

# Уведомление о политике конфиденциальности

Blue Shield of California и Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

В данном уведомлении представлен порядок использования и раскрытия медицинской информации участников Blue Shield, а также способы получения доступа к этой информации.

## Наше обязательство о конфиденциальности

Blue Shield понимает важность сохранения конфиденциальности вашей личной информации и очень серьезно относится к своим обязательствам.

В ходе обычной деятельности мы создаем записи о вас, вашем лечении и предоставляемых вам услугах. Информация в этих записях называется «конфиденциальной медицинской информацией» (Protected health information, PHI) и включает вашу индивидуально идентифицируемую личную информацию, такую как ваше имя, адрес, номер телефона и номер социального страхования, а также вашу медицинскую информацию, такую как медицинский диагноз и данные о страховых требованиях.

В соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата мы обязаны предоставить вам это уведомление о наших юридических обязательствах и методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей PHI. Мы обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей PHI и в случае ее нарушения уведомлять вас. Когда мы используем или передаем («раскрываем») вашу PHI, мы обязаны соблюдать условия данного уведомления, которое применяется ко всем содержащим вашу PHI записям, которые мы создаем, получаем и (или) ведем.

## Как мы защищаем вашу конфиденциальность

Для обеспечения конфиденциальности вашей PHI применяются физические, технические и административные меры безопасности. Для защиты вашей конфиденциальности только авторизованные и обученные сотрудники Blue Shield получают доступ к нашим бумажным и электронным записям, а также к закрытым областям, где хранится эта информация.

Наши сотрудники проходят обучение по следующим темам:

- политики и процедуры конфиденциальности и защиты данных, включая правильную маркировку, хранение, обработку и получение доступа к бумажным и электронным записям;
- физические, технические и административные меры защиты для обеспечения конфиденциальности и безопасности вашей PHI.

Наш корпоративный офис конфиденциальности следит за тем, как мы соблюдаем наши политики и процедуры конфиденциальности, и обучает сотрудников нашей организации этой важной теме.

## Как мы используем и раскрываем вашу PHI

**Использование PHI без вашего разрешения.** Мы можем раскрыть вашу PHI без вашего письменного разрешения,

если это необходимо при предоставлении вам медицинских льгот и услуг. Мы можем раскрывать вашу PHI в следующих целях.

• **Лечение:**

- для предоставления информации медсестрам, врачам, фармацевтам, оптометристам, педагогам и другим медицинским работникам, чтобы они могли составить ваш план лечения;
- чтобы помочь вам получить услуги и лечение, которые вам могут понадобиться, например, заказ лабораторных анализов и использование результатов;
- для координации вашего медицинского обслуживания и сопутствующих услуг с медицинским учреждением или специалистом.

• **Оплата услуг:**

- чтобы получить оплату страховых взносов за ваше покрытие;
- чтобы определить точную сумму покрытия — например, чтобы поговорить с медицинским работником об оплате предоставленных вам услуг;
- для координации льгот с другим покрытием, которое у вас может быть, например, чтобы связаться с другим планом медицинского страхования или страховщиком и определить ваше право на участие или покрытие;
- для получения платежа от третьего лица, которое может нести ответственность за платеж, например, от члена семьи;
- чтобы иным образом определить и выполнить наши обязательства по предоставлению вам медицинских льгот, например, для управления страховыми требованиями.

• **Деятельность с целью оказания медицинских услуг:**

- для обеспечения обслуживания клиентов;
- для поддержки и (или) улучшения программ или услуг, которые мы вам предлагаем;

- чтобы помочь вам в управлении своим здоровьем, например, чтобы предоставить вам информацию об альтернативах лечению, на которые вы можете иметь право, или предоставить вам медицинские услуги или напоминания о лечении;
- для поддержки другого плана медицинского страхования, страховщика или медицинского работника, который имеет с вами отношения, для улучшения предлагаемых вам программ, например, для ведения пациентов или для поддержки подотчетной организации по уходу (ACO) или медицинского дома, ориентированного на пациента;
- для андеррайтинга, определения ставок сборов или страховых взносов или других действий, связанных с созданием, продлением или заменой контракта на медицинское покрытие или страхование. Однако обратите внимание, что мы не будем использовать или раскрывать вашу PHI, являющуюся генетической информацией, в целях андеррайтинга, так как это запрещено федеральным законом.

Мы также можем раскрыть вашу PHI без вашего письменного разрешения для других целей, если это разрешено или требуется законом. Это может произойти в строго определенных ситуациях. А именно:

• **Раскрытие информации другим лицам, имеющим отношение к вашему медицинскому обслуживанию:**

- если вы присутствуете или иным образом можете дать нам указание сделать это, мы можем раскрыть вашу PHI другим людям, таким как, например, член семьи, близкий друг или ваш опекун;
- если вы попали в экстренную ситуацию, отсутствуете, недееспособны, или в случае вашей смерти, мы будем использовать свое профессиональное суждение, чтобы определить, отвечает ли раскрытие вашей PHI другим лицам вашим интересам; если мы раскрываем вашу PHI в ситуации, когда вы недоступны, мы раскроем только ту информацию, которая имеет

непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении или оплате, связанной с вашим лечением; мы также можем раскрыть вашу PHI, чтобы уведомить (или помочь в уведомлении) таких лиц о вашем местонахождении, общем состоянии вашего здоровья или вашей смерти;

– мы можем раскрывать PHI вашего несовершеннолетнего ребенка другому родителю ребенка.

- **Раскрытие информации спонсору вашего плана.** Мы можем раскрывать PHI спонсору вашего группового плана медицинского страхования, которым может быть ваш работодатель или компания, действующая от имени спонсора плана, чтобы они могли контролировать, проверять и иным образом управлять планом медицинского страхования, в котором вы участвуете. Ваш работодатель не имеет права использовать раскрытую нами информацию PHI для каких-либо иных целей, кроме управления вашими льготами. Информацию о том, получает ли PHI ваш работодатель/ спонсор плана, а также полное объяснение ограниченного использования и раскрытия вашей PHI, которые может осуществлять спонсор плана, см. в документах плана вашего спонсора.

- **Раскрытие информации поставщикам и аккредитационным организациям.**

Мы можем раскрыть вашу PHI:

– компаниям, оказывающим определенные услуги от имени Blue Shield; например, мы можем привлекать поставщиков, чтобы они помогли нам предоставить информацию и рекомендации участникам плана с хроническими заболеваниями, такими как диабет и астма;

– аккредитационным организациям, таким как Национальный комитет обеспечения качества (National Committee for Quality Assurance, NCQA), для оценки качества.

Обратите внимание, что перед тем, как передать вашу PHI, мы получаем письменное согласие поставщика или аккредитационной организации на защиту конфиденциальности вашей PHI.

- **Связь.** Мы можем использовать вашу PHI, чтобы связываться с вами и сообщать информацию о вашем страховом покрытии, льготах, программах и услугах, связанных со здоровьем, доступных вам альтернативах лечению или для напоминаний о лечении. Мы не используем вашу PHI для сбора средств.

- **Здоровье или безопасность.** Мы можем раскрывать вашу PHI, чтобы предотвратить или уменьшить серьезную и неминуемую угрозу вашему здоровью или безопасности, а также здоровью или безопасности населения в целом.

- **Общественное здравоохранение.**

Мы можем раскрыть вашу PHI, чтобы:

– сообщить информацию о здоровье в органы общественного здравоохранения, уполномоченные законом получать такую информацию, с целью предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности, или мониторинга иммунизации;

– сообщить о жестоком обращении с детьми или пренебрежении, или о жестоком обращении со взрослыми, включая домашнее насилие, в государственный орган, уполномоченный законом получать такие сообщения;

– сообщить информацию о продукте или деятельности, которые регулируются Управлением США по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA, Food and Drug Administration), лицу, ответственному за качество, безопасность или эффективность продукта или деятельности;

– предупредить человека, который мог заразиться инфекционным заболеванием, если мы уполномочены законом направить такое уведомление.

- **Деятельность по надзору за здоровьем.**

Мы можем раскрыть вашу PHI:

– государственному учреждению, которое несет юридическую ответственность за надзор за системой здравоохранения или за обеспечение соблюдения правил программ государственных льгот, таких как Medicare или Medicaid;

- другим нормативным программам, которым необходима медицинская информация для определения соответствия.
- **Исследования.** Мы можем раскрывать вашу PHI в исследовательских целях, но только в соответствии с законом.
- **Соблюдение закона.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в соответствии с законом.
- **Судебное и административное производство.** Мы можем раскрыть вашу PHI в судебном или административном порядке или в соответствии с действующим судебным постановлением.
- **Правоохранительные органы.** Мы можем раскрывать вашу PHI полиции или другим правоохранительным органам в соответствии с требованиями закона или в соответствии с постановлением суда или другим процессом, разрешенным законом.
- **Государственные функции.** Мы можем раскрывать вашу PHI различным правительственным организациям, таким как Вооруженные силы США или Государственный департамент США, в соответствии с требованиями закона.
- **Компенсация работникам.** Мы можем раскрыть вашу PHI, когда это необходимо для соблюдения законов о компенсации работникам.

**Использование PHI, требующее вашего разрешения.** В случае использования или раскрытия вашей PHI в целях, отличных от описанных выше, мы должны получить ваше письменное разрешение на такое использование или раскрытие. Например, мы не будем использовать вашу PHI в маркетинговых целях без вашего предварительного письменного разрешения, а также не будем передавать вашу PHI потенциальному работодателю без вашего письменного разрешения.

**Использование и раскрытие определенной PHI, считающейся «строго конфиденциальной».** Для некоторых видов PHI федеральное законодательство и законы

штата могут требовать усиленной защиты конфиденциальности. Это включает в себя PHI:

- которая содержится в психотерапевтических записях;
- о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, профилактике, лечении и направлениях;
- о тестировании на ВИЧ/СПИД, диагностике или лечении;
- о венерическом и (или) инфекционном заболеваниях;
- о генетическом тестировании.

Мы можем раскрыть этот тип особо защищенной PHI только с вашего предварительного письменного разрешения, за исключением случаев, когда это специально разрешено или требуется законом.

**Отмена разрешения.** Вы можете в любое время отменить предоставленное нам письменное разрешение. Запрос на отмену, отправленный нам в письменном виде, будет применяться к будущему использованию и раскрытию вашей PHI. Это не повлияет на использование или раскрытие информации, сделанное ранее, пока действовало ваше разрешение.

## Ваши личные права

У вас есть следующие права в отношении PHI, которую Blue Shield создает, получает и (или) ведет о вас.

- **Право требовать ограничений.** Вы можете попросить нас ограничить использование и раскрытие вашей PHI для лечения, оплаты и медицинских операций, как описано в этом уведомлении. Мы не обязаны соглашаться с вашими запросами на ограничение, но мы внимательно их рассмотрим.

Если мы согласимся с запросом на ограничение, мы будем его соблюдать, пока вы не потребуете или не согласитесь отменить ограничение. Мы также можем сообщить вам, что расторгаем наше соглашение в связи с ограничением. В этом случае расторжение будет применяться только к PHI, созданной или полученной после того, как мы проинформировали вас о расторжении.

- **Право на получение конфиденциальных сообщений.** Вы можете запросить получение сообщений Blue Shield, содержащих PHI, альтернативными способами или в других местах. Мы выполним разумные запросы в соответствии с требованиями закона и возможностями. Мы можем потребовать, чтобы вы отправили запрос в письменной форме. Если ваш запрос касается несовершеннолетнего ребенка, мы можем попросить вас предоставить юридические документы в поддержку вашего запроса.
- **Право на доступ к вашей PHI.** Вы можете попросить проверить или получить копию определенной PHI о вас, которую мы храним в «специально отведенном наборе записей». Сюда входят, например, записи о регистрации, оплате, рассмотрении страховых требований, информация из систем ведения пациентов или медицинского управления, а также любая информация, которую мы использовали для принятия решений в отношении вас. Ваш запрос должен быть в письменной форме. По возможности и в соответствии с требованиями законодательства мы предоставим вам копию вашей PHI в форме (бумажной или электронной) и в формате, который вы запрашиваете. Если вы запросите копию своей PHI, мы можем взимать с вас разумную плату за ее подготовку, копирование и/или отправку вам по почте. В определенных ограниченных обстоятельствах, разрешенных законом, мы можем отказать вам в доступе к части ваших записей.
- **Право на внесение изменений в ваши записи.** Вы имеете право попросить нас исправить или изменить вашу PHI, которую мы храним в специальном наборе записей. Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде и содержать объяснение причин, по которым вы хотите внести изменения в вашу PHI. Если мы определим, что PHI неточна или неполна, мы исправим ее, если это разрешено законом. Если врач или медицинское учреждение создали PHI, которую вы хотите изменить, вам следует попросить их исправить информацию.
- **Право на получение информации об учете случаев разглашения конфиденциальной информации.** По вашему письменному запросу мы предоставим вам список раскрытых нами сведений из вашей PHI за определенный период времени, не превышающий шести лет до даты вашего запроса. Однако список не будет включать:
  - раскрытие информации, которое вы разрешили;
  - раскрытие информации, совершенное ранее, чем за шесть лет до даты вашего запроса;
  - раскрытие информации в целях лечения, оплаты и медицинских операций, за исключением случаев, предусмотренных законом;
  - некоторую другую информацию, которую нам разрешено исключать из учета по закону.
 Если вы запрашиваете отчет более одного раза в течение любого 12-месячного периода, мы будем взимать с вас разумную плату, основанную на затратах, за каждый отчет после первого.
- **Право назначить личного представителя.** Вы можете назначить другое лицо в качестве вашего личного представителя. Вашему представителю будет предоставлен доступ к вашей PHI, возможность общаться с медицинскими работниками и учреждениями, предоставляющими вам медицинское обслуживание, а также пользоваться всеми другими правами HIPAA от вашего имени. В зависимости от полномочий, которыми вы наделите своего представителя, он или она также может иметь право принимать за вас медицинские решения.
- **Право на получение бумажной копии настоящего Уведомления.** По вашему запросу мы предоставим бумажную копию настоящего Уведомления, даже если вы согласились получить это Уведомление в электронном виде. См. «Уведомление о доступности и сроке действия» далее в тексте настоящего документа.

## Действия, которые вы можете предпринять

**Связаться с Blue Shield.** Если у вас есть вопросы о ваших правах на конфиденциальность, вы считаете, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность, или не согласны с принятым нами решением о доступе к вашей PHI, вы можете связаться с нами:

### **Blue Shield of California Privacy Office**

P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

Телефон: **(888) 266-8080** (звонок бесплатный)

Факс: **(800) 201-9020** (звонок бесплатный)

Адрес эл. почты: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

Для определенных типов запросов вы должны заполнить и отправить нам по почте форму, которую можно получить, позвонив в центр обслуживания клиентов по номеру, указанному на вашей идентификационной карте участника плана Blue Shield, или посетив наш веб-сайт по адресу [blueshieldca.com/privacyforms](http://blueshieldca.com/privacyforms).

**Связаться с правительственным учреждением.** Вы также можете подать письменную жалобу секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health & Human Services, HHS), если считаете, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность. Вы можете отправить жалобу по электронной почте, факсу или обычной почте в Управление по гражданским правам HHS (Office for Civil Rights, OCR).

Для получения дополнительной информации или подачи жалобы секретарю HHS посетите веб-сайт OCR по адресу: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

Если вы проживаете в Калифорнии, вы также можете связаться с региональным менеджером OCR в Калифорнии:

**Region IX Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services**  
90 7th St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Телефон: (800) 368-1019

Факс: (202) 619-3818

Линия ТТУ: (800) 537-7697

Мы не будем предпринимать никаких действий против вас, если вы воспользуетесь своим правом подать жалобу либо нам, либо в HHS.

## Доступность и сроки действия Уведомления

**Доступность Уведомления.** Копию этого Уведомления можно получить, позвонив в центр обслуживания клиентов по номеру, указанному на вашей идентификационной карте участника Blue Shield, или посетив наш веб-сайт по адресу [blueshieldca.com/privacynotice](http://blueshieldca.com/privacynotice).

**Право изменять условия этого Уведомления.** Мы обязаны соблюдать условия этого Уведомления, пока оно остается в силе. Мы можем изменить условия этого Уведомления в любое время, и по нашему усмотрению мы можем сделать новые условия действующими для всей вашей PHI, находящейся в нашем распоряжении, включая любую PHI, созданную или полученную до того, как мы выпустили новое уведомление.

Если мы внесем изменения в это уведомление, мы обновим уведомление на нашем веб-сайте, и если вы в это время будете участвовать в плане льгот Blue Shield, мы отправим вам новое уведомление в соответствии с требованиями закона.

**Дата вступления в силу.** Настоящее Уведомление действует с 16 августа 2013 г.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。