанием неотложной медицинской помощи или профильным специалистам для проведения исследований, аудита или оценки программы; (4) в случаях предполагаемого небрежного отношения или насилия в отношении несовершеннолетних; а также (5) в других случаях, предусмотренных действующим федеральным законодательством. Нарушение Программой федерального закона и нормативных актов в отношении конфиденциальности медицинской информации пациентов с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, является преступлением.

Согласно федеральным правилам необходимо уведомить соответствующие органы о любых предполагаемых случаях нарушения: The U.S. Attorney District of Minnesota, 316 N. Robert Street, Suite 404, St. Paul, MN 55101 Phone 651-848-1950.

Положения федерального законодательства и нормативных актов не распространяются на информацию о преступлении, совершенном пациентом во время участия в Программе, либо против любого из сотрудников Программы, а также на информации об угрозе совершения такого преступления. Положения федерального законодательства и нормативных актов не распространяются на информацию о предполагаемом небрежном обращении или насилии в отношении несовершеннолетних. В соответствии с законом о таких случаях необходимо сообщать в органы государственной или местной власти. (см. 42 U.S.C. 290dd-3 и 42 U.S.C. 290Ee-3 (федеральное

законодательство); 42 CFR часть 2 (федеральные нормативные акты).

Уполномоченный по защите персональных данных

Если у вас возникли вопросы в отношении настоящего Уведомления или вы хотите получить дополнительную информацию, свяжитесь с Уполномоченным HIPAA округа Дакота по защите персональных данных по адресу:

Dakota County
Attention: HIPAA Privacy Officer
Administration Center
1590 Highway 55
Hastings, MN 55033
Telephone: (651) 554-6244
Email: data.practices@co.dakota.mn.us

В рамках закона HIPAA округ Дакота является «гибридной единицей» и может в любой момент пересмотреть свои компоненты медицинского обслуживания и компоненты сопутствующих услуг.

Attention. If you want free help translating this information, ask your worker.

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية في ترجمة هذه المعلومات، فاسأل مساعدك في مكتب الخدمة الاجتماعية

កំណត់សំគាល់ បើអ្នកចង់បានជំនួយបកប្រែឥតមាននេះដោយមិនគិតថ្លៃ សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក។

Pažnja. Ako vam je potrebna besplatna pomoć za prevod ove informacije, pitajte vašeg radnika.

Ceeb toom. Yog koj xav tau kev pab txhais cov xov no rau koj dawb, nug koj tus neeg lis dej num (worker).

ຮະວັງ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປຂໍ້ຄວາມດັ່ງກ່າວນີ້ຟຣີ, ຈົ່ງຖາມນຳພັນກອງການຊ່ວຍວຽກ ຂອງທ່ານ

Hubaddhu. Yo akka odeeffannoon kun sii hiikamu gargaarsa tolaa feeta ta'e, hojjataa kee gaafaddhu.

Внимание: Если Вам нужна бесплатная помощь в переводе этой информации, обратитесь к прикрепленному к Вам сотруднику социального обеспечения.

Ogow. Haddii aad dooneyso in lagaa kaalmeeyo tarjamadda macluumaadkani, weydii adeeg hayaha.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para traducir esta información, consulte a su trabajador.

Chú Ý. Nếu quý vị cần dịch thông-tin này miễn phí, xin gọi nhân-viên xã-hội của quý vị.