

OhioHealth

Совместное уведомление о политике конфиденциальности

В настоящем Уведомлении приводятся правила использования и раскрытия ваших медицинских данных, а также порядок предоставления вам доступа к ним.

Внимательно изучите этот документ.

OhioHealth — это организация, в которую входят больницы, клиники, общественные центры здравоохранения, специалисты по оказанию медицинской помощи на дому и многие другие работники в области здравоохранения. Данное Совместное уведомление о политике конфиденциальности (далее — «Уведомление») распространяется на организацию OhioHealth, ее медицинский персонал и связанные с ней учреждения, которые участвуют в организованной медицинской помощи населению. Уведомление распространяется только на услуги, которые предоставляются нами как медицинской организацией, и не касается функций, не связанных с оказанием медицинской помощи, например услуг в области фитнеса, оздоровления, образа жизни, образования, спортивных тренировок, выездного обслуживания и услуг работодателям.

Наши медицинские организации тесно взаимодействуют друг с другом, чтобы обеспечить качественную помощь пациентам. В соответствии с законодательством, разрешается передача сведений о здоровье пациентов, если это необходимо в целях лечения, оплаты расходов или предоставления медицинских услуг. Цель данного Уведомления состоит в том, чтобы рассказать, каким образом мы предоставляем информацию о вас и как вы можете узнать подробнее о нашем порядке предоставления информации.

Вы можете получить это Уведомление перед посещением больницы или сразу по прибытию в больницу. При заполнении бланка с согласием на лечение вам будет предложено подтвердить получение данного Совместного уведомления о политике конфиденциальности.

I. По закону мы обязаны хранить в тайне вашу медицинскую информацию. По закону мы должны сохранять конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации и уведомить вас о наших правовых обязательствах и политике конфиденциальности. Мы обязаны уведомить вас в маловероятном случае нарушения конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации. Мы обязаны соблюдать условия данного Уведомления на протяжении всего срока его действия. Мы оставляем за собой право по мере необходимости изменять условия настоящего Уведомления и применять обновленное уведомление в отношении всей защищенной медицинской информации, которой мы располагаем. Вы можете получить копию любого измененного уведомления, обратившись в регистратуру данного учреждения или к специалисту по конфиденциальности информации в OhioHealth. Контактную информацию см. в Разделе VIII настоящего Уведомления.

II. Мы вправе использовать и раскрывать (передавать) вашу защищенную медицинскую информацию.

- 1. Ваше разрешение.** Мы обязуемся не использовать и/или не раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию ни для каких целей, за исключением случаев, указанных в настоящем Уведомлении, пока вы не подпишете форму, разрешающую такое

использование и/или раскрытие. Вы вправе отозвать свое разрешение в письменной форме, пока мы не предприняли никаких действий на основе этого разрешения. Существуют ситуации, когда мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию при условии предварительного получения вашего разрешения:

- **Маркетинговые коммуникации** (за исключением случаев, когда та или иная форма маркетинговых коммуникаций адресована непосредственно лично вам, является просто рекламным подарком номинальной стоимости, напоминанием о повторном заказе прописанного лекарства, общей информацией о здоровом образе жизни или информацией о медицинских продуктах и услугах, предлагаемых нами или имеющих непосредственное отношение к вашему лечению).
- **Большинство случаев продажи вашей медицинской информации** (за исключением ситуаций, когда это делается с целью лечения или оплаты, либо в соответствии с требованиями закона).
- **Большинство случаев использования и раскрытия психотерапевтических данных** (если иное не разрешено или не требуется законом).

2. Лечение. Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию по мере необходимости для предоставления вам лечения. Например:

- Врачи, медсестры и другие специалисты, имеющие отношение к предоставляемому вам лечению, будут использовать информацию из вашей медицинской карты и сообщаемую вами информацию о ваших симптомах и реакциях для планирования курса лечения, который может включать процедуры, лекарства, анализы и т. п.
- Мы вправе предоставлять вашу защищенную медицинскую информацию другим медицинским учреждениям или специалистам, которые не связаны с нами, но будут лечить вас. Например, если после выписки из больницы вы будете получать медицинскую помощь на дому, мы вправе сообщить вашу защищенную медицинскую информацию учреждению, которое будет оказывать вам такую помощь, чтобы его специалисты могли подготовить для вас план оказания помощи.
- Если вы проходите лечение по поводу травмы колена, мы имеем право сообщить вашу медицинскую информацию специалистам по физиотерапии, чтобы они могли составить для вас план физической активности.

3. Оплата лечения. Мы можем по мере необходимости использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для получения платы за предоставленные вам медицинскими работниками и учреждениями услуги или лечение. Например, мы можем сообщить вашей страховой компании информацию об оказанных вам медицинских процедурах и лечении для организации оплаты оказанных вам услуг. Кроме того, мы вправе использовать вашу информацию для выставления счета вам или лицу, ответственному за оплату вашего лечения.

4. Деятельность, связанная с предоставлением медицинских услуг. Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию — по мере необходимости и в соответствии с законом — в целях осуществления нашей деятельности, связанной с предоставлением медицинских услуг, включающей совершенствование клинической практики, совместные врачебные разборы, управление деятельностью учреждения, его аккредитацию и лицензирование и т. д. Например:

- Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для улучшения лечения и ухода за нашими пациентами.
 - Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию между нашими аффилированными медицинскими учреждениями и организациями-участниками соглашения об организованной медицинской помощи с целью осуществления нашей деятельности, связанной с предоставлением медицинских услуг, и деятельности таких организаций.
 - Мы также можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию другому медицинскому учреждению, специалисту в области здравоохранения или организации, предоставляющей вам медицинское страхование, для таких целей, как обеспечение качества обслуживания и ведение пациентов, но только в том случае, если вы являлись или являетесь пациентом данного учреждения, специалиста или участником программы страхования.
- 5. Исследовательская деятельность.** В ограниченном числе обстоятельств мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в исследовательских целях. Например:
- Исследовательская организация может пожелать сравнить результаты лечения всех пациентов, получавших определенный препарат, и ей необходимо будет изучить их медицинские карты.
 - Во всех случаях, когда вы не предоставили специальное разрешение, ваша конфиденциальность будет защищена соответствующими строгими требованиями внутреннего наблюдательного совета или совета по вопросам конфиденциальности, контролирующего проводимое исследование, или заверениями исследователей, ограничивающими использование и раскрытие информации о пациентах.
- 6. Посещение врачей и услуги.** Мы можем связываться с вами, чтобы напомнить о записи на прием, сообщить результаты анализов или предоставить информацию о других услугах. У вас есть определенные права в отношении уведомлений такого рода (см. Раздел VI).
- 7. Деловые партнеры.** Некоторые компоненты наших услуг, например аудит, аккредитация, юридические услуги и т. д., выполняются сторонними лицами или организациями, с которыми у нас заключены договоры. Иногда нам приходится предоставлять вашу защищенную медицинскую информацию таким лицам или организациям. Во всех случаях мы требуем, чтобы эти деловые партнеры надлежащим образом защищали конфиденциальность вашей информации.
- 8. Другие случаи использования и раскрытия информации.** Мы имеем право или обязаны по закону использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию без вашего согласия или разрешения.
- Мы вправе предоставлять вашу защищенную медицинскую информацию для любых целей, предусмотренных законом.
 - Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию учреждениям здравоохранения, например для обязательных отчетов по болезням, травматизму,

рождаемости и смертности, а также для проведения исследований этими учреждениями.

- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в соответствии с требованиями законодательства, если у нас возникают подозрения в жестоком обращении с детьми и отсутствии заботы о них, а также если мы считаем, что вы можете быть жертвой жестокого обращения, отсутствия заботы или насилия в семье.
- Мы вправе раскрывать данные карт профилактических прививок учебным заведениям, но только при наличии устного или письменного согласия родителей или опекунов учащихся (или самих учащихся, если они уже совершеннолетние).
- Мы вправе при необходимости раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию Управлению по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами при сообщении о нежелательных явлениях, дефектах продукции, а также в случае отзыва продукции.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию вашему работодателю в случае, если мы оказывали вам медицинскую помощь по просьбе вашего работодателя с целью установления заболевания или травмы, связанных с работой; при этом в большинстве случаев вы будете уведомлены о том, что информация раскрывается вашему работодателю.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если это требуется по закону, органу государственного надзора, проводящему проверки, расследования или разбирательства по гражданским и уголовным делам.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию по требованию суда или судебной повестки, при этом в некоторых случаях вы будете уведомлены о таком раскрытии информации.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов, в соответствии с требованиями законодательства, при сообщении о ранениях, травмах и преступлениях.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию коронерам и/или распорядителям похорон в соответствии с законодательством.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в случаях, когда требуется организовать пересадку органов или тканей.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях некоторых исследований, если такие исследования утверждены внутренним наблюдательным советом, установившим правила для обеспечения конфиденциальности.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в ограниченном числе случаев, когда мы подозреваем серьезную угрозу здоровью или безопасности.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если вы являетесь военнослужащим, по требованию вооруженных сил, а также если это необходимо для национальной безопасности или разведывательной деятельности.
- Мы вправе раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию организациям, занимающимся компенсацией ущерба работникам.

III. Соглашение об организованной медицинской помощи

OhioHealth участвует в Соглашении об организованной медицинской помощи (ОНСА) вместе с другими учреждениями, такими как больницы и медицинские центры, которые используют нашу систему электронных медицинских карт Epic. Участвуя в ОНСА, мы имеем право

получать от других участников этого Соглашения информацию о вас в электронном виде, а также предоставлять информацию о вас другим участникам Соглашения. Мы и другие участники Соглашения используем информацию о вас для вашего лечения, координации услуг по уходу за вами, получения оплаты, а также для осуществления деятельности по предоставлению медицинских услуг (например, для оценки и повышения качества обслуживания, предлагаемого участниками Соглашения ОНСА).

Участники Соглашения ОНСА — независимые организации; ни один из участников не является работником, агентом или партнером другого участника (за исключением ограниченного числа случаев, когда участник Соглашения ранее заключил отдельное соглашение с другим участником). Все участники Соглашения по отдельности приняли меры, необходимые для участия в ОНСА, и обмениваются информацией о пациентах с целью их лечения, а также в других целях, разрешенных законом.

IV. Обмен медицинской информацией

Для облегчения предоставления вам медицинской помощи ваша защищенная медицинская информация может быть раскрыта в рамках утвержденной системы обмена медицинской информацией. Такая система предусматривает соответствующие меры административного, технического и физического характера для защиты конфиденциальности и безопасности охраняемой медицинской информации. Получать доступ к защищенной медицинской информации в утвержденной системе обмена медицинской информацией и использовать эту информацию могут только уполномоченные лица. У вас есть определенные права в отношении таких случаев раскрытия информации (см. Раздел V).

V. Вы можете отказаться от использования и раскрытия информации в следующих ситуациях:

- 1. Ведение реестра пациентов наших учреждений.** Мы ведем реестр всех пациентов наших учреждений с указанием таких данных, как ваши имя и фамилия, местоположение или номер палаты, общее состояние и, при вашем желании, религиозная принадлежность. Если вы не пожелаете исключить из этого реестра информацию о себе, то такая информация, за исключением вашей религиозной принадлежности, может быть раскрыта любому, кто запросит ее, указав ваши имя и фамилию. Эта информация, включая вашу религиозную принадлежность, также может быть раскрыта представителям духовенства. Вы имеете право во время регистрации потребовать исключить информацию о себе из данного реестра, а также в разумных пределах ограничить виды предоставляемой информации и/или круг лиц, которым эта информация может предоставляться.
- 2. Участие родственников и друзей в уходе за вами.** С вашего согласия мы можем время от времени раскрывать вашу медицинскую информацию вашим родственникам, друзьям и другим лицам, принимающим участие в уходе за вами или в оплате такого ухода, если предоставление этой информации имеет значение для осуществления ухода за вами или оплаты такого ухода. Если вы будете недееспособны или вам потребуется неотложная медицинская помощь и мы решим, что частичное раскрытие информации может быть в ваших интересах, мы имеем право сообщить ограниченную медицинскую информацию этим лицам без вашего согласия. Мы также вправе раскрывать ограниченную защищенную медицинскую информацию государственным или частным организациям, которые

уполномочены участвовать в устранении последствий стихийных бедствий, с тем чтобы эти организации могли найти вашего родственника или других лиц, которые могут принимать участие в уходе за вами.

- 3. Привлечение финансирования.** Мы можем связываться с вами по поводу нашей деятельности, направленной на привлечение денежных средств. Вы имеете право отказаться от получения материалов/уведомлений по поводу сбора средств, отправив письмо с указанием своих имени, фамилии и домашнего адреса по адресу OhioHealth Foundation, 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202 или по электронной почте **OptOut_OHF@OhioHealth.com**, приложив заявление о том, что вы не желаете получать от нас материалы или уведомления по поводу сбора средств.
- 4. Обмен медицинской информацией.** В отношении обмена медицинской информацией вы (или ваш личный представитель) имеете право письменно обратиться к нам с просьбой о выполнении обоих или одного из следующих действий: а) не раскрывать какую-либо вашу защищенную медицинскую информацию в рамках утвержденной системы обмена медицинской информацией; б) не раскрывать конкретные виды вашей защищенной медицинской информации в рамках утвержденной системы обмена медицинской информацией. Любые ограничения в отношении раскрытия защищенной медицинской информации, примененные вследствие вашей просьбы о выполнении указанного выше действия а) или б), могут привести к тому, что медицинское учреждение или врачи не будут иметь доступ к информации, необходимой для оказания вам надлежащей помощи. Мы должны соблюдать любые ограничения в отношении раскрытия защищенной медицинской информации, примененные вследствие вашей просьбы о выполнении указанного выше действия а) или б), в соответствии с существующими требованиями законодательства. Вы можете подать такое письменное заявление, обратившись в отдел медицинской документации учреждения.

VI. Ваши права относительно вашей медицинской информации.

- 1. Доступ к вашей защищенной медицинской информации.** У вас есть право копировать и/или проверять значительную часть вашей медицинской информации, хранящейся у нас.
 - Все запросы на доступ к информации должны подаваться в письменном виде и подписываться вами или вашим представителем. В случае необходимости оплаты мы сообщим вам об этом заранее.
 - Мы взимаем плату за почтовые расходы, если вы запрашиваете отправку информации почтой, а также плату за подготовку краткого изложения запрошенной информации в случае получения от вас соответствующего запроса. Форму запроса на доступ к информации можно получить в отделе медицинской документации учреждения.
 - Вы имеете право на получение электронной копии вашей медицинской информации, хранящейся в электронном формате. Также вы можете указать юридическое или физическое лицо, которому необходимо отправить такую копию, при условии точного и правильного указания вами полного наименования/имени и фамилии, а также почтового адреса данного лица либо другой идентифицирующей это лицо информации.
 - Мы можем взимать плату за работу и расходные материалы при подготовке электронной копии вашей медицинской информации.

2. Внесение изменений в вашу защищенную медицинскую информацию. Если вы полагаете, что медицинская информация в нашем распоряжении является некорректной, вы можете письменно обратиться к нам с запросом на исправление такой информации.

- Мы не обязаны удовлетворять все ваши запросы на внесение изменений, но каждый запрос будет рассматриваться самым внимательным образом.
- Все запросы на внесение изменений должны быть оформлены в письменном виде, подписаны вами или вашим представителем и должны включать обоснование внесения изменений/исправлений. В противном случае запросы рассматриваться не будут.
- В случае внесения изменений или исправлений по вашему запросу мы вправе также уведомить другие организации, сотрудничающие с нами и располагающие копиями записей в неисправленном виде, если посчитаем, что такое уведомление необходимо.
- Форму запроса на внесение изменений можно получить в отделе медицинской документации учреждения.

3. Учет фактов раскрытия вашей защищенной медицинской информации. У вас есть право получить перечень некоторых фактов раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации. Это право не распространяется на раскрытие информации в целях лечения, оплаты расходов или предоставления медицинских услуг.

- Запросы должны подаваться в письменном виде и подписываться вами или вашим представителем.
- Форму запроса на предоставление данных о фактах раскрытия можно получить в отделе медицинской документации учреждения.
- Вы можете получить один перечень в течение 12 месяцев бесплатно; за каждый последующий перечень, запрошенный вами в пределах этого периода, может взиматься плата.
- В перечнях указываются данные только за последние 6 лет до даты вашего запроса.

4. Ограничения на использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации. Вы имеете право обратиться с запросом на установление ограничений в отношении нашего использования и раскрытия вашей защищенной медицинской информации для лечения, оплаты расходов или предоставления медицинских услуг.

- Вы не вправе ограничивать наше использование вашей информации в случаях, предусмотренных законом.
- Форму запроса на установление ограничений можно получить в отделе медицинской документации учреждения.
- В большинстве случаев мы не обязаны соглашаться на ваши запросы на ограничение, но мы постараемся по мере целесообразности удовлетворять обоснованные просьбы.
- Мы сохраняем за собой право прекратить действие согласованного ограничения, если посчитаем это необходимым. В этом случае мы уведомим вас.
- Вы также имеете право прекратить действие какого-либо согласованного ограничения, отправив письменное уведомление, подписанное вами или вашим представителем, в отдел медицинской документации учреждения.
- Если вы оплачиваете весь счет за услугу самостоятельно, «из своего кармана», и обращаетесь к нам с просьбой не отправлять информацию об этой услуге вашей страховой компании для оплаты, мы выполним вашу просьбу, если данная информация

не потребуется для объяснения других услуг, за которые будет выставлен счет вашей страховой компании.

5. Конфиденциальная передача информации. Вы имеете право обратиться к нам с запросом — и мы удовлетворим обоснованные запросы, полученные от вас или вашего представителя — на получение от нас сообщений относительно вашей защищенной медицинской информации альтернативными способами или по другому адресу. Например, если вы хотите, чтобы напоминания о записи на прием не оставлялись на голосовой почте или чтобы они отправлялись на определенный адрес, мы удовлетворим обоснованные просьбы. Вы можете отправить запрос о такой конфиденциальной передаче информации в письменном виде в отдел медицинской документации учреждения.

6. Бумажный экземпляр уведомления. Вы имеете право получить настоящее Уведомление в бумажном виде, даже если запросили его по электронной почте или с помощью других электронных средств.

VII. Уведомление о случаях несанкционированного разглашения информации. В маловероятном случае нарушения конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации вы получите уведомление и информацию о действиях, которые вы можете предпринять, чтобы защитить себя.

VIII. Вопросы и жалобы. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в отношении этого Уведомления, вы можете связаться со специалистом по конфиденциальности информации в OhioHealth по адресу 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202 или по телефону 1-866-411-6181. Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены или вы не согласны с решением, которое мы приняли в отношении доступа к вашей медицинской информации, вы можете обратиться к

- специалисту по конфиденциальности информации в OhioHealth или
- секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения США в Вашингтоне, округ Колумбия, в письменном виде в течение 180 дней с момента нарушения ваших прав.
- Санкции и штрафы за подачу жалобы не применяются.

IX. Дата вступления в силу. Данное Совместное уведомление о политике конфиденциальности вступает в силу 1 июня 2017 г.