|  |  |
| --- | --- |
| Logo, company name  Description automatically generated | **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ** |

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ И РАСКРЫТЫ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ О ВАС, И КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРЕДЛАГАЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С НИМ.

Neighborhood Health Center уважает ваше право на конфиденциальность. Мы не будем раскрывать вашу информацию другим лицам, за исключением случаев, когда вы попросите нас об этом, или когда мы вправе или обязаны сделать это в соответствии с законом. Все сотрудники NHC обязаны соблюдать условия данного уведомления, обеспечивать конфиденциальность ваших персональных медицинских данных и предоставлять вам уведомление NHC о правовых обязательствах и порядке обращения с персональными данными. Данное уведомление относится к имеющейся у нас информации и сведениям о вас, вашем здоровье, состоянии здоровья, а также о медицинской помощи и услугах, которые вы получаете во всех пунктах первичной медицинской помощи Neighborhood Health Center, стоматологических клиниках, школьных пунктах первичной медицинской помощи и аптеках. Информация о состоянии вашего здоровья может включать данные, созданные и полученные Neighborhood Health Center. Она может быть представлена в письменной, электронной или устной форме, а также может включать данные об истории болезни, состоянии здоровья, симптомах, обследованиях, результатах анализов, диагнозах, лечении, процедурах, рецептах, соответствующей деятельности по выставлению счетов и подобного рода сведениях, связанных со здоровьем.

По закону мы обязаны предоставить вам это уведомление. Из него вы узнаете о том, в каких случаях нами может быть использована и раскрыта информация о состоянии вашего здоровья, а также о ваших правах и наших обязанностях в отношении использования и раскрытия подобных сведений.

**В КАКИХ СЛУЧАЯХ МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ И РАСКРЫВАЕМ ИНФОРМАЦИЮ**

Как правило, мы используем или передаем информацию о состоянии вашего здоровья в таких случаях:

**Для лечения.** Мы можем использовать информацию о состоянии вашего здоровья для предоставления вам медицинского лечения или обслуживания. Мы можем раскрыть информацию о состоянии вашего здоровья врачам, стоматологам, специалистам по поведению, медсестрам, техническому персоналу, фармацевтам, штатным сотрудникам или иному персоналу NHC, которые принимают участие в уходе за вами.

*Пример: врач, лечащий вашу травму,* *интересуется общим состоянием вашего здоровья у другого врача, чтобы убедиться в правильности принимаемых решений, связанных с лечением.*

Персонал нашей организации может передавать сведения о вас и раскрывать информацию людям, не работающим в Neighborhood Health Center, для координации действий, направленных на уход за вами, например, для отправки рецептов в аптеку по телефону, составления графика лабораторных исследований и заказа рентгеновских снимков. Члены семьи и поставщики медицинских услуг могут участвовать в вашем медицинском обслуживании за пределами данного учреждения и вправе потребовать информацию, касающуюся вас. Мы запросим у вас разрешение на передачу информации о состоянии вашего здоровья членам вашей семьи или лицам, осуществляющим уход, за исключением случаев, когда вы не в состоянии дать разрешение на раскрытие такой информации из-за проблем со здоровьем.

**В целях оплаты.** Мы можем использовать и раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья для выставления счетов и получения оплаты по программе медицинского страхования или от других организаций.

*Пример: мы направляем сведения о вас по адресу вашей программы медицинского страхования, чтобы там могли оплатить оказываемые вам услуги.*

**Для действий по оказанию медицинской помощи.** Мы можем использовать и раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья в целях управления деятельностью Neighborhood Health Center, для повышения качества вашего обслуживания и для связи с вами в случае необходимости.

*Пример: мы просматриваем информацию о состоянии вашего здоровья для оценки эффективности работы персонала и определения потребности в обучении.*

**ОСОБЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА**

Мы вправе или обязаны по закону предоставлять сведения о вас в такой форме, которая способствует общественным интересам, например, здравоохранению и исследованиям. Мы должны выполнить множество условий, предусмотренных законом, прежде чем сможем предоставить сведения о вас в этих целях. Более подробную информацию см. на сайте: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

**Помощь в вопросах здоровья и безопасности населения:** мы можем использовать и раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья в таких ситуациях:

* Предупреждение заболеваний
* Помощь по составлению отзыва продукции
* Сообщения о нежелательных реакциях на лекарственные препараты
* Сообщения о предполагаемом жестоком обращении, пренебрежении обязанностями или домашнем насилии
* Предотвращение или снижение серьезности угрозы чьему-либо здоровью или безопасности

**Соблюдение требований закона:** мы будем предоставлять сведения о вас, если того требуют законы штатов или федеральные законы, в том числе для Department of Health and Human Services, если там хотят убедиться в соблюдении нами федерального закона о неприкосновенности частной жизни.

**Исследования.** Мы вправе использовать и раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья для исследовательских проектов, которые подлежат специальному процессу согласования. Мы запросим у вас разрешение, если исследователю понадобится доступ к вашему имени, адресу или другой информации, которая поможет установить вашу личность.

**Донорство органов и тканей.** Если вы являетесь донором органов, мы можем предоставить информацию о состоянии вашего здоровья организациям, которые занимаются приобретением органов.

**Выполнение запросов о выплате компенсаций работникам, правоохранительных органов и других государственных органов:** мы вправе использовать и раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья в следующих целях:

* Заявления о компенсации работникам
* Деятельность правоохранительных органов
* Службы по надзору в области здравоохранения, уполномоченные законом на ведение такой деятельности.
* Специальные правительственные функции, такие как вооруженные силы, служба национальной безопасности и служба охраны президента.

**Судебные разбирательства и споры.** Мы вправе раскрыть информацию о состоянии вашего здоровья в ответ на судебное распоряжение или приказ административного органа или в ответ на повестку о явке в суд.

**Коронеры, судебно-медицинские эксперты и сотрудники бюро ритуальных услуг.** Мы вправе предоставить информацию о состоянии здоровья коронеру, распорядителю похорон или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для установления личности умершего или причины смерти.

**Привлечение денежных средств.** Мы можем связаться с вами для сбора средств, но вы можете попросить нас больше не обращаться к вам.

**Родные и близкие.** Мы вправе раскрыть информацию о состоянии вашего здоровья вашим родным или близким, если получим от вас устное согласие на это, или если мы предоставим вам возможность возразить против такого раскрытия, и вы не выскажете возражений. Мы также вправе раскрыть информацию о состоянии здоровья вашим родным или близким, если в силу обстоятельств, основанных на нашем профессиональном суждении, мы можем сделать вывод, что вы не будете возражать. Например, мы можем предположить, что вы согласитесь на раскрытие информации о состоянии вашего здоровья вашему супругу (супруге), если ваш супруг (супруга) присутствовал(-а) вместе с вами в смотровом кабинете во время лечения или обсуждения плана лечения.

В ситуациях, когда вы не можете дать согласие (вследствие вашего отсутствия, недееспособности или критического состояния здоровья), мы можем с помощью профессионального суждения определить, что раскрытие информации вашим родным или близким в полной мере отвечает вашим интересам. В такой ситуации мы будем раскрывать только информацию о состоянии здоровья, имеющую отношение к участию данного человека в вашем лечении.

**НАША ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

По закону мы обязаны соблюдать конфиденциальность и безопасность охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья. Если произойдет нарушение закона, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность сведений о вас, мы незамедлительно уведомим вас об этом.

Мы должны соблюдать обязанности и процедуры обеспечения конфиденциальности, описанные в данном уведомлении, и предоставить вам его копию. В случаях с несовершеннолетними пациентами уведомление будет направляться как самим пациентам, так и их родителям или опекунам.

Мы не будем использовать или раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья в целях, отличных от тех, которые указаны в предыдущих разделах, без вашего специального письменного разрешения. Для использования информации о состоянии вашего здоровья в маркетинговых целях, с целью обмена психотерапевтическими записями и продажи сведений о вас требуется письменное разрешение. Вы можете отозвать данное письменное разрешение в любое время. Если вы отзовете свое разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать сведения о вас по причинам, указанным в вашем письменном разрешении, но мы не сможем отменить любое использование или раскрытие информации, сделанное ранее с вашего разрешения.

Более подробную информацию см. на сайте:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ understanding/consumers/noticepp.html.

**УСЛОВИЯ ОРГАНИЗОВАННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Neighborhood Health Center является частью организованной системы здравоохранения, включающей участников информационной сети общественного здравоохранения штата Oregon (Oregon Community Health Information Network, OCHIN). Актуальный список участников OCHIN доступен по адресу www.ochin.org. В качестве делового партнера Neighborhood Health Center OCHIN предоставляет информационные технологии и сопутствующие услуги Neighborhood Health Center и другим участникам OCHIN. OCHIN также участвует в деятельности по оценке и улучшению качества от имени своих участников. Например, OCHIN координирует деятельность по клиническому обзору от имени участвующих организаций для установления стандартов передового уровня и оценки улучшения клинических показателей, которые могут быть получены от использования систем электронных медицинских карт. Также OCHIN помогает участникам в их совместной работе по улучшению управления внутренними и внешними направлениями пациентов. Neighborhood Health Center может передавать информацию о состоянии вашего здоровья другим участникам OCHIN или обмениваться медицинскими сведениями только в тех случаях, когда это необходимо для лечения или в целях организованной системы здравоохранения. Деятельность по оказанию медицинской помощи может включать, среди прочего, геокодирование места вашего проживания для улучшения клинических показателей получаемых вами услуг.

Персональные данные о состоянии здоровья могут содержать медицинские сведения в прошлом, настоящем и будущем, а также информацию, указанную в Правилах конфиденциальности. Информация, в тех случаях, когда ее необходимо раскрыть, будет раскрываться в соответствии с Правилами конфиденциальности или любой другой применяемой правовой нормой в действующей редакции. У вас есть право передумать и отозвать данное согласие, однако вполне возможно, что информация уже была предоставлена с вашего разрешения. Данное согласие будет действовать до тех пор, пока не будет отозвано вами в письменной форме. По запросу вам будет предоставлен список организаций, которым были раскрыты сведения о вас.

**ВАШИ ПРАВА**

У вас есть следующие права в отношении информации о состоянии вашего здоровья:

**Право на ознакомление и копирование.** У вас есть право на доступ к информации о состоянии вашего здоровья, такой как медицинские записи и платежные документы, которые мы храним и используем для принятия решений о вашем лечении. Для получения копии своих записей вам необходимо подать в клинику NHC письменное заявление о предоставлении информации.

**Право на внесение изменений.** Если вы считаете, что информация о состоянии вашего здоровья неверна или неполна, вы можете попросить нас исправить данную информацию. Спросите нас, как это сделать.

Мы можем отклонить ваш запрос на внесение изменений, если ваш запрос подан не в письменной форме или не содержит обоснованных причин. Кроме того, мы можем отклонить или частично отклонить ваш запрос, если вы попросите нас изменить информацию:

* которую мы не создавали, если только лицо или организация, создавшие информацию, больше не могут внести изменения;
* которая не является частью информации о состоянии здоровья, которую мы храним;
* которую вам не разрешили бы просматривать и копировать;
* которая является точной и полной.

**Право на отчет о раскрытии информации.** Вы имеете право запросить отчет о раскрытии информации. Это список случаев раскрытия медицинских сведений о вас в целях, отличных от лечения, оплаты, деятельности по оказанию медицинской помощи, при наличии особого разрешения с вашей стороны и в ограниченном числе особых обстоятельств, связанных с национальной безопасностью, исправительными учреждениями и правоохранительными органами.

Для получения этого списка вам необходимо подать запрос в письменном виде лицу, выписывающему счета. В нем должен быть указан период времени, который не может превышать шести лет. В запросе должно быть указано, в какой форме вы хотите получить список (в печатном или электронном виде). Первый список, который вы запросите в течение 12 месяцев, будет предоставлен бесплатно. За последующие списки мы можем взимать с вас расходы, связанные с их предоставлением. Мы уведомим вас о соответствующих расходах, и вы сможете отозвать или изменить свой запрос до того, как понесете какие-либо расходы.

**Право требовать ограничения.** Вы вправе запросить ограничение или запрет на использование или раскрытие информации о состоянии вашего здоровья для лечения, оплаты или деятельности по оказанию медицинской помощи. Мы не обязаны соглашаться с вашей просьбой и можем отказать в ней, если это повлияет на ваше обслуживание.

**Право на конфиденциальную коммуникацию.** Вы вправе потребовать, чтобы мы связывались с вами по медицинским вопросам определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по почте.

Для запроса конфиденциальной коммуникации, обратитесь к медицинской бригаде, осуществляющей за вами уход. Мы не будем интересоваться причинами вашего запроса. Мы удовлетворим все разумные запросы. В вашем запросе должно быть указано, как или где вы хотите, чтобы с вами связались.

**Право на бумажную копию данного уведомления.** Вы вправе получить бумажную копию данного уведомления. Вы можете в любое время попросить нас предоставить вам копию данного уведомления. Даже если вы согласились получать его в электронном виде, вы все равно имеете право на бумажную копию. Вы также можете найти копию данного уведомления на нашем сайте.

**Выберите того, кто будет действовать от вашего имени:** если вы выдали кому-то доверенность на право представлять интересы пациента, или если кто-то является вашим официальным опекуном, этот человек может пользоваться вашими правами и делать выбор в отношении информации о состоянии вашего здоровья. Прежде чем предпринять какие-либо действия, мы должны убедиться в том, что у данного человека есть такие полномочия, и он может действовать от вашего имени.

**ИЗМЕНЕНИЯ К НАСТОЯЩЕМУ УВЕДОМЛЕНИЮ**

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное уведомление, а также сделать исправленное или измененное уведомление действительным для информации о состоянии вашего здоровья, уже имеющейся у нас, а также для любой информации, которую мы получим в будущем. Новые уведомления будут доступны по запросу в нашем офисе и на нашем сайте: nhcoregon.org.

**ВОПРОСЫ, ОПАСЕНИЯ, ЖАЛОБЫ**

Если у вас есть вопросы по данной политике, или вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете связаться с нами, используя приведенную ниже информацию. Вы также можете обратиться с жалобой в U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону: 1-877-696-6775 или зайдя на наш сайт: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ complaints/.

**Вы не будете оштрафованы за подачу жалобы.**

|  |
| --- |
| Neighborhood Health Center  ATTN: Risk and Compliance  7320 SW Hunziker Road, Suite 300  Portland, OR 97223  503-941-3087  concerns@nhcoregon.org |