

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ СОХРАНЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛОЖЕН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И
РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.
ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ ВНИМАТЕЛЬНО.**

Если у вас есть вопросы относительно данного уведомления, свяжитесь с представителем отдела обслуживания участников Health Plan of San Mateo (HPSM) по номерам **1-866-880-0606** или **650-616-2174**.

Почему мне пришло данное уведомление?

Мы понимаем, что ваша медицинская информация носит личный характер. Мы берем на себя обязательства по защите вашей медицинской информации. Как правило, к медицинской информации относятся любые сведения о вашем физическом и психическом здоровье, а также о выплатах за медицинские услуги, которые позволяют идентифицировать вашу личность. Такая информация может относиться к состоянию вашего здоровья в прошлом, настоящем или будущем. Примеры медицинской информации: ваши имя и фамилия, дата рождения, диагнозы, описания пройденных процедур, прошлые страховые требования в рамках медицинского страхования и многое другое.

Данное уведомление содержит краткое изложение политики сохранения конфиденциальности HPSM и ваших прав в отношении медицинской информации. Уведомление относится только к политике сохранения конфиденциальности HPSM. Ваш врач может придерживаться иных правил и использовать другое уведомление о порядке использования и раскрытия медицинской информации, которую собирает его офис.

По закону мы обязаны:

- обеспечивать конфиденциальность хранящейся у нас медицинской информации, по которой вас можно идентифицировать;
- предоставить вам данное уведомление с описанием наших обязанностей, предусмотренных законом, и правил сохранения конфиденциальности вашей медицинской информации;
- соблюдать условия, предусмотренные уведомлением, действующим в настоящее время.

Как HPSM может использовать и раскрывать мою медицинскую информацию?

Ниже приведены ситуации, в которых мы можем использовать вашу медицинскую информацию. Указанные ниже виды использования и раскрытия информации разрешены федеральным законодательством и законодательством штата. Под использованием подразумевается использование нами информации внутри HPSM. Под раскрытием подразумевается предоставление информации за пределами HPSM. Далее описаны виды использования и раскрытия информации с примерами.

Приведенный ниже список включает не все возможные допустимые случаи использования и раскрытия информации, и он не предназначен для того, чтобы ограничить использование и раскрытие, разрешенное законом. При этом все варианты допустимого использования или раскрытия вашей медицинской информации будут соответствовать той или иной цели, приведенной ниже:

- **Для оплаты.** Мы используем вашу медицинскую информацию для оплаты счетов за предоставляемое вам как участнику HPSM медицинское обслуживание. *Например:* от вашего врача нам может потребоваться информация относительно предлагаемого вам курса лечения. Мы рассмотрим полученную информацию и примем решение об утверждении или отказе в утверждении оплаты такого курса лечения. Решения принимаются на основании медицинских показаний. Нам может понадобиться сообщить вашему врачу о том, покрывается ли страховкой такой курс лечения.

Уведомление о политике сохранения

- **Для деятельности плана медицинского страхования.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в рамках деятельности HPSM. Это делается конфиденциально. Такое использование и раскрытие информации необходимо для осуществления деятельности нашего медицинского страхового плана и для предоставления многих получаемых вами услуг. *Например:* мы можем использовать вашу медицинскую информацию в ходе оценки работы врачей, предоставляющих вам медицинские услуги. Мы проверяем их работу с целью убедиться в том, что вы получаете качественное обслуживание. Мы можем также использовать вашу медицинскую информацию для сравнения качества обслуживания, которое предоставляем мы, с качеством обслуживания в других медицинских страховых планах. Таким образом мы находим возможности для улучшения качества предоставляемого вам обслуживания.
- **Для лечения.** Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для координирования предоставляемого вам обслуживания. Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию поставщику медицинских услуг для использования ее в ходе вашего лечения. *Например:* мы можем рассмотреть вашу медицинскую информацию, в том числе информацию о принимаемых вами лекарствах, чтобы проверить, совместимы ли курсы лечения, которые вы получаете.
- **Льготы и услуги по охране здоровья.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для того, чтобы сообщать вам о льготах и услугах в рамках программ медико-санитарного просвещения, предоставляемых планом HPSM, которые могут быть вам интересны.
- **Для подрядчиков.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию подрядчикам, которые помогают нам в нашей работе. Наши подрядчики подписывают соглашение о том, что предоставляемая им медицинская информация является конфиденциальной и подлежит защите, и что они не

Уведомление о политике сохранения

- имеют права использовать ее, кроме как при работе с нами. *Например*, мы работаем по договору с компанией, управляющей льготами на лекарства. Данная компания обрабатывает документацию по страховым выплатам за услуги аптек. Мы предоставляем имеющуюся у нас информацию, необходимую для осуществления выплат за фармацевтическое обслуживание, которое получают участники нашего плана. Компания, управляющая льготами на лекарства, берет на себя обязательства обеспечивать конфиденциальность такой информации.

- **Для спонсоров программ медицинского страхования.** Работодатели и другие организации спонсируют программы медицинского страхования. Такие работодатели или спонсоры заключают договоры с HPSM для предоставления вам услуг и оплаты предоставленных вам услуг. Мы можем сообщить спонсору плана о вашем участии в плане или выходе из плана. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию спонсору для проверки качества работы HPSM. Спонсор соглашается обеспечить конфиденциальность и сохранность вашей медицинской информации.

- **Для членов семей или лиц, которые участвуют в вашем обслуживании или которые оплачивают предоставляемые вам медицинские услуги.** Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию лицу, которое несет ответственность за оплату вашего медицинского обслуживания, в рамках, необходимых для осуществления оплаты. Мы можем также предоставить медицинскую информацию членам семьи и другим лицам, которые участвуют в вашем медицинском обслуживании. Однако передача такой информации возможна только в вашем личном присутствии и при наличии вашего согласия. В ваше отсутствие мы можем передать вашу медицинскую информацию лицам, которые участвуют в вашем медицинском обслуживании, только если вы не можете предоставить согласие в связи с вашим медицинским состоянием, и если мы считаем, что предоставление такой информации наилучшим образом соответствует вашим интересам. Мы также

Уведомление о политике сохранения

- можем предоставить медицинскую информацию участника после его смерти лицам, участвовавшим в медицинском обслуживании или несущим ответственность за оплату медицинского обслуживания участника, за исключением случаев, когда участник предварительно запрещает передавать указанным лицам такую информацию.
- **Для образовательных учреждений – информация о вакцинации.** Мы можем предоставить выписку о вакцинациях учащегося или будущего учащегося образовательному учреждению, если в соответствии с законами штата или другими законами от учреждения требуется подтверждение факта вакцинации.

Особые ситуации

- **По требованию закона.** Мы предоставим вашу медицинскую информацию, если того требует закон штата, федеральный или местный закон.
- **Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию с целью предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности других лиц. Мы предоставим информацию только тем лицам или организациям, которые могут помочь предотвратить такую угрозу.
- **Представители вооруженных сил и ветераны.** Если вы являетесь военнослужащим или ветераном, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию по требованию руководства вооруженных сил или для определения вашего соответствия требованиям для получения ветеранских льгот.
- **Исправительные учреждения.** Если участник находится в заключении, его медицинская информация может быть предоставлена исправительному учреждению в рамках координирования предоставления ему медицинских

· услуг.

- **Система компенсационного страхования работников.** Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию программе страхования работников от несчастного случая (Workers' Compensation) или подобным программам. Такие программы предоставляют работникам льготы в случае производственных травм или заболеваний.

- **Риск здоровью населения.** Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в рамках деятельности по обеспечению здоровья населения. Такая деятельность, как правило, включает в себя следующее:
 - Предотвращение или контроль заболеваний, травм или инвалидности;
 - Сообщение о жестоком или небрежном обращении с детьми;
 - Сообщение о рождении или смерти;
 - Сообщение о реакциях на лекарства или проблемах с изделиями медицинского назначения;
 - Уведомление людей об отзыве изделий или лекарственных препаратов, которыми они могут пользоваться;
 - Уведомление человека, который мог быть в контакте с источником заболевания, о том, что он может заразиться или распространить заболевание;
 - Уведомление соответствующих правительственных органов, если мы считаем, что участник плана является жертвой жестокого, небрежного обращения или бытового насилия; Мы можем раскрывать информацию только с вашего согласия или если это разрешено законом.

- **Деятельность по надзору за органами здравоохранения.** Мы можем предоставить медицинскую информацию агентству, ведущему надзор за органами здравоохранения, для ведения деятельности, разрешенной законом. Например, мы можем предоставить вашу медицинскую информацию органу власти, ответственному за контроль работы HPSM. Такая

Уведомление о политике сохранения

- деятельность необходима для того, чтобы правительство контролировало систему здравоохранения и правительственные программы предоставления медицинских льгот.

- **Судебные иски и спорные вопросы.** Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию, если на то есть распоряжение суда. Мы можем также раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на судебную повестку или другой законно изданный судебный приказ, но только в том случае, если были предприняты попытки оповестить вас о таком запросе или получить распоряжение о защите запрашиваемой информации.

- **Правоохранительные органы.** Мы можем предоставить медицинскую информацию, если этого потребует официальный представитель правоохранительного органа или, в отдельных случаях, если официальный представитель запросит информацию либо с целью оповещения о преступлении. Как правило, это осуществляется в рамках уголовного расследования и/или в ответ на распоряжение суда, ордер или аналогичное судебное предписание. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным чиновникам для ведения деятельности по защите национальной безопасности, утвержденной законом.

- **Военные функции.** Мы можем предоставить вашу информацию, если это необходимо в рамках осуществления военной миссии или другой деятельности государственной значимости (разведка, национальная безопасность, охрана Президента).

- **Судебные следователи, судебно-медицинские эксперты и сотрудники похоронных бюро.** Мы можем предоставлять медицинскую информацию умерших участников плана судебным следователям, судебно-медицинским экспертам и сотрудникам похоронных бюро для ведения их деятельности.

- **Организации, работающие в сфере трансплантации органов.** Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию организациям, работающим в области трансплантации органов или тканей, для содействия проведению трансплантации.
- **50 лет после смерти.** Мы можем предоставить медицинскую информацию участника любой организации, если участник скончался не менее 50 лет назад.
- **Борьба со стихийными бедствиями.** Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ситуации оказания помощи при стихийных бедствиях. Однако, если вы *не* хотите, чтобы мы раскрывали вашу информацию в таких ситуациях, у вас есть на это право.

Ограничения

Другие законы могут ограничивать или препятствовать раскрытию информации в вышеперечисленных ситуациях. Например, существуют особые ограничения на раскрытие медицинской информации относительно статуса ВИЧ/СПИД, лечения психических заболеваний, инвалидности вследствие пороков развития и лечения от наркотической и алкогольной зависимости. Мы руководствуемся этими ограничениями при использовании вашей медицинской информации. Продажа вашей информации не допускается.

Разрешение

Мы не допустим использования или раскрытия вашей медицинской информации в случаях, не перечисленных выше, без вашего на то письменного согласия или разрешения. Мы должны получить ваше разрешение, прежде чем использовать или раскрывать вашу информацию в любых других случаях. *Например:* с вашего разрешения мы можем использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию для проведения исследований. Ваше согласие или отказ предоставить

Уведомление о политике сохранения

нам такое разрешение не повлияет на ваше лечение, льготы в рамках медицинского страхового плана, оплату лечения или право на участие. У вас есть право передумать даже после того, как вы подписали разрешение на использование или раскрытие своей медицинской информации. Если вы решите передумать, мы прекратим использовать или раскрывать вашу информацию. Само собой, мы не сможем вернуть ту информацию, которая была раскрыта ранее в тот период времени, когда у нас было ваше на то разрешение.

Ваши права относительно своей медицинской информации

У вас есть следующие права относительно своей медицинской информации, хранящейся у нас:

- **Право на получение экземпляра данного уведомления о политике сохранения конфиденциальности.** Вы имеете право в любое время получить печатный экземпляр данного уведомления. Данное уведомление также размещено на нашем веб-сайте:
www.hpsm.org/documents/HPSM_Notice_of_Privacy_Practices.pdf.
- **Право назначить представителя.** У вас есть право предоставить другому лицу доверенность, дающую ему право действовать от вашего имени и принимать решения в отношении вашей медицинской информации. У вас есть это право даже если у вас уже есть законный опекун. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы убедимся в том, что ваш представитель обладает соответствующими полномочиями.
- **Право на запрос о наложении ограничений.** У вас есть право подать запрос о наложении ограничений на использование или раскрытие вашей медицинской информации.
В запросе о наложении ограничений вы должны сообщить следующее:
 1. К какой информации вы хотите применить ограничение.
 2. Хотите ли вы ограничить использование либо раскрытие

Уведомление о политике сохранения

- информации, или то и другое.
- 3. На кого вы хотели бы распространить ограничение.

Запрос о наложении ограничений необходимо предоставить в письменном виде. Обратитесь к инструкции на странице 13.

Примечание: *мы не обязаны удовлетворять ваш запрос.* Если мы согласимся, то мы будем действовать согласно вашему запросу, кроме случаев, когда эта информация будет необходима для представления вам неотложной помощи.

- **Право на запрос о конфиденциальном способе связи.** У вас есть право подать запрос о том, чтобы мы связывались с вами по медицинским вопросам конфиденциально и особым образом. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами исключительно по рабочему телефону или только по электронной почте.

Мы не будем спрашивать, какова причина вашего запроса. Мы приложим все усилия для того, чтобы удовлетворить ваш запрос, если он находится в пределах разумного. В вашем запросе вы должны указать, как или где мы можем с вами связываться. Запрос о конфиденциальном способе связи необходимо предоставить в письменном виде. Обратитесь к инструкции на странице 13.

- **Право узнавать о раскрытии информации.** У вас есть право запросить «отчет о раскрытии информации». Он представляет из себя список случаев раскрытия вашей медицинской информации. Список включает в себя случаи раскрытия вашей медицинской информации в целях осуществления вашего обслуживания или когда это было необходимо для деятельности нашего медицинского страхового плана, в том числе в связи с оплатой предоставленных вам услуг. Также в этом списке перечислены почти все другие случаи, в которых от нас

Уведомление о политике сохранения

- требуется или нам разрешено раскрывать вашу информацию без вашего на то разрешения. К примеру, это случаи предоставления информации правительственным агентствам, которые проводят обзоры наших программ. Для получения такого списка или «отчета о раскрытии информации» необходимо предоставить запрос в письменном виде. Обратитесь к инструкции на странице 13. Ваш запрос должен касаться периода времени продолжительностью не более чем три (3) года, предшествующих указанной в вашем запросе дате, и не может включать в себя даты до 14 апреля 2003 г.
- **Право на доступ к своей медицинской информации.** У вас есть право запросить копию определенной медицинской информации, хранящейся в документации HPSM. В целом такая информация включает в себя вашу медицинскую карту и детализацию счетов за обслуживание. Для получения копии своей медицинской карты вам нужно будет связаться со своим врачом. Для получения копии медицинской информации, которая хранится у нас, вам нужно будет предоставить запрос в письменном виде. Обратитесь к инструкции на странице 13.

В отдельных случаях мы можем отказать вам в предоставлении копии информации. В случае отказа в предоставлении доступа к медицинской информации, мы сообщим вам причину отказа в письменном виде. В случае получения отказа в предоставлении доступа к информации, вы можете отправить запрос на пересмотр решения об отказе. Пересмотр решения будет проводиться другим лицом, а не тем, кто вынес решение об отказе на ваш запрос. Мы будем действовать согласно результату пересмотра.

- **Право на получение уведомления о нарушении обязательств.** Нарушение обязательств – это такой случай, когда получение, использование или передача защищенной информации о вашем здоровье осуществлялись с

Уведомление о политике сохранения

- нарушением применимых законов о неприкосновенности частной жизни. Медицинская информация в таких случаях оказывается незащищенной, и это означает, что другие лица могли иметь к ней доступ. HPSM обязан сообщать вам о любых подобных инцидентах не позднее чем в течение двух (2) месяцев после обнаружения нарушения конфиденциальности вашей информации. Такое уведомление также может быть направлено министру здравоохранения и социального обеспечения, и в определенных ситуациях – в прессу.

В полученном вами уведомлении будут содержаться следующие сведения: описание произошедшего, конфиденциальность какого типа информации была нарушена, и рекомендации к действиям, которые вам следует предпринять, чтобы защитить себя от возможного вреда. Кроме того, в уведомлении будет содержаться информация о том, какие действия предпринимает HPSM для расследования ситуации и сведения к минимуму возможного вреда для вас, а также для предотвращения подобных нарушений в будущем.

- **Право на внесение правок.** У вас есть право на добавление письменного примечания, которое будет храниться вместе с вашей медицинской информацией в HPSM. Если вы считаете, что хранящаяся у нас медицинская информация неверна или неполна, вы можете попросить внести в нее правки. Как правило, это делается, если вы не согласны с содержанием медицинской информации, которая у нас хранится. У вас есть право попросить внести правки в любой момент, пока информация хранится у нас. Для внесения правок вы должны предоставить запрос в письменном виде. Обратитесь к инструкции на странице 13.

Мы не обязаны вносить правки в медицинскую информацию, которая:

- не являлась результатом деятельности HPSM, за исключением случаев, когда автор такой информации больше не доступен и не может внести в нее правки;

Health Plan of San Mateo

Уведомление о политике сохранения

- ○ не является частью информации, хранящейся у нас;
- не является частью информации, копию которой разрешается предоставлять вам;
- является точной и полной.

В случае отказа внести правки в вашу медицинскую информацию, HPSM сообщит вам об этом в письменном виде. Вы также получите письменное объяснение причин нашего отказа.

Внесение изменений в текст данного уведомления

Данное уведомление вступило в силу 23 сентября 2013 г. Мы оставляем за собой право вносить изменения в текст данного уведомления.

Мы оставляем за собой право применять новую редакцию уведомления ко всей вашей медицинской информации, которая имеется у нас в наличии, а также ко всей информации, которую мы получим в будущем. Дату вступления в силу данного уведомления можно найти внизу каждой страницы. Кроме того, каждый раз при внесении изменений в текст данного уведомления мы будем сообщать вам об этом по почте в течение 60 дней. Текст действующего уведомления также будет размещен на нашем веб-сайте по адресу <http://www.hpsm.org/privacy-policy.aspx>.

Подайте жалобу (претензию)

Инструкции:

- (1) Как подать жалобу относительно вашего права на неприкосновенность частной жизни? Если вы считаете, что ваше право на неприкосновенность частной жизни было нарушено, вы можете подать жалобу в Health Plan of San Mateo. Вы также можете подать жалобу в Министерство здравоохранения и социальной защиты США (Department of Health and Human Services).

Health Plan of San Mateo

Уведомление о политике сохранения

Grievance Coordinator

Health Plan of San Mateo 801

Gateway Blvd., Suite 100

South San Francisco, CA 94080

1-888-576-7557 или 650-616-2850

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services

Office of Civil Rights

Attn: Regional Manager

50 United Nations Plaza, Room 322

San Francisco, CA 94012

Для получения дополнительной информации звоните в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) США по номеру

1-866-627-7748 или 1-866-788-4989 (телетайп, ТТУ)

(OCR-PRIV)

В связи с подачей жалобы в отношении вас не будут приняты никакие ответные меры или штрафные санкции.

(2) Направляйте запросы относительно своих прав, описанных в данном уведомлении, в письменной форме по адресу:

Attention: Privacy Officer

Health Plan of San Mateo 801

Gateway Blvd., Suite 100

South San Francisco, CA 94080

650-616-0050

Health Plan of San Mateo

Уведомление о политике сохранения

Если вы запросите о предоставлении вам копии вашей медицинской информации, мы можем взять плату за стоимость копирования, почтовой пересылки и других материалов и расходов, необходимых для выполнения вашего запроса. Мы сообщим вам сумму, которую нужно будет оплатить, и при желании вы сможете отменить или изменить свой запрос до того, как он будет удовлетворен.

Если у вас есть вопросы относительно данного уведомления, свяжитесь с отделом обслуживания участников Health Plan of San Mateo (HPSM) по номерам **1-866-880-0606** или **650-616-2174**. Участники с нарушениями слуха или речи могут воспользоваться телетайпом (TTY) по номеру **1-800-735-2929** или набрать **7-1-1** (Служба переадресации телефонных вызовов штата Калифорния).