

## Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

---

**Федеральный закон обеспечивает конфиденциальность медицинской информации, в том числе записей пациентов с расстройством, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD).**

В настоящем уведомлении описаны:

- варианты использования и раскрытия вашей медицинской информации (о состоянии здоровья);
- ваши права в отношении вашей медицинской информации, включая то, как вы можете получить доступ к этой информации;
- способ подачи жалобы в отношении нарушения конфиденциальности или безопасности вашей медицинской информации или ваших прав в отношении вашей информации.

**Вы имеете право на получение копии настоящего уведомления (в бумажной или электронной форме) и на обсуждение его с компанией Providence по телефону 1-888-294-8455 или по адресу [PHSSystemintegrity@providence.org](mailto:PHSSystemintegrity@providence.org).**

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с информацией в этом уведомлении.

### **Ваши права**

Вы имеете право:

- получить копию вашей медицинской документации в бумажной или электронной форме;
- исправить вашу медицинскую документацию в бумажной или электронной форме;
- запросить обеспечение конфиденциальности в отношении взаимодействия;
- запросить и получить ограничения на раскрытие информации представителям вашего плана медицинского страхования в отношении тех услуг, которые вы оплатили в полном объеме;
- попросить нас ограничить используемую или передаваемую вами информацию;
- получить список тех, кому мы передали информацию о вас;
- получить копию настоящего уведомления о конфиденциальности;
- выбрать человека, который будет действовать от вашего имени;
- подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены.

## **Ваш выбор**

У вас есть несколько вариантов того, как мы используем и передаем информацию, когда мы:

- извещаем членов семьи и друзей о вашем заболевании;
- оказываем помощь при стихийных бедствиях;
- включаем вас в каталог больницы;
- оказываем психиатрическую помощь;
- собираем финансовые средства;
- участвуем в обмене медицинской информацией (HIE).

## **Использование и раскрытие нами информации**

Мы можем использовать и передавать информацию о вас, когда мы:

- проводим ваше лечение;
- управляем нашей организацией;
- выставляем счет за оказанные вам услуги;
- помогаем с решением вопросов общественного здравоохранения и безопасности;
- проводим исследования;
- соблюдаем законодательства;
- отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей;
- работаем с медицинским экспертом или директором похоронного бюро;
- рассматриваем запросы по компенсации работникам, правоохранительных органов и других государственных органов;
- реагируем на судебные иски и другие юридические действия.

## **Ваши права**

**Когда речь идет о вашей медицинской информации, у вас есть определенные права**

В этом разделе разъясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей по оказанию вам помощи. Чтобы воспользоваться любым из этих прав, свяжитесь с нами, используя контактную информацию, указанную в начале настоящего уведомления.

## **Получить копию вашей медицинской документации в бумажной или электронной форме**

- Вы можете попросить просмотреть или получить электронную или бумажную копию вашей медицинской документации и другой имеющейся у нас медицинской информации о вас. Вы можете попросить нас отправить электронную копию вашей электронной медицинской документации кому-либо по вашему выбору.
- Мы предоставим копию или краткое изложение вашей медицинской информации, как правило, в течение 30 дней с момента вашего запроса, если не применяется основание для отказа в доступе. Мы можем взимать обоснованную, основанную на затратах плату за предоставление и передачу вам информации.

## **Просить нас исправить вашу медицинскую документацию в бумажной или электронной форме**

- Вы можете попросить нас исправить информацию о вас, которая, по вашему мнению, является неверной или неполной.
- Мы можем ответить «нет» на ваш запрос, но мы сообщим причину в письменном виде.
- Даже если мы ответим «нет» на ваш запрос, вы имеете право подать письменное дополнение к вашей записи об информации, которая, по вашему мнению, является неполной или неточной.

## **Запросить обеспечение конфиденциальности в отношении взаимодействия**

- Вы можете попросить нас связаться с вами определенным способом (например, по домашнему или офисному телефону) или отправить письмо на другой адрес.
- Мы ответим «да» на все обоснованные запросы.

## **Попросить нас ограничить используемую или передаваемую вами информацию**

- Вы можете попросить нас **не** использовать или передавать определенную медицинскую информацию для лечения, оплаты или нашей деятельности. За исключением указанного ниже, мы не обязаны соглашаться на ваш запрос, и мы можем сказать «нет», например, если это повлияет на ваше медицинское обслуживание.
- Если вы полностью оплачиваете услугу или медицинское изделие из собственного кармана, вы можете попросить нас не передавать эту информацию вашей страховой компании для целей оплаты или осуществления нашей деятельности. Мы скажем «да», если только закон не требует от нас предоставления этой информации.

## **Получить список тех, кому мы передали информацию о вас**

- Вы можете запросить список (учет) случаев, когда мы предоставляли информацию о вас в течение шести лет до даты, когда вы обратились с запросом, кому мы ее предоставили и почему.
- Мы будем включать все виды раскрытия информации, за исключением тех, которые касаются лечения, оплаты и медицинских операций, а также некоторых других видов раскрытия информации (например, раскрытие информации по вашему запросу). Мы будем предоставлять один отчет в год бесплатно, но будем взимать разумную, основанную на затратах плату, если вы попросите другой отчет в течение 12 месяцев.

## **Получить копию настоящего уведомления о конфиденциальности**

- Вы можете запросить бумажную копию этого уведомления в любое время, даже если вы согласились на получение уведомления в электронном виде. Мы незамедлительно предоставим вам бумажную копию.

## **Выбрать человека, который будет действовать от вашего имени**

- Если вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может воспользоваться вашими правами и сделать выбор в отношении имеющейся у нас информации о вас.
- Мы можем убедиться в том, что данное лицо обладает такими полномочиями и может действовать от вашего имени, прежде чем мы предпримем какие-либо действия.

## **Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены**

- Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы нарушили ваши права, связавшись с нами через контактную информацию в начале данного уведомления.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США.
- Мы не будем принимать ответные меры против вас за подачу жалобы.

## **Ваш выбор**

**Вы можете сообщить нам о том, какую медицинскую информацию о вас мы можем предоставлять.** Если у вас есть четкое предпочтение в отношении того, как мы передаем информацию о вас в описанных ниже ситуациях, поговорите с нами. Расскажите нам, что вы хотите, чтобы мы сделали, и мы, как правило, выполним ваши инструкции.

В этих случаях у вас есть право и попросить нас:

- предоставлять информацию членам семьи, близким друзьям или другим лицам, участвующими в вашем лечении;
- осуществлять обмен информацией в ситуации стихийного бедствия;
- включать информацию о вас в каталог больницы.

*Если вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например, если вы без сознания, мы можем поделиться информацией о вас, если считаем, что это в ваших интересах. Мы также можем предоставлять информацию о вас, если это необходимо для снижения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.*

В некоторых случаях мы *никогда не* можем передавать информацию о вас без вашего письменного разрешения. Это случаи:

- обмен информацией в маркетинговых целях (если деятельность определяется как «маркетинг» в соответствии с применимым законодательством);
- продажа информации о вас (в той степени, в которой передача вашей информации определяется как «продажа» в соответствии с применимым законодательством);
- большинство случаев обмена записями о психотерапии.

В случае сбора финансовых средств:

- мы можем связаться с вами для сбора финансовых средств, но вы можете попросить нас больше не связываться с вами. Чтобы отказаться, ознакомьтесь с контактной информацией в начале данного уведомления.

В случае общего взаимодействия:

- мы можем связаться с вами по поводу медицинского обслуживания, используя предоставленные вами номера телефонов и адреса электронной почты. Мы можем использовать системы автоматического набора номера, предварительно записанные или синтетические голосовые сообщения, текстовые сообщения или электронную почту. Когда мы свяжемся с вами таким образом, вам будет предоставлена возможность не получать подобные сообщения в будущем. Наши сообщения могут включать, помимо прочего, информацию о напоминаниях о визитах, планировании выписки, выставлении счетов, напоминаниях о рецептах, возможностях исследования, наших продуктах и услугах, альтернативных методах лечения, вашем общем состоянии здоровья и уведомлениях регулирующих органов. Поскольку текстовые и электронные сообщения, которые мы отправляем, могут не быть зашифрованы, существует риск того, что кто-то еще может прочитать или получить доступ к этим сообщениям, и мы предпримем меры для ограничения количества ваших персональных данных, которые будут содержаться в этих сообщениях. Если вы не хотите получать такие текстовые или электронные сообщения, сообщите нам об этом, и мы учтем вашу просьбу.

## **Использование и раскрытие нами информации**

По закону мы должны получить ваше разрешение перед использованием или передачей вашей персональной медицинской информации, за исключением случаев, когда нам необходимо использовать или передавать ее в определенных целях. Эти цели включают:

### **Ваше лечение**

Мы можем использовать вашу медицинскую информацию в целях вашего лечения и можем передавать ее другим специалистам, которые лечат вас или помогают в вашем лечении.

*Пример. Врач, который вас лечит по поводу травмы, спрашивает другого врача об общем состоянии вашего здоровья.*

### **Управление нашей организацией**

Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию в целях осуществления нашей деятельности в сфере здравоохранения, в том числе для управления нашей организацией.

*Примеры. Мы можем использовать информацию о вас для оценки и улучшения*

*качества наших медицинских услуг, для координации вашего лечения с другими специалистами, для предоставления услуг клиентам и для сбора средств в интересах нашей организации.*

## **Выставление счетов за оказанные вам услуги**

Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения оплаты от планов медицинского страхования или других организаций.

*Пример. Мы предоставляем информацию о медицинских услугах вашему плану медицинского страхования для оплаты ваших услуг.*

## **Деятельность организованных систем медицинского обслуживания**

Медицинские работники наших больниц и другие медицинские специалисты в рамках организованной организации здравоохранения (ОНСА) могут передавать вашу медицинскую информацию друг другу по мере необходимости для проведения лечения, оплаты или медицинских операций, связанных с ОНСА.

## **Как еще мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию?**

Нам разрешается или от нас требуется передавать информацию о вас другими способами, обычно способами, которые способствуют общественному благу, например, целям общественного здравоохранения и проведению исследований. Мы должны соблюдать многие условия законодательства, прежде чем мы сможем поделиться информацией о вас для этих целей. Для получения дополнительной информации см.:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Помощь с решением вопросов общественного здравоохранения и безопасности**

Мы можем передавать информацию о вас в определенных ситуациях, таких как:

- профилактика заболеваний;
- помощь с отзывом продукции;
- сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;
- сообщение о предполагаемом насилии, пренебрежении или домашнем насилии;
- предотвращение или снижение серьезной угрозы здоровью или безопасности кого-либо.

## **Содействие оптимальному уходу за пациентами посредством обмена медицинской информацией (НІЕ)**

В случае нашего участия во внутреннем обмене медицинской информацией (НІЕ) и внешних сетях НІЕ, которые представляют собой группы поставщиков медицинских услуг, страховщиков и органов здравоохранения, обмен информацией о пациентах которыми может улучшить качество ухода за пациентами.

- Мы можем передавать информацию о вас в электронном виде членам этих организаций. Если мы передаем информацию о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, через НІЕ, организациям, получающим эту информацию, запрещается ее дальнейшее раскрытие, за исключением случаев, разрешенных законодательством.
- Если вы не хотите, чтобы мы передавали информацию, по которой можно установить вашу личность, через НІЕ, вы можете отказаться от этого на странице <https://www.provshare.org/health-information-exchange/for-patients/> или по бесплатному номеру телефона (833) 990-1900. Если вы откажетесь от передачи информации, другие ваши поставщики медицинских услуг могут попросить нас предоставить информацию о вас другим способом вместо получения доступа к информации через НІЕ.

### **Проведение исследований**

Мы можем использовать или передавать информацию о вас в определенных целях проведения медицинских исследований.

### **Соблюдение законодательства**

Мы будем передавать информацию о вас, если это требуется в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством, в том числе в Департамент здравоохранения и социального обеспечения, при необходимости убедиться в том, что мы соблюдаем федеральный закон о конфиденциальности.

### **Реагирование на запросы о донорстве органов и тканей**

Мы можем передавать вашу медицинскую информацию организациям по заготовке органов для донорства.

### **Работа с медицинским экспертом или директором похоронного бюро**

Мы можем передавать медицинскую информацию коронеру, медицинскому эксперту или директору похоронного бюро, когда человек умирает.

### **Рассмотрение запросов по компенсации работникам, правоохранительных органов и других государственных органов**

Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию:

- в связи с требованиями по компенсации работникам;
- для целей правоохранительных органов или для передачи должностному лицу правоохранительных органов;
- органам по надзору за здравоохранением для деятельности, разрешенной законодательством;
- специальным государственным органам, таких как военное ведомство, служба национальной безопасности и службы президентской защиты.

## **Реагирование на судебные иски и юридические действия**

Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или административный приказ либо на повестку в суд.

## **Получение помощи от поставщиков услуг**

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию нашим поставщикам услуг («деловые партнеры»), которые оказывают услуги от нашего имени и которым для этого необходим доступ к информации. Все наши деловые партнеры должны согласиться, помимо прочего, обеспечивать конфиденциальность вашей медицинской информации, а также использовать и раскрывать эту информацию только для оказания услуг, оказываемых деловым партнером.

## **Обезличенная информация**

Мы можем использовать медицинскую информацию о вас для создания обезличенных данных, которые представляют собой информацию, прошедшую строгий процесс обработки, так что риск того, что информация может способствовать установлению вашей личности, очень мал.

## **Специальные категории медицинской информации**

Мы будем соблюдать федеральные законы и законы штата, которые могут предлагать дополнительную защиту, помимо этого уведомления, в отношении информации о вас, например, в отношении использования и раскрытия информации о психическом/поведенческом здоровье, злоупотреблении наркотиками и алкоголем, анализах на ВИЧ и генетических анализах. Ниже мы подробно описываем способы использования и раскрытия информации о вас, которую мы создаем или получаем, если вы проходите лечение в рамках программы лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (программа SUD).

## **Общая информация о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ**

Если мы получаем или храним какую-либо информацию о вас из программы SUD, регулируемой федеральными правилами по борьбе с наркоманией («Правила SUD») на основании общего согласия, которое вы предоставляете для использования и раскрытия ваших записей по программе SUD в целях лечения, оплаты или проведения операций медицинскими учреждениями, мы можем использовать и раскрывать ваши записи по программе SUD в целях, указанных в настоящем уведомлении. Если мы получаем или храним ваши записи по программе SUD на основании специального согласия, которое вы предоставляете нам или иной третьей стороне, мы будем использовать и раскрывать их только в том объеме, в котором это явно разрешено в такой согласии. Ни при каких обстоятельствах мы не будем использовать или раскрывать ваши записи по программе SUD или показания, описывающие информацию, содержащуюся в таких записях, против

вас в любом гражданском, уголовном, административном или законодательном разбирательстве, проводимом любым федеральным, государственным или местным органом власти, за исключением (i) наличия вашего разрешения на это или (ii) по решению суда после получения вами уведомления о судебном приказе.

### **Конфиденциальность записей пациентов с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ**

**Мы предоставляем программы SUD на некоторых наших объектах. Документация пациентов с SUD в рамках программ SUD защищена специальными положениями федерального законодательства. Информация, приведенная ниже, предоставляется пациентам в рамках программ SUD в качестве дополнения к другим разделам настоящего уведомления, применимым ко всем нашим пациентам.**

Информация в этом разделе применима к информации о лечении SUD и не относится к информации, связанной с лечением, которое вы можете получать вне программы SUD, например, скрининга на злоупотребление психоактивными веществами, который проводится в отделении неотложной помощи или вашим основным лечащим врачом.

### **Как мы можем использовать и передавать вашу информацию о лечении SUD**

**Мы передадим информацию о вашем лечении SUD нашим сотрудникам по мере необходимости для оказания вам медицинской помощи или для выставления вам счета за услуги. Как правило, мы не можем говорить лицу, не являющемуся участником программ SUD, о том, что вы являетесь участником программы SUD, или раскрывать любую информацию, идентифицирующую вас как имеющего или перенесшего расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, за исключением описанных ниже случаев.**

Мы можем передавать вашу информацию о лечении SUD без вашего согласия:

- медицинскому персоналу в неотложной медицинской ситуации;
- квалифицированной сервисной организации, предоставляющей услуги от нашего имени, которая письменно соглашается обеспечивать защиту информации таким же образом, как и мы;
- правоохранительным органам для сообщения о преступлении, которое вы совершаете или угрожаете совершить на нашем объекте или против нашего персонала;
- службам по защите детей, чтобы сообщать о предполагаемом жестоком обращении с детьми и пренебрежении ими в соответствии с требованиями законодательства штата;
- квалифицированному персоналу для проведения исследования;

- квалифицированному персоналу для аудита или оценки программы.
- **Если это допускается постановлением суда, и постановление включает повестку в суд или другой законный мандат на передачу вашей информации. Мы не будем передавать записи или информацию о вашем лечении в рамках программы SUD в рамках каких-либо гражданских, административных, уголовных или законодательных разбирательств против вас в отсутствие вашего специального письменного согласия или судебного постановления. В случае вынесения судебного решения мы должны сообщить вам об этом и предоставить вам возможность направить возражения.**

Во всех остальных случаях мы не будем передавать вашу информацию о лечении SUD (за пределами нашей программы SUD) без вашего письменного согласия. Вы можете захотеть предоставить свое согласие в следующих случаях:

- вы хотите, чтобы мы передали информацию о вашем лечении SUD в широких исследовательских целях;
- вы хотите дать разрешение на передачу информации о вашем лечении SUD для целей лечения в будущем, оплаты и операционной деятельности в сфере здравоохранения. Организации, которые получают вашу информацию для этих целей, обязаны по закону или договору защищать вашу информацию в соответствии с требованиями Федерального закона. **Если вы согласны на передачу нами вашей информации, вы можете передумать и попросить нас не предоставлять ее в любое время, сообщив нам об этом в письменной форме. Как только мы получим ваше письменное уведомление о том, что вы отзываете свое согласие, мы прекратим передачу вашей информации, для которой требуется согласие. При этом отзыв согласия не приведет к аннулированию уже осуществленного нами раскрытия информации на основании вашего согласия до получения уведомления об отзыве согласия.**

## **Ваши права как пациента в программе SUD**

Вы имеете определенные права как пациент программы SUD, которые дополняют права, описанные в настоящем уведомлении.

- Если вы полностью оплачиваете услугу или медицинское изделие, вы можете потребовать от нас не передавать эту информацию вашему плану медицинского страхования.
- Вы имеете право запросить и получить отчет о раскрытии информации по программе SUD на основании вашего согласия за период до 3 лет до даты составления отчета. Кроме того, если вы предоставили согласие на передачу вашей информации для лечения посредством электронного обмена медицинской информацией (HIE), организацией по управлению медицинским обслуживанием или другим посредником, вы имеете право получить список случаев раскрытия информации посредником за последние 3 года.

Вы имеете право отказаться от получения сообщений о сборе средств до того, как мы отправим их вам. Чтобы отказаться, ознакомьтесь с контактной информацией в начале данного уведомления.

### **Требования штата**

В некоторых штатах действуют законы о соблюдении конфиденциальности, которые могут предусматривать дополнительные меры защиты при использовании и раскрытии медицинской информации. Если закон штата о конфиденциальности является более строгим, чем описано в этом уведомлении, мы будем соблюдать применимое законодательство штата в отношении того, как мы используем или передаем информацию о вас.

### **Наши обязанности**

- По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации.
- Мы незамедлительно сообщим вам о любом нарушении, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность информации о вас.
- Мы должны выполнять обязанности и обеспечивать конфиденциальность, как описано в настоящем уведомлении.
- Мы не будем использовать или передавать информацию о вас иначе, чем описано здесь без вашего письменного согласия. Если вы предоставите такое письменное согласие, вы можете отозвать его в любое время, написав нам по адресу, указанному в конце данного уведомления. Обратите внимание на то, что, если вы разрешите нам передавать медицинскую информацию о вас определенным лицам или организациям, эти лица/организации могут не подпадать под действие применяемых к нам правил соблюдения конфиденциальности и могут раскрывать эту информацию далее.

**Для получения дополнительной информации см.:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Изменения условий настоящего уведомления**

Мы можем изменить условия настоящего уведомления, и изменения будут применяться ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет доступно по запросу и на нашем веб-сайте.

### **Применение настоящего уведомления**

В настоящем уведомлении мы используем термины «мы», «нас» и «наш» для описания некоммерческой организации Providence. В уведомлении описаны наши методы работы и указаны:

- медицинские работники, уполномоченные вносить информацию в вашу документацию;

- все отделы и подразделения;
- члены волонтерской группы, которым мы разрешаем помогать вам;
- все сотрудники, персонал и прочие работники;
- наши аффилированные лица (АСЕ), которые находятся в общей собственности или под контролем компании Providence или иным образом связаны с компанией Providence;
- медицинский персонал наших больниц и иные медицинские специалисты в рамках системы организованного медицинского обслуживания (ОНСА) при предоставлении услуг в учреждениях Providence.

Настоящее уведомление распространяется на услуги в местах оказания медицинской помощи, принадлежащих компании Providence и ее Аффилированным лицам, которые находятся в общей собственности или под контролем компании Providence.

Дополнительная информация об организациях, которые будут соблюдать положения этого уведомления, включая всех поставщиков медицинских услуг, оказывающих медицинскую помощь населению во всех местах ее оказания, приводится по адресу <https://www.providence.org/>.

### **Связь с разрешениями и требованиями федерального и штатного законодательства о конфиденциальности медицинской информации**

Настоящее уведомление о методах обеспечения конфиденциальности предназначено для разъяснения ваших прав на конфиденциальность медицинской информации и наших обязанностей на понятном и доступном языке. Законы, регулирующие конфиденциальность медицинской информации, сами по себе очень сложные. Для лучшего понимания в настоящем уведомлении кратко изложены наши обязательства и не указаны все применимые исключения. Если мы не включили исключения, доступные в соответствии с законодательством, это уведомление не следует понимать как указание на то, что такие исключения не применяются. Компания Providence не намеревается устанавливать более строгие обязательства или ограничения в отношении компании Providence, чем те, которые требуются в соответствии с законодательством.

## **Контактная информация**

Номер горячей линии отдела обеспечения конфиденциальности компании Providence:  
1-888-294-8455

1801 Lind Avenue SW, Suite 9016  
Renton, WA 98057-9016