

## **Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности**

KAISER PERMANENTE — РЕГИОН СЕВЕРНАЯ КАЛИФОРНИЯ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП.

ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

В настоящем уведомлении мы используем термины «мы» и «наш» для обозначения компании Kaiser Permanente в регионе Северная Калифорния. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с разделом IV настоящего уведомления.

### **I. ЧТО НАЗЫВАЕТСЯ «ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ»?**

Ваша защищенная медицинская информация (protected health information, PHI) — это медицинская информация, по которой можно установить вашу личность, в том числе демографические данные, сведения о вашем прошлом, настоящем или будущем физическом либо психическом здоровье или состоянии, об услугах здравоохранения, которые вам предоставляются, а также их оплате в прошлом, настоящем либо будущем. Демографические данные — это ваши имя и фамилия, номер социального страхования, адрес, дата рождения и т. д. PHI также содержит данные о расовой и этнической принадлежности, языке, гендерной самоидентификации, сексуальной ориентации и местоимениях.

PHI может быть представлена в устной, письменной или электронной форме. Примеры PHI: медицинская карта, данные страховых требований, сведения о регистрации и прекращении участия в плане, а также содержание вашего общения с поставщиком услуг здравоохранения касательно вашего медицинского обслуживания.

Если из вашей PHI удалены идентифицирующие данные в соответствии со стандартами Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), она перестает относиться к этой информационной категории.

Если вы являетесь участником страхового плана Kaiser Foundation Health Plan и одновременно работаете в какой-либо из компаний Kaiser Permanente, то к PHI не относится медицинская информация, которая указана в ваших документах по трудоустройству.

### **II. НАШИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ЗАЩИТЕ ВАШЕЙ PHI**

По закону мы обязаны:

1. Защищать конфиденциальность вашей PHI.
2. Сообщать вам о ваших правах и наших юридических обязанностях относительно вашей PHI.
3. Уведомлять вас в случае нарушения конфиденциальности вашей незащищенной PHI.
4. Сообщать вам о наших методах обеспечения конфиденциальности и следовать положениям действующего в настоящее время уведомления.

Мы очень серьезно относимся к этим обязанностям и приняли административные меры безопасности (такие как инструктаж по мерам безопасности, правила и процедуры), технические меры безопасности (такие как шифрование данных и пароли), а также физические меры безопасности (такие как закрытые зоны и доступ по бейджам) для защиты вашей PHI и, как и ранее, будем принимать необходимые меры для обеспечения конфиденциальности вашей PHI.

Мы можем раскрывать вашу PHI другим лицам, как указано на последующих страницах, в соответствии с разрешениями, предусмотренными положениями Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Любое последующее повторное раскрытие вашей PHI получателями такой информации более не подпадает под защиту HIPAA.

### **III. ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ PHI**

В этом разделе описаны ваши права относительно вашей PHI, а также процедуры их реализации.

#### **У вас есть право на доступ к своей PHI и ее исправление**

За некоторыми исключениями, у вас есть право просматривать свою PHI, которая содержится в наших записях, связанных с вашим медицинским обслуживанием, решениями о вашем обслуживании или его оплатой, либо получать копию такой PHI. За некоторыми исключениями, запросы необходимо подавать в письменной форме. За предоставление копии, краткой сводки или разъяснения вашей PHI мы можем взимать с вас разумную плату, рассчитанную на основании суммы затрат.

Если мы не располагаем информацией, которую вы запрашиваете, однако знаем, у кого она есть, мы сообщим вам, к кому следует обратиться с этим запросом. В редких ситуациях мы можем полностью или частично отклонить ваш запрос на просмотр или получение копии записей, однако в таких случаях мы в письменной форме сообщим вам причину отказа и разъясним ваши права (при наличии) на пересмотр решения об отказе.

Если вы считаете, что в вашей PHI допущена ошибка или отсутствуют важные данные, то можете попросить нас исправить либо дополнить запись. Такие запросы необходимо делать в письменной форме. Опишите, какие исправления или дополнения вы просите внести, а также укажите, почему это необходимо сделать. После рассмотрения вашего запроса мы ответим вам в письменной форме. Если мы одобрим ваш запрос, то в вашу PHI будут внесены изменения или дополнения. Если мы отклоним ваш запрос, то сообщим вам причины и разъясним ваше право на подачу письменного заявления о несогласии. Объем вашего заявления в отношении каждого элемента данных в вашей информации, который, по вашему мнению, является неправильным или неполным, не должен превышать 250 слов. Если вы хотите, чтобы содержание вашего заявления в будущем предоставлялось вместе с соответствующей частью данных из вашей информации, вы должны четко сообщить нам об этом в письменной форме. В подобных случаях вместо текста вашего заявления может быть использовано его краткое изложение.

Письменные запросы следует подавать в учреждение Kaiser Permanente или медицинский кабинет, где вы получаете обслуживание. Если вам нужен адрес, позвоните в контактный центр отдела обслуживания участников по номеру 1-800-464-4000 (TTY: 711). Однако если вы не знаете, где находятся нужные вам записи, пишите нам по адресу: Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor.

**У вас есть право выбрать, каким способом мы будем отправлять вам (или другому лицу) вашу PHI**

Вы можете попросить нас прислать вашу PHI по другому адресу (например, по вашему рабочему адресу) или альтернативным способом (например, по факсу, а не по обычной почте).

Если ваша PHI хранится в электронном виде, вы можете запросить копию записей в электронном формате, который предлагает компания Kaiser Permanente. Вы также можете отправить в компанию Kaiser Permanente особый письменный запрос о передаче копии вашей PHI указанному вами третьему лицу. С вас может взиматься разумная плата, рассчитанная на основании суммы затрат.

**У вас есть право на получение конфиденциальных сообщений**

У вас есть право попросить нас использовать для корреспонденции и контакта с вами по вопросам здоровья альтернативный почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона.

Вы можете предоставить нам альтернативный адрес, чтобы мы направляли сообщения о получении вами конфиденциальных услуг (медицинских услуг, связанных с психиатрической, психологической и наркологической помощью, сексуальным и репродуктивным здоровьем, инфекциями, передающимися половым путем, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, подтверждением гендерной идентичности и насилием со стороны сексуального партнера) непосредственно вам. Если вы не укажете альтернативный адрес, мы будем направлять все сообщения о получении вами конфиденциальных услуг на ваше имя по адресу или номеру телефона, указанному в документации.

Этот пункт применяется к следующим письменным, устным или электронным сообщениям:

- (i) счета или попытки получить оплату;
- (ii) уведомление об отказе в предоставлении страхового покрытия;
- (iii) уведомление с разъяснением страховых выплат;
- (iv) запрос организации, предоставляющей медицинское страхование, на дополнительную информацию в связи со страховым требованием;
- (v) уведомление об оспариваемом страховом требовании;
- (vi) имя/название и адрес поставщика услуг, описание предоставленных услуг и другая информация, связанная с приемом;
- (vii) любое письменное, устное или электронное сообщение, содержащее защищенную медицинскую информацию, от организации, которая предоставляет медицинское страхование.

Чтобы указать конфиденциальный адрес для получения конфиденциальных сообщений, можно заполнить форму запроса на получение конфиденциальных сообщений, размещенную в нижней части главной страницы сайта KP.org (на английском языке), или обратиться за помощью в контактный центр отдела обслуживания участников по телефону 1-800-464-4000 (TTY: 711).

### **У вас есть право на отчетность о раскрытии PHI**

Вы можете запросить у нас список всех случаев раскрытия вашей PHI. Пишите нам по адресу: Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor. Вы имеете право на бесплатное получение одного отчета о раскрытии информации в течение каждого 12-месячного периода. Если вы запросите дополнительный отчет менее чем 12 месяцев спустя, мы можем взять с вас плату.

Такая отчетность не включает некоторые случаи раскрытия информации, в частности:

- раскрытие информации в целях лечения, оплаты и операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения;
- раскрытие информации, на которое у компании Kaiser Permanente есть подписанное вами разрешение;
- раскрытие вашей PHI вам же;
- раскрытие информации из справочника пациентов учреждения Kaiser Permanente;
- раскрытие информации в целях уведомления при оказании помощи в случае стихийного бедствия;
- раскрытие информации лицам, вовлеченным в ваше медицинское обслуживание, а также лицам, действующим от вашего имени;
- раскрытие информации, на которое не распространяется действие права на отчетность.

Вы имеете право получить список случаев раскрытия информации, осуществленного посредником, в отношении записей, которые были переданы на основании письменного согласия в рамках Программы по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (Substance Use Disorder, SUD). Список случаев раскрытия информации ограничивается случаями, имевшими место в течение последних 3 лет с даты вашего запроса.

### **У вас есть право потребовать ограничения использования и раскрытия вашей PHI**

Вы можете попросить нас ограничить использование и раскрытие вашей PHI в целях лечения, оплаты и операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения. Мы изучим и рассмотрим ваш запрос. Подать запрос на рассмотрение в письменной форме можно в учреждение Kaiser Permanente или медицинский кабинет, где вы получаете обслуживание. Если вам нужен адрес, позвоните в контактный центр отдела обслуживания участников на номер 1-800-464-4000 (TTY: 711). Однако если вы не знаете, где находятся нужные вам записи, пишите нам по адресу: Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor.

Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос, кроме случаев, когда вы запрашиваете ограничение на раскрытие плану медицинского страхования либо страховщику в целях оплаты или операционной деятельности, связанной с предоставлением медицинского обслуживания, информации о товарах и услугах, полностью оплаченных вами самостоятельно. Однако мы всё же можем раскрывать информацию плану медицинского страхования или страховщику в целях вашего лечения. Если услуги не оплачиваются полностью из собственных средств вами или кем-либо от вашего имени,

мы не обязаны удовлетворять ваш запрос об ограничении использования либо раскрытия PHI в целях операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения, оплаты или лечения. Если вы хотите подать запрос на ограничение раскрытия вашей PHI в целях оплаты или операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения, необходимо подать такой запрос до получения услуг в учреждении Kaiser Permanente либо медицинском кабинете, где вы получаете обслуживание.

#### **У вас есть право на получение печатного экземпляра данного уведомления**

Вы также имеете право получить по запросу печатный экземпляр этого уведомления.

#### **IV. КОМПАНИИ KAISER PERMANENTE, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ**

Данное уведомление относится к компаниям Kaiser Permanente в регионе Северная Калифорния, в частности:

- The Permanente Medical Group (TPMG);
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., включая операционную деятельность планов медицинского страхования и поставщиков услуг;
- Kaiser Foundation Hospitals (KFH).

Наши медицинские учреждения включают медицинские кабинеты, больницы, центры амбулаторной хирургии Kaiser Permanente, другие учреждения Kaiser Permanente в регионе, центры телефонных консультаций и записи на прием для участников, а также наши сайты и мобильные приложения для участников.

Компании группы Kaiser Permanente обмениваются друг с другом вашей PHI в целях предоставления вам надлежащего медицинского обслуживания, вашего лечения, оплаты вашего обслуживания и ведения операционной деятельности, в частности обеспечения качества, аккредитации, лицензирования и обеспечения соответствия требованиям.

К вашей PHI могут иметь доступ наши сотрудники, а также сотрудники, врачи, специалисты учреждений KFH и другие лица, обладающие полномочиями на внесение информации в медицинские карты учреждений KFH, волонтеры и лица, сотрудничающие с нами в другом качестве.

#### **V. КАКИМ ОБРАЗОМ МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ВАШУ PHI**

Конфиденциальность вашей информации очень важна для нас. Наши врачи и сотрудники обязаны соблюдать конфиденциальность PHI участников наших планов и пациентов, и мы внедрили специальные правила, процедуры и другие меры безопасности для предотвращения ненадлежащего использования и раскрытия вашей PHI. В некоторых случаях закон разрешает нам использовать и раскрывать определенную PHI без вашего письменного согласия. Ниже мы дадим краткое описание этих случаев использования и раскрытия и приведем несколько примеров.

Объем PHI, используемой или раскрываемой без вашего письменного разрешения, зависит, к примеру, от цели предполагаемого использования либо раскрытия. Иногда нам может потребоваться использовать или раскрыть только ограниченное количество PHI, например чтобы отправить вам напоминание о приеме или подтвердить, что вы являетесь участником плана.

В других случаях нам может потребоваться использовать или раскрыть больший объем вашей PHI, например при лечении.

- **Лечение.** Это наиболее важный случай использования и раскрытия вашей PHI. Например, наши врачи, медсестры и другой медицинский персонал, вовлеченный в ваше медицинское обслуживание (включая стажеров), используют и раскрывают вашу PHI с целью диагностики и оценки потребностей в услугах здравоохранения. Наш персонал будет использовать и раскрывать вашу PHI для предоставления и координации необходимого вам медицинского обслуживания и услуг, таких как рецепты, рентгенографии и лабораторные анализы. Если вам потребуется обслуживание у поставщиков услуг здравоохранения, которые не сотрудничают с компанией Kaiser Permanente, например местных организаций, предоставляющих услуги здравоохранения на дому, мы можем раскрыть им вашу PHI.
- **Оплата.** Нам может понадобиться ваша PHI, чтобы установить, должны ли мы оплачивать предоставленное вам лечение и услуги здравоохранения, либо чтобы выставить счет и получить за них оплату. Например, мы можем быть обязаны оплатить услуги здравоохранения, предоставленные вам сторонним поставщиком медицинских услуг. Когда поставщик медицинских услуг или вы направите нам счет за услуги здравоохранения, мы будем использовать и раскрывать вашу PHI, чтобы определить, обязаны ли мы оплатить счет, и если да, то какую его часть.
- **Операционная деятельность, связанная с предоставлением услуг здравоохранения.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для определенной операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения, например для оценки и повышения качества услуг, обучения и оценивания профессиональных работников сферы здравоохранения, лицензирования, аккредитации и определения размера страховых взносов и других расходов на услуги здравоохранения.
- **Деловые партнеры.** Мы можем заключать договоры с деловыми партнерами на выполнение определенных функций или операций от нашего имени, таких как оплата и операционная деятельность, связанная с предоставлением услуг здравоохранения. Деловые партнеры должны дать согласие на защиту вашей PHI.
- **Напоминания о приемах.** Мы можем воспользоваться вашей PHI, чтобы связаться с вами по поводу приемов для лечения или оказания других услуг здравоохранения.
- **Проверка личности.** Мы можем сфотографировать вас в целях идентификации и сохранить фотографию в вашей медицинской карте. Это делается для обеспечения вашей защиты и безопасности, но вы можете отказаться.
- **Обмен медицинской информацией.** Мы можем осуществлять обмен вашей медицинской информацией в электронном виде с другими организациями через сеть для обмена медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE). К таким организациям могут относиться больницы, лаборатории, поставщики медицинских услуг, департаменты здравоохранения, планы медицинского страхования и другие участники. Компания Kaiser Permanente осуществляет деятельность в сети HIE в

регионах, которые обслуживает, и участвует в нескольких сетях HIE с обменом информацией со сторонними поставщиками медицинских услуг, у которых также есть системы электронных медицинских карт. Электронный обмен информацией — это оперативный способ предоставления медицинской информации поставщикам медицинских услуг, которые проводят ваше лечение. Например, если вы поступите в отделение скорой помощи больницы, которое участвует в одной сети HIE с компанией Kaiser Permanente, врачи отделения смогут получить доступ к вашей медицинской информации, которой располагает компания Kaiser Permanente, для принятия решений о вашем лечении. Участники сети HIE, как и компания Kaiser Permanente, должны соблюдать правила обеспечения конфиденциальности и безопасности вашей медицинской информации и персональных данных.

- Решение, разрешить ли доступ к вашей информации через сеть HIE, принимаете вы. Вы можете в любое время отказаться от передачи вашей информации в электронном виде через сеть HIE («отказ от участия»), заполнив форму «Отказ от участия в обмене медицинской информацией», которую можно найти [здесь](#). Принятие решения об отказе от участия в сети HIE никоим образом не влияет на ваш доступ к медицинскому обслуживанию в учреждениях Kaiser Permanente.
- Если в вашей медицинской карте содержится определенная информация (например, из программы по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ), для передачи которой согласно закону штата или федеральному закону необходимо сначала получить ваше разрешение, компания Kaiser Permanente не будет передавать эту информацию через сеть HIE другим поставщикам услуг, лечащим вас, пока вы не предоставите согласие. Чтобы узнать, требуется ли компании Kaiser Permanente ваше разрешение для передачи вашей информации через сеть HIE, а также чтобы дать согласие на это, перейдите по ссылке [https://healthy.kaiserpermanente.org/\\_health/mycare/consumer/my-health-manager/my-medical-record/authorize-sharing/](https://healthy.kaiserpermanente.org/_health/mycare/consumer/my-health-manager/my-medical-record/authorize-sharing/) (на английском языке).
- В соответствии с законодательством штата Калифорния медицинская информация, касающаяся абортов и услуг, связанных с абортом, не подлежит передаче через сеть HIE организациям за пределами Калифорнии, за исключением случаев, когда вы предоставили действительное разрешение либо закон допускает передачу соответствующей информации без вашего разрешения.
- **Особые типы PHI.** В отношении использования и раскрытия некоторых типов PHI предусмотрены более строгие требования. Это касается, например, информации о психическом здоровье пациента и злоупотреблении алкоголем и наркотиками, результатов анализов на ВИЧ и генетических анализов. Тем не менее в некоторых обстоятельствах эти типы информации могут быть использованы или раскрыты без вашего разрешения. Если вы станете пациентом в рамках нашей программы по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), мы направим вам отдельное письменное уведомление, как того требует закон, о ваших правах на конфиденциальность в отношении PHI, связанной с программой SUD.

- Для использования и раскрытия записей, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD) и созданных в рамках программы SUD, вы можете предоставить единое согласие на все будущие случаи их использования или раскрытия в целях лечения, оплаты и операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения, как описано в настоящем уведомлении. При получении единого согласия мы имеем право использовать и раскрывать такие записи в целях лечения, оплаты и операционной деятельности, связанной с предоставлением услуг здравоохранения, в соответствии с положениями закона HIPAA, если вы не отзовете свое согласие в письменной форме.
- **Принятие на страхование.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в объеме, предусмотренном действующим законодательством, с целью принятия на страхование, в частности для определения наличия права на страховое покрытие и его стоимости, а также для других действий, связанных с предоставлением страхового полиса. Однако мы исключаем из рассмотрения или раскрытия с целью принятия на страхование генетическую информацию, а также данные о расовой и этнической принадлежности, языке, гендерной самоидентификации, сексуальной ориентации и местоимениях. Ваша генетическая информация включает результаты ваших генетических анализов, генетических анализов членов вашей семьи, а также сведения о запросах и получении генетических услуг вами или членами вашей семьи.
- **Обсуждение с членами вашей семьи и другими лицами в вашем присутствии.** Иногда при обсуждении с вами вашей PHI может присутствовать член вашей семьи или другое лицо, вовлеченнное в ваше медицинское обслуживание. Если вы возражаете против этого, сообщите нам, и мы не будем обсуждать вашу PHI в присутствии таких лиц или попросим их выйти.
- **Обсуждение с вашей семьей и иными лицами в ваше отсутствие.** Нам может потребоваться раскрыть вашу PHI члену вашей семьи или иному лицу, вовлеченному в ваше медицинское обслуживание, в экстренной ситуации, когда вы отсутствуете либо неспособны принять решение о согласии или отказе. В соответствующих ситуациях мы будем руководствоваться своим профессиональным суждением при определении того, отвечает ли раскрытие PHI вашим интересам. В случае принятия положительного решения объем раскрываемой PHI ограничивается информацией, непосредственно относящейся к участию соответствующего лица в предоставлении вам медицинского обслуживания. Например, мы можем разрешить другому лицу получить лекарство по рецепту для вас.
- **Раскрытие информации при оказании помощи в случае стихийного бедствия.** Мы можем раскрывать такую информацию, как ваше имя, фамилия, город проживания, возраст, пол и общее состояние здоровья, чтобы помочь государственной или частной организации, осуществляющей деятельность по оказанию помощи при стихийных бедствиях, при условии отсутствия с вашей стороны возражений на момент такого раскрытия.

- **Раскрытие информации родителям как личным представителям несовершеннолетнего.** В большинстве случаев мы можем раскрыть вам PHI вашего несовершеннолетнего ребенка. Однако в некоторых случаях закон разрешает нам или даже требует от нас отказать вам в доступе к PHI вашего несовершеннолетнего ребенка. Пример ситуации, в которой мы должны отказать в таком доступе на основании типа услуг здравоохранения: несовершеннолетний в возрасте 12 лет и старше обращается за лечением заразного заболевания. Также мы должны отказать родителям в доступе, если несовершеннолетние имеют такие же права самостоятельно принимать решения в отношении услуг здравоохранения, какими обычно обладают взрослые. Это могут быть, например, несовершеннолетние, состоявшие или состоящие в данный момент в браке либо освобожденные от родительской опеки по решению суда.
- **Список пациентов учреждения.** Если вы являетесь пациентом одного из наших учреждений, мы можем внести ваши данные в список пациентов, указав ваше имя, палату, в которой вы находитесь, и общее состояние. Эта информация может быть предоставлена лицу, которое спросит о вас, назвав ваше имя. Кроме того, мы можем сообщить священнослужителю о вашем вероисповедании (при его наличии). Вы можете возразить против использования или раскрытия всей этой информации либо ее части. В этом случае мы не будем раскрывать данную информацию посетителям и другим лицам.
- **Исследования.** Компания Kaiser Permanente принимает участие в обширных и важных научных исследованиях. В ходе некоторых из наших исследований могут выполняться определенные медицинские процедуры, в то время как другие ограничиваются сбором и анализом данных о здоровье. Исследования всех типов могут подразумевать использование или раскрытие PHI. В общем случае ваша PHI может быть использована или раскрыта для исследовательских целей без вашего разрешения, если Экспертный совет организации (Institutional Review Board, IRB) одобрят такое использование или раскрытие. IRB — это комитет, в обязанности которого, согласно федеральному закону, входит рассмотрение и одобрение исследований с участием людей с целью обеспечения безопасности участников и конфиденциальности их PHI.
- **Донорство органов.** Мы можем использовать или раскрывать PHI организациям, предоставляющим органы для трансплантации, для оказания помощи в донорстве органов, глаз либо других тканей.
- **Мероприятия в сфере общественного здравоохранения.** Мероприятия в сфере общественного здравоохранения охватывают многие функции, выполняемые или санкционируемые правительственные учреждениями для обеспечения и защиты здоровья населения, и могут потребовать от нас раскрытия вашей PHI.
  - Например, мы можем раскрыть вашу PHI в рамках наших обязательств по отчетности перед органами здравоохранения об определенных болезнях, травмах, нарушениях здоровья и таких важных событиях, как рождение ребенка. Иногда мы можем раскрывать вашу PHI лицам, которые могли заразиться от вас заразным заболеванием или иным образом подвергнуться риску заражения либо распространения болезни.

- Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) осуществляет отслеживание и мониторинг определенных медицинских изделий, таких как кардиостимуляторы и эндопротезы тазобедренного сустава, для выявления потенциальных проблем и сбоев, а также травм, которые они могут вызывать. Если вы получили одно из таких изделий, мы можем использовать и раскрыть вашу PHI управлению FDA или другим уполномоченным лицам либо организациям, например производителю изделия.
- Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, если это требуется для соблюдения федеральных законов и законов штата об охране труда.
- **Надзор в сфере здравоохранения.** Как поставщики услуг здравоохранения и планы медицинского страхования, мы находимся под надзором федеральных органов и органов штата. Эти органы могут проводить проверки нашей деятельности, и в ходе этого процесса могут ознакомиться с вашей PHI.
- **Раскрытие информации вашему работодателю или организации работников.** Если в плане Kaiser Foundation Health Plan, Inc., вас зарегистрировал ваш работодатель или организация работников, мы можем передавать им определенную PHI без вашего согласия, но только в случаях, когда это разрешено законом. Например, мы можем раскрыть вашу PHI в случае страхового требования в рамках компенсационного страхования для работников или чтобы установить, являетесь ли вы участником плана и были ли уплачены за вас страховые взносы. В других случаях, таких как запрос вашего работодателя или организации работников от вашего имени, мы получим ваше разрешение, если это требуется в соответствии с применимым законом.
- **Компенсационное страхование для работников.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для выполнения требований законов о компенсационном страховании для работников. Например, мы можем передавать вашу медицинскую информацию о производственной травме или связанном с работой заболевании администраторам, обрабатывающим страховые требования, страховым компаниям и другим лицам, ответственным за оценку правомерности вашего страхового требования в рамках компенсационного страхования для работников и определение размера выплат.
- **Военная служба и национальная безопасность.** Иногда мы можем использовать или раскрывать PHI военнослужащих соответствующим военным властям, если они считают, что это необходимо для надлежащего выполнения военных миссий. Мы также можем раскрывать вашу PHI уполномоченным федеральным должностным лицам, если это необходимо для целей национальной безопасности и разведывательной деятельности или для защиты президента и других государственных должностных и высокопоставленных лиц.
- **Сбор средств.** Мы можем использовать или раскрывать ваши демографические данные и другую PHI в ограниченном объеме, например даты и места предоставления услуг здравоохранения, определенным организациям с целью обращения к вам по поводу сбора средств для нашей организации. Если мы свяжемся с вами в целях сбора средств, мы предоставим вам явную возможность отказаться от дальнейшего получения обращений по поводу сбора средств.

- **Требования законодательства.** В некоторых случаях мы обязаны раскрывать вашу PHI другим лицам в соответствии с требованиями федерального законодательства или законодательства штата. Например, министр здравоохранения и социального обеспечения может проверять нашу деятельность на предмет соблюдения законодательства, что может включать просмотр вашей PHI.
- **Судебные процессы и другие правовые споры.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI при получении соответствующего судебного или административного распоряжения, повестки в суд либо требования о предоставлении информации. Мы также можем использовать и раскрывать вашу PHI в той мере, в какой это разрешено законом, без вашего согласия, например при защите в судебном или арбитражном процессе.
- **Правоохранительные органы.** Мы можем раскрывать PHI уполномоченным должностным лицам в целях правоохранительной деятельности, например при предъявлении ордера на обыск, при сообщении о совершении преступления на нашей территории или для оказания помощи в идентификации либо обнаружении какого-либо лица.
- **Серьезная угроза здоровью или безопасности.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, если считаем, что это необходимо для устранения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности либо здоровью или безопасности других людей.
- **Жестокое или ненадлежащее обращение.** Согласно закону мы можем раскрывать PHI уполномоченным органам, чтобы сообщить о предполагаемом жестоком обращении с детьми или невыполнении родительских обязательств либо чтобы идентифицировать предполагаемых жертв жестокого или ненадлежащего обращения и домашнего насилия.
- **Судмедэксперты и директора похоронных бюро.** Мы можем раскрыть вашу PHI судмедэксперту для идентификации тела, установления причины смерти или исполнения других должностных обязанностей. Мы также можем раскрывать вашу PHI директорам похоронных бюро.
- **Заключенные.** В соответствии с федеральным законодательством, в силу которого мы обязаны предоставлять настоящее уведомление, лица, находящиеся в местах лишения свободы, не обладают такими же правами по контролю над своей PHI, как иные лица. Если вы являетесь заключенным в исправительном учреждении или под надзором сотрудника правоохранительных органов, мы можем раскрыть вашу PHI такому исправительному учреждению либо сотруднику правоохранительных органов для определенных целей, например для обеспечения защиты вашего здоровья или безопасности либо здоровья или безопасности других людей.
- **Удаление идентифицирующих данных.** Мы или деловой партнер, с которым мы заключили договор, можем использовать PHI для удаления из нее идентифицирующих данных в соответствии со стандартами HIPAA и после этого раскрывать такие данные, не дающие возможности идентифицировать лицо, третьим лицам в рамках деятельности компании Kaiser Permanente (KP).

## VI. ВСЕ ПРОЧИЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ PHI ТРЕБУЮТ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ

За исключением описанных выше случаев использования или раскрытия информации, мы не будем использовать или раскрывать вашу PHI без вашего письменного разрешения. Некоторые случаи, в которых мы можем запросить ваше разрешение на использование или раскрытие PHI, указаны ниже.

- **Маркетинг.** Мы можем запросить ваше разрешение, чтобы предоставлять вам информацию о товарах и услугах, которые могли бы вас заинтересовать. Примите во внимание, что к маркетинговым сообщениям не относится предоставление вам информации об альтернативных вариантах лечения, рецептурных лекарствах, которые вы принимаете, либо товарах и услугах для здоровья, предлагаемых или доступных только для участников нашего плана медицинского страхования. К маркетингу также не относится личное обсуждение вами товаров и услуг с поставщиками медицинских услуг.
- **Продажа PHI.** Мы можем продать вашу PHI исключительно при условии получения от вас предварительного письменного разрешения.
- **Заметки психотерапевта.** В редких случаях мы можем запросить у вас разрешение на использование и раскрытие «заметок психотерапевта». Федеральный закон о конфиденциальности четко определяет «заметки психотерапевта» как произведенные специалистом по психическому здоровью записи разговоров во время индивидуальных или групповых консультаций, которые хранятся отдельно от другой информации в вашей медицинской карте. Как правило, мы не храним заметки психотерапевта в значении, установленном федеральным законом о конфиденциальности.
- **Консультационные заметки по вопросам употребления психоактивных веществ (SUD).** В редких случаях мы можем запрашивать у вас письменное согласие на использование и раскрытие «консультационных заметок по вопросам SUD». Федеральное законодательство о конфиденциальности четко определяет термин «консультационные заметки по вопросам SUD» как заметки, произведенные (на любом носителе) поставщиком услуг программы SUD — специалистом по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, либо специалистом в области психического здоровья, в которых документируется или анализируется содержание беседы во время индивидуальной, групповой, совместной либо семейной консультации по вопросам SUD, которые хранятся отдельно от остальных записей пациента по программе SUD и его медицинской карты. Как правило, мы не храним консультационные заметки по вопросам SUD в значении, установленном федеральным законом о конфиденциальности.

### Записи, касающиеся расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD).

- Записи, касающиеся SUD, а также свидетельские показания, передающие содержание таких записей, не подлежат использованию или раскрытию в гражданских, административных, уголовных и законодательных разбирательствах против вас, за исключением случаев, когда нами получено ваше прямое письменное согласие либо имеется судебное постановление.

- Использование или раскрытие записей, касающихся SUD, на основании судебного постановления допускается только после направления вам либо обладателю записи соответствующего уведомления и предоставления возможности быть выслушанным.
- Чтобы ваши записи, касающиеся SUD, могли быть использованы или раскрыты, судебное постановление, разрешающее использование либо раскрытие таких записей, должно сопровождаться судебной повесткой или иным аналогичным юридическим предписанием, обязывающим раскрыть эту информацию.

В случаях, когда требуется ваше разрешение и вы разрешаете нам использовать или раскрыть вашу PHI в каких-либо целях, вы в любой момент можете отменить свое разрешение, известив нас об этом в письменной форме. Примите во внимание, что отмена разрешения не коснется разрешенного ранее использования или раскрытия PHI, имевшего место до получения нами уведомления об отмене такого разрешения. Кроме того, если вы давали разрешение на оформление страхового полиса, включая наше страховое покрытие услуг здравоохранения, возможно, вы сможете отменить это разрешение только после того, как страховщик более не сможет оспаривать выданный вам полис или страховое требование по данному полису.

## **VII. КАК ОБРАТИТЬСЯ К НАМ ПО ПОВОДУ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ ИЛИ ПОДАТЬ ЖАЛОБУ НА НАШИ МЕТОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Если у вас есть вопросы о данном уведомлении или вы хотите подать жалобу на наши методы обеспечения конфиденциальности, пишите нам по адресу:

Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor, или звоните в контактный центр отдела обслуживания участников по телефону 1-800-464-4000 (TTY: 711). Вы также можете уведомить министра здравоохранения и социального обеспечения.

Мы не будем принимать против вас мер ответного характера, если вы подадите жалобу на наши методы обеспечения конфиденциальности.

## **VIII. ИЗМЕНЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Мы в любое время можем внести изменения в данное уведомление и наши методы обеспечения конфиденциальности, если эти изменения соответствуют законам штата и федеральным законам. Все исправленные уведомления будут действовать в отношении PHI, которой мы располагали на момент внесения изменений, и любой PHI, которая получена или создана после вступления изменений в силу. Если мы внесем значительные изменения в наши методы обеспечения конфиденциальности, мы незамедлительно составим новый вариант данного уведомления и опубликуем его на странице [www.kp.org/privacy](http://www.kp.org/privacy) (на английском языке). За исключением изменений, требуемых согласно закону, мы не будем значительно изменять наши методы обеспечения конфиденциальности до исправления данного уведомления.

## **IX. ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ В СИЛУ**

Настоящее уведомление вступает в силу 16 февраля 2026 года.

Приведенное ниже Дополнительное уведомление о соблюдении конфиденциальности для участника плана Kaiser Foundation Health Plan в рамках Medi-Cal распространяется исключительно на участников Medi-Cal, зарегистрированных в плане Kaiser Foundation Health Plan через одну из следующих организаций: Geographic Managed Care Sacramento, Geographic Managed Care San Diego или Prepaid Health Plan. Настоящее Дополнительное уведомление включено в Справочник участника плана в рамках Medi-Cal.

Дополнительное уведомление о соблюдении конфиденциальности для участников плана Kaiser Foundation Health Plan в рамках Medi-Cal\*

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП.**

Если вы являетесь новым участником плана, вместе со своей новой идентификационной картой Kaiser Permanente вы должны были получить (или скоро получите) экземпляр Уведомления компании Kaiser Permanente о методах обеспечения конфиденциальности в соответствии с законом HIPAA для регионов Северная Калифорния или Южная Калифорния (далее — Региональные уведомления). В Региональных уведомлениях рассказывается о ваших правах и наших обязанностях в отношении вашей медицинской информации. Кроме того, в Региональных уведомлениях описываются и приводятся примеры случаев, когда согласно закону нам разрешается использовать и раскрывать определенную защищенную медицинскую информацию без вашего письменного согласия (например, в целях лечения или операционной деятельности, связанной с предоставлением медицинского обслуживания, такой как повышение качества услуг).

Данное Дополнительное уведомление предназначено для участников планов Kaiser Permanente в рамках Medi-Cal. Данное Дополнительное уведомление содержит информацию об особенностях законодательства штата, которые в некоторых ситуациях требуют от нас получать ваше письменное согласие на раскрытие медицинской информации, если вы являетесь участником программы Medi-Cal, но не требуют получения письменного согласия от лиц, не являющихся участниками Medi-Cal.

**СОГЛАСНО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ ШТАТА, ПРИМЕНИМОМУ К ПОЛУЧАТЕЛЯМ ПОКРЫТИЯ MEDI-CAL, КОМПАНИИ KAISER PERMANENTE НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ВАШЕ СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:**

- передача медицинской информации организациям, предоставляющим органы для трансплантации, кроме случаев, когда медицинская информация конкретно касается вашего лечения, когда вы становитесь кандидатом на получение или получателем органа для трансплантации;
- соблюдение законов об охране труда или законов о компенсационном страховании для работников, кроме случаев раскрытия информации для лечения либо органам штата или местным органам;

- предоставление другим компаниям возможности рекламировать вам свои продукты или услуги;
- сбор средств для нашей организации;
- выполнение требований повесток в суд, судебных распоряжений либо распоряжений правительственные органов, кроме случаев, когда они касаются администрирования программы Medi-Cal или иным образом разрешены законом;
- сообщение о проблемах с определенным медицинскими изделиями в FDA или другим лицам либо организациям, например производителю изделия.

Во всех остальных случаях, кроме перечисленных, компания Kaiser Permanente может использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в порядке, указанном в Региональных уведомлениях.

Условия Региональных уведомлений применяются, за исключением изменений, изложенных в данном Дополнительном уведомлении, которые применяются к вам как к участнику программы Medi-Cal. Например, у вас есть право на получение доступа к своей информации, как указано в Региональных уведомлениях. Другим примером может служить применение к данному Дополнительному уведомлению раздела об изменениях в Региональных уведомлениях.

Кроме того, Региональные уведомления содержат информацию о том, как с нами связаться, если у вас есть вопросы о Региональных уведомлениях. Если у вас есть вопросы о данном Дополнительном уведомлении или вы хотите подать жалобу на наши методы обеспечения конфиденциальности, звоните в контактный центр отдела обслуживания участников по номеру 1-800-464-4000. Кроме того, вы можете обратиться к ответственному за соблюдение конфиденциальности сотруднику Департамента здравоохранения штата Калифорния по телефону или в письменной форме, воспользовавшись контактными данными, указанными в конце данного Дополнительного уведомления.

Мы серьезно относимся к своей обязанности защищать медицинскую информацию всех наших участников планов и пациентов и продолжим принимать необходимые меры для ее защиты. Мы неизменно благодарны вам за то, что вы доверили свое медицинское обслуживание компании Kaiser Permanente.

Si necesita ayuda en su idioma, llame a nuestro Centro de Llamadas para Servicios a los Miembros al 1-800-788-0616.

Контактные данные ответственного за соблюдение конфиденциальности сотрудника Департамента здравоохранения штата Калифорния:

Privacy Officer

California Department of Health Services

P.O. Box 942732

Sacramento, CA 94234-7320

(916) 255-5259 или 1-877-735-2929 (TTY) \* Geographic Managed Care Sacramento,  
Geographic Managed Care San Diego или Prepaid Health Plan