

Wydział Zdrowia i Higieny Psychicznej Miasta Nowy Jork Oświadczenie o praktykach dotyczących ochrony danych osobowych

Obowiązuje od 2 czerwca 2016 roku

NINIEJSZE OŚWIADCZENIE ZAWIERA OPIS ZAKRESU WYKORZYSTYWANIA INFORMACJI MEDYCZNYCH ORAZ ICH UJAWNIANIA, A TAKŻE SPOSÓB UZYSKIWANIA DOSTĘPU DO TYCH DANYCH. PROSIMY O SZCZEGÓŁOWE ZAPOZNANIE SIĘ Z TREŚCIĄ NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA.

W przypadku jakichkolwiek pytań należy skontaktować się z dyrektorem kliniki lub kierownikiem ds. usług zdrowotnych placówki. Istnieje również możliwość skontaktowania się z dyrektorem ds. ochrony danych osobowych Wydziału Zdrowia i Higieny Psychicznej Miasta Nowy Jork pod numerem telefonu 347-396-6007 lub drogą e-mailową pod adresem PrivacyOfficer@health.nyc.gov.

Chronione informacje zdrowotne (protected health information, PHI) stanowią dane medyczne umożliwiające bezpośrednią identyfikację pacjentów, przekazywane ustnie, pisemnie lub drogą elektroniczną. Informacje te obejmują dane demograficzne (takie jak wiek, adres zamieszkania i adres e-mail pacjenta) oraz inne informacje związane z przeszłym, obecnym i przyszłym fizycznym i umysłowym stanem zdrowia. PHI obejmują również informacje dotyczące usług opieki zdrowotnej oraz płatności za te usługi. Wydział Zdrowia i Higieny Psychicznej Miasta Nowy Jork (DOHMH) szanuje poufność PHI i zapewnia ich ochronę w odpowiedzialny sposób, zgodnie z wszystkimi obowiązującymi przepisami ustawowymi i wykonawczymi.

Niniejsze oświadczenie o praktykach dotyczących ochrony danych osobowych (zwane dalej oświadczeniem) jest udostępniane zgodnie z Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Ustawą o przenoszeniu danych i odpowiedzialności za ubezpieczenia zdrowotne z roku 1996 – HIPAA). Oświadczenie zawiera informacje, w jaki sposób DOHMH może wykorzystywać i ujawniać PHI, oraz o stosowanych środkach mających na celu ich zabezpieczenie. W oświadczeniu wskazano również prawa pacjenta i obowiązki DOHMH dotyczące wykorzystywania i ujawniania PHI.

Do kogo skierowane jest niniejsze oświadczenie

DOHMH jest traktowane jako „podmiot hybrydowy” w świetle HIPAA, ponieważ świadczy usługi opieki zdrowotnej i publicznej służby zdrowia. Usługi opieki zdrowotnej są objęte zakresem HIPAA, podczas gdy usługi publicznej służby zdrowia nie wchodzą w zakres usług HIPAA.

Niniejsze oświadczenie zawiera informacje dotyczące zakresu opieki zdrowotnej objętej ustawą HIPAA. Zobowiązania wskazane w niniejszym oświadczeniu odnoszą się do wszystkich pracowników, studentów i wolontariuszy upoważnionych do udzielania, otrzymywania lub udostępniania chronionych informacji zdrowotnych w ramach leczenia, płatności lub opieki zdrowotnej.

Obowiązki DOHMH

Kliniki DOHMH są prawnie zobowiązane do:

- zachowania prywatności i ochrony PHI;
- powiadamiania pacjenta o obowiązkach prawnych i praktykach dotyczących ochrony danych osobowych, związanych z wykorzystywaniem i ujawnianiem PHI;
- niezwłocznego powiadamiania pacjenta o wszelkich incydentach stwarzających ryzyko ujawnienia danych PHI lub narażających je na niebezpieczeństwo;
- postępowania zgodnie z postanowieniami niniejszego oświadczenia;
- informowania pacjenta o wszelkich zmianach w treści niniejszego oświadczenia.

Przepisy ustawowe i wykonawcze o ochronie danych osobowych

Istnieje kilka przepisów federalnych, stanowych i lokalnych zawierających dodatkowe obostrzenia dotyczące wykorzystywania i ujawniania informacji zdrowotnych. Przepisy te dotyczą leczenia nadużywania substancji odurzających, badania na obecność i leczenia wirusa HIV/AIDS, badania i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową oraz leczenia zaburzeń psychicznych. Polityki DOHMH oraz niniejsze oświadczenie są zgodne z powyższymi dodatkowymi obostrzeniami prawa.

Zakres wykorzystywania i ujawniania PHI przez DOHMH

Wymagany zakres wykorzystywania i ujawniania danych.

Zgodnie z literą prawa DOHMH ma obowiązek ujawniania PHI pacjentowi, o ile lekarz nie stwierdzi, że takie działanie mogłoby być szkodliwe dla stanu zdrowia pacjenta.

Na żądanie sekretarza Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych DOHMH musi ujawnić dane PHI pacjenta na potrzeby dochodzenia w zakresie zgodności z przepisami o ochronie PHI.

Leczenie. DOHMH NYC może wykorzystywać lub ujawniać PHI pacjenta, w tym zalecenia lekarskie, w celu umożliwienia wymaganego leczenia lub świadczenia usług opieki medycznej.

Płatności. PHI pacjenta będą wykorzystywane stosownie do potrzeb w celu wystawienia rachunków i windykacji płatności za leczenie lub usługi świadczone pacjentowi. DOHMH może udostępniać informacje dotyczące leczenia organizacji opieki zdrowotnej (w tym Medicaid) lub placówce zarządzanej służby zdrowia w celu uzyskania zatwierdzenia płatności.

Działania w zakresie opieki zdrowotnej. DOHMH może wykorzystywać i ujawniać PHI pacjenta w przypadku standardowych działań w zakresie opieki zdrowotnej. Personel medyczny może wykorzystywać informacje zdrowotne pacjenta do zapoznania się z historią i wynikami leczenia w porównaniu z podobnymi przypadkami. Informacje pacjenta mogą być na przykład przeglądane do celów szkoleniowych, zarządzania ryzykiem lub doskonalenia usług w ramach naszego nieustannego dążenia do poprawy jakości i skuteczności świadczonej opieki i usług medycznych.

DOHMH może udostępniać PHI pacjenta partnerom zewnętrznym wykonującym zadania na zlecenie Wydziału (takie jak usługi rozliczeniowe). Partnerzy również są zobowiązani do ochrony informacji zdrowotnych pacjenta.

DOHMH może usunąć informacje bezpośrednio identyfikujące pacjenta, aby inne osoby mogły wykorzystywać je do analizowania opieki zdrowotnej i świadczonych usług bez możliwości identyfikacji tego pacjenta.

Przypomnienia o wizytach. DOHMH może wykorzystywać i ujawniać PHI pacjenta w celu przesyłania przypomnień o wizytach. Przypomnienia te nie będą zawierały informacji o celu danej wizyty.

Obowiązek prawny. DOHMH ujawni informacje zdrowotne o pacjencie, jeśli wymagają tego federalne, stanowe lub miejskie przepisy ustawowe i wykonawcze.

Działania publicznej opieki zdrowotnej. DOHMH może ujawnić PHI pacjenta bez jego zgody placówkom publicznej opieki zdrowotnej upoważnionym prawnie do gromadzenia lub otrzymywania PHI w celu nadzorowania opieki publicznej lub zapobiegania bądź kontrolowania zachorowań, obrażeń lub niezdolności do pracy. Obejmuje to między innymi zgłaszanie zachorowań, urodzeń i zgonów.

Przemoc wobec dzieci. DOHMH może ujawnić PHI pacjenta instytucji rządowej upoważnionej prawnie do otrzymywania zgłoszeń dotyczących przemocy wobec dzieci.

Nadzór zdrowotny. DOHMH może ujawnić PHI agencji nadzoru zdrowotnego w celu przeprowadzenia czynności

prawnych (takich jak audyty, dochodzenia, kontrole i udzielanie licencji) służących monitorowaniu systemu opieki zdrowotnej, rządowych programów zasiłków, innych rządowych programów ustawowych oraz przepisów dot. praw obywatelskich.

Agencja ds. Żywności i Leków (FDA). DOHMH może ujawnić chronione informacje zdrowotne osobie lub firmie wskazanej przez FDA w celu:

- zgłaszania wad produktów, działań niepożądanych lub problemów;
- zgłaszania biologicznych rozbieżności produktu;
- śledzenia produktów;
- umożliwienia wycofania produktów;
- dokonania napraw lub wymiany;
- przeprowadzenia nadzoru po działaniach marketingowych.

Postępowanie prawne. DOHMH może ujawnić PHI w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny w przypadku procesu lub sporu z udziałem pacjenta. Możemy również ujawnić PHI w odpowiedzi na wezwanie sądowe, przedprocesowe żądanie ujawnienia dowodów lub inny proces prawny dot. innej osoby zaangażowanej w spór, pod warunkiem podjęcia starań w celu powiadomienia pacjenta o tym żądaniu.

Organ ochrony porządku publicznego. DOHMH może ujawnić PHI na prośbę funkcjonariusza organu ochrony porządku publicznego:

- w odpowiedzi na nakaz sądowy, wezwanie sądowe, nakaz stawiennictwa lub podobne orzeczenie;
- w celu identyfikacji lub ustalenia miejsca pobytu podejrzanego, ekstradycji, istotnego świadka lub osoby zaginionej;
- w odniesieniu do ofiary przestępstwa, jeśli w określonych okolicznościach nie możemy uzyskać zgody tej osoby;
- w odniesieniu do śmierci, która zgodnie z naszym przekonaniem może być wynikiem przestępstwa;
- w przypadku przestępstwa w klinice DOHMH;
- w okolicznościach nagłych w celu zgłoszenia przestępstwa, miejsca przestępstwa lub ofiar lub tożsamości, opisu bądź miejsca przebywania osoby, która popełniła przestępstwo.

Koronerzy, dyrektorzy zakładów pogrzebowych oraz dawstwo organów. DOHMH może ujawnić PHI koronerowi lub orzecznikowi medycznemu w celu identyfikacji osoby zmarłej lub określenia przyczyny zgonu. Możemy ujawnić PHI dyrektorom zakładów pogrzebowych, aby pomóc im w wykonywaniu obowiązków, w zakresie zgodnym z prawem. PHI mogą być również wykorzystywane i ujawniane na potrzeby dawstwa organów.

Badania. W określonych okolicznościach możemy wykorzystywać i ujawniać PHI do celów badań. Badania muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami

ustawowymi i wykonawczymi i muszą zostać najpierw zatwierdzone przez komisję kontrolną (Institutional Review Board) DOHMH.

Dostęp rodzicielski. Różne przepisy stanu Nowy Jork określają, że PHI mogą zostać ujawnione rodzicom i opiekunom prawnym. DOHMH postępuje zgodnie z przepisami.

Odszkodowania pracownicze. DOHMH może ujawnić PHI w celu zapewnienia zgodności z przepisami dot. odszkodowań pracowniczych oraz innymi podobnymi programami zapewniającymi zasiłki w przypadku obrażeń i chorób zawodowych.

Działalność przestępcza. Zgodnie z niektórymi przepisami federalnymi i stanowymi DOHMH może ujawnić PHI, jeśli będziemy przekonani, że ich wykorzystanie lub ujawnienie jest niezbędne do powstrzymania lub zmniejszenia poważnego i bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa osoby lub społeczeństwa. Możemy również ujawnić PHI, jeśli będzie to wymagane przez organy ochrony porządku publicznego w celu identyfikacji lub zatrzymania osoby indywidualnej.

Więźniowie. W przypadku więźniów zakładów karnych DOHMH może ujawnić instytucji lub agentom informacje zdrowotne niezbędne do ochrony zdrowia pacjenta oraz zdrowia i bezpieczeństwa innych osób.

Działania wojskowe i weterani. W przypadku członków sił zbrojnych DOHMH może ujawnić informacje zdrowotne zgodnie z wymaganiami dowództwa wojskowego. Możemy również ujawniać informacje zdrowotne na temat zagranicznego personelu wojskowego odpowiednim zagranicznym władzom wojskowym.

Bezpieczeństwo narodowe oraz wywiad. Możemy ujawniać informacje zdrowotne na temat pacjenta upoważnionym urzędnikom federalnym w celach wywiadu, kontrwywiadu oraz innych dozwolonych przez prawo działań związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa narodowego. Możemy ujawniać informacje zdrowotne na temat pacjenta upoważnionym urzędnikom federalnym w celu prowadzenia dochodzeń specjalnych lub zapewnienia ochrony prezydentowi bądź innym upoważnionym osobom lub zagranicznym głowom państw.

Osoby zaangażowane w opiekę zdrowotną. Pod warunkiem braku sprzeciwu pacjenta DOHMH może wykorzystywać lub ujawniać informacje zdrowotne w celu powiadamiania członka rodziny lub osobistego przedstawiciela o miejscu przebywania, ogólnym stanie lub śmierci. W przypadku obecności pacjenta ma on możliwość sprzeciwu wobec tego rodzaju wykorzystania lub ujawnienia danych. Jeśli pacjent nie może o tym zdecydować lub w sytuacji nagłej, możemy ujawnić PHI pod warunkiem, że leży to w najlepszym interesie pacjenta.

Prawa pacjenta dotyczące informacji zdrowotnych

Pomimo że dokumentacja medyczna jest fizyczną własnością DOHMH, zawarte w niej informacje należą do pacjenta. Pacjent ma następujące prawa dotyczące chronionych informacji zdrowotnych. Pacjent może złożyć poniższe wnioski, przesyłając pisemną prośbę do dyrektora kliniki, menedżera ds. usług zdrowotnych lub osoby wyznaczonej.

Prawo do wglądu i uzyskania kopii. PHI pacjenta są przechowywane w „wyznaczonym zestawie dokumentacji” i mogą być stosowane w celu podejmowania decyzji na temat opieki nad pacjentem. Wyznaczony zestaw dokumentacji zazwyczaj obejmuje dokumentację medyczną oraz rozliczeniową. Pacjent ma prawo do wglądu i uzyskania tych informacji przez okres przechowywania dokumentacji zdrowotnej przez DOHMH. Prawo to nie ma zastosowania do:

- notatek z psychoterapii;
- informacji zebranych w związku ze spodziewanym postępowaniem cywilnym, karnym lub administracyjnym lub w celu ich wykorzystania w takim postępowaniu;
- chronionych informacji zdrowotnych objętych przepisami zabraniającymi dostępu.

DOHMH może odrzucić wniosek o wgląd i wykonanie kopii dokumentacji w bardzo ograniczonych okolicznościach. W przypadku odmowy uzyskania dostępu do informacji zdrowotnych pacjent może skontaktować się z dyrektorem ds. ochrony danych osobowych z prośbą o rewizję odmowy.

Prawo do żądania zmiany. Jeśli pacjent jest przekonany, że posiadane przez nas informacje dotyczące zdrowia są nieprawidłowe lub niekompletne, może zwrócić się z prośbą o skorygowanie (zmianę lub uzupełnienie) informacji. Pacjent ma prawo do wniosku o zmianę przez cały okres przechowywania informacji przez DOHMH. DOHMH może odrzucić wniosek, który nie został sporządzony w formie pisemnej i nie zawiera uzasadnienia. Ponadto możemy odrzucić wniosek w przypadku prośby o zmianę informacji, które:

- nie zostały utworzone przez DOHMH, a osoba lub podmiot, które utworzyły informację, nie są już dostępne w celu wprowadzenia zmiany;
- nie są częścią dokumentacji zdrowotnej przechowywanej przez lub dla DOHMH;
- nie są informacjami, do których przeglądania i kopiowania pacjent jest uprawniony;
- są zgodne z prawdą i kompletne.

Prawo do otrzymania powiadomienia o naruszeniu.

DOHMH jest zobowiązany do niezwłocznego powiadamiania pacjenta o incydencie stwarzającym ryzyko narażenia prywatności lub bezpieczeństwa informacji.

Prawo do raportu ujawnień. „Raport ujawnień” to lista ujawnień PHI. Lista ta nie zawiera ujawnień dokonanych

w celu leczenia, realizacji płatności lub opieki zdrowotnej opisanej w tym oświadczeniu oraz niektórych innych ujawnień (takich jak ujawnienia na prośbę pacjenta). Pacjent ma prawo do uzyskania raportu ujawnień informacji zdrowotnych z sześciu lat przed datą złożenia wniosku.

Prawo do żądania ograniczeń. Pacjent ma prawo do żądania ograniczenia zakresu wykorzystywanych lub ujawnianych informacji zdrowotnych dla celów leczenia, realizacji płatności lub opieki zdrowotnej. Pacjent ma również prawo żądania ograniczenia zakresu informacji zdrowotnych ujawnianych osobom zaangażowanym w opiekę lub płatność za opiekę. Nie jesteśmy zobowiązani do wyrażenia zgody na tę prośbę.

Jeśli pacjent płaci za usługę lub opiekę zdrowotną w całości z własnych środków, może wnioskować o nieujawnianie informacji ubezpieczycielowi zdrowotnemu na temat płatności lub opieki zdrowotnej. Możemy wyrazić na to zgodę, pod warunkiem że nie będziemy zobowiązani prawnie do udostępnienia tych informacji.

Prawo do żądania poufnej komunikacji. Pacjent może żądać komunikacji przy użyciu alternatywnych środków lub na alternatywny adres w celu ochrony poufności. Na przykład pacjent może prosić o kontakt do pracy lub pocztą. Może również prosić o przesyłanie informacji w zamkniętej kopercie zamiast na kartce pocztowej.

Aby wystąpić o zapewnienie poufności komunikacji, należy wysłać pisemny wniosek do dyrektora kliniki lub osoby wyznaczonej. Wniosek musi określać sposób oraz miejsce przesyłania komunikacji. W przypadku korzystania z usług więcej niż jednej placówki należy wysłać oddzielny wniosek do każdej z nich.

Prawo do wyboru przedstawiciela. Jeśli pacjent udzieli pełnomocnictwa medycznego lub ma opiekuna prawnego, osoba ta może dochodzić praw pacjenta i podejmować decyzje w sprawie jego informacji zdrowotnych.

Prawo do uzyskania kopii niniejszego oświadczenia. Pacjent ma prawo do uzyskania papierowej kopii niniejszego oświadczenia w dowolnym momencie. W tym celu należy skontaktować się z dyrektorem kliniki, menedżerem ds. usług zdrowotnych lub dyrektorem ds. ochrony danych osobowych DOHMH pod nr 347-396-6007.

Upoważnienie do wykorzystania PHI

HIPAA nakłada obowiązek uzyskania pisemnej zgody na poniższy sposób wykorzystania lub ujawnienia PHI:

- w celach marketingowych;

- sprzedaż informacji (uwaga: zgodnie ze swoją polityką DOHMH nie sprzedaje PHI);
- ujawnienie większości notatek z psychoterapii.

DOHMH zwróci się o pisemną zgodę na wykorzystanie lub ujawnienie PHI nieobjętych niniejszym oświadczeniem lub zgodnie z obowiązującymi nas przepisami. W przypadku udzielenia zgody na wykorzystanie lub ujawnienie PHI pacjent może w dowolnym momencie wycofać lub anulować taką zgodę na piśmie.

W przypadku wycofania zgody DOHMH nie będzie dłużej wykorzystywać ani ujawniać PHI z powodów podanych w pisemnym upoważnieniu. Nie jesteśmy w stanie cofnąć ujawnień, które miały miejsce wcześniej za zgodą pacjenta oraz które jesteśmy zobowiązani zachować w naszej dokumentacji.

Zmiany w niniejszym oświadczeniu

Zastrzegamy sobie prawo do zmiany naszych praktyk dotyczących ochrony danych osobowych oraz niniejszego oświadczenia. Zastrzegamy sobie prawo do stosowania zmienionego oświadczenia wobec informacji zdrowotnych już posiadanych na temat pacjenta, a także informacji uzyskanych w przyszłości.

Kopie aktualnych oświadczeń udostępniamy w każdej z naszych placówek. Data obowiązywania jest zamieszczona w górnej środkowej części pierwszej strony oraz w prawym dolnym rogu ostatniej strony oświadczenia. Ponadto kopia aktualnego oświadczenia zostanie udostępniona pacjentowi po każdej jego aktualizacji. Pacjent może również wnioskować o kopię naszego oświadczenia w dowolnym momencie oraz wyświetlić najbardziej aktualną wersję na stronie nyc.gov/health (należy wyszukać hasło „HIPAA”).

Zażalenia

W przypadku przekonania o naruszeniu praw związanych z ochroną danych osobowych można złożyć pisemne zażalenie do sekretarza Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych lub do dyrektora ds. ochrony danych osobowych DOHMH na poniższy adres. Wobec osób składających zażalenie nie zostaną podjęte żadne kroki odwetowe.

Zażalenia można wysłać pocztą e-mail na adres:
PrivacyOfficer@health.nyc.gov

Zażalenia można wysłać pocztą zwykłą na adres:
NYC DOHMH Chief Privacy Officer
Gotham Center
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30
Queens, NY 11101

Obowiązuje od 2 czerwca 2016 roku



Oświadczenie o praktykach dotyczących ochrony danych osobowych Potwierdzenie odbioru

Notice of Privacy Practices Acknowledgement of Receipt

Podpisując i datując ten formularz, potwierdzam otrzymanie kopii Oświadczenia o praktykach dotyczących ochrony danych osobowych Wydziału Zdrowia i Higieny Psychiczej Miasta Nowy Jork.

Nazwisko pacjenta (<i>drukowanymi literami</i>) Patient's Name	
Podpis pacjenta Patient's Signature	Data Date

W przypadku wypełniania tego formularza przez osobistego przedstawiciela w imieniu pacjenta prosimy o wpisanie nazwiska drukowanymi literami poniżej.

Nazwisko osobistego przedstawiciela (<i>drukowanymi literami</i>) Personal Representative's Name	
Podpis osobistego przedstawiciela Personal Representative's Signature	Data Date

Wyłącznie do użytku oficjalnego

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign

DOHMH Employee Initials	Data
-------------------------	------

Original Patient Record