



Совместное уведомление VNSNY ОНСА о порядке обращения с конфиденциальной информацией

В ДАННОМ СОВМЕСТНОМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ (ДАЛЕЕ «УВЕДОМЛЕНИЕ») ОПИСЫВАЮТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

Кто должен соблюдать требования этого Уведомления?

Нижеуказанные компании («Компании-участницы») обязаны соблюдать требования настоящего Уведомления и могут использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию только в соответствии с условиями, отраженными в данном Уведомлении. Эти компании заключили между собой соглашение о совместной деятельности в сфере здравоохранения (organized health care arrangement, ОНСА) и в контексте требований о соблюдении конфиденциальности выступают в качестве единой организации под названием VNSNY Organized Health Care Arrangement (VNSNY ОНСА). Участницами VNSNY ОНСА являются следующие компании:

	<p>Visiting Nurse Service of New York Home Care II, осуществляющая свою деятельность под наименованием Visiting Nurse Service of New York Home Care</p>
 	<p>New Partners, Inc., осуществляющая свою деятельность под наименованием Partners in Care</p>
  	<p>VNS CHOICE, осуществляющая свою деятельность под наименованием VNSNY CHOICE</p>
	<p>Visiting Nurse Service of New York Hospice Care, осуществляющая свою деятельность под наименованием VNSNY Hospice and Palliative Care</p>
	<p>Medical Care at Home, P.C., осуществляющая свою деятельность под наименованием ESPRIT Medical Care</p>
 	<p>VNSNY Care Management IPA, Inc., осуществляющая свою деятельность под наименованием VNSNY Care360° Solutions</p>

Главной целью организации VNSNY ОНСА является улучшение качества предоставляемого вам ухода. Членство в ОНСА позволяет Компаниям-участницам обмениваться медицинской информацией между собой для управления совместной текущей деятельностью. Изложенный в настоящем Уведомлении порядок обращения с конфиденциальной информацией обязаны соблюдать все Компании-участницы, их работники и деловые

партнеры. Данное Уведомление не влияет на независимый статус Компаний-участниц и не возлагает на них солидарную ответственность за небрежность, ошибки и нарушения требований со стороны других Компаний-участниц.

В целях обеспечения ухода и оплаты предоставляемых услуг Компании-участницы должны принимать меры по сбору, созданию и хранению медицинской информации о вас, которая включает полученную от вас или от других лиц личную информацию, касающуюся состояния вашего физического и психического здоровья в прошлом, настоящем и будущем, а также полученных вами медицинских услуг и их оплаты. Каждая Компания-участница обязана по закону обеспечивать конфиденциальность такой информации. В настоящем Уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией изложен порядок использования и раскрытия Компаниями-участницами вашей медицинской информации и разъясняются определенные права, которые у вас есть в отношении этой информации. По закону каждая Компания-участница обязана доводить до вашего сведения содержание настоящего Уведомления и выполнять его положения.

Порядок использования и раскрытия Компаниями-участницами VNSNY OHCA вашей медицинской информации

Компании-участницы защищают вашу медицинскую информацию от ненадлежащего использования и раскрытия. Компании-участницы будут использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию только в целях, указанных ниже.

1. Использование и раскрытие информации в целях обеспечения оплаты и осуществления медицинской деятельности. VNSNY OHCA может использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для предоставления вам ухода или лечения, получения оплаты за предоставленные вам услуги и осуществления медицинской деятельности, как подробно описано ниже.
 - a. Лечение и управление обслуживанием. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для содействия в получении вами необходимого лечения от Компаний-участниц, а также для координации и управления уходом, получаемым вами от других поставщиков медицинских услуг. Например, врач Компании-участницы может обсудить с вашим основным лечащим врачом состояние вашего здоровья для планирования оказания вам клинических услуг на дому. Мы также можем оставлять защищенную медицинскую информацию у вас дома, чтобы другие лица, осуществляющие уход за вами, были в курсе необходимой информации.
 - b. Оплата услуг. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в целях осуществления нашей собственной деятельности, связанной с оплатой услуг, а также с целью оказания содействия другим поставщикам медицинских услуг в осуществлении деятельности, связанной с оплатой услуг. Осуществляемая нами деятельность, связанная с оплатой услуг, включает в себя проверку вашего права на получение льгот и получение оплаты от иных страховщиков, предоставляющих вам страховое покрытие, в том числе от федеральных ведомств и ведомств штата.
 - c. Осуществление медицинской деятельности. Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию о вас для поддержки функций VNSNY OHCA, которые включают в себя управление обслуживанием, принятие мер, направленных на повышение качества обслуживания, оценку качества и эффективности нашей работы и рассмотрение ваших жалоб или претензий. Мы также можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию с целью оказания содействия другим

поставщикам медицинских услуг в осуществлении некоторых видов медицинской деятельности.

2. Использование и раскрытие медицинской информации без вашего согласия или разрешения. Компании-участницы могут использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего специального письменного разрешения в следующих целях:
- a. В целях, предусмотренных законом. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию во исполнение требований законодательства штата, а также федерального и местного законодательства.
 - b. В рамках мероприятий в сфере общественного здравоохранения. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию компетентным и прочим ведомствам и организациям в рамках мероприятий в сфере общественного здравоохранения, таких как: профилактические и противозидемические мероприятия, направленные на борьбу с различными заболеваниями, травматизмом и инвалидизирующими факторами; а также предоставление информации о количестве родившихся, умерших, случаях жестокого обращения с детьми и неисполнения родительских обязанностей по отношению к детям, случаях бытового насилия, возможных проблемных ситуациях с продукцией, обращение и использование которой регулируется Управлением по контролю за продуктами питания и лекарствами (Food and Drug Administration), а также об инфекционных заболеваниях.
 - c. Для обеспечения защиты жертв жестокого обращения, пренебрежения или бытового насилия. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию соответствующим правительственным учреждениям, если мы считаем, что вы стали жертвой жестокого обращения, пренебрежения или бытового насилия, и вы даете свое согласие на раскрытие такой информации, или же в случаях, когда раскрытие такой информации необходимо или разрешено в соответствии с законом. Мы сообщим вам о раскрытии нами вашей медицинской информации в этих целях, за исключением случаев, когда сообщение об этом вам или лицу, осуществляющему уход за вами, может, по нашему мнению, поставить под серьезную угрозу вашу безопасность или безопасность другого лица.
 - d. Для содействия надзору в сфере здравоохранения. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию контрольно-надзорным органам в сфере здравоохранения, проводящим инспекционные мероприятия, санкционированные на законодательном уровне, такие как проверки, расследования и инспекции, предусмотренные в рамках лицензирования.
 - e. В рамках юридических разбирательств и административных процедур. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в рамках любой юридической или административной процедуры во исполнение соответствующего распоряжения суда или административного органа.
 - f. В рамках правоохранительных мер. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию правоохранительным органам в ответ на постановление суда, повестку в суд, судебный ордер, вызов в суд или аналогичное требование; для содействия в выявлении или обнаружении подозреваемого или пропавшего без вести; для предоставления сведений о жертве преступления, о смерти, которая, по нашему мнению, может быть результатом преступных действий, или о доказательствах преступного поведения на наших объектах; а также, в чрезвычайных ситуациях, для сообщения о преступлении, месте преступления или потерпевших либо для

идентификации, описания или определения местонахождения лица, совершившего преступление.

- g. Сообщение об умерших. При необходимости и в рамках, предусмотренных законом, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию судебному следователю, судебно-медицинскому эксперту или директору похоронного бюро.
- h. Донорство органов и тканей. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию центрам по забору и хранению донорских органов и другим аналогичным организациям с целью содействия им в рамках мероприятий, связанных с донорством, хранением и трансплантацией органов или тканей.
- i. В исследовательских целях. Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в научно-исследовательских целях, например в рамках исследований, посвященных сравнению преимуществ различных вариантов лечения, полученного нашими участниками, или исследований, связанных с повышением качества предоставляемого ухода. Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в научно-исследовательских целях только после одобрения такого использования или раскрытия информации экспертным советом нашей организации, которая обязана следовать специальной процедуре одобрения использования и раскрытия информации. Решение об одобрении использования или раскрытия вашей медицинской информации в научно-исследовательских целях выносится экспертным советом нашей организации по результатам оценки соотношения степени необходимости получения исследователями такой информации (а также потенциальной значимости результатов исследования) и необходимости обеспечения конфиденциальности вашей информации. В определенных случаях перед использованием вашей медицинской информации в научно-исследовательских целях мы должны получить от вас письменное разрешение.
- j. В целях защиты здоровья и безопасности. Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию, если это необходимо для предотвращения или уменьшения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности либо здоровью или безопасности общественности. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию государственным и частным организациям, оказывающим помощь при массовых бедствиях, таким как организация Красного Креста и другим организациям, участвующим в противодействии биотерроризму.
- k. В рамках специальных функций государственных органов. Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию государственным органам для содействия в принятии определенных мер. Если вы служите в вооруженных силах Соединенных Штатов Америки или другого государства, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию компетентным военным ведомствам в соответствующем объеме. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию служащим федеральных организаций в связи с проведением законных разведывательных операций или операций в сфере обеспечения национальной безопасности.
- l. В целях компенсационных выплат работникам в связи с травмами на рабочем месте. Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и раскрывать ее в соответствии с нормами законодательства, регламентирующими функционирование программ компенсационных выплат работникам в связи с травмами на рабочем месте и других аналогичных программ, обеспечивающих льготы в связи с профессиональным травматизмом или заболеваниями.
- m. Лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании. Мы можем раскрывать

вашу медицинскую информацию членам вашей семьи, другим родственникам и близким друзьям, оказывающим вам помощь в получении медицинского обслуживания. Если мы можем с вами связаться, мы дадим вам возможность возразить против такого раскрытия информации, и мы не будем раскрывать ее, если вы возражаете. Если мы не можем с вами связаться, мы определим, будет ли раскрытие информации вашей семье или друзьям отвечать вашим интересам, с учетом обстоятельств и на основании нашего профессионального суждения.

- n. Напоминания о приемах и процедурах, информация о лечении и услугах. Мы можем связаться с вами, чтобы напомнить о назначенном приеме у врача или процедуре, а также поделиться с вами информацией о возможных вариантах лечения и других услугах в сфере здравоохранения, которые могут вас заинтересовать.
 - o. Сбор средств. Поскольку мы являемся некоммерческой организацией здравоохранения, наше головное агентство, Visiting Nurse Service of New York (VNSNY), может идентифицировать вас в качестве пациента для целей сбора средств и маркетинга. Вы имеете право отказаться от получения таких сообщений о сборе средств, связавшись с нами по адресу электронной почты или номеру телефона, который мы указываем в сообщениях о сборе средств, либо заполнив и отправив по почте открытку, содержащуюся в сообщении о сборе средств (почтовая пересылка оплачена).
 - p. Случайное использование и раскрытие информации. Иногда происходит случайное использование и раскрытие вашей медицинской информации, что не считается нарушением ваших прав. Случайное использование и раскрытие информации являются побочным следствием ее разрешенного использования или раскрытия. Такие случаи происходят редко и не могут быть разумно предотвращены.
 - q. Соглашение о совместной деятельности в сфере здравоохранения. Как указано в начале данного Уведомления, мы участвуем в соглашении ОНСА и можем передавать защищенную медицинскую информацию Компаниям-участницам для осуществления медицинской деятельности, если это не запрещено или не ограничено другим законом или постановлением. Например, ваша медицинская информация может быть передана в ОНСА для оценки качества, эффективности и стоимости обслуживания.
3. Особый режим обращения с некоторой документацией. В отношении информации, связанной с ВИЧ, генетической информации, документации о злоупотреблении психоактивными веществами и другой особо защищенной медицинской информации могут применяться специальные меры защиты конфиденциальности в соответствии с действующим законодательством штата и федеральным законодательством. Любое раскрытие такой информации и документации подлежит особым мерам защиты. В частности, если это относится к вам, то медицинская документация, касающаяся злоупотребления психоактивными веществами и регламентируемая положениями Тома 42 Свода федеральных правил, Часть 2, не будет передаваться Компаниям-участницам, если такое раскрытие не разрешено Частью 2.
4. Получение вашего разрешения на использование и раскрытие информации в других целях. В некоторых случаях использование и раскрытие вашей медицинской информации будет производиться только с вашего письменного согласия, включая использование и (или) раскрытие: (а) записей психотерапевта (при необходимости); (б) в маркетинговых целях; а также (с) в случаях, представляющих собой продажу защищенной медицинской информации согласно правилам защиты

конфиденциальности. Компании-участницы не будут использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в целях, которые не указаны в настоящем Уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией, если мы не получили на это письменного разрешения от вас или вашего официального представителя. Если вы предоставили нам письменное разрешение, вы можете в любой момент отозвать его; в этом случае мы не будем более использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в целях, для которых было предоставлено разрешение; использование и раскрытие информации в таком случае будет осуществляться в соответствии с данным разрешением лишь в мере, необходимой для предоставления вам ухода.

5. Услуги Управления по делам детей и семей (Children and Family Services) и услуги по охране психического здоровья. Если вы решите получать услуги от других программ VNSNY, в том числе услуги для детей и семей (Children and Family Services) или услуги по охране психического здоровья, то вы будете проинформированы об особых мерах по обеспечению конфиденциальности, связанных с этими программами, в дополнение к мерам, изложенным в настоящем Уведомлении.

Ваши права в отношении своей медицинской информации

У вас есть следующие права в отношении своей медицинской информации:

1. Право на доступ к информации для ее проверки и получения копий. Вы имеете право осуществить проверку или запросить копию содержащейся у нас медицинской информации о вас. В своем запросе вы должны указать, какую информацию вы хотите изучить, и формат, в котором вы желаете ее получить. В некоторых ограниченных случаях мы можем отказать вам в проверке или получении копии такой информации. За эту услугу мы можем взимать разумную плату, основанную на затратах. При определенных обстоятельствах мы также можем отклонить запрос на доступ к медицинской информации, если это может повлечь нанесение ущерба вам или другим людям. Если мы отклоняем запрос на доступ к информации по этим основаниям, вы имеете право на обжалование нашего отказа в соответствии с требованиями применимого законодательства.
2. Право запрашивать внесение изменений. Вы вправе запросить внести изменения в любую имеющуюся у нас медицинскую информацию о вас, при условии, что вы указываете причину, по которой эту информацию следует считать неверной или неполной. Компании-участницы могут отказать вам во внесении запрашиваемых изменений. Если мы не согласны с внесением запрашиваемых изменений, мы направим вам письменное уведомление с инструкциями о том, каким образом вы можете внести в нашу документацию записи о своем несогласии с нашим решением.
3. Право на получение сведений о раскрытии нами вашей информации. Вы имеете право на получение списка случаев раскрытия вашей медицинской информации Компаниями-участницами. Список не будет содержать случаи раскрытия, предусмотренные в определенных целях, к примеру, случаи раскрытия информации в целях проведения лечения, осуществления оплаты, осуществления медицинской деятельности, также случаи раскрытия, на которые вы дали письменное разрешение. В вашем запросе должны быть указаны временные рамки, которые не могут превышать шести лет. Список случаев раскрытия медицинской информации по первому запросу, поданному за любой 12-месячный период, будет предоставлен бесплатно. За дополнительные списки,

запрашиваемые в течение того же самого 12-месячного периода, может взиматься номинальная плата.

4. Право на подачу запроса об ограничении использования и раскрытия вашей информации. Вы вправе потребовать ограничения способов использования и раскрытия нами вашей медицинской информации в целях проведения лечения, осуществления оплаты, осуществления медицинской деятельности, а также раскрытия этой информации организациям, оказывающим помощь при массовых бедствиях, или лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании. Компании-участницы могут отказать вам во внесении запрашиваемых ограничений. Однако мы обязаны выполнить ваш запрос, если он касается раскрытия информации вашему плану медицинского страхования относительно медицинских услуг или принадлежностей, которые вы полностью оплатили.
5. Право на подачу запроса о конфиденциальных способах связи. Вы вправе попросить нас направлять вам вашу медицинскую информацию иным способом или по иному адресу. При подаче запроса необходимо указать, каким образом и (или) по какому адресу мы можем связываться с вами.
6. Право на получение уведомления о несанкционированном доступе к информации. Вы имеете право получить уведомление в случаях нарушения конфиденциальности вашей медицинской информации, которые требуют такого уведомления согласно правилам защиты конфиденциальности.
7. Право на получение экземпляра Уведомления на бумажном носителе. Вы имеете право на получение в любое время экземпляра настоящего Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией на бумажном носителе. Запрос на получение экземпляра настоящего Уведомления на бумажном носителе необходимо направить в письменной форме в отдел защиты конфиденциальности VNSNY. Вы также можете распечатать экземпляр настоящего Уведомления с нашего сайта (www.vnsny.org).

Запросы, касающиеся любого вышеуказанного вопроса, следует направлять по адресу: VNSNY Privacy Official, 220 East 42nd Street, New York, New York 10017. Телефон: 212- 609-7470.

Жалобы. Если вы считаете, что ваши права на защиту конфиденциальности были нарушены, вы можете подать жалобу в отдел защиты конфиденциальности VNSNY по адресу: VNSNY Privacy Official, 220 East 42nd Street, New York, New York 10017. Вы можете также подать жалобу министру здравоохранения и социального обеспечения США (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services). VNSNY не будет предпринимать в отношении вас никаких ответных мер за подачу жалобы.

Изменения и поправки к настоящему Уведомлению. Компании-участницы могут в любое время внести изменения в условия настоящего Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией. В случае внесения таких изменений в условия настоящего Уведомления новые условия применяются ко всей вашей медицинской информации, независимо от того, когда такая информация была создана или получена VNSNY OHCA, — до или после даты внесения изменений в условия Уведомления. Все изменения и поправки к настоящему Уведомлению будут отражены на сайте www.vnsny.org