



Department of Community and Human Services
Mental Health, Chemical Abuse and Dependency Services Division
Chinook Building, CNK-HS-0400
401 Fifth Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98104
206 263-9000 TTY/TDD: 206-205-0569
www.kingcounty.gov/healthServices/MHSA

В «Извещении о порядке обеспечения конфиденциальности» сообщается о порядке использования и обеспечения конфиденциальности медицинских записей о вашем психическом здоровье в King County Mental Health Plan¹. Согласно требованиям нового закона, называющегося HIPAA², данное извещение направляется вам в письменном виде.

- I. В части 1 «Извещения о порядке обеспечения конфиденциальности» объясняются ваши права на конфиденциальность (секретность) ваших медицинских записей.
- II. В части 2 объясняется, что King County Mental Health Plan обязан обеспечить конфиденциальность ваших медицинских записей и предоставить вам копию данного извещения.
- III. В части 3 объясняется, каким образом Mental Health Plan использует или передает ваши медицинские записи в процессе лечения, оплаты медицинского обслуживания и для других целей.
- IV. В части 4 объясняется, куда вы можете обратиться за помощью, чтобы понять свои права или подать жалобу в отношении порядка обеспечения конфиденциальности.

Прочитайте, пожалуйста, Извещение, где это объясняется более подробно.

¹ King County Mental Health Plan1 – Округ Кинг, План психического здоровья

² Health Insurance Portability and Accountability Act – Акт о портативности и подотчетности медицинского страхования



King County

Department of Community and Human Services
Mental Health, Chemical Abuse and Dependency Services Division
Chinook Building, CNK-HS-0400
401 Fifth Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98104
206 263-9000 TTY/TDD: 206-205-0569
www.kingcounty.gov/healthServices/MHSA

ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

**King County Mental Health, Chemical Abuse and Dependency Services Division
Mental Health Plan**

Действительно с 14 апреля 2003 г.

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ
ОБРАЗОМ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ ПЕРЕДАНА, И
КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К
СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

В организации King County Mental Health, Chemical Abuse and Dependency Services Division³ (MHCADSD) со всей серьезностью относятся к обеспечению конфиденциальности ваших медицинских записей. Мы хорошо понимаем, насколько вас могут беспокоить эти вопросы. Мы не передадим никому вашу медицинскую информацию, если только вы сами не разрешите нам это сделать, или если от нас требуется сообщить информацию о вас по закону.

I. Ваши права на конфиденциальность медицинской информации

Мы ведем записи о состоянии вашего здоровья. У вас есть определенные права в отношении этой информации, включая следующие.

³ Округ Кинг, План психического здоровья, Служба помощи страдающим от алкоголизма и наркомании

- Право потребовать ограничения использования или передачи ваших медицинских записей в ходе вашего лечения, оплаты лечения или оперативной работы медицинской организации. Чтобы потребовать ограничение, вы должны направить письменный запрос Инспектору по обеспечению конфиденциальности (Privacy Officer) нашей организации. Инспектор по обеспечению конфиденциальности попросит вас заполнить и подписать бланк требования на ограничение использования и передачи информации и возвратит ему заполненный бланк. Мы не обязаны согласиться с требуемым вами ограничением.
- Право аннулировать предыдущие разрешения на использование и передачу информации, направив нам письменное уведомление. У нас имеется бланк такого уведомления. Аннулирование вами разрешения не влияет на ту информацию, которая уже была передана. Аннулирование разрешения не влияет также на любые действия, предпринятые нами до того, как мы получили ваше письменное уведомление.
- Право получить от нас в печатной форме копию данного Извещения о порядке обеспечения конфиденциальности медицинской информации (далее называемого «Извещение»).
- Право потребовать разрешение просмотреть и приобрести копию своих медицинских записей. Вы должны подать запрос в письменном виде. У нас имеется бланк такого запроса. Если вам будет отказано по вашему запросу, вы можете подать апелляцию в отношении отказа (просить о пересмотре решения). Апелляция должна быть подана в письменном виде.
- Право потребовать, чтобы мы внесли изменения в любые медицинские записи, используемые в ходе принятия решения о вашем медицинском обслуживании, включая лечение или оплату. Для этого вам необходимо направить письменный запрос нашему Инспектору по обеспечению конфиденциальности, по адресу 401 Fifth Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98104 и объяснить, почему вы считаете, что имеющаяся информация неверна. Мы можем отказать вам по вашему запросу внести изменения в записи, если ваш запрос не был подан в письменном виде, или если в нем не изложена причина, по которой вы требуете внесения изменений. Мы можем отказать вам по вашему запросу, если вы просите внести изменения в медицинские записи, которые:
 - были сделаны не нами, если только лицо или организация, которые сделали такие записи, не имеют больше возможности внести изменения;
 - не являются частью хранимой нами медицинской информации, на основании которой мы принимаем решения о вашем медицинском обслуживании;
 - не являются частью медицинской информации, которую вам разрешено просматривать или копировать; или
 - являются верными и полными.
- Если мы отказываем по вашему запросу внести изменения в ваши медицинские записи, мы направим вам письменное уведомление об отказе, указав причину отказа и предоставив вам возможность направить нам письменное заявление о вашем

несогласии с нашим отказом. Если вы не хотите направить нам письменное заявление о своем несогласии, вы можете просить, чтобы ваш запрос о внесении изменений и наш отказ прилагались в будущем к любой передаваемой медицинской информации, которую в своем заявлении вы просили изменить. Если же вы направите нам письменное заявление о своем несогласии, мы имеем право направить вам письменное опровержение по вашему заявлению о несогласии. В таком случае мы будем прилагать в будущем письменное заявление и опровержение (а также первичный запрос и отказ) к любой передаваемой нами медицинской информации, которую в своем запросе вы просили изменить.

- Право потребовать, чтобы мы предоставили вам отчет о случаях передачи вашей медицинской информации, имевших место после 14 апреля 2003 года. В отчет не войдут, однако, определенные виды передачи вашей медицинской информации, например, необходимые в ходе вашего лечения, оплаты или работы медицинской организации или передачи информации, разрешенные вами в письменном виде. Чтобы потребовать отчет о случаях передачи вашей медицинской информации, вы должны направить письменное требование на бланке, называемом «Требование отчета» (Request For Accounting), который вы можете получить у нашего Инспектора по обеспечению конфиденциальности.
- Право потребовать, чтобы мы направляли вам медицинскую информацию только по определенному адресу или только определенным способом. Чтобы потребовать такую конфиденциальность связи с вами, вы должны направить нам письменный запрос, датированный и подписанный вами. Вы можете подать такой запрос либо на нашем бланке, либо в виде письма, включив в него ту же информацию, что и на бланке. Мы постараемся удовлетворить каждый приемлемый запрос. Вы не обязаны указывать причину, по которой вы просите о конфиденциальности связи, но вы должны, однако, указать по какому адресу и каким образом вы хотите, чтобы мы связывались с вами.

II. Обязанности MHCADSD

Согласно закону мы обязаны:

- обеспечивать конфиденциальность вашей медицинской информации, за исключением нижеуказанных случаев;
- предоставлять данное Извещение по вашему запросу;
- следовать условиям действующего Извещения о порядке обеспечения конфиденциальности;

У нас есть право вносить изменения в порядок обеспечения конфиденциальности хранящейся у нас медицинской информации. Если мы внесли изменения, то мы также внесем изменения и в данное Извещение. Вы можете получить последнюю редакцию данного Извещения, если вы позвоните нам и попросите прислать копию в последней редакции, или если вы зайдете в наш офис и возьмете копию. Вы можете также

распечатать копию данного Извещения с нашей страницы Интернета по адресу www.kingcounty.gov/healthServices/MHSA

III. Каким образом мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию?

Ниже указаны различные категории использования нами и передачи вашей медицинской информации (включая информацию о психическом и физическом здоровье). По каждой категории мы дадим объяснение и приведем пример использования и передачи информации. Не все виды использования или передачи информации будут указаны в конкретной категории. Однако, все разрешенные виды использования и передачи информации будут включены в перечисленные категории.

Примеры использования и передачи информации в ходе лечения, оплаты или работы медицинской организации

В ходе лечения:

- полученные вашим врачом или медицинским работником сведения вносятся в вашу медицинскую карту и могут быть использованы для принятия решения о вашем лечении;
- мы можем также передавать информацию другим врачам или медицинским работникам, принимающим участие в вашем лечении.

Для оплаты:

- счета для оплаты медицинского обслуживания направляются нами в Отдел социальных услуг и здравоохранения (DSHS) штата Вашингтон. Для того, чтобы разрешить оплату по счетам, DSHS необходима определенная информация, например, ваш диагноз, описание предоставленного медицинского обслуживания или рекомендуемого лечения.

В ходе работы медицинской организации:

- сотрудники нашей медицинской организации регулярно знакомятся с медицинскими записями для оценки качества лечения и в целях улучшения предоставляемого вам медицинского обслуживания.

Использование и передача информации в других целях

Оповещения

- Мы можем передать вашу информацию, чтобы оказать помощь в случае стихийных бедствий.

Мы можем использовать и передать вашу конфиденциальную информацию в следующих случаях

- Если мы обязаны это сделать по закону.
- Для контроля за работой лечебных заведений.
- Для обеспечения здоровья и безопасности населения в той степени, в которой это разрешено или требуется законом.
- Сообщая о подозрительных случаях злоупотребления или запущенности.
- В ходе судебного или административного процессуального действия.
- В целях охраны правопорядка в той степени, в которой это разрешено или требуется законом.
- Для передачи информации в исправительное учреждение, если вы находитесь в тюрьме краткого или длительного пребывания, в целях охраны вашего здоровья и здоровья и безопасности окружающих.
- Для осуществления специализированных функций органов управления и в программу страхования на рабочем месте (workers compensation).
- Для разрешенных научных исследований.
- Для coronera, судебно-медицинского эксперта или директора похоронного бюро.

Использование в других целях.

- Использование и передача информации в целях, которые не описаны в данном Извещении, могут осуществляться только, если это разрешено законом или вашим письменным разрешением.

IV. Куда обратиться за помощью или с жалобой?

Если у вас возникли вопросы, или вам требуется дополнительная информация или если вы хотите сообщить о проблеме в отношении хранения вашей информации, вы можете обратиться к Инспектору по обеспечению конфиденциальности по телефону 206-263-9000.

Если вы полагаете, что были нарушены ваши права на конфиденциальность медицинской информации, вы можете подать письменную жалобу на имя Инспектора по обеспечению конфиденциальности по адресу 401 Fifth Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98104. Вы можете также подать жалобу Министру США по вопросам здравоохранения и социального обслуживания (United States Secretary of Health and Human Services).

Мы уважаем ваше право подать жалобу нам или Министру США по вопросам здравоохранения и социального обслуживания. Если вы решите подать такую жалобу, это не будет иметь последствий или наказаний для вас с нашей стороны.

Страница Интернета

- У нас имеется страница Интернета, где приведена информация о нашей организации. К вашему сведению, данное Извещение можно найти по адресу:
www.kingcounty.gov/healthServices/MHSA