



МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР “RUSH-PRESBYTERIAN-ST. LUKE’S”

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАКТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛАГАЕТСЯ ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМТЕСЬ С НИМИ.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ

Каждый раз, когда вы приходите на прием в больницу, к терапевту или какому-либо другому медицинскому сотруднику, производится запись о вашем посещении. Обычно такая запись содержит информацию о ваших симптомах, диагнозе, осмотре, результатах анализов, текущем и намечаемом лечении, а также сведения, касающиеся оплаты. Настоящее уведомление распространяется на все записи о соответствующем медицинском обслуживании, предоставленном вам медицинским центром “Rush-Presbyterian-St. Luke’s”, независимо от того, было ли оно предоставлено или получено от персонала нашей больницы или предоставлено другим лицам за пределами больницы в деловых целях. Если ваш лечащий врач не работает в нашей больнице или не занимается предоставлением услуг от имени нашего медицинского центра, то он или она может придерживаться другой практики или уведомлений относительно использования и разглашения врачами медицинской информации, получаемой во врачебном кабинете или в клинике.

КТО БУДЕТ СЛЕДОВАТЬ ПОЛОЖЕНИЯМ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ?

Медицинский центр “Rush-Presbyterian-St. Luke’s” оказывает медицинские услуги нашим пациентам совместно с врачами, а также другими специалистами и организациями. Практике конфиденциальности информации, изложенной в настоящем уведомлении, будут следовать:

- Любой сотрудник медицинского центра “Rush-Presbyterian-St. Luke’s”, стажер, волонтер или принятый на работу медицинский специалист, который занимается вашим лечением.
- Все отделения и звенья нашей организации.
- Любой деловой партнер медицинского центра “Rush-Presbyterian-St. Luke’s”, с которым мы делимся медицинской информацией.
- Программа медицинского страхования группы “Rush”.

НАШИ ЮРИДИЧЕСКИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Соответствующее федеральное законодательство и законы штата требуют от нас поддержания конфиденциальности вашей медицинской информации. От нас также требуется, чтобы мы передали вам настоящее уведомление относительно нашей практики конфиденциальности, о наших юридических обязательствах и о ваших правах на вашу медицинскую информацию. Мы обязаны следовать практике конфиденциальности, изложенной в настоящем уведомлении, в течение периода, когда оно остается в силе. Настоящее уведомление вступает в силу 14 апреля 2003 года и остается в силе пока мы его не заменим.

Мы оставляем за собой право в любое время изменять нашу практику конфиденциальности, и положения настоящего уведомления при условии, что такие изменения допускаются применимым законодательством. Мы оставляем за собой право вносить изменения в нашу практику конфиденциальности, а также применять новые положения этого уведомления по отношению ко всей имеющейся у нас медицинской информации, включая медицинскую информацию, которую мы получили или приобрели до внесения таких изменений. Перед тем, как будут внесены существенные изменения в нашу практику конфиденциальности, мы внесем изменения в настоящее уведомление, и новое уведомление будет предоставляться по требованию.

Просьбу о предоставлении нашего уведомления можно подавать в любое время. Для получения дополнительных сведений относительно нашей практики конфиденциальности или за получением дополнительных экземпляров настоящего уведомления связывайтесь с нами, пользуясь информацией, приведенной в конце настоящего уведомления.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Приводимые ниже категории иллюстрируют то, как мы используем и разглашаем медицинскую информацию:

В целях лечения: Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для предоставления вам лечения или оказания медицинских услуг. Например, различные отделения могут обмениваться вашей медицинской информацией в целях координации различных процедур, которые могут вам понадобиться, таких как, рецепты, лабораторные анализы, диета, рентген или другие диагностические процедуры.

В целях оплаты: Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию для получения оплаты за предоставляемые вам услуги, включая, но, не ограничиваясь, фирмам расчетной платы в связи с взысканием оплаты и предоставлением счетов. Например, у нас может возникнуть необходимость передать вашей страховой компании информацию о вашей хирургической операции, чтобы она заплатила нам или возместила вам расходы на лечение. Мы также можем разглашать вашу медицинскую информацию другой участвующей организации (в т.ч. вашей страховой компании) или медицинскому сотруднику для получения оплаты ими.

Для осуществления медицинской деятельности: Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию в связи с нашей медицинской деятельностью, включая, но, не ограничиваясь следующим:

- Деятельность по оценке качества и совершенствования.
- Сопутствующая деятельность, не связанная с проведением лечения.
- Оценка компетенции или квалификации медицинских сотрудников.
- Оценка деятельности практикующих врачей и медицинского персонала.
- Работа, связанная с выполнением учебных программ, аккредитацией, аттестацией, лицензированием или оформлением сертификатов.

Мы также можем разглашать вашу медицинскую информацию другой участвующей организации (в т.ч. врачу или вашей страховой компании) в интересах ее работы в области здравоохранения в ограниченных обстоятельствах, если каждая такая группа или организация имеет или имела ранее какие-либо отношения с вами.

Справочный указатель: Мы можем использовать следующую медицинскую информацию для включения в справочный указатель информации о больных, которым пользуется персонал информационной службы нашего медицинского центра: имя больного, где он или она находится в больнице, состояние больного в общих формулировках, не передающих конкретную медицинскую информацию, а также сведения о вероисповедании. Эту информацию мы сможем разглашать представителям духовенства и, за исключением сведений о вероисповедании, другим лицам. Вам будет предоставлена возможность ограничить или запретить разглашение части или всей информации, предназначенной для этого указателя, если только этому не будут препятствовать чрезвычайные обстоятельства.

Лица, участвующие в оказании вам медицинской помощи или оформлении оплаты за медицинскую помощь: Мы можем использовать и разглашать медицинскую информацию в целях уведомления или содействия уведомлению (включая установление личности или определение местонахождения) члена семьи, вашего личного представителя или другого лица, ответственного за уход за вами, за ваше местонахождение, ваше общее состояние или за осуществление мероприятий в случае вашей смерти. Если вы присутствуете, то тогда до использования или разглашения вашей медицинской информации мы получим от вас согласие или дадим вам возможность возразить против разглашения; или на основании профессионального суждения продолжим, исходя из предположения, что вы не возражаете против разглашения. Если вы не способны согласиться относительно предмета разглашения или, в случае возникновения чрезвычайных обстоятельств, мы пойдем на разглашение защищенной медицинской информации, опираясь на наше профессиональное суждение, и разгласим только ту часть защищенной медицинской информации, которая непосредственно относится к оказанию вам медицинской помощи данным лицом. Мы также будем исходить из нашего профессионального суждения, опыта и обычной практики, когда будем давать разрешение лицу получать по рецепту лекарства, медицинские материалы, рентгеновские снимки и другие формы медицинской информации.

Мы можем разгласить вашу медицинскую информацию члену семьи, другу или другому лицу в объеме, необходимом для оказания содействия предоставлению вам медицинской помощи, или для оплаты за ваше

медицинское обслуживание, но только при условии вашего согласия. Кроме того, мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию государственной или частной организации (в т.ч. Красному Кресту), которой на основании закона или собственного устава разрешается оказывать помощь во время бедствий.

Исследования: Мы можем разглашать информацию исследователям, если управляющий совет учреждения, который рассмотрел предложение о проведении исследования и установленный протокол обеспечения конфиденциальности вашей медицинской информации, утвердил соответствующее исследование.

Обращение в будущем: Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для того, чтобы связаться с вами и сообщить вам сведения о медицинских льготах и услугах или альтернативных методах лечения, которые могут предоставлять для вас интерес. Мы можем сообщать вам сведения в форме общего информационного письма, лично или посредством товаров и услуг по номинальной стоимости. Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию деловому партнеру в интересах содействия нашей деятельности.

Сбор средств: Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для того, чтобы связаться с вами в целях выполнения нашей программы по сбору средств. Мы ограничим наше использование и разглашение информацией демографического порядка (т.е. возраст, адрес и т.д.), а также датой оказания вам медицинской помощи. Мы можем разглашать эту информацию деловому партнеру в интересах содействия нашей деятельности по сбору средств. Во все материалы по сбору средств мы будем включать описание того, как уклониться от получения сообщений о сборе средств в будущем.

Групповое медицинское страхование / Спонсоры медицинского страхования: Мы можем разрешить организации, выдающей медицинскую страховку или организации медицинского обслуживания, услугами которой мы пользуемся, разглашать краткую медицинскую информацию спонсору медицинского страхования для получения конкурсных предложений на уплату страхового взноса или внести поправки, изменить или прекратить действие групповой медицинской страховки, а также осуществлять функции управления такой страховкой.

В соответствии с требованиями законодательства, мы также можем использовать и разглашать медицинскую информацию следующим специалистам или организациям, включая, но не ограничиваясь:

- Коронерами (следователями, ведущими дела о скоропостижной или насильственной смерти), судебно-медицинскими экспертами, распорядителями похорон.
- Организациями, ведающими закупкой органов и безвозмездной передачей тканей.
- Агентами, ведающими компенсациями рабочим.
- Ведомствами, контролирующим органы здравоохранения или государственными программами или их подрядчиками.
- Государственными органами здравоохранения или юридическими властями, отвечающими за предотвращение или борьбы с болезнями, увечьями и инвалидностью.
- Министерством здравоохранения и социального обеспечения США.
- Управлением по контролю за продуктами и лекарствами.

Правоохранительная деятельность / Юридические процедуры: Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление, повестку, запрос о предоставлении материалов для следствия или в связи с другими юридическими процедурами. При ограниченных обстоятельствах, таких как, например, предъявление судебного постановления, ордера или повестки, принимаемой большим жюри, мы можем сообщить вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов. Мы можем разглашать в ограниченном объеме информацию сотруднику правоохранительных органов на подозреваемое лицо, беглеца, важного свидетеля, жертву преступления, или без вести пропавшее лицо. Мы можем разглашать медицинскую информацию на заключенного или иное лицо, которое на законных основаниях находится под стражей, сотруднику правоохранительных органов или исправительному учреждению при определенных обстоятельствах.

Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию соответствующим властям, если имеются разумные основания полагать, что вы, вероятно, пострадали от злоупотреблений, халатности, избиения дома или, вероятно, пострадали от других преступлений. Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию в объеме, необходимом для защиты вашего здоровья и безопасности, а также здоровья и безопасности других. Мы можем разглашать медицинскую информацию, когда это необходимо для

оказания содействия сотрудникам правоохранительных органов при поимке лица, которое признало свое участие в совершении преступления или скрылось из под законного содержания под стражей.

Кроме того, мы можем разглашать военным органам медицинскую информацию на личный состав вооруженных сил при определенных обстоятельствах. Мы можем разглашать уполномоченным федеральным должностным лицам медицинскую информацию, необходимую для осуществления законных разведывательных мероприятий, контрразведки и других мероприятий по обеспечению национальной безопасности. Мы не будем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию, если такое разглашение запрещено или существенно ограничено другими применимыми законами, включая, но, не ограничиваясь следующими:

- Закон штата Иллинойс об уходе в домах престарелых; закон штата Иллинойс о медицинской практике; кодекс штата Иллинойс о психическом здоровье и нетрудоспособности, вызванной отклонениями в развитии; закон штата Иллинойс о конфиденциальности СПИД; закон о неразглашении генетической информации частных лиц; закон штата Иллинойс о конфиденциальности психического здоровья и нетрудоспособности, вызванной отклонениями в развитии и федеральный закон о злоупотреблениях наркотиками, предотвращении, лечении и злоупотреблении алкоголем, а также закон 1970 года о предотвращении, лечении и реабилитации лиц, злоупотребляющих алкоголем.

ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Ознакомление и получение экземпляра: Вы имеете право ознакомиться и снять копию с медицинской информации, которая может использоваться для принятия решений относительно предоставления вам помощи, за небольшими исключениями. Вы можете попросить нас предоставить вам копии в формате отличном от формата фотокопии (в т.ч. в форме электронного файла). Мы будем использовать тот формат, который вы запросите, за исключением случаев, когда это будет практически невозможно. Для получения доступа к вашей медицинской информации вам необходимо подать требование в письменной форме. Вы можете получить бланк требования на получение доступа, используя контактную информацию, приведенную в конце настоящего уведомления. Вы также можете потребовать получения доступа, направив нам письмо по адресу, приведенному в конце настоящего уведомления. Если вы потребуете предоставления копий, то мы попросим оплатить рабочее время нашего персонала, необходимое для нахождения и копирования вашей медицинской информации, а также почтовых расходов, если вы пожелаете, чтобы экземпляры были высланы вам почтой. Если вы потребуете передачи информации в альтернативном формате, то мы попросим возместить наши расходы на обеспечение передачи вашей медицинской информации в таком формате. Если вы пожелаете, то за плату мы сможем подготовить изложение или объяснение вашей медицинской информации. Если вам потребуется полное изложение нашего прейскуранта цен просим связываться с нами, пользуясь информацией, приведенной в конце настоящего уведомления.

Отчетность разглашений: Вы имеете право получать перечень случаев, когда мы или наши деловые партнеры разглашали вашу медицинскую информацию помимо целей предоставления лечения, оплаты, функционирования системы здравоохранения и определенных других видов деятельности, или когда мы разглашали информацию в соответствии с вашим разрешением начиная с 14 апреля 2003 года и в течение 6 лет до подачи требования. Мы сообщим вам дату разглашения, имя лица или название группы или организации (в т.ч. врача или фирмы расчетной платы в системе здравоохранения), которому мы сообщили вашу медицинскую информацию, причину разглашения, а также некоторую другую информацию. Если вы будете требовать предоставления вам этого перечня чаще, чем один раз в 12 месяцев, то мы можем потребовать возмещение расходов в разумных пределах для оплаты наших затрат на предоставление ответа на такие дополнительные запросы. Если вам потребуется полное изложение нашего прейскуранта цен просим связываться с нами, пользуясь информацией, приведенной в конце настоящего уведомления.

Ограничение требований: У вас есть право потребовать сужения или ограничения объема вашей медицинской информации, которую мы используем или разглашаем для вашего лечения, оплаты или функционирования системы здравоохранения. Вы также имеете право потребовать ограничения объема вашей медицинской информации, которую мы разглашаем третьему лицу, принимающему участие в предоставлении вам помощи или участвующему в оплате ваших услуг, такому, как, например, члену семьи или другу. Например, вы можете потребовать, чтобы мы не использовали и не разглашали информацию о вашей хирургической операции. **На нас не распространяется обязательство соглашаться на ваше требование.** Если мы согласимся, мы будем выполнять ваше требование (за исключением чрезвычайных обстоятельств). Если мы дадим согласие на требование о наложении дополнительных ограничений, то такое согласие должно быть оформлено в письменной форме и подписано лицом, имеющим такие

полномочия от нашего имени. На нас не будет распространяться такое обязательство, если оно не будет оформлено письменно и не подписано. Все требования относительно ограничений должны направляться в Офис конфиденциальности для принятия решения об отказе или согласии.

Требование конфиденциальности связи: Вы имеете право требовать, чтобы мы связывались с вами относительно вашей медицинской информации, используя альтернативные средства или адреса. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами на работе или с использованием почтовой службы США. Вы должны сообщить нам, что связь используя альтернативные средства или адреса необходима для того, чтобы не подвергать вас опасности. Мы обязаны удовлетворить ваше требование, если оно является разумным, если в нем указано альтернативное средство или адрес, и приводится удовлетворительное объяснение того, как будет решен вопрос оплаты при использовании альтернативных средств или адреса, о котором вы просите.

Требование внесения изменений в медицинскую информацию: Вы имеете право требовать, чтобы мы изменили или внесли изменения в вашу медицинскую информацию. Ваше требование должно быть сделано в письменной форме и содержать обоснование требования об изменении информации. Мы можем отказать в удовлетворении вашего требования, если мы не создали информацию, которую вы хотите изменить, или в силу определенных причин. Если мы откажем в удовлетворении вашего требования, то нами будет предоставлено соответствующее объяснение в письменной форме. Вы можете прислать нам свое заявление о несогласии, которое будет приложено к информации, которую вы требовали изменить. Если мы примем ваше требование об изменении информации, то мы предпримем разумные меры к тому, чтобы информировать других лиц, включая лиц, которых вы назовете, об изменении, а также включим такие изменения в любые будущие разглашения такой информации.

Печатный экземпляр настоящего уведомления: Если вы получили настоящее уведомление с нашей страницы в Интернете или по электронной почте, вы имеете право на получение печатного экземпляра настоящего уведомления. Для получения печатного экземпляра настоящего уведомления просим связаться с нами, пользуясь информацией, приведенной в конце настоящего уведомления.

ДРУГОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Другое использование и разглашение медицинской информации, не освещенное в настоящем уведомлении или в применимом к нам законодательстве, будет осуществляться только после получения вашего разрешения в письменной форме. Если вы дадите нам такое разрешение, вы имеете право его аннулировать в любое время в письменной форме. Такое аннулирование не затронет какое-либо использование или разглашение, разрешенное на основании вашего согласия, когда оно оставалось в силе. Если вы не дадите нам разрешение в письменной форме, то мы не будем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию в силу любых причин за исключением причин, изложенных в настоящем уведомлении.

ВОПРОСЫ И ЖАЛОБЫ.

Если вы беспокоитесь по поводу того, что ваше право на конфиденциальность было нарушено, или если вы не согласны с нашим решением относительно вашей документации, вы можете связаться с нашим Офисом конфиденциальности по нижеуказанному адресу или позвонить **по круглосуточному телефону нашей “горячей линии конфиденциальности” 877-RUSH-009**. Вы также можете обратиться с жалобой в письменной форме в Офис гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Его адрес вам сообщит по вашей просьбе наш Офис конфиденциальности.

Мы обеспечиваем ваше право на конфиденциальность вашей медицинской информации. Мы ни в коем случае не будем мстить ни в какой форме, если вы решите обратиться с жалобой к нам или в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы по поводу настоящего уведомления, просим обращаться в наш Офис конфиденциальности по адресу: 707 South Wood Street, Suite 317, Chicago, IL 60612 или по телефону: (312) 942-5303 или по электронной почте: HIPAAQuestions@rush.edu.