

## **Департамент здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка Уведомление о порядке использования личной информации**

Вступление в силу: 20 июля 2021 года

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ КАСАЮЩАЯСЯ ВАС МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ЭТОТ ДОКУМЕНТ.

Если у вас есть какие-то вопросы, обратитесь к директору клиники или менеджеру по оказанию медицинских услуг. Вы также можете обратиться к директору Департамента здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка (Департамент здравоохранения NYC) по обеспечению конфиденциальности по телефону 347-396-6007 или электронной почте [PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov).

Охраняемая информация о состоянии здоровья (ОИСЗ — protected health information, PHI) — это информация о здоровье человека, которая передается в устном, письменном или электронном виде. Она охватывает информацию общего характера (ваш возраст, почтовый адрес и адрес электронной почты), а также информацию о вашем физическом и психическом здоровье. ОИСЗ также включает данные о полученных вами медицинских услугах и оплате этих услуг. Департамент здравоохранения NYC защищает конфиденциальность охраняемой информации о состоянии здоровья в соответствии со всеми применимыми законами, правилами и нормативными актами.

Эта информация предоставляется вам в соответствии с требованиями Закона о мобильности и подотчетности медицинского страхования 1996 года (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA). В этом уведомлении описывается, как Департамент здравоохранения NYC может использовать и раскрывать (или передавать третьим лицам) вашу ОИСЗ, а также как она защищена. Это уведомление также описывает ваши права и обязанности Департамента здравоохранения NYC при использовании и обработке вашей ОИСЗ.

### **Для кого предназначено это уведомление**

Департамент здравоохранения NYC рассматривается законом HIPAA гибридной организацией, потому что оказывает медицинские услуги и является государственным органом здравоохранения. Медицинские услуги входят в сферу действия закона HIPAA, но государственное здравоохранение — нет.

Это уведомление распространяется на медицинские услуги, которые оказываются в соответствии с законом HIPAA. Ответственность за исполнение требований этого уведомления несут все сотрудники Департамента здравоохранения NYC, которые имеют право использовать и передавать вашу ОИСЗ третьим лицам.

### **Обязанности Департамента здравоохранения NYC**

По закону клиники Департамента здравоохранения NYC обязаны:

- Обеспечивать конфиденциальность и надежность хранения ОИСЗ;
- Сообщать вам о любой юридической ответственности и порядке использования личной информации, который применяется при использовании или передаче вашей ОИСЗ третьим лицам;

### **Законы об обеспечении конфиденциальности**

Несколько федеральных и городских законов, а также законов штата об обеспечении конфиденциальности информации накладывают ограничения на использование или передачу ОИСЗ третьим лицам. Эти законы распространяются на лечение химической зависимости, тестирование на ВИЧ/СПИД и их лечение, тестирование на заболевания, передаваемые половым путем, а также лечение психических заболеваний. Политика Департамента здравоохранения NYC и данное уведомление соответствуют требованиям этих законов.

### **Как Департамент здравоохранения NYC может использовать или раскрывать вашу ОИСЗ**

#### **Когда Департамент здравоохранения NYC должен раскрыть вашу ОИСЗ**

По закону Департамент здравоохранения NYC обязан предоставлять вам доступ к вашей ОИСЗ, кроме тех случаев, когда это может повредить вашему здоровью.

По запросу Департамент здравоохранения NYC также обязан предоставить вашу ОИСЗ секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) во время расследований о правильности нашего соблюдения законов о защите вашей ОИСЗ.

#### **Лечение**

Департамент здравоохранения NYC может использовать или передавать вашу ОИСЗ, в том числе рекомендации врачей, третьим лицам для предоставления необходимого лечения или оказания медицинских услуг.

#### **Оплата**

Ваша ОИСЗ при необходимости будет использоваться для выставления счетов и оплаты лечения и предоставленных вам медицинских услуг. Департамент здравоохранения NYC может предоставлять информацию о вашем лечении представителям вашей программы медицинского страхования (в том числе Medicaid) или организации, которая занимается медицинским обслуживанием, чтобы получить одобрение платежа.

#### **Действия в области здравоохранения**

Департамент здравоохранения NYC может использовать или передавать вашу ОИСЗ третьим лицам при осуществлении действий в области здравоохранения. Врачи могут использовать вашу ОИСЗ для анализа вашего лечения, его результатов, а также сравнения этих результатов с данными других пациентов. Например, ваша ОИСЗ может просматриваться для обучения, управления рисками или повышения качества и эффективности ухода и услуг, которые мы оказываем.

Департамент здравоохранения NYC будет предоставлять вашу ОИСЗ сторонним партнерам, которые оказывают Департаменту какие-либо услуги, например, по выставлению счетов. Партнеры также обязаны защищать вашу ОИСЗ.

Департамент здравоохранения NYC может удалять любую персональную информацию, чтобы вашу ОИСЗ при использовании во время обучения медицине или оказания услуг нельзя было связать непосредственно с вами.

#### **Напоминания о записях к врачам**

Департамент здравоохранения NYC может использовать или передавать вашу ОИСЗ третьим лицам, чтобы напоминать вам о назначенных записях к врачам. В этих напоминаниях причина вашего визита к врачу не указывается.

#### **Требования федеральных и городских законов, а также законов штата**

Департамент здравоохранения NYC может передавать третьим лицам вашу ОИСЗ, если этого требуют федеральные или городские законы, правила или нормативные акты, а также законы, правила или нормативные акты штата.

#### **Действия государства в области здравоохранения**

Департамент здравоохранения NYC может передавать вашу ОИСЗ любым иным государственным органам здравоохранения, которые могут легально получать ОИСЗ в целях мониторинга государственной системы здравоохранения **или** контроля заболеваний, травм или нарушений здоровья. Это распространяется на отчеты о заболеваниях, рождениях или смертях.

#### **Жестокое обращение с детьми**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять вашу ОИСЗ любым правительственным органам, которые могут по закону получать отчеты о жестоком обращении с детьми.

#### **Контроль в сфере здравоохранения**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять вашу ОИСЗ любому контролирующему агентству в области здравоохранения (например, для проведения аудиторских проверок, расследований, инспекций или выдачи лицензий), которое занимается мониторингом системы здравоохранения, правительственных льготных программ, иных правительственных регуляторных программ или соблюдения законов гражданского права.

#### **Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA)**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять вашу ОИСЗ любому физическому или юридическому лицу, если этого потребует Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), в целях:

- Отчетности о дефектах продуктов, отрицательных реакциях или иных проблемах;
- Сообщения об изменениях в биологических продуктах;
- Отслеживания продукции;
- Отзыва продукции;
- Выплаты компенсаций или замены продукции;
- Проведения послерегистрационных наблюдений.

#### **Процессуальные действия**

Департамент здравоохранения NYC может предоставить вашу ОИСЗ третьим лицам в ответ на требования любого суда или административного предписания, если вы являетесь участником

рассмотрения судебного дела или иного юридического разбирательства. Мы также можем предоставлять вашу ОИСЗ в ответ на любую повестку, запрос документов или иные законные процессуальные действия, но лишь в том случае, если вы были уведомлены об этом запросе.

### **Охрана правопорядка**

Департамент здравоохранения NYC может передавать вашу ОИСЗ, если соответствующий запрос поступит со стороны официальных представителей органов охраны правопорядка:

- В ответ на любой судебный приказ, повестку, ордер, процессуальный или иной аналогичный документ;
- Для выявления или нахождения подозреваемых, лиц, укрывающихся от закона, свидетелей или пропавших без вести;
- Для получения информации о лицах, которые стали жертвами преступлений, если мы не можем получить их согласие;
- Для получения информации о смерти, если она по имеющимся у нас данным могла произойти в результате преступления;
- Для получения информации о преступлении, которое произошло в одной из наших клиник;
- В экстренном случае для сообщения о преступлении или получения информации о том:
  - где произошло преступление или можно найти людей, ставшими его жертвами;
  - кто совершил преступление или где можно найти этого человека.

### **Коронеры, распорядители похорон и донорство органов**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять ОИСЗ коронеру или судмедэксперту с целью опознания умершего человека или выяснения причин и обстоятельств его кончины. Мы также в объеме, разрешенном законом, можем предоставлять ОИСЗ распорядителям похорон, чтобы помочь им выполнить свою работу. ОИСЗ также может использоваться или передаваться третьим лицам в целях донорства органов.

### **Исследования**

В некоторых случаях Департамент здравоохранения NYC использовать вашу ОИСЗ и передавать ее третьим лицам в целях проведения исследований. Для этого исследование должно быть одобрено Институциональным наблюдательным советом (Institutional Review Board) Департамента здравоохранения NYC и проводиться в соответствии со всеми применимыми законами, правилами и нормативными актами.

### **Родительский доступ**

Согласно некоторым законам штата ОИСЗ можно предоставлять родителям и законным опекунам. Департамент здравоохранения NYC обязуется выполнять все применимые законы.

### **Страхование от несчастных случаев**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять вашу ОИСЗ в целях исполнения любых законов о страховании от несчастных случаев или требований схожих программ, которые дают льготы при получении производственных травм или наличии профессиональных заболеваний.

### **Преступные деяния**

Некоторые федеральные законы и законы штата требуют, чтобы Департамент здравоохранения NYC раскрывал вашу ОИСЗ, если мы считаем что ее использование или раскрытие позволят предотвратить или смягчить серьезную и непосредственную угрозу обществу, а также здоровью

или безопасности отдельного человека. Мы также при необходимости можем раскрыть вашу ОИСЗ, чтобы помочь правоохранительным органам выявить или арестовать преступника.

### **Заклученные**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять ОИСЗ заключенных представителям соответствующих исправительных учреждений, если это требуется для обеспечения здоровья и безопасности этих заключенных или иных лиц.

### **Военная деятельность и ветераны**

Если вы являетесь служащим вооруженных сил, Департамент здравоохранения NYC по требованию может предоставлять вашу ОИСЗ вашему командованию. Мы также можем предоставить ОИСЗ иностранных военных соответствующим иностранным военным властям.

### **Национальная безопасность и разведывательная деятельность**

Департамент здравоохранения NYC может предоставлять вашу ОИСЗ уполномоченным представителям федеральных разведывательных служб, контрразведывательных служб и иных органов по обеспечению национальной безопасности в рамках, предусмотренных законом. Мы также можем раскрывать вашу ОИСЗ официальным представителям федеральных властей в целях проведения специальных расследований или защиты президента, иных уполномоченных лиц или глав иностранных государств.

### **Люди, которые занимаются вашим здравоохранением**

Если вы однозначно не выскажитесь против, Департамент здравоохранения NYC может использовать или предоставить ОИСЗ третьим лицам, чтобы сообщить членам вашей семьи или личным представителям ваше местоположение и медицинский статус. Вы можете запретить подобное использование или раскрытие своей ОИСЗ. Если вы не можете принять решение или находитесь в критической ситуации, мы можем предоставлять вашу ОИСЗ третьим лицам, если считаем, что это делается в ваших интересах.

### **Ваши права в отношении вашей ОИСЗ**

Хотя ваша медицинская карта является собственностью Департамента здравоохранения NYC, представленная в ней информация принадлежит вам. Ниже описаны ваши права в отношении вашей ОИСЗ. Вы можете подать любой из перечисленных ниже запросов в письменном виде директору своей клиники, менеджеру по оказанию медицинских услуг или их заместителям:

**Право на просмотр и копирование** Ваша ОИСЗ хранится в виде специализированного набора документов и может применяться для принятия решений об оказании вам медицинских услуг. Специализированный набор документов обычно содержит медицинские записи и данные о выставлении счетов. Вы имеете право просматривать и получать эту информацию, пока Департамент здравоохранения NYC хранит ее. Это право не распространяется на:

- Заметки психотерапевта;
- Информацию, которую собирают, чтобы использовать или потенциально использовать в спорах по гражданским, уголовным или административным делам или в соответствующем делопроизводстве;
- ОИСЗ, доступ к которой ограничен законом.

Департамент здравоохранения NYC в некоторых ситуациях может отказывать вам в просьбе

просмотреть или получить информацию о вашем здоровье. Если вам отказали в доступе к информации о вашем здоровье, вы можете обратиться к директору по обеспечению конфиденциальности и потребовать пересмотра отказа.

**Право потребовать пересмотра:** Если вы считаете, что информация о вашем здоровье, которая имеется у нас, неверна или неполна, вы можете попросить нас изменить (исправить или дополнить) эту информацию. Вы имеете право потребовать изменить эту информацию, пока Департамент здравоохранения NYC хранит ее. Департамент здравоохранения NYC может отказать вам в этом требовании, если оно не представлено в письменном виде и не содержит вескую причину. Мы также можем отказать вам в исправлении информации, которая:

- Не была создана Департаментом здравоохранения NYC, если только исправления или дополнения не может внести человек или орган, создавший эту информацию;
- Не является частью информации о здоровье, которую хранит Департамент здравоохранения NYC или которая хранится для Департамента здравоохранения NYC;
- Не является частью информации, которую вы можете просматривать и получать;
- Является точной и полной.

**Право получения уведомлений об утечках:** Департамент здравоохранения NYC обязан быстро уведомить вас в том случае, если конфиденциальность или безопасность вашей информации была скомпрометирована.

**Право на получение отчета о раскрытии:** Отчет о раскрытии представляет собой список лиц и организаций, которым была передана ваша ОИСЗ. Этот список не содержит данных о раскрытии информации в целях лечения, оплаты или оказания медицинских услуг в соответствии с приведенным в этом уведомлении, а также некоторых других случаях раскрытия (например, о тех, о которых нас попросили вы). У вас есть право на получение отчета о раскрытии ОИСЗ за период, который начинается не более чем за шесть лет до подачи соответствующего требования.

**Право требования ограничений:** У вас есть право потребовать ограничения объема ОИСЗ, которую мы используем или предоставляем третьим лицам, в целях вашего лечения, осуществления платежей или оказания медицинских услуг. Вы также имеете право потребовать ограничить объем вашей ОИСЗ, которую мы передаем третьим лицам, вовлеченных в оказание вам медицинских услуг или организацию их оплаты. Мы не обязаны соглашаться с вашим требованием.

Если вы полностью оплатили услугу или медицинское изделие собственными деньгами, вы можете попросить нас не предоставлять вашу информацию вашему поставщику услуг медицинского страхования в целях оплаты или оказания медицинских услуг. Мы согласимся с этим требованием, если раскрытие этой информации не требуется законом.

**Право требовать конфиденциальности коммуникации:** Вы можете потребовать от нас, чтобы мы связывались с вами с помощью альтернативных способов для защиты вашей конфиденциальности. Например, вы можете попросить нас связываться с вами во время работы или по электронной почте. Вы также можете попросить нас направлять вам необходимую информацию в закрытом конверте, а не открыткой.

Если вы хотите, чтобы мы связывались с вами в частном порядке, направьте соответствующий

письменный запрос директору клиники или его заместителю. В вашем запросе должна присутствовать информация о том, каким способом связи и в какое время вы предпочитаете пользоваться. Если вы пользуетесь услугами более чем одной клиники, вы должны направить запрос в каждую из них.

**Право выбора своего представителя:** Если вы выдали кому-либо доверенность на право представлять свои медицинские интересы (то есть право принимать за вас медицинские решения, если вы не можете сделать это сами) или если какое-либо лицо является вашим законным опекуном, это лицо может принимать решения в отношении вашей ОИСЗ за вас.

**Право получить копию данного уведомления:** Вы в любой момент можете запросить бумажную копию данного уведомления. Обратитесь к директору вашей клиники, менеджеру по оказанию медицинских услуг или директору по обеспечению конфиденциальности по телефону 347-396-6007.

### **Право на использование ОИСЗ**

Закон HIPAA требует от нас, чтобы мы получили ваше письменное согласие на использование и раскрытие вашей ОИСЗ в следующих целях:

- Маркетинг;
- Продажа вашей информации (политика Департамента здравоохранения NYC заключается в том, чтобы **не** продавать вашу ОИСЗ);
- Раскрытие заметок психотерапевта.

Департамент здравоохранения NYC запросит ваше письменное согласие на использование или раскрытие вашей ОИСЗ по причинам, не упомянутым в этом уведомлении или применимым к нам законам. Если вы дадите нам разрешение на использование или передачу вашей ОИСЗ третьим лицам, вы можете в любой момент отозвать это разрешение в письменном виде. В случае отзыва разрешения Департамент здравоохранения NYC больше не будет передавать вашу ОИСЗ третьим лицам по причинам, указанным в вашем письменном разрешении. Мы не можем отменить ранее осуществленное с вашего разрешения раскрытие информации.

### **Изменения данного уведомления**

Мы можем изменить свой порядок использования личной информации или данное уведомление. Мы можем распространить любые изменения, внесенные в данное уведомление, на ОИСЗ, которой мы уже владеем, а также на информацию, которую мы можем получить в будущем.

Мы будем публиковать копию данного уведомления во всех клиниках. Дата вступления в силу данного уведомления (то есть день, с которого оно начинает действовать) будет указана наверху в центре первой страницы и внизу в центре последней страницы уведомления. Кроме того, при обновлении этого уведомления вам станет доступна копия новой версии. Вы также можете в любой момент запросить копию нашего уведомления и ознакомиться с его последней версией на странице [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health) по поисковому запросу «HIPAA».

### **Жалобы**

Если вы считаете, что конфиденциальность ваших данных была нарушена, вы можете направить письменную жалобу секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США или

директору Департамента здравоохранения NYC по обеспечению конфиденциальности по ниже адресам. За отправку жалобы штрафы не взимаются:

- Направьте свою жалобу электронным письмом по адресу **PrivacyOfficer@health.nyc.gov**.
- Отправьте свою жалобу почтой по адресу:
  - NYC Department of Health and Mental Hygiene's Chief Privacy Officer at Gotham Center  
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30 Queens, NY 11101

## Подтверждение о получении уведомления о порядке использования личной информации

Подписывая данный документ и указывая дату подписания на нем дату, я подтверждаю, что получил(-а) копию уведомления о порядке использования личной информации Департамента здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка.

Имя пациента (печатными буквами)	
Подпись пациента	Дата

Если вы являетесь личным представителем и заполняете этот документ за другого пациента, также укажите ниже ваше имя печатными буквами.

Имя личного представителя (печатными буквами)	
Подпись личного представителя	Дата

<b>Заполняется уполномоченным должностным лицом</b>
<input type="checkbox"/> Пациент отказался от подписи <input type="checkbox"/> Пациент был не в состоянии поставить подпись
Инициалы сотрудника Департамента здравоохранения NYC: _____
<b>Дата:</b> _____