

Уведомление о порядке защиты конфиденциальности

Дата вступления в силу: 1 января 2024 г.

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНЫ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ РАЗЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТИМ ДАННЫМ. ПРОСИМ ВАС ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

В данном уведомлении слова «мы», «нас» и «наш» означают Santa Clara Family Health Plan (SCFHP).

В соответствии с законами штата и федеральным законодательством SCFHP обязан защищать конфиденциальность информации о вашем здоровье. Мы также обязываем защищать конфиденциальность информации о вашем здоровье всех поставщиков услуг, работающих с нами по контракту. Настоящим документом мы обязаны уведомить вас о том, как мы можем использовать и передавать ваши данные. В нем также содержится информация о ваших правах.

Ваша информация является личной и конфиденциальной

Мы получаем вашу информацию от вас, от федеральных, местных ведомств и ведомств штата в процессе подачи заявки и после получения вами права на участие в нашем плане медицинского страхования. Мы также получаем медицинскую информацию от ваших поставщиков медицинских услуг, клиник, лабораторий и больниц, чтобы мы могли одобрить и оплатить полученные вами медицинские услуги.

Что такое «защищенная медицинская информация»?

Ваша защищенная медицинская информация (ЗМИ) — это медицинская информация, которая содержит индивидуально идентифицируемые данные, такие как ваше имя, номер социального страхования или другая информация, которая раскрывает вашу личность. Например, ваша медицинская карта является ЗМИ, поскольку содержит ваше имя и другую идентифицирующую личность информацию.

Наши сотрудники соблюдают правила и процедуры, направленные на защиту вашей медицинской информации, предоставленной нам в устной, письменной форме или на электронных носителях. Наши сотрудники проходят обучение, охватывающее внутренние методы использования или раскрытия устной, письменной и электронной ЗМИ участников в рамках организации. Все наши сотрудники, имеющие доступ к вашей медицинской информации, проходят обучение в сфере политики защиты конфиденциальности нашей

организации и законодательства в области защиты информации. Наши сотрудники имеют доступ к минимальному объему информации, необходимому им исключительно для выполнения своей работы.

Наши сотрудники также соблюдают внутренние правила и процедуры для защиты любых разговоров, касающихся вашей медицинской информации. Например, сотрудникам не разрешается говорить о вашей информации в лифте или коридорах. Кроме того, сотрудники должны обеспечивать защиту любых бумажных или электронных документов, содержащих сведения о вашем здоровье, в масштабах всей организации.

Наши компьютерные системы обеспечивают постоянную защиту вашей электронной ЗМИ, используя различные уровни защиты паролем и программные технологии. Факсы, принтеры, копировальные аппараты, экраны компьютеров, рабочие места и портативные носители, содержащие вашу информацию, тщательно защищены от посторонних лиц, которые не должны иметь к ним доступ. Сотрудники должны обеспечивать получение ЗМИ участника, поступающей с факсов, принтеров и копировальных аппаратов, только лицами, имеющими к ней доступ. Переносные устройства, содержащие ЗМИ, зашифрованы и должны быть защищены паролем. Экраны компьютеров должны быть заблокированы во время отсутствия сотрудников на рабочих местах. На рабочих ящиках и шкафах, в которых хранится ЗМИ, установлены надежные замки.

Мы применяем те же меры для защиты, доступа и использования данных о расовой/этнической принадлежности, языке, гендерной идентичности и сексуальной ориентации, что и для ЗМИ. Мы не используем данные о расовой/этнической принадлежности, языке, гендерной идентичности и сексуальной ориентации для установления тарифов или отказа в услугах, страховом покрытии и льготах.

Изменения в уведомлении о порядке защиты конфиденциальности

Мы обязаны соблюдать принципы, изложенные в уведомлении, действующем в настоящий момент. Мы оставляем за собой право на изменение методов защиты конфиденциальности. Любые изменения в наших методах будут применяться ко всей вашей медицинской информации. В случае внесения изменений согласно требованиям законодательства мы уведомим вас об этом.

Как мы можем использовать и предоставлять информацию о вас

Мы можем использовать и предоставлять вашу информацию только в целях лечения, оплаты и медицинского обслуживания. Примеры используемой и предоставляемой нами информации включают в себя:

- ваши имя и фамилию;

- адрес;
- личные факты;
- оказанную вам медицинскую помощь;
- стоимость медицинского обслуживания;
- медицинский анамнез.

В качестве вашего плана медицинского страхования мы можем предпринимать следующие действия:

- проверять, застрахованы ли вы;
- одобрять, предоставлять и оплачивать услуги;
- расследовать или осуществлять уголовное преследование по делу (например, о мошенничестве);
- проверять качество оказанных вам услуг и помощи;
- проверять, получаете ли вы всю необходимую помощь.

Вот несколько примеров того, почему мы предоставляем вашу информацию другим лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании:

- **В целях лечения:** Вам может потребоваться лечение, которое должно быть согласовано заранее. Мы предоставим информацию поставщикам медицинских услуг, больницам и другим лицам для того, чтобы вы смогли получить необходимую вам помощь.
- **В целях оплаты:** Мы используем вашу ЗМИ для возмещения полученных страховых требований об оплате оказанного вам медицинского обслуживания. При этом мы предоставляем информацию поставщикам медицинских услуг, клиникам и другим лицам, выставляющим нам счета за ваше лечение. Кроме того, мы можем перенаправлять счета в другие планы медицинского страхования или организации для оплаты.
- **В целях медицинского обслуживания:** Мы можем использовать информацию в вашей медицинской карте для проверки качества получаемого вами медицинского обслуживания. Мы также можем использовать эту информацию при осуществлении аудита, программ по предотвращению мошенничества и злоупотреблений, при планировании и общем администрировании.
- **Для деловых партнеров:** Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ сторонней компании, которая помогает нам в управлении нашей системой здравоохранения.

Другие примеры использования информации о вашем здоровье

Ниже описаны другие возможные ситуации, в которых мы можем (и имеем право) использовать и/или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию:

- Мы можем передавать медицинскую информацию надзорному органу в сфере здравоохранения для осуществления разрешенных законодательством видов деятельности. Надзорная деятельность может включать в себя аудит, расследования, инспекции, лицензирование или дисциплинарные меры. Эти действия необходимы правительству для контроля за системой здравоохранения, государственными программами и соблюдением законодательства о гражданских правах.
- Вы или ваш врач, больница и другие поставщики медицинских услуг можете не согласиться, если мы примем решение не оплачивать оказанную вам медицинскую помощь. Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для пересмотра таких решений.
- Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию группам, проверяющим оказание услуг нашим планом медицинского страхования.
- Мы можем предоставлять информацию лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании, или вашему личному представителю.
- Мы обязаны предоставлять вашу медицинскую информацию федеральному правительству при проведении проверки соблюдения нами правил защиты конфиденциальности.
- Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию организациям, которые принимают, хранят или осуществляют пересадку донорских органов или тканей.
- Мы можем предоставлять медицинскую информацию о компенсационных выплатах работникам в связи с профзаболеванием или производственной травмой по письменному запросу вашего работодателя, компании страхования работников или их представителей.
- Мы можем использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию для определенных видов научных исследований.
- Мы можем использовать и предоставлять вашу информацию для оценки неравенства в области здравоохранения и улучшения ориентированной на пациента помощи в рамках наших усилий по обеспечению равенства в здравоохранении. Поставщикам предоставляется информация о ваших предпочтительных языках устного общения и переписки.
- Мы можем передавать вашу информацию для проведения мероприятий в области общественного здравоохранения. К ним относятся, помимо прочего, мероприятия по:

- » профилактике или контролю заболеваний, травм или инвалидности;
- » отчетности о рождаемости и смертности;
- » отчетности о жестоком обращении с детьми или неисполнении родительских обязанностей;
- » отчетности о проблемах с лекарственными препаратами и другими медицинскими изделиями;
- » уведомлению об отзыве продукции ее возможных пользователей;
- » уведомлению лиц, которые могут быть подвержены заболеванию или риску заражения или распространения заболевания.

Когда требуется письменное разрешение

Если мы хотим использовать вашу информацию в любых не указанных выше целях, мы обязаны получить ваше разрешение в письменной форме. В случае предоставления такого разрешения вы можете отозвать его в письменной форме в любое время.

Каковы ваши права в области защиты конфиденциальности?

Вы имеете право попросить нас не использовать и не передавать вашу защищенную медицинскую информацию. Мы не обязаны соглашаться и можем не дать на это согласия, если это повлияет на ваши потребности в медицинском обслуживании.

Вы имеете право попросить нас обращаться к вам только в письменной форме или по другому адресу, абонентскому ящику или номеру телефона. Мы удовлетворяем обоснованные просьбы, если предоставление информации указанным вами способом не представляет проблем.

Вы и ваш личный законный представитель имеете право на получение копии информации о вашем здоровье. Вам будет отправлена форма для заполнения, в которой необходимо указать, копию какой именно информации вы хотите получить. Возможно, вам придется оплатить расходы на копирование и отправку данных. Мы можем скрыть от вас определенные части ваших данных по причинам, допускаемым законодательством.

Вы имеете право требовать изменения информации в ваших данных, если она не является достоверной и полной. Вам будет отправлена форма для заполнения, в которой необходимо указать, какие изменения вы хотите внести. Мы можем не согласиться с вашей просьбой, если:

- Информация не создана или не хранится SCFHP.

- Информация не является частью стандартного набора данных, находящихся на хранении в SCFHP.
- Информация собрана для судебного разбирательства или других правовых действий.
- Мы считаем информацию правильной и полной.

Мы сообщим вам, если согласимся внести запрашиваемые вами изменения. В случае нашего несогласия с запрашиваемыми изменениями мы отправим вам письмо с объяснением причин. Вы можете попросить нас пересмотреть наше решение, если вы с ним не согласны. Вы также можете отправить заявление о том, почему вы не согласны с нашими данными. Мы приобщим ваше заявление к вашим данным.

Важная информация: Santa Clara Family Health Plan не располагает полными копиями ваших медицинских документов. Если вы хотите ознакомиться, получить копию или внести изменения в свою медицинскую документацию, обратитесь к своему врачу или в клинику.

Когда мы предоставляем информацию о вашем здоровье, вы имеете право запросить список следующих данных:

- кому мы предоставили информацию;
- когда мы предоставили ее;
- на каких основаниях;
- какая именно информация была предоставлена.

В этот список не будут включены случаи, когда мы предоставляем информацию вам с вашего разрешения, а также в целях лечения, оплаты и медицинского обслуживания.

Вы имеете право запросить распечатанную бумажную копию настоящего уведомления о порядке защиты конфиденциальности.

Данное уведомление также можно найти на нашем веб-сайте www.scfhp.com.

Нарушение конфиденциальности

Нарушение безопасности системы означает несанкционированное получение компьютерных данных, которое ставит под угрозу безопасность, конфиденциальность или целостность персональных данных участника, хранящихся в SCFHP. Добросовестное получение персональных данных участника сотрудником или агентом SCFHP для целей SCFHP не является нарушением безопасности системы при условии, что эти персональные данные не используются и не подлежат дальнейшему несанкционированному раскрытию.

Персональные данные означают имя или инициалы и фамилию участника в сочетании с одним или несколькими из следующих элементов данных, если имя или элементы данных не зашифрованы: 1) номер социального страхования; 2) номер водительского удостоверения или номер идентификационной карты штата Калифорния; 3) номер кредитной или дебетовой карты или номер счета в сочетании с любым необходимым кодом безопасности, кодом доступа или паролем, который позволяет получить доступ к финансовому счету физического лица; 4) медицинская информация; или 5) информация о медицинском страховании. Персональные данные не включают общедоступную информацию, которая на законных основаниях находится в открытом доступе из документов федеральных, местных органов или органов штата. Медицинская информация означает любую информацию, касающуюся медицинского анамнеза участника, его психического или физического состояния, а также лечения или диагноза, поставленного медицинским работником. Информация о медицинском страховании означает номер полиса медицинского страхования участника или идентификационный номер страхователя, любой уникальный идентификатор, используемый медицинской страховой компанией для идентификации участника, или любую информацию в истории заявлений и претензий участника, включая любые записи об апелляциях.

В случае получения конфиденциальной медицинской информации участников SCFHP неуполномоченным лицом SCFHP сообщит о нарушении затронутым участникам в кратчайшие сроки, без необоснованных задержек, в соответствии с законными потребностями правоохранительных органов или любыми мерами, необходимыми для определения масштаба нарушения и восстановления целостности системы данных.

Уведомление участников о нарушении безопасности должно быть написано доступным языком и включать (как минимум) имя и контактную информацию участника, если есть основания считать, что в отношении данного участника могло быть совершено нарушение. Если на момент направления уведомления можно определить любые из следующих сведений, то в уведомлении должны быть указаны: дата нарушения; или предполагаемая дата нарушения; или период времени, в течение которого произошло нарушение. В уведомлении также указываются: дата уведомления; было ли уведомление отложено в результате расследования правоохранительных органов; общее описание инцидента с нарушением; а также бесплатные номера телефонов и адреса основных бюро кредитных историй, если в результате нарушения был раскрыт номер социального страхования, номер водительского удостоверения или номер идентификационной карты штата Калифорния. По усмотрению SCFHP уведомление также может содержать: информацию о мерах, принятых SCFHP для защиты участников, информация которых была взломана; и/или рекомендованные действия, которые участник, чья информация была взломана, может предпринять для своей защиты.

Уведомление о нарушении безопасности может быть направлено одним из следующих способов: 1) в письменной форме; 2) в электронном виде; или 3) альтернативным способом. Альтернативное уведомление может быть использовано SCFHP, если ожидаемая стоимость направления уведомления превысит двести пятьдесят тысяч долларов (\$250 000), или количество затронутых участников, которые должны быть уведомлены, превышает 500 000, или когда SCFHP не располагает достаточной контактной информацией. Альтернативное уведомление должно включать: 1) уведомление по электронной почте, если у SCFHP есть электронный адрес затронутого участника; 2) публикацию уведомления на интернет-сайте SCFHP; и 3) уведомление основных средств массовой информации штата и Управления информационной безопасности Калифорнийского технологического агентства.

Если нарушение затрагивает более 500 участников, SCFHP отправит один экземпляр уведомления о нарушении безопасности (за исключением любой идентифицирующей личность информации) Генеральному прокурору.

С ПРАВИЛАМИ И ПРОЦЕДУРАМИ SCFHP ПО СОХРАНЕНИЮ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ МОЖНО ОЗНАКОМИТЬСЯ ПО ЗАПРОСУ.

Как связаться с нами, чтобы воспользоваться своими правами?

Если вы хотите воспользоваться каким-либо из прав на защиту конфиденциальности, описанных в настоящем уведомлении, позвоните или напишите нам по адресу:

Compliance and Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Бесплатный номер: **1-800-260-2055**
Факс: **1-408-874-1970**
TTY/TDD: **711**

Жалобы

Если вы считаете, что мы не защищаем вашу конфиденциальность, то можете подать жалобу (или претензию), позвонив или написав нам по адресу:

Attn: Compliance and Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Бесплатный номер: **1-800-260-2055**
Факс: **1-408-874-1970**
TTY/TDD: **711**

ИЛИ можете обратиться в нижеуказанные ведомства:

Горячая линия Отдела по защите данных/Отдел по соблюдению требований
HIPAA (Office of HIPAA Compliance, ОНС)
Телефон: **1-916-445-4646**
Бесплатный номер: **1-866-866-0602**
Эл. почта: **privacyofficer@dhcs.ca.gov**

Attn: Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th St, Ste 4-100
San Francisco, CA 94103
Customer Response Center: **1-800-368-1019**
Факс: **1-202-619-3818**
TDD: **1-800-537-7697**
Эл. почта: **ocrmail@hhs.gov**

Не бойтесь пользоваться своими правами

Мы не можем лишит вас медицинского обслуживания или причинить вам какой-либо вред, если вы подадите жалобу или воспользуетесь какими-либо правами на конфиденциальность, описанными в настоящем уведомлении.

Вопросы

Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу данного уведомления и вы хотите получить дополнительную информацию, свяжитесь с сотрудником SCFHP по вопросам конфиденциальности по указанному выше адресу и номеру телефона. Чтобы получить копию настоящего уведомления на других языках, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или компакт-диске, позвоните или напишите сотруднику SCFHP по вопросам конфиденциальности по номеру или адресу, указанному на странице 8.