Fairfax County Government HIPAA Compliance Program
(برنامه مراعات HIPAA توسط دولت شهرستان فیرفکس)
Notice of Privacy Practices
(اعلامیه طرزکار در رابطه با محرمانگی)
ژوئیه 2005

خلاصه

Fairfax County (شهرستان فیرفکس) به اهمیت محرمانگی برای شما واقف است. نهادهای Fairfax Countyمیتوانند خدمات مراقبت بهداشتی/درمانی خود را بطور مستقیم از طریق یکی از کلینیکهای محلی، برنامه های درمانی، مشارکتهای طرحهای بهداشتی/درمانی، و یا در طی یک واقعه اضطراری طبی برای شما فراهم نمایند. برطبق قانون، Fairfax County ملزم است که محرمانگی بعضی اطلاعات محرمانه طبی که اطلاعات بهداشتی/درمانی حراست شده (PHI) خوانده میشود را حفظ نموده، و اعلامیه ای راجع به وظایف قانونی و طرزکار ما در رابطه با محرمانگی PHI شما را برایتان فراهم نماید. این اعلامیه در ضمن حقوق قانونی شما تحت «قانون انتقال پذیری و جوابگوئی بیمه بهداشتی/درمانی» (HIPAA) را تشریح میکند. Fairfax County ملزم به مراعات نمودن ضوابط این اعلامیه که در حال حاضر قابل اجرا است میباشد.

اطلاعات حراست شده شما شامل موارد زیر است: اطلاعات شناسائی کننده آمارشناسی مربوط به شما، اطلاعات ارزیابی، نتایج آزمایشها، اطلاعات تشخیص بیماری، اطلاعات معالجه، و اطلاعات مربوط به صورتحسابها که توسط تأمین کننده مراقبت بهداشتی/درمانی در هر دفعه ای که خدماتی از ما دریافت میکنید به ثبت میرسد. کارکنان ما، تأمین کنندگان مراقبت بهداشتی/درمانی، و شرکاء تحت مقاطعه ما متعهد به بکار بردن این اطلاعات صرفاً بصورتی که توسط قوانین فدرال و ایالتی و سیاست نهاد مجاز است، و مراعات نمودن سختگیرترین قانونی که از محرمانگی اطلاعات بهداشتی/درمانی حراست شده شما حراست میکند میباشند. در اغلب موارد، ما میتوانیم این اطلاعات را بصورتیکه در این اعلامیه شرح داده شده است بدون کسب اجازه از شما بکار بریم، ولی در بعضی موارد تنها بعد از کسب اجازه کتبی از شما میتوانیم از این اطلاعات استفاده کنیم، درصورتیکه قانوناً ملزم به این کار باشیم.

تاریخ قابل اجرا بودن: 14 آوریل 2003 (April 14, 2003)
تاریخ ویرایش: 1 ژوئیه 2005 (July 1, 2005)

این اعلامیه حاوی شرح طرز استفاده و افشاء اطلاعات طبی درباره شما و اینکه چگونه میتوانید به این اطلاعات دسترسی یابید میباشد.
لطفاً آنرا با دقت مرور نمائید.

این Notice of Privacy Practices شرح میدهد که Fairfax County به چه صورتی میتواند از اطلاعات حراست شده بهداشتی/درمانی شما برای انجام دادن معالجات، پرداختها و یا عملیات مربوط به مراقبت

بهداشتی/درمانی و نیز برای منظورات دیگری که قانون ایالتی یا فدرال اجازه میدهد استفاده کرده و آنها را افشاء نماید. این اعلامیه درضمن حاوی شرح حقوق قانونی شما به دسترسی داشتن و کنترل نمودن اطلاعات حراست شده مراقبت بهداشتی/درمانی شما میباشد. اطلاعات حراست شده مراقبت بهداشتی/درمانی اطلاعات ثبت شده مربوط به سلامت یا شرایط جسمی یا روانی قبلی، فعلی و یا آینده شما و خدمات مربوطه مراقبت بهداشتی/درمانی میباشد، شامل اطلاعات آمارشناسی که ممکن است هویت شما را افشاء کند.

استفاده و افشاء اطلاعات شما

Fairfax County میتواند از اطلاعات حراست شده بهداشتی/درمانی شما (PHI) برای منظورات مربوط به معالجه، پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی/درمانی استفاده نماید. اگرچه این استفاده های محدود همواره الزام به کسب اجازه از شما را ندارند، در اکثر موارد از شما خواهیم خواست که یک فرم رضایت را امضاء نمائید. فرم رضایت برای نهاد به ما امکان میدهد که اطلاعات لازم درباره شما را در داخل نهاد و به شرکاء تجاری خود برای فراهم نمودن معالجه و خدمات، برای دریافت هزینه برای معالجات و خدمات تأمین شده، و برای انجام دادن عملیات روزمره مراقبت بهداشتی/درمانی خود بکار برده و افشاء نمائیم. چند مثال درمورد استفاده ما از PHI شما شامل موارد زیر است:

<u>برای معالجه</u>: اگر مراجع Health Department (اداره بهداشت/درمان) هستید، «پرستار بهداشت/درمان همگانی» شما اطلاعات مربوط به شما را به منظور هماهنگ نمودن چیزهای مختلفی که ممکن است به آنها احتیاج داشته باشید، مانند کارهای آزمایشگاهی یا نسخه های دارو، با اشخاص مربوطه سهیم میشود. درصورتیکه از خدمات Community Services Board (CSB) استفاده میکنید، ممکن است درمانگر اصلی یا متصدی پرونده شما با تأمین کنندگان مختلف خدمات در داخل CSB مشورت نماید. اگر بیمار Fire and Rescue Department (اداره آتش نشانی و نجات) هستید، ممکن است تأمین کننده اضطراری طبی شما اطلاعات مربوط به وضعیت شما را با «کنترل طبی» برای اجازه دادن به معالجه اضافه، یا با سایر تأمین کنندگان در هنگام انتقال دادن مراقبت شما سهیم شود. در طی این معالجات مثالی و سایر معالجات، ممکن است اطلاعات بهداشتی/درمانی درباره شما بطور شفاهی یا کتبی در اختیار دیگران گذاشته شود.

<u>برای پرداخت</u>: این امر شامل هرگونه فعالیتی که ما بایستی برای دریافت بازپرداخت در ازای خدماتی که برای شما تأمین میکنیم انجام بدهیم میشود. اینگونه فعالیتهای مربوط به پرداخت شامل موارد زیر میشود: مرور نمودن PHI شما در رابطه با اطلاعات صحیح صورتحساب، تصمیمات مربوط به لزوم طبی، و مدیریت مطالبات. به منظور دریافت هزینه، ممکن است ما با شرکتی همکاری کنیم که صورتحسابی برای خدمات ارائه شده به شما را تهیه کرده و یا اطلاعات شما را مستقیماً برای شرکتهائی که مسئول پوشش پرداخت هستند ارسال خواهد کرد. درصورتیکه فردی را که از نظر مالی مسئول است برای منظورات مربوط به پرداخت شناسائی نموده باشید، ممکن است صورتحساب ماهیانه برای آن شخص ارسال شود.

<u>برای عملیات مراقبت بهداشتی/درمانی</u>: این امر شامل موارد زیر میشود: فعالیتهای مربوط به حصول اطمینان از کیفیت، معتبر شناختن، صدور جواز، و برنامه آموزشی برای حصول اطمینان درمورد اینکه کارکنان ما از معیارات مراقبت که حرفه آنها لازم دارد برخوردار میباشند. ممکن است کارکنان آموزش دیده پرونده شما را به منظور تأئید واجد شرایط بودن شما برای خدمات، برای بایگانی نمودن اسناد، و یا برای گردآوری سوابق بهداشتی/درمانی شما برای تأمین کننده مراقبت بهداشتی/درمانی بررسی نمایند. ممکن است برای یادآوری درمورد قرار ملاقات و یا دریافت خدمات اضافه ای که از طریق Fairfax County در دسترس میباشد با شما تماس گرفته شود. برخی اجزاء اطلاعات در سیستم کامپیوتری ما برای ایجاد گزارشهائی که ایالت ویرجینیا الزام نموده است وارد میشوند.

اشخاصی که در مراقبت شما و یا پرداخت برای آن مراقبت درگیر میباشند: ممکن است اطلاعات طبی درمورد شما را در اختیار افراد زیر بگذاریم، بشرطیکه موافقت شفاهی شما را برای این کار کسب کرده و یا به شما فرصت مخالفت کردن با چنین افشائی را داده باشیم و شما مخالفتی ابراز ننموده باشید: اعضاء خانواده شما، خویشاوندان دیگر شما، و یا دوستی که در مراقبت و یا پرداخت هزینه مراقبت شما درگیر است. در مواردی که شما قادر به مخالفت کردن نیستید (به علت اینکه حضور ندارید و یا به علت عدم کفایت و یا موقعیت اضطراری شما)، ممکن است ما، بر اساس قضاوت حرفه ای خود، به این تصمیم برسیم که افشاء اطلاعات به یک عضو خانواده، خویشاوند، و یا دوست شما به نفع شماست. در چنین موقعیتی، ما تنها آن اطلاعات بهداشتی/درمانی که مربوط به ماهیت درگیری آن شخص در مراقبت شما و یا پرداخت هزینه آن مراقبت میباشد را افشاء خواهیم نمود.

موارد افشاء PHI بدون کسب اجازه تان: در برخی موقعیتها، قوانین فدرال و ایالتی به نهادهای Fairfax County اجازه میدهند که اطلاعات خاص بهداشتی/درمانی درمورد شما را بدون کسب اجازه کتبی شما و یا ارائه فرصت ابراز مخالفت شفاهی افشاء نمایند. این موقعیتها شامل افشاء اطلاعات در موارد زیر میشود:

- الزامات اجباری قوانین (برای مثال، گزارش دادن وضعیت کودکان یا بزرگسالان ناتوانی که قربانی بدرفتاری، غفلت و یا استثمار هستند؛ گزارش دادن جراحات ناشی از تفنگ و اسلحه های خطرناک)
- منظورات مربوط به بهداشت همگانی (برای مثال، گزارش دادن تولد، مرگ، برخی بیماریهای واگیر؛ گزارش دادن عیوب محصولاتی که تحت مقررات Food and Drug Administration (اداره خوراک و دارو) میباشند؛ بازرسی طبی محل کار)
- فعالیتهای نظارت بهداشتی بازرسان بهداشتی/درمانی و سایر کارکنان دولت که کلینیک ها و خدمات بهداشتی/درمانی ما را بازرسی مینمایند (برای مثال، حسابرسی، رسیدگی، بازرسی، و سایر فعالیتهائی که سیستم مراقبت بهداشتی/درمانی ملزم به انجام دادن آنها میباشد؛ واجد شرایط بودن برای ثبت نام در برنامه های مزایای دولتی؛ و مراعات نمودن قوانین حقوق مدنی)
- اقدامات قضائی و اداری (برای مثال، در پاسخ به حکم دادگاه، احضاریه، توصیه حقوقی به نهاد، و یا Inspector General (بازرس کل))
- منظورات مربوط به اجراء قوانین (برای مثال، اطلاعات محدود درمورد یک فرد مظنون، فراری، شاهد عمده و یا شخص گم شده؛ برای فراهم نمودن مدرک رفتار بزهکارانه در ساختمانهای اداری شهرستان؛ برای موقعیتهای اضطراری مراقبت بهداشتی/درمانی در مواردی که چنین مراقبتی به ارتکاب جرم مربوط میشود؛ و یا درصورتیکه شما قربانی بیهوش جرم بوده و تأمین کننده به این تصمیم برسد که افشاء بموقع اطلاعات به نفع شماست)
- دفع نمودن خطر جدی نسبت به سلامت یا ایمنی یک نفر دیگر و یا همگان (برای مثال، در جواب به یک تهدید بخصوص که توسط یک نفر برای آسیب رساندن به یک نفر دیگر ادا شده باشد)
- وظایف تخصصی دولت (برای مثال، بصورتی که توسط مقامات فرمانده نظامی برای امنیت ملی و فعالیتهای خبریابی دستور داده شده باشد)
- تسهیلات تأدیبی (برای مثال، برای وضعیتهای مربوط به حبس که شامل مراقبت بهداشتی/درمانی یک زندانی و یا بهداشت و ایمنی افراد دیگر در تسهیلات تأدیبی بشوند)
- منظورات مربوط به غرامت به کارگران (برای مثال، برای تسهیل نمودن اداره مزایا بصورتی که قانون مجاز شناخته باشد)
- پزشکان قانونی (برای مثال، برای تعیین نمودن هویت یک فرد متوفی یا برای تعیین نمودن علت مرگ)
- Federal Department of Health and Human Services (وزارت فدرال بهداشت و خدمات انسانی) (برای مثال، در رابطه با بازرسی نهادهای Fairfax County در رابطه با مراعات مقررات فدرال)

موارد استفاده و افشاء PHI شما که احتیاج به اجازه شما را دارد: ما ملزم هستیم که اجازه شما را برای استفاده و یا افشاء نمودن اطلاعات بهداشتی/درمانی حراست شده شما برای هر منظوری به غیر از معالجه، خدمات، پرداخت، عملیات مراقبت بهداشتی/درمانی، و موقعیتهای بخصوصی که قبلاً شرح داده شد کسب کنیم. درمورد هرگونه افشاء دیگر، ما از شما خواهیم خواست که فرمی را تکمیل نمائید که مشخص میکند اطلاعات به چه کسی و به چه دلیلی داده خواهد شد، و توسط شما و یا نماینده قانونی شما به امضاء خواهد رسید. شما میتوانید در هر موقعی بطور کتبی از ما درخواست کنید که اجازه امضاء شده را پس بگیریم. ما نخواهیم توانست هیچگونه افشائی را که قبل از اینکه اجازه خود را پس گرفتید لغو نمائیم.

حقوق قانونی شما درمورد اطلاعات بهداشتی/درمانی

وقتی که خدمات مراقبت بهداشتی/درمانی را از نهادهای Fairfax County دریافت میکنید، از حقوق قانونی محرمانگی که بطور فدرال توسط قانون انتقال پذیری و جوابگوئی بیمه بهداشتی/درمانی (45 C.F.R. قسمتهای 160 و 164) تعریف میشود برخوردار میباشید. قوانین دیگر محرمانگی فدرال و ایالتی موجب محدود شدن افشاء اطلاعات بهداشتی/درمانی شما میشوند. این قوانین شامل، ولی نه محدود به قوانین زیر میشوند: محرمانگی پرونده های سوء استفاده بیمار از الکل و مواد مخدر (42 USC 290dd) ، محرمانگی پرونده های بهداشتی/درمانی (VA Code 32.1-127.1:03) ، و مقررات حقوق بشر (VA Code 35-115) .

شما از حق دیدن و یا درخواست نمودن دریافت پرونده های طبی خود برخوردار میباشید. این روند بطور محرمانه انجام میگیرد. این حق، ماهیت مطلق ندارد. در برخی وضعیتها، برای مثال در مواردی که دسترسی یافتن موجب صدمه خواهد شد، ما میتوانیم از دسترسی دادن امتناع نمائیم. این درخواست را بایستی بطور کتبی به شخص تماس نهاد مربوطه تسلیم نمائید. درصورتیکه از دسترسی دادن امتناع ورزیده شد، یک اطلاعیه بموقع و کتبی درمورد آن تصمیم و دلیل آن دریافت خواهید نمود. نسخه ای از درخواست شما و جواب کتبی ما به پرونده شما اضافه خواهند شد.

شما از حق تقاضا نمودن اصلاح پرونده طبی خود درصورتیکه بر این عقیده هستید که اطلاعات موجود در پرونده اشتباه یا ناکامل میباشد برخوردار میباشید. چنین درخواستی را بایستی بطور کتبی به شخص تماس نهاد مربوطه تسلیم نمائید. ممکن است درخواستتان را رد کنیم، ولی توضیح کتبی درمورد این امتناع برایتان فراهم خواهد شد.

شما از حق دریافت نمودن توضیحات درمورد افشائهای اطلاعات بهداشتی/درمانی حراست شده شما توسط Fairfax County که برای منظورات مربوط به معالجه، پرداخت، عملیات مراقبت بهداشتی/درمانی نبوده و یا بصورت دیگری اجازه به آن نداده بودید برخوردار میباشد. ممکن است درضمن از حق دریافت نمودن اسم هر شخصی به غیر از کارکنان نهاد که اطلاعات راجع به شما را از Fairfax County دریافت نمود برخوردار باشید.

شما از حق درخواست نمودن محدودیت در رابطه با استفاده یا افشاء اطلاعات بهداشتی/درمانی حراست شده خود برخوردار میباشید. این درخواست توسط نهاد مربوطه درنظر گرفته شده و نهاد مربوطه به شما اطلاع خواهد داد که آیا میتوانند محدودیت درخواست شده را قبول کرده و با این وجود خدمات موثری ارائه نموده، پرداختها را دریافت نموده و عملیات مراقبت بهداشتی/درمانی را انجام دهند. قانوناً ما ملزم به موافقت نمودن با هیچگونه محدودیتی که درخواست کنید نیستیم، ولی اگر موافقتی در این مورد کردیم، آن موافقت برایمان التزام آور خواهد بود، به غیر از تحت برخی وضعیتهای اضطراری.

شما حق دارید درخواست کنید که ما در رابطه با موضوعات طبی به طریق خاص یا محل خاصی با شما تماس بگیریم. چنین درخواستهائی بایستی بطور کتبی به شخص تماس نهاد مربوطه تسلیم شوند. ما با هرگونه درخواست معقول موافقت خواهیم نمود.

شما از حق دریافت کردن یک نسخه کاغذی این Notice of Privacy Practices در هر موقع در صورت درخواست کردن برخوردار میباشید.

شما میتوانید به وسیله تسلیم نمودن درخواست کتبی به شخص تماس سازمان مربوطه و یا سرپرست وی بصورتی که در زیر شناسائی شده اند از حقوق قانونی فوق برخوردار شوید:

- Community Services Board – با درمانگر اصلی/سرپرست پرونده خود تماس بگیرید
- Fire and Rescue Department – با مأمور محرمانگی تماس بگیرید
- Health Department – با سرپرست دفتر کلینیک تماس بگیرید
- Office of Partnerships (دفتر مشارکتها) – با هماهنگ کننده مراقبت بهداشتی/درمانی تماس بگیرید

تغییرات در طرز کار در رابطه با محرمانگی

Fairfax County حق تغییر دادن سیاست محرمانگی خود و هر کدام از طرز کارهای خود مربوط به محرمانگی در هر موقعی، بطوری که قوانین فدرال و ایالتی مجاز شناخته اند، و موثر نمودن آن تغییر درمورد کلیه اطلاعات بهداشتی/درمانی حراست شده که ما در دست داریم را برای خود حفظ میکند.

یک Notice of Privacy Practices ویرایش یافته در محلهای خدمات ما و در وب سایت ما www.fairfaxcounty.gov/hipaa گذاشته خواهد شد. میتوان یک نسخه از آن را از میز پذیرش کلینیک و یا مأمور محرمانگی در نهاد مربوطه درخواست نمود.

اطلاعات و شکایات

درصورتیکه سئوالی داشتید، لطفاً با یکی از مأموران محرمانگی در نهاد ما تماس بگیرید. اطلاعات بیشتر راجع به مراعات HIPAA در Fairfax County را میتوان با تماس گرفتن با سرپرست مراعات HIPAA در نهاد ما کسب نمود. درصورتیکه بر این عقیده بودید که حقوق قانونی HIPAA شما به عنوان یک بیمار نقض شده است، میتوانید شکایتی نزد مأمور محرمانگی در نهاد، شهرستان، و یا دولت فدرال بصورتی که در زیر شناسائی شده است به ثبت برسانید. ثبت نمودن شکایت موجب هیچگونه تغییر در خدماتی که دریافت میکنید و یا تلافی نخواهد شد.

مأمور محرمانگی در Fairfax-Falls Church Community Services Board
703-324-7020, TTY 703-802-3015

مأمور محرمانگی در Fire and Rescue Department
703-246-3990, TTY 711

مأمور محرمانگی در Health Department
703-246-2477, TTY 711

مأمور محرمانگی در Office of Partnerships
703-324-5171, TTY 711

مأمور مراعات در Fairfax County's HIPAA
12000 Government Center Parkway
Suite 527
Fairfax, VA 22035
703-324-4136, TTY 703-968-0217
www.fairfaxcounty.gov/hipaa

Office for Civil Rights (دفتر حقوق بشر)
Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West
Suite 372
Philadelphia, PA 19106-3499
215-861-4441, TTY 215-861-4440
1-800-368-1019 (toll free)
www.hhs.gov/ocr/hipaa

Fairfax County در تمامی برنامه ها، خدمات و فعالیتهای شهرستان، متعهد به سیاست عدم تبعیض بوده و مسکن معقولی را درصورت درخواست تأمین خواهد نمود. برای دریافت این اطلاعات بصورت دیگر، لطفاً به شماره 703-324-4136, TTY 703-968-0217 تلفن کرده و یا از www.fairfaxcounty.gov/hipaa/npp.asp دیدن نمائید.