

뉴욕시 보건 및 정신위생국 개인 정보 보호 관행 안내문

시행일: 2016년 6월 2일

본 안내문은 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 그 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대해 설명해 드립니다. 이 안내문을 주의 깊게 검토해 주십시오.

궁금한 사항이 있으시면 클리닉 책임자 또는 시설의 건강 서비스 관리자에게 연락하시기 바랍니다.

뉴욕시 보건 및 정신위생국 최고 정보보호 책임자에게 347-396-6007 번 또는 PrivacyOfficer@health.nyc.gov 로 연락하실 수도 있습니다.

보호 대상 건강 정보(protected health information, PHI)는 구두, 서면 또는 전자 통신 형태로 표시된 개인 식별 가능 건강 정보를 의미합니다. PHI에는 연령, 주소, 이메일 주소와 같은 인구통계학적 정보 및 과거, 현재 또는 미래의 육체적 또는 정신적 건강에 대한 정보가 포함됩니다. PHI에는 관련 건강 관리 서비스 또는 이러한 서비스 비용 지급에 대한 정보도 포함됩니다. 뉴욕시 보건 및 정신위생국(DOHMH)은 PHI의 기밀성을 존중하며 책임을 가지고 모든 법, 규칙 및 규정에 따라 이를 보호할 것입니다.

본 개인 정보 보호 관행 안내문은 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996(건강보험 정보 활용 및 책임에 관한 법, HIPAA)에 따라 제공됩니다. 안내문에는 DOHMH에서 귀하의 PHI를 어떻게 사용하고 공개할 수 있는지, 이를 보호하기 위해 어떤 조치를 취하고 있는지 설명되어 있습니다. 본 안내문에는 또한 PHI 사용 및 공개와 관련한 귀하의 권리와 DOHMH의 의무가 설명되어 있습니다.

본 안내문의 적용 대상

DOHMH는 건강 관리 서비스와 공중 보건 서비스를 제공하기 때문에 HIPAA에서 "혼성 단체"로 간주됩니다. 건강 관리 서비스는 HIPAA의 적용 대상인 반면, 공중 보건 서비스는 그렇지 않습니다.

본 안내문은 HIPAA의 적용을 받는 건강 관리 요소에 대해 설명합니다. 본 안내문에 나오는 의무사항은 치료, 대금 지불 또는 건강 관리를 위하여 귀하의 보호 대상 건강 정보를 제공, 수령 또는 공유할 권한이 있는 모든 직원, 학생 및 자원자에게 적용됩니다.

DOHMH의 책임

DOHMH 클리닉은 법적으로

- 귀하의 PHI를 비공개로 안전하게 유지해야 합니다.
- 귀하의 PHI 사용 및 공개와 관련하여 귀하께 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행을 통지해야 합니다.
- 귀하의 PHI의 프라이버시 또는 보안을 침해할 수 있는 위반이 발생한 경우, 즉시 이를 귀하께 통지해야 합니다.
- 본 안내문의 조건을 준수해야 합니다.
- 본 안내문의 일체의 변동 사항을 귀하께 통지해야 합니다.

개인 정보 보호 법규

몇몇 연방, 주 및 시 개인 정보 보호법의 경우 건강 정보 사용 및 공개에 관해 더 강력한 제재를 가하고 있습니다. 이러한 법규는 약물 남용 치료, HIV/AIDS 검사 및 치료, 성병 검사 및 치료, 그리고 심리 치료에 영향을 미칩니다. DOHMH 정책과 본 안내문은 이러한 추가 법규를 준수합니다.

DOHMH가 PHI를 사용 및 공개할 수 있는 방식

의무적인 사용 및 공개. 의료 전문가가 그렇게 하는 것이 귀하의 건강에 유해하다고 판단하는 경우를 제외하고, DOHMH는 법에 따라 귀하의 PHI를 귀하에게 공개해야 합니다.

요청을 받은 경우, DOHMH는 또 귀하의 PHI 보호 관련 법률 준수 여부를 조사하기 위해 미국 보건복지부 장관에게 귀하의 PHI를 공개해야 합니다.

치료. NYC DOHMH는 귀하에게 필요한 치료 또는 서비스를 제공하기 위해 의사 권장사항을 포함하여 귀하의 PHI를 사용 또는 공개할 수 있습니다.

대금 지불. 귀하의 PHI는 제공된 치료 및 서비스 비용 청구 및 징수를 위해 필요에 따라 사용될 수 있습니다.

DOHMH는 대금 지불에 대한 승인을 받기 위해 귀하의 건강 플랜(Medicaid 포함) 또는 관리 의료 기관과 치료 관련 정보를 공유할 수 있습니다.

건강 관리 활동. DOHMH는 일반 건강 관리 활동을 위해 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 유사한 케이스와 비교하여 귀하의 관리와 결과를 검토하기 위해 의료 직원이 귀하의 건강 정보를 사용합니다. 예를 들어, 당국에서 제공하는 관리 및 서비스의 질과 효과를 지속해서 향상하기 위한 노력의 일환으로 교육, 위험관리 또는 질적 향상을 위해 귀하의 정보를 검토할 수 있습니다.

DOHMH는 당국을 위하여 활동(청구 서비스 등)을 수행하는 제 3자 업무 제휴기관과 귀하의 PHI를 공유합니다. 해당 업무 제휴기관도 귀하의 건강 정보를 보호해야 할 의무가 있습니다.

DOHMH는 귀하를 식별할 수 있는 정보를 삭제해 다른 기관에서 귀하의 신원을 알지 못한 채 건강 관리 및 서비스 연구를 위해 정보를 사용하도록 할 수 있습니다.

예약 알림. DOHMH는 예약 알림을 발송하기 위해 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 이러한 예약 알림에서 방문 목적을 밝히지는 않습니다.

법률에 따른 사용 및 공개. DOHMH는 연방, 주 또는 시 법률, 규칙 또는 규정에서 요구되는 경우 귀하에 관한 건강 정보를 공개하게 됩니다.

공중 보건 활동. DOHMH는 공중 보건 감시를 위해, 또는 질병, 부상 또는 장애를 예방 또는 통제하기 위해 PHI를 수집 또는 수령할 법적 권한이 있는 공중 보건 기관에 귀하의 동의 없이 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다. 이는 질병, 출생 또는 사망의 신고를 포함하며 이에 국한되지 않습니다.

아동 학대. DOHMH는 법률에 의해 아동 학대 보고서를 수령할 수 있는 정부 당국에 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

보건 감독. DOHMH는 건강 관리 시스템, 정보 혜택 프로그램, 기타 정부 규제 프로그램 및 공민권 법률을 모니터하는 법적 활동(감사, 조사, 검사 및 면허 교부 등)을 위하여 보건 감시 기관에 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

식품의약국(FDA). DOHMH는 다음과 같은 조치를 위해 식품의약국(FDA)에 의해 요구되는 개인이나

회사에 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

- 제품 결함, 부작용 또는 문제 신고
- 생물제제 변이 신고
- 제품 추적
- 제품 리콜
- 수리 또는 교체
- 시판 후 감시 실시

법률 절차. DOHMH는 귀하가 관련된 소송 또는 분쟁의 법원 명령 또는 행정 명령에 응하여 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다. 또 귀하에게 해당 요청에 대해 알리려는 노력을 한 경우에 한해, 분쟁 관련 당사자에 의한 소환장, 증거개시요청 또는 기타 합법적 과정에 응하여 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

법률 집행. DOHMH는 법률 집행 담당자가 요구할 경우 PHI를 공개할 수 있습니다.

- 법원 명령, 소환장, 영장 또는 유사한 과정에 응하여
- 용의자, 도망자, 주요 증인 또는 실종자 확인 및 위치 파악을 위하여
- 특정 상황에서 당사자의 동의를 얻을 수 없는 경우 범죄 피해자와 관련하여
- 범죄 행위로 인해 발생한 것으로 추정되는 사망과 관련하여
- DOHMH 클리닉 내 범죄 행위와 관련하여
- 응급 상황 시 범죄, 범죄 또는 피해자의 위치, 또는 범죄를 저지른 자의 신원, 인상착의 또는 위치 신고를 위하여

검시관, 장의사 및 장기 기증. DOHMH는 사망자 신원 파악 또는 사인 판단을 위해 검시관 또는 법의학자에게 PHI를 공개할 수 있습니다. 당국은 또 법에 의해 승인된 업무 수행을 위해 장의사에게 PHI를 공개할 수 있습니다. PHI는 장기 기증을 위해서도 사용 및 공개될 수 있습니다.

연구 조사. 특정 경우에 연구 목적으로 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 이러한 연구는 해당 법, 규칙 및 규정을 준수해야 하고, 먼저 DOHMH 임상시험 심사위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받아야 합니다.

부모의 정보 접근. 부모 및 법적 보호자에게 공개될 수 있는 PHI를 결정하는 다양한 뉴욕 주 법이 있습니다. DOHMH는 이러한 법률을 준수합니다.

산업재해 보상. DOHMH 는 업무 관련 부상 또는 질병에 대해 혜택을 제공하는 산업재해 보상법 및 기타 유사한 프로그램을 준수하기 위해 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

범죄 행위. 특정 연방, 주 법에 따라, DOHMH 는 개인 또는 공중 보건 또는 안전에 대한 심각하고 즉각적인 위협을 예방 또는 완화하는 데 귀하의 PHI 를 사용 또는 공개해야 할 필요가 있다고 판단될 경우, 이를 공개할 수 있습니다. 또 법률 집행 기관이 특정 개인을 확인 또는 체포하는 데 필요한 경우, 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

재소자. 귀하가 교도소의 재소자인 경우, DOHMH 는 귀하의 건강과 다른 사람들의 건강 및 안전에 필요한 건강 정보를 교도소 또는 교도관에게 공개할 수 있습니다.

군 복무 및 재향군인. 귀하가 군인인 경우, DOHMH 는 군사지휘기구에서 요구하는 바에 따라 귀하에 관한 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 또 외국 군인에 관한 건강 정보를 관련 외국군 당국에 공개할 수 있습니다.

국가 안보 및 첩보 활동. 당국은 첩보, 방첩 및 기타 법으로 승인된 국가 안보 활동을 위하여 승인된 연방 공무원에게 귀하에 관한 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 당국은 또한 특별 조사를 실시하거나 대통령 또는 기타 승인된 인사 또는 외국 수장을 보호하기 위해 승인된 연방 공무원에게 귀하에 관한 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

건강 관리 관계자. 귀하가 반대하지 않는 한, DOHMH 는 귀하의 위치, 일반적 상태 또는 사망을 가족 또는 대리인에게 알리거나 알리는 데 도움을 주기 위해 건강 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다. 귀하가 의식이 있는 경우, 이러한 형태의 사용 또는 공개를 반대할 수 있는 기회가 주어집니다. 귀하가 이를 판단할 수 없거나 응급 상황이고, PHI 공개가 귀하에게 최선의 이익이 된다고 당국이 판단할 경우, 이를 공개할 수 있습니다.

개인 건강 정보와 관련한 개인의 권리

귀하에 대한 건강 기록이 DOHMH 의 물리적 자산이긴 하나 해당 정보는 귀하에게 귀속됩니다. 귀하는 자신의 보호 대상 건강 정보와 관련해 다음과 같은 권리를 가집니다. 귀하는 서면 요청서를 제출함으로써 클리닉 책임자, 건강 서비스 관리자 또는 그 피지명인에게 다음을 요청할 수 있습니다.

검사 및 복사할 권리. 귀하의 PHI 는 “지정된 기록 세트”에 보관되며 귀하의 관리에 관한 결정을 내리는데 사용될 수 있습니다. 지정된 기록 세트에는 보통 의료 및 청구 기록이 포함됩니다. 귀하에게는 DOHMH 가 귀하의 건강 기록을 보관하는 동안 이 정보를 검사 및 획득할 권리가 있습니다. 이러한 권리는 다음에는 적용되지 않습니다.

- 심리 치료 기록
- 민사, 형사 또는 행정적 조치 및 소송을 합리적으로 예상하여 또는 이에 사용하기 위해 편집한 정보
- 액세스를 금하는 법의 적용 대상이 되는 보호 대상 건강 정보

DOHMH 는 극히 제한된 경우 귀하의 검사 및 복사 요청을 거부할 수 있습니다. 건강 정보 접근이 거부된 경우, 귀하는 최고 정보보호 책임자에게 접근 거부를 검토해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

수정을 요청할 권리. 당국이 보유하고 있는 귀하의 건강 정보가 부정확 또는 불완전하다고 생각하는 경우, 해당 정보의 수정(변경 또는 추가)을 요청할 수 있습니다. DOHMH 에서 정보를 보관하는 동안 귀하는 정보 수정을 요청할 수 있는 권리를 가집니다. 해당 요청이 서면으로 이루어진 것이 아니거나 요청을 뒷받침할 만한 사유가 포함되지 않은 경우, DOHMH 는 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 또 당국은 다음에 해당하는 경우, 정보 수정 요청을 거부할 수 있습니다.

- 해당 정보를 작성한 자 또는 기관이 존재하지 않아 더 이상 수정이 불가능한 경우를 제외하고, DOHMH 에서 작성하지 않은 정보
- DOHMH 에서 또는 DOHMH 를 위하여 보관하고 있는 건강 정보에 해당하지 않는 정보
- 귀하의 검사 및 복사가 허용된 정보에 해당하지 않는 정보
- 정확하고 완전한 정보

위반 통지서를 수령할 권리. 당국은 귀하의 정보의 프라이버시 또는 보안을 침해할 수 있는 위반이 발생한 경우, 즉시 이를 통지해야 할 의무가 있습니다.

공개 내역에 대한 권리. “공개 내역”이란 PHI 공개 목록을 말합니다. 이 목록에는 본 안내문에 명시된 치료, 대금 지불 또는 건강 관리 업무 수행을 위한 공개 또는 기타 특정 공개(귀하가 요청한 경우 등)는 포함되지 않습니다. 귀하는 요청한 날로부터 이전

6 년간의 건강 정보 “공개 내역”을 수령할 권리를 가집니다.

제한을 요청할 권리. 귀하는 당국이 치료, 대금 지불 또는 건강 관리 목적을 위하여 귀하에 대해 사용 또는 공개하는 건강 정보의 제한 또는 제약을 요청할 권리를 가집니다. 또 귀하의 관리 또는 관리에 대한 대금 지불과 관련된 사람에게 귀하의 건강 정보를 공개하는 것을 제한할 것을 요청할 권리를 가집니다. 당국은 귀하의 요청에 동의해야 할 의무가 없습니다.

서비스 또는 건강 관리 품목 비용을 전액 본인이 부담하는 경우, 귀하는 대금 지불 또는 건강 관리 목적으로 귀하의 정보를 보험회사와 공유하지 않을 것을 당국에 요청할 수 있습니다. 법에 따라 그러한 공유가 요구되는 경우를 제외하고 당국은 이에 동의할 것입니다.

비밀 연락을 요청할 권리. 귀하는 귀하의 기밀성을 보호하기 위해 다른 연락 수단이나 다른 장소로 귀하에게 연락을 해줄 것을 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 직장 또는 우편으로 연락할 것을 요청할 수 있습니다. 또 엽서 대신 밀봉한 봉투를 사용해 정보를 보낼 것을 요청할 수 있습니다.

비밀 연락을 요청하기 위해서는 클리닉 책임자 또는 그 피지명인에게 서면 요청서를 발송하시기 바랍니다. 요청서에는 연락받기를 원하는 방법 또는 장소가 명시되어 있어야 합니다. 여러 클리닉에서 서비스를 받는 경우, 각 클리닉에 개별적으로 요청해야 합니다.

대리인을 선임할 권리. 귀하가 의료 처리 위임장을 부여하였거나 귀하의 법적 보호자인 자는 귀하의 권리를 행사할 수 있으며 귀하의 건강 정보와 관련해 의사 결정을 할 수 있습니다.

본 안내서의 사본을 받을 권리. 귀하는 언제든지 본 안내서 내용의 인쇄 사본을 수령할 권리가 있습니다. 클리닉 책임자, 건강 서비스 관리자 또는 DOHMH 최고 정보보호 책임자에게 347-396-6007 번으로 연락하시기 바랍니다.

PHI 사용 승인

HIPAA 는 다음과 같이 귀하의 PHI 를 사용 또는 공개할 경우, 귀하의 서면 허가를 받을 것을 요구하고 있습니다.

- 마케팅 용도

- 정보의 판매(주: 귀하의 PHI 를 판매하지 않는 것이 DOHMH 의 정책입니다.)
- 대부분의 심리 치료 기록 공개

DOHMH 는 본 안내서 또는 당국에 적용되는 법률의 적용을 받지 않는 PHI 에 대한 기타 사용 및 공개에 대해 귀하의 서면 허가를 요청할 것입니다. 귀하는 PHI 사용 또는 공개를 허가하더라도 언제든지 서면으로 이러한 허가를 철회 또는 취소할 수 있습니다.

허가를 철회한 경우, DOHMH 는 귀하의 서면 허가서에 명시된 사유로는 귀하의 PHI 를 더 이상 사용 또는 공개하지 않습니다. 당국은 귀하의 허가에 따라 이미 공개되었으며 당국의 기록에 보관하도록 요구되는 정보를 다시 철회할 수 없습니다.

안내문 변동 사항

당국은 당국의 개인 정보 보호 관행 및 본 안내문을 변경할 수 있는 권리를 가집니다. 당국은 미래에 입수하게 되는 정보를 비롯해 현재 보관하고 건강 정보에 대해서도 변경된 안내문의 효력을 발생시킬 수 있는 권리를 가집니다.

당국의 각 클리닉에 현 안내문 사본이 게시됩니다. 시행일은 본 안내문 첫 장 상단 중간과 마지막 장 오른쪽 하단에 기재되어 있습니다. 또 매 개정 시 현 안내문의 사본을 제공해 드립니다. 귀하 또한 언제든지 당국의 안내문 사본을 요청할 수 있으며

nyc.gov/health 에서 최신 안내문을 확인할 수 있습니다(“HIPAA” 검색).

민원

개인 정보 보호에 관한 권리가 침해되었다고 판단할 경우, 귀하는 미국 보건복지부 장관이나 DOHMH 최고 정보보호 책임자에게 아래 주소로 민원을 제기할 수 있습니다. 민원을 제기하는 데 대해 어떠한 보복 행위도 없을 것입니다.

민원 제출 이메일: PrivacyOfficer@health.nyc.gov

민원 제출 주소:

NYC DOHMH Chief Privacy Officer
Gotham Center
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30
Queens, NY 11101

시행일: 2016 년 6 월 2 일



개인 정보 보호 관행 안내문
수령 인정서

Notice of Privacy Practices Acknowledgement of Receipt

이 양식에 서명하고 날짜를 기재함으로써, 본인은 뉴욕시 보건 및 정신위생국의 개인 정보 보호 관행 안내문 사본을 수령하였음을 인정합니다.

환자 성명(정자체로 기입) Patient's Name	
환자 서명 Patient's Signature	날짜 Date

환자를 대신해 대리인이 이 양식을 작성하는 경우, 아래 공간에 대리인의 이름을 정자체로 기입해 주십시오.

대리인 성명(정자체로 기입) Personal Representative's Name	
대리인 서명 Personal Representative's Signature	날짜 Date

공용란

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign

DOHMH Employee Initials	Date
-------------------------	------

Original Patient Record