

# **Уведомление о порядке использования личной информации**

**Управлением по вопросам психиатрической помощи региона North Sound  
(North Sound Mental Health Administration)  
117 North First Street, Suite 8  
Mount Vernon, WA 98273  
360-416-7013      [www.nsmha.org](http://www.nsmha.org)**

## **Использование и раскрытие Вашей личной медицинской информации**

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛОЖЕН ПОРЯДОК  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ  
ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

**ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ  
С ТЕКСТОМ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.**

[Если у Вас возникнут вопросы в связи с данным уведомлением, обратитесь к Инспектору по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по телефону 360-416-7013.]

Управление по вопросам психиатрической помощи региона North Sound (NSMHA), ранее носившее название «Организация по оказанию помощи жителям региона North Sound» (North Sound Regional Support Network, NSRSN), является государственным учреждением, предоставляющим психиатрическую помощь в округах Айланд (Island), Сан-Хуан (San Juan), Скагит (Skagit), Снохомиш (Snohomish) и Уотком (Whatcom). В обязанности NSMHA входит привлечение к работе и надзор за деятельностью всех финансируемых из бюджета учреждений и специалистов, предоставляющих амбулаторную и стационарную психиатрическую помощь жителям указанных округов. NSMHA осуществляет сотрудничество с Объединенной системой медицинских учреждений (Associated Provider Network, APN), предоставляющей услуги через своих членов и партнеров: организацию Compass Health, местную католическую церковь (Catholic Community Services), организацию Bridgeways, лечебный центр Lake Whatcom Residential Services, а также Психиатрическую консультацию и клинику округа Уотком (Whatcom Counseling and Psychiatric Services). Мы также сотрудничаем с округом Снохомиш, клиникой Sea Mar, советом племен Tulalip и организацией «Волонтеры Америки» (Volunteers of America) в предоставлении определенных видов психиатрической помощи. Надзор за предоставлением такой помощи включает проведение ревизий в целях проверки качества предоставляемой помощи, а также обеспечение эффективного и ответственного использования бюджетных средств. Организацией NSMHA управляет Совет, в который входят выборные должностные лица, представляющие каждый из округов, или их уполномоченные заместители.

## **Обязанности Управления по вопросам психиатрической помощи региона North Sound**

Закон обязывает Управление по вопросам психиатрической помощи региона North Sound обеспечивать неприкосновенность Защищенной медицинской информации («ЗМИ»). Мы также обязаны предоставить Вам уведомление о возложенных на нас законом обязанностях в отношении Вашей ЗМИ и о порядке использования последней, а также соблюдать условия, закрепленные в действующем Уведомлении.

Ваша ЗМИ – это индивидуальная, отождествляемая с Вашей личностью информация о Вашем состоянии здоровья в прошлом, настоящем и будущем, а также о предоставлении Вам медицинского обслуживания. Ваша ЗМИ также включает в себя создаваемые или получаемые нами сведения относительно Вашего состояния здоровья или оплаты за Ваше медицинское обслуживание. Ваша ЗМИ содержит как Вашу медицинскую информацию, так и личные сведения, такие как Ваше имя, номер социального страхования, адрес и номер телефона. Она также может содержать финансовую информацию.

В данном уведомлении описываются условия и обстоятельства, при которых мы можем использовать или раскрывать Вашу ЗМИ. За исключением специально оговоренных случаев, мы должны использовать или раскрывать ЗМИ в минимальном объеме, необходимом для достижения целей такого использования или раскрытия. Все наши сотрудники проходят соответствующую подготовку, и мы требуем от них обеспечения неприкосновенности и конфиденциальности Вашей ЗМИ.

## **Порядок использования и раскрытия Вашей медицинской информации Управлением по вопросам психиатрической помощи региона North Sound**

Управление по вопросам психиатрической помощи региона North Sound использует и раскрывает ЗМИ в ряде случаев, связанных с Вашим лечением, оплатой за Ваше медицинское обслуживание и решением административных задач. Ниже приводится ряд примеров правомерного использования или раскрытия Вашей ЗМИ. В каждой из категорий приводится лишь часть возможных оснований для использования или раскрытия ЗМИ. Вместе с тем, все основания, дающие нам право использовать или раскрывать Вашу ЗМИ, должны подпадать под одну или более из указанных категорий.

## **Использование и раскрытие Вашей защищенной медицинской информации, НЕ требующее Вашего разрешения**

**Мы можем использовать или раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию без Вашего разрешения в следующих случаях, связанных с предоставлением Вам медицинского обслуживания и лечения:**

- Отдельным лицам, ответственным за предоставление Вам медицинского обслуживания.
- В пределах нашей организации в целях координации предоставления Вам медицинского обслуживания.
- Аккредитованным в нашем округе специалистам в области психиатрической помощи.

**Мы можем использовать или раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию без Вашего разрешения в следующих случаях, связанных с оплатой:**

- Для использования Вашего медицинского полиса или в целях исполнения договора.
- Для выставления счетов за предоставляемое Вам медицинское обслуживание.
- Для оплаты услуг, предоставленных Вам другими учреждениями и специалистами.
- Другим организациям и учреждениям/специалистам в целях осуществления мероприятий по оплате, кроме случаев, когда раскрытие такой информации запрещено законом.

**Мы можем использовать или раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию без Вашего разрешения в следующих случаях, связанных с решением административных задач:**

- Для осуществления или содействия нашей деятельности в качестве региональной системы психиатрической помощи, а также деятельности других медицинских организаций (в соответствии с требованиями закона), включая организации и специалистов, предоставляющих медицинское обслуживание, программы медицинского страхования, медицинские программы на уровне штата, а также на региональном, окружном или местном уровне. Например, мы можем использовать Вашу ЗМИ для оценки качества медицинского обслуживания, предоставляемого Вам нашими сотрудниками. Мы также можем объединить медицинскую информацию многих пациентов для принятия решения о введении дополнительных услуг, исключении не востребуемых услуг, оценки эффективности определенных видов лечения или сравнения уровня медицинского обслуживания, предоставляемого нами и иными учреждениями, а также определения сфер, в которых мы можем усовершенствовать свою деятельность или приспособиться к возможностям бюджета. Мы можем удалить из этой совокупности медицинской информации сведения, позволяющие установить Вашу личность, для того чтобы посторонние лица могли знакомиться с такой информацией, не имея возможности отождествить ее с конкретными людьми. Другим примером может служить использование нами Вашей ЗМИ для осуществления контроля за предоставляемым медицинским обслуживанием и подтверждения Вашего права на получение медицинской психиатрической помощи за счет бюджета.
- Другим отдельным лицам (например, консультантам и адвокатам) и организациям, оказывающим содействие нашей деятельности. (Примечание: Ваша ЗМИ будет передана другим организациям только в том случае, если последние будут согласны обеспечить неприкосновенность Вашей личной жизни).

**Мы можем использовать или раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию без Вашего разрешения для правовых или государственных целей в следующих случаях:**

- Если это установлено законом – тогда, когда мы обязаны сделать это в соответствии с требованиями законодательства штата или федерального законодательства, в том числе законодательства о компенсациях работникам.
- Если это необходимо для общественной безопасности и здоровья населения – уполномоченному органу здравоохранения или отдельному лицу в целях:
  - Обеспечения общественной безопасности и защиты здоровья населения.
  - Профилактики или контроля заболевания, травмы или нетрудоспособности.
  - Сообщения о демографических событиях, таких как рождение или смерть.
  - Исследования или отслеживания проблем, связанных с отпускаемыми по рецепту лекарственными средствами, и медицинской аппаратурой, осуществляемых Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration).
- В случаях жестокого обращения или невыполнения обязанностей по отношению к недееспособному лицу – государственным учреждениям, уполномоченным на получение сигналов о фактах жестокого обращения, невыполнения обязанностей или насилия в семье.
- Надзорным органам – органам надзора в сфере здравоохранения для осуществления определенных мероприятий, таких как ревизии, проверки, расследования, инспектирование и выдача разрешений.
- Судебным органам – в ходе какого-либо процессуального мероприятия по приказу суда или административного органа, а также, в определенных случаях, по судебной повестке, запросу о предоставлении документов или на иных законных процессуальных основаниях.
- Правоохранительным органам – должностным лицам правоохранительных органов в тех ограниченных случаях, когда это необходимо в целях обеспечения правопорядка. Например, информация может раскрываться в целях установления личности или местонахождения подозреваемого, свидетеля или пропавшего без вести лица, для сообщения о совершенном преступлении или для предоставления информации о жертвах преступлений.
- Деятельность вооруженных сил и национальная безопасность – должностным лицам вооруженных сил и уполномоченным лицам федеральных органов в целях обеспечения национальной безопасности и сбора сведений или в связи с обеспечением личной безопасности Президента Соединенных Штатов Америки.

**Мы можем использовать или раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию без Вашего разрешения при следующих особых обстоятельствах:**

- Альтернативные варианты лечения и сведения о программе страхования – для напоминания Вам о назначенных приемах, предоставления информации о медицинских услугах, имеющемся выборе или альтернативных вариантах лечения, а также льготах или услугах в сфере здравоохранения, которые могут представлять для Вас интерес, или для предоставления сведений о нашей программе страхования и наших медицинских учреждениях/специалистах.
- Исследования – для исследований, проводимых Управлением по вопросам психиатрической помощи региона North Sound или другими организациями, при

условии принятия определенных мер для обеспечения неприкосновенности Вашей личной жизни. Примечание: Как правило, в таких случаях до начала использования или раскрытия Вашей ЗМИ Управлением по вопросам психиатрической помощи региона North Sound план исследования рассматривается специальным советом. Это делается в целях обеспечения надлежащей защиты личной информации.

- «Обезличение» информации – для «обезличения» информации путем удаления из Вашей ЗМИ сведений, которые могут быть использованы для установления Вашей личности.
- Коронеры, распорядители похорон и организации, занимающиеся донорскими органами – коронерам, распорядителям похорон и организациям, занимающимся донорскими органами, в соответствии с законодательством.
- Помощь при стихийных бедствиях – уполномоченной государственной или частной организации в целях оказания помощи при стихийных бедствиях. Например, мы можем раскрыть Вашу ЗМИ для содействия в извещении членов семьи о Вашем местонахождении или общем состоянии.
- Угроза здоровью или безопасности - во избежание серьезной угрозы Вашему здоровью и безопасности, а также здоровью и безопасности других лиц.
- Финансовая поддержка – мы можем использовать Вашу ЗМИ для обращения к Вам в связи с необходимостью Вашей помощи в сохранении или получении финансирования для наших программ.
- Исправительные учреждения – если Вы являетесь заключенным исправительного учреждения, мы можем раскрыть Вашу ЗМИ представителям Вашего исправительного учреждения в определенных целях, например, для предоставления Вам медицинского обслуживания, охраны Вашего здоровья и обеспечения Вашей безопасности или охраны здоровья и обеспечения безопасности других лиц.

### **Использование и раскрытие Вашей защищенной медицинской информации Управлением по вопросам психиатрической помощи региона North Sound, ТРЕБУЮЩЕЕ получения Вашего разрешения**

За исключением вышеуказанных случаев, мы можем использовать и раскрывать Вашу ЗМИ только при наличии Вашего письменного разрешения.

В некоторых случаях федеральные законы и законы штата предусматривают особые меры защиты по отношению к отдельным видам ЗМИ и требуют получения Вашего разрешения до раскрытия такой особо защищенной медицинской информации. В подобных случаях мы свяжемся с Вами для получения необходимого разрешения. Если у Вас возникнут вопросы о содержании этих законов, обратитесь к Инспектору по вопросам конфиденциальности по телефону 360-416-7013.

Если Вы подпишете такое разрешение, Вы сможете отозвать его в письменной форме в любое время. При этом такой отзыв не будет распространяться на информацию, раскрытую нами ранее.

Если Вы лично захотите просить нас о раскрытии Вашей ЗМИ, обратитесь к Инспектору по вопросам конфиденциальности по телефону 360-416-7013 за получением формы-разрешения.

## **Ваши права по отношению к Вашей защищенной медицинской информации**

Примечание: Вы можете воспользоваться любыми из приведенных ниже прав или задать вопросы об этих правах, обратившись к Инспектору по вопросам конфиденциальности по телефону 360-416-7013.

Вы имеете право:

- Просить о введении дополнительных ограничений, обратившись к нам с просьбой об ограничении оснований для использования или раскрытия нами Вашей ЗМИ следующими вопросами: лечением, оплатой или решением административных задач. Вы также можете просить нас об ограничении объема информации, предоставляемой нами другим лицам, участвующим в Вашем лечении, например, членам семьи или друзьям. Просим иметь в виду, что мы не обязаны удовлетворять просьбы о таком ограничении. Если мы согласимся с Вашей просьбой, мы будем соблюдать установленные Вами ограничения во всех случаях, за исключением экстренных ситуаций.
- На конфиденциальное получение ЗМИ.
- Просить нас о том, чтобы мы связывались с Вами другими способами. Например, если Вы хотите, чтобы мы связывались с Вами по другому адресу, мы, скорее всего, удовлетворим такую просьбу. Такая просьба должна быть изложена в письменной форме. Мы согласимся с разумными просьбами.
- Изучать и копировать Вашу ЗМИ. Такая просьба должна быть изложена в письменной форме. Мы можем удержать с Вас сбор в разумном размере за изготовление и рассылку копий, а также на покрытие затрат на другие принадлежности и услуги, связанные с Вашей просьбой. В определенных случаях мы можем отказать в удовлетворении Вашей просьбы об изучении и копировании ЗМИ, обосновав свой отказ в письменной форме. Если Вам было отказано в доступе к Вашей ЗМИ, Вы можете просить о пересмотре решения об отказе.
- Просить нас о внесении изменений в Вашу ЗМИ, используемую нами при принятии решений, затрагивающих Ваши интересы. Ваша просьба о внесении таких изменений должна быть изложена в письменной форме и должна содержать ее обоснование. В определенных случаях мы можем отказать в удовлетворении Вашей просьбы. Такой отказ также должен быть изложен в письменной форме. Вы можете возразить на такой отказ, подав нам письменное заявление о несогласии и просить о приобщении этого заявления к Вашей ЗМИ.
- Просить о предоставлении Вам перечня всех фактов раскрытия нами Вашей ЗМИ, за исключением фактов использования и раскрытия в целях лечения, оплаты и решения административных задач в описанном выше порядке. Для получения такого перечня фактов раскрытия ЗМИ Вы должны подать запрос в письменной форме нашему Инспектору по вопросам конфиденциальности. В Вашем запросе должен быть указан период времени, который не должен превышать шести лет и не может распространяться на период до 14 апреля 2003 г. Вы имеете право на бесплатное получение одного перечня в год. Если Вы повторно просите о предоставлении такого

перечня в течение одного календарного года, мы можем удержать с Вас сбор в разумном размере. Мы уведомим Вас о стоимости предоставления перечня и предоставим Вам возможность отозвать или изменить формулировку Вашего запроса в любое время, до того как будут понесены какие-либо расходы. Мы направим Вам по почте распечатанный перечень фактов раскрытия ЗМИ в течение 30 дней с момента подачи Вами запроса или уведомим Вас о невозможности предоставления такого перечня. При этом срок уведомления о невозможности предоставления перечня не должен превышать 60 дней со дня получения нами Вашего письменного запроса.

- Получить распечатанный экземпляр данного Уведомления, обратившись к нашему Инспектору по вопросам конфиденциальности.

## **Внесение изменений в порядок использования личной информации**

**Мы сохраняем за собой право на внесение изменений в наш порядок использования личной информации и текст данного уведомления в любое время, а также предусматривать новые положения, распространяющиеся на всю Вашу ЗМИ, находящуюся в нашем распоряжении, а также информацию, которую мы будем получать в будущем. Мы разместим текст действующего уведомления в нашем помещении, расположенном по адресу: 117 North First Street, Suite 8, Mount Vernon, WA 98273, и на нашем web-сайте [www.nsrnsn.org](http://www.nsrnsn.org) В левом верхнем углу первой страницы уведомления будет указана дата его вступления в силу, которая не может наступить раньше дня, когда такое уведомление было распечатано или иным образом обнародовано.**

Мы незамедлительно внесем изменения и распространим наше Уведомление во всех тех случаях, когда в порядок использования и раскрытия личной информации, права личности, наши законные обязанности или иные правила конфиденциального обращения с личной информацией, изложенные в данном Уведомлении, будут внесены существенные изменения. За исключением случаев, когда этого требует закон, существенное изменение любого из положений данного Уведомления не может вступить в силу до дня вступления в силу Уведомления, в котором закрепляется такое существенное изменение.

## **Вопросы и жалобы**

Если у Вас возникнут вопросы в связи с данным Уведомлением, или Вы захотите получить его дополнительный экземпляр, обратитесь к Инспектору по вопросам конфиденциальности по телефону 360-416-7013.

Если Вы считаете, что мы могли нарушить Ваши права на неприкосновенность частной жизни, или не согласны с принятым нами решением относительно доступа к Вашей ЗМИ, Вы можете подать жалобу Инспектору по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer, the North Sound Mental Health Administration, 117 North First Street, Suite 8, Mount Vernon, WA 98273). Все жалобы должны быть поданы в письменной форме. Для получения дополнительной информации о порядке подачи жалобы в письменной форме, свяжитесь с Инспектором по вопросам конфиденциальности по телефону 360-416-7013. Вы также можете обратиться в службу Ombuds по телефону 1-888-336-6164 или подать жалобу Секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services). Вы можете подать жалобу, не опасаясь преследований за это.